

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE- CCBS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - MESTRADO**

LILIAN FERNANDES ARIAL AYRES

**AS ENFERMEIRAS VISITADORAS DA CRUZ VERMELHA BRASILEIRA E
DO DEPARTAMENTO NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA NO INÍCIO DO
SÉCULO XX**

Rio de Janeiro
2010

LÍLIAN FERNANDES ARIAL AYRES

**AS ENFERMEIRAS VISITADORAS DA CRUZ VERMELHA BRASILEIRA E
DO DEPARTAMENTO NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA NO INÍCIO DO
SÉCULO XX**

Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Mestrado, do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, como requisito à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientador: Prof. Dr. Wellington Mendonça de Amorim
Co-Orientador: Prof. Dr. Fernando Porto

Rio de Janeiro
2010

A977 Ayres, Lílian Fernandes Arial.
As enfermeiras visitadoras da Cruz Vermelha Brasileira e do Departamento Nacional de Saúde Pública no início do século XX / Lílian Fernandes Arial Ayres, 2010
162f.

Orientador: Wellington Mendonça de Amorim.

Coorientador: Fernando Porto.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

1. Enfermagem em saúde pública – Brasil – História - Séc. XX. 2. Enfermeiros visitantes – Formação profissional. 3. Enfermagem domiciliar. 4. Enfermagem – Aspectos sociais. 5. Tuberculose – Enfermagem. I. Amorim, Wellington Mendonça de. II. Porto, Fernando. II. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (2003). Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Curso de Mestrado em Enfermagem. III. Título.

CDD – 610.734

**As Enfermeiras Visitadoras da Cruz Vermelha Brasileira e do Departamento
Nacional de Saúde Pública no Início do Século XX**

Por:

Lílian Fernandes Arial Ayres

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Wellington Mendonça Amorim
Presidente

Prof. Dra. Luciana Barizon Luchesi
1º Titular

Prof. Dr. Osnir Claudiano da Silva Junior
1º Suplente

Prof. Dr. Fernando Porto
2º Titular

Prof. Dra. Fabiana Barbosa Assumpção de Souza
2º Suplente

DEDICATÓRIA

“Ao Nosso Deus e a Nossa Senhora que me amparam, acolheram, orientaram e me guiaram com sabedoria no caminho a seguir e me proporcionaram o apoio de amigos e familiares durante esses anos de dedicação aos estudos. E principalmente por terem permitido que construísse essa dissertação juntamente com o Doutor Wellington Mendonça de Amorim”.

AGRADECIMENTO

“Hoje quero parar e agradecer, mas primeiro, quero proferir o quanto aprendi nesses anos de dedicação ao mestrado...”

Depois de algum tempo aprendi a aceitar as minhas derrotas e obstáculos que foram concedidas para refletir e traçar novas estratégias. Descobri que se leva muito tempo para se tornar a pessoa que pretendo ser. Aprendi que é preciso desconstruir para construir novamente. Aprendi que a paciência é uma virtude adquirida com o tempo e que a maturidade se obtém com as experiências ao longo da vida. Aprendi que posso ser forte para suportar todas as dificuldades e poder ir muito mais longe... Aprendi que ainda tenho muito que aprender...

*Por isso, **AGRADEÇO...***

A Deus por todas as bênçãos e pela intercessão de Nossa Senhora e Santo Antônio de Sant'Anna Galvão.

Aos meus pais que me transmitiram os seus princípios e valores contribuindo para o meu crescimento pessoal e profissional. Aos meus irmãos e Juju que mesmo distantes me apoiaram com palavras positivas nos momentos de desânimo. Tenho certeza que a minha família está muito orgulhosa com mais essa conquista e que me compreenderam nos momentos em que estive ausente e distante.

Ao meu amor Egon que esteve ao meu lado nas horas que chorei, que sorri, nas horas de ansiedade e estresse e nas horas que me lamentei. E que, principalmente, nas horas em que eu estava dissertando compreendeu os motivos da minha ausência. Agradeço, porque você fez, faz e fará sempre parte de minha história! Te amo!

Ao professor Wellington que foi orientador, mestre, companheiro e amigo. Em cada orientação ele me inspirava, compartilhava sua experiência e me permitia momentos de reflexão e crítica. Ele é um exemplo de dedicação e competência, cujos ensinamentos foram fundamentais para que eu caminhasse com mais segurança na construção dessa dissertação. Obrigada por acreditar e apostar em mim!

Às minhas amigas Marcelle, Aline, Isabella e Raquel pela amizade, pela força que me deram, pela alegria que sinto quando estou conversando com vocês e pelas palavras de apoio e conforto.

Às amigas, pesquisadoras em História da Enfermagem, Marina Bessa, Mercedes Neto, Mary Ann e Fernanda Teles, do LAPHE, pelo companheirismo e apoio.

Aos professores, doutores em História da Enfermagem, Wellington, Fernando, Almerinda e Osnir e aos membros do LAPHE que contribuíram significativamente para o meu crescimento na linha da História da Enfermagem e que proporcionaram a elaboração e o aprimoramento dessa dissertação durante as apresentações, às quartas-feiras, no laboratório.

Um agradecimento especial, ao amigo e co-orientador Fernando Porto, cuja contribuição foi importante, sobretudo, nas várias intervenções e etapas de elaboração deste estudo.

À professora e doutora Leila Rangel que me apoiou durante a graduação em enfermagem e agora na produção científica de enfermagem através da elaboração e publicação de artigo.

Aos componentes da banca, titulares e suplentes, da seleção de projeto, qualificação e defesa da dissertação que atenderam ao meu pedido com carinho e muito contribuíram para construção dessa dissertação.

Aos docentes do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro que com competência e dedicação conduziram o curso de mestrado.

À secretaria do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro.

À Escola de Enfermagem Alfredo Pinto e todos os docentes e discentes que me acolheram com carinho e cuidado durante todos esses anos, na graduação e na pós-graduação.

Às minhas amigas e colegas de trabalho do Hospital dos Servidores do Estado, Hospital Federal do Andaraí e da “Pesquisa” que me incentivaram em todo o momento.

Aos vários acervos históricos que contribuíram na disponibilização do material para a pesquisa, com destaque para a Fundação Nabuco de Recife (PE) e ao acervo do Laboratório de Abordagens Científicas da História da Enfermagem (LACENF) da UNIRIO.

*Hoje, com todo carinho, respeito e admiração a todos o meu sincero, **MUITO OBRIGADA!!!!**”*

LISTA DE ICONOGRAFIAS

1.	MORTANDADE DA TUBERCULOSE	41
2.	GRUPO DE ENFERMEIRAS DA CRUZ VERMELHA BRASILEIRA	49
3.	INAUGURAÇÃO DO DEPARTAMENTO DE PROFILAXIA DA TUBERCULOSE DA CRUZ VERMELHA BRASILEIRA	72
4.	FUNDADORAS DA CRUZADA NACIONAL CONTRA A TUBERCULOSE DA CRUZ VERMELHA BRASILEIRA	74
5.	POSTO ANTERO DE ALMEIDA DA CRUZ VERMELHA BRASILEIRA	78
6.	DIRETORIA DA CRUZADA NACIONAL CONTRA A TUBERCULOSE	80
7.	INAUGURAÇÃO DO CURSO DE ENFERMEIRAS VISITADORAS EM RECIFE	82
8.	AS ALUNAS NA SALA DA ESCOLA DE VISITADORAS EM RECIFE	85
9.	GRUPO DE ENFERMEIRAS VISITADORAS	100
10.	ALUNAS DO CURSO DE ENFERMEIRAS VISITADORAS DE EMERGÊNCIA	103
11.	IMAGENS DE ENFERMEIRAS VISITADORAS E DE ENFERMEIRAS DE SAÚDE PÚBLICA	105
12.	VISITADORAS DO SERVIÇO DE BCG DA LIGA BRASILEIRA CONTRA A TUBERCULOSE	136

RESUMO

AYRES, Lílian Fernandes Arial. As enfermeiras visitadoras da Cruz Vermelha Brasileira e do Departamento Nacional de Saúde Pública no início do século XX – Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO. Rio de Janeiro, 2010. 162p.

Trata-se de um estudo histórico-social que tem como objeto as estratégias de luta simbólica para a formação de agentes com vistas às atividades de visita domiciliar entre os Cursos de Enfermeiras Visitadoras da Cruz Vermelha Brasileira e do Departamento Nacional de Saúde Pública no Rio de Janeiro (DF), com repercussão no Departamento de Saúde e Assistência do estado de Pernambuco, num período compreendido entre 1920 e 1926. Os objetivos traçados foram: identificar as circunstâncias políticas, econômicas e sanitárias no campo da saúde pública que ensejaram a criação dos Cursos de Enfermeiras Visitadoras desenvolvidos pela Cruz Vermelha Brasileira, Departamento Nacional de Saúde Pública no Rio de Janeiro (DF) com repercussão no Departamento de Saúde e Assistência de Pernambuco; analisar os aspectos das propostas formadoras desenvolvidas por dois sanitaristas e uma enfermeira de saúde pública em três instituições na Cruz Vermelha Brasileira, Departamento Nacional de Saúde Pública e Departamento de Saúde e Assistência de Pernambuco; e discutir as estratégias de luta simbólica dos Cursos de Enfermeiras Visitadoras desenvolvidos pela Cruz Vermelha Brasileira, pelo Departamento Nacional de Saúde Pública e Departamento de Saúde e Assistência de Pernambuco no desenvolvimento da enfermagem da saúde pública. As fontes utilizadas foram documentos escritos como relatórios, decretos, atas e livros e iconografias publicadas nesses documentos. As fontes encontram-se localizados em acervos da cidade do Rio de Janeiro e Recife. Adotamos como referencial teórico o pensamento do sociólogo Pierre Bourdieu, evidenciando uma luta simbólica no campo da saúde pública entre sanitaristas Amaury de Medeiros, José Paranhos de Fontenelle e a enfermeira de saúde pública Mrs. Ethel Parsons em espaços institucionais distintos, para quem ficaria com a responsabilidade da autoridade e competência científica da formação das enfermeiras visitadoras e o seu processo de trabalho.

ABSTRACT

AYRES, LÍlian Fernandes Arial. The visiting nurses Brazilian Red Cross and the National Department of Public Health in the early twentieth century – Dissertation (Master in Nursing). Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO. Rio de Janeiro, 2010. 162p.

This is a social-historical study whose object are the strategies of symbolic fight in the formation of agents concerning home visiting activities in the Courses of Visiting Nurses of the Brazilian Red Cross and of the National Department of Public Health of Rio de Janeiro, reflecting on the Health and Assistance Department of the State of Pernambuco, in a period between 1920 and 1926. The objectives set were: identifying the political, economical and sanitary circumstances, in the public health field, which brought on the creation of Visiting Nurse Courses developed by the Brazilian Red Cross, National Department of Public Health of Rio de Janeiro, reflecting on the Department of Health and Assistance of Pernambuco; analyzing the aspects of formation proposals developed by two health workers and one public health nurse in three institutions of the Brazilian Red Cross, National Department of Public Health and the Department of Health and Assistance of Pernambuco; and discussing the strategies of symbolic fight in the Visiting Nurse Courses developed by the Brazilian Red Cross, by the National Department of Public Health and the Department of Health and Assistance of Pernambuco in the development of public health nursery. The sources used were written documents such as reports, enactments, minutes and books, as well as iconographies published in these documents. The sources are located in the archives of the cities of Rio de Janeiro and Recife. We adopted as a theoretical reference the thoughts of the sociologist Pierre Bourdieu, evincing a symbolic fight in the public health field among health workers Amaury de Medeiros, José Paranhos de Fontenelle and the public health nurse Mrs Ethel Parsons in distinct institutions, as to whom would hold the responsibility of the scientific authority and competence in the formation of visiting nurses and their work process.

RESUMEN

AYRES, Lílian Fernandes Arial. Las enfermeras visitando Cruz Roja Brasileña y el Departamento Nacional de Salud Pública en el siglo XX – Tesis (Maestría en Enfermería). Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO. Rio de Janeiro, 2010. 162p.

Se trata de un estudio histórico-social que tiene como objeto las estrategias de lucha simbólica para la formación de agentes que realizaron actividades de visita domiciliar entre los Cursos de Enfermeras Visitantes de la Cruz Roja Brasileira y del Departamento Nacional de Salud Pública en Río de Janeiro (DF), con repercusión en el Departamento de Salud y Asistencia del estado de Pernambuco, en el período comprendido entre 1920 y 1926. Los objetivos trazados fueron: identificar las circunstancias políticas, económicas y sanitarias en el ámbito de la salud pública que escenificaron la creación de los Cursos de Enfermeras Visitantes desarrollados por la Cruz Roja Brasileira, Departamento Nacional de Salud Pública en Río de Janeiro (DF) con repercusión en el Departamento de Salud y Asistencia de Pernambuco; analizar los aspectos de las propuestas formadoras desarrolladas por dos sanitarios y una enfermera de salud pública en tres instituciones en la Cruz Roja Brasileira, Departamento Nacional de Salud Pública y Departamento de Salud y Asistencia de Pernambuco; y discutir las estrategias de lucha simbólica de los Cursos de Enfermeras Visitantes desarrollados por la Cruz Roja Brasileira, por el Departamento Nacional de Salud Pública y Departamento de Salud y Asistencia de Pernambuco en el develar de la enfermería de la salud pública. Las fuentes utilizadas fueron documentos escritos como informes, decretos, actas y libros e iconografías publicadas en estos documentos. Las fuentes se encuentran localizadas en acervos de la ciudad de Río de Janeiro y Recife. Adoptamos como referencial teórico el pensamiento del sociólogo Pierre Bourdieu, evidenciando una lucha simbólica en el ámbito de la salud pública entre los sanitarios Amaury de Medeiros, José Paranhos de Fontenelle y la enfermera de salud pública Mrs Ethel Parsons en espacios institucionales distintos, para quien tendría la responsabilidad de la autoridad y competencia científica de la formación de las enfermeras visitantes y su proceso de trabajo.

SUMÁRIO

CONSIDERAÇÕES INICIAIS	13
OBJETIVO	22
RELEVÂNCIA DO ESTUDO	23
ABORDAGEM TEÓRICA E METODOLÓGICA	24
REFERENCIAL TEÓRICO	24
PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	28
CAPÍTULO I – AS CIRCUNSTÂNCIAS DA CRIAÇÃO DOS CURSOS DE ENFERMEIRAS VISITADORAS NA CRUZ VERMELHA BRASILEIRA E NO DEPARTAMENTO NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA	33
O CAMPO DA SAÚDE PÚBLICA NA PRIMEIRA REPÚBLICA E A FORMAÇÃO DAS ENFERMEIRAS VISITADORAS	33
CAPÍTULO II - AS PROPOSTAS FORMADORAS DE ENFERMEIRAS VISITADORAS DESENVOLVIDAS EM INSTITUIÇÕES DISTINTAS	67
O CURSO DE ENFERMEIRA VISITADORA IDEALIZADO POR AMAURY DE MEDEIROS NA CRUZ VERMELHA BRASILEIRA (ÓRGÃO CENTRAL)	67
O CURSO DE ENFERMEIRA VISITADORA IDEALIZADO POR AMAURY DE MEDEIROS NO DEPARTAMENTO DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA DE PERNAMBUCO	81
OS CURSOS DE EMERGÊNCIA DE ENFERMEIRA VISITADORA SOB O IDEÁRIO DE JOSÉ PARANHOS FONTENELLE E MRS. ETHEL PARSONS	89
CAPÍTULO III - AS ESTRATÉGIAS DE LUTA SIMBÓLICA PARA A FORMAÇÃO DE AGENTES COM VISTAS ÀS ATIVIDADES DE VISITAÇÃO DOMICILIAR	110
ANÁLISE COMPARATIVA DOS CURSOS DE ENFERMEIRAS VISITADORAS	110
AS ESTRATÉGIAS DE LUTA ENTRE AMAURY DE MEDEIROS E JP FONTENELLE	113
CONSIDERAÇÕES FINAIS	138
REFERÊNCIAS	146
DOCUMENTOS	152
RESUMO BIOGRÁFICO DOS PRINCIPAIS AGENTES DO ESTUDO	154
APÊNDICE	160
ANEXO	162

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Neste estudo adotamos como objeto de pesquisa, as estratégias de luta simbólica para a formação de agentes com vistas às atividades de visitação domiciliar entre os Cursos de Enfermeiras Visitadoras da Cruz Vermelha Brasileira e do Departamento Nacional de Saúde Pública no Rio de Janeiro (DF), com repercussão no Departamento de Saúde e Assistência do estado de Pernambuco, num período compreendido entre 1920 e 1926.

A delimitação temporal tem como marco inicial 1920, ano em que ocorreu a inauguração do primeiro Curso de Enfermeiras Visitadoras, idealizado por Amaury de Medeiros¹, da Cruz Vermelha Brasileira e o Curso de Enfermeiras Visitadoras, idealizado por José Paranhos de Fontenelle² no Departamento Nacional de Saúde Pública, no Rio de Janeiro (DF). E, como marco final, 1926, quando as enfermeiras visitadoras do Departamento Nacional de Saúde Pública foram substituídas pelas enfermeiras de saúde pública. Na mesma ocasião, Amaury de Medeiros deixa o seu cargo de Diretor do Departamento de Saúde e Assistência de Pernambuco, retornando ao Rio de Janeiro (DF) na condição de Deputado Federal.

Como delimitação institucional, selecionamos a Cruz Vermelha Brasileira (Órgão Central), o Departamento Nacional de Saúde Pública e o Departamento de Saúde e Assistência de Pernambuco. Foi nestas instituições que os sanitaristas Amaury Medeiros e JP Fontenelle colocaram em prática suas propostas para desenvolver os Cursos de Enfermeiras Visitadoras. O sanitarista Amaury de Medeiros desempenhou o seu trabalho na Cruz Vermelha Brasileira do Rio de Janeiro (DF) até o final do ano de

¹Amaury de Medeiros entrou na Cruz Vermelha Brasileira - Órgão Central, em 1917, quando liderou os serviços clínicos e foi professor no Curso de Enfermagem dessa instituição. Permaneceu nessa sociedade até o final do ano de 1922 (HISTÓRICO DA CRUZ VERMELHA BRASILEIRA 1908-1923, 1923, p. 182 – 219).

²Jose Paranhos de Fontenelle ocupou diversos cargos nas repartições sanitárias federais como: Diretor Geral de Saúde Pública e Inspetor da Profilaxia da Tuberculose no Departamento Nacional de Saúde Pública, como assistente de Plácido Barbosa (PEREIRA NETO, 2001).

1922, após foi chamado para assumir, em 1923, a Direção do Departamento de Saúde e Assistência de Pernambuco. Ali, o profissional deu início e desenvolveu outro curso de Enfermeira Visitadora.

Na historiografia da enfermagem de saúde pública, mais especificamente sobre as enfermeiras visitadoras, observamos que havia um embate das denominações criadas para designá-las. Diversos nomes foram aplicados: enfermeira visitadora, visitadora, visitadora de higiene, visitadora sanitária, visitadora de saúde, entre outras. Para este estudo, escolhemos o termo Enfermeira Visitadora, pois esta foi a primeira denominação usada nos cursos já citados e implantados aqui no Rio de Janeiro (DF). Segundo Fontenelle, visitadoras de higiene era o nome preferido na Inglaterra, enquanto nos Estados Unidos adotava-se o termo enfermeira visitadora³.

Os acontecimentos relevantes que precederam a criação dos cursos incluem a Primeira Guerra Mundial (1914-1918), a Gripe Espanhola, em 1918 e, por último, o surgimento da tuberculose. Estes fatos certamente motivaram a movimentação política promovida não só pela elite sanitarista, mas por trabalhadores e a classe-média urbana, fenômeno que impulsionou a ideia de uma Reforma Sanitária.

Em meados de outubro de 1914, para atender os feridos e doentes em tempo de guerra ou em caso de calamidade pública, a Cruz Vermelha Brasileira criou o primeiro corpo de enfermeiras voluntárias. O sucesso desta iniciativa levou a instituição a ampliar o curso. Foi fundada, então, a Escola Prática de Enfermeiras em 20 de março de 1916, no Rio de Janeiro (DF), sob a direção técnica do Dr. Getúlio dos Santos⁴. Diversas outras turmas, assim, se formaram ao longo da década de 1910 - 1920.

³Fontenelle, J.P. A Enfermagem da Saúde Pública: Sua Criação e Desenvolvimento no Rio de Janeiro, 1941, p. 11. Acervo do Laboratório de Abordagens Científicas na História da Enfermagem – LACENF, da UNIRIO.

⁴Bacharelou-se em medicina na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e com especialização na Europa. Tinha formação militar como tenente-coronel. Ocupou cargo de diretor na Cruz Vermelha e foi professor por diversos anos no curso de enfermagem dessa instituição (MOTT & TSUNECHIRO, 2002; SANTOS, 1928).

O término da 1ª Grande Guerra, em outubro de 1918, coincidiu com a chegada do flagelo da gripe espanhola no Brasil. De acordo com as estatísticas, a gripe matou de 20 a 30 milhões de indivíduos em todo mundo. No Rio de Janeiro, milhares de pessoas morreram em suas casas, no trabalho e nas ruas. Nossos médicos e governantes, no entanto, não sabiam como lidar com tal ameaça. A epidemia, assim, trouxe à tona a fragilidade das políticas sanitárias do estado brasileiro. Ainda assim, políticos e administradores do Rio de Janeiro (DF) demoraram a acreditar que o caos estava instalado e era generalizado na cidade. A epidemia dominou o dia-a-dia dos cariocas, sua violência modificou a vida de cada um e paralisou várias atividades urbanas (SANTOS, 2004).

Cabe ressaltar que a Cruz Vermelha Brasileira prestou serviços durante a epidemia da gripe espanhola, demonstrando assim, à população do Rio de Janeiro (DF), sua vocação humanitária, mesmo em tempos de paz. Essa postura deu à instituição visibilidade e conquista de espaço na Capital da República.

O Rio de Janeiro (DF), na ocasião, apresentava um cenário sanitário catastrófico. As habitações tipo cortiço, nas quais muitas pessoas dividiam o mesmo espaço, ocupavam boa parte da cidade e isso contribuiu para a disseminação de várias doenças infecto-contagiosas, principalmente a tuberculose. Apesar dos altos índices de morbimortalidade, a questão sanitária não era prioritária na pauta das autoridades.

Sob qualquer ponto de vista, era imperioso reduzir o número alarmante de casos de tuberculose no Rio de Janeiro (DF), até porque o maior índice de óbitos, na faixa etária entre 20 a 39 anos, penalizava cidadãos em idade produtiva. A preocupação com a questão também sensibilizava os proprietários de indústrias que, bem ou mal, não queriam perder sua força de trabalho. Era necessário, portanto, adotar medidas de proteção ao trabalhador, melhorar suas condições sanitárias e oferecer condições dignas de vida e trabalho aos indivíduos. Só assim as indústrias continuariam funcionando.

Os esforços da sociedade, dos sanitaristas e também da Cruz Vermelha Brasileira contra a tuberculose não foram poucos. Assim foi que diversas propostas foram lançadas para intervir no quadro sanitário vigente. É fato que alguns sanitaristas e diretores que passaram pela Diretoria Geral de Saúde Pública, não estavam interessados em modificar a situação. Havia, no entanto, um grupo de médicos que estava inquieto para transformá-la. E uma das tentativas para combater a tuberculose foi a criação da Liga Brasileira Contra a Tuberculose (LBCT).

Em meados de 1918, a tuberculose e principalmente a gripe espanhola, contribuíram, simultaneamente, para afetar a saúde da população do Rio de Janeiro. As duas doenças já haviam colocado em dúvida a eficácia da estrutura sanitária existente. E por isso a população convivia o tempo todo com a perspectiva da doença e da morte.

Com a crise sanitária agravada em função da epidemia da gripe espanhola, a inquietação da elite intelectual sanitarista acabou somando esforços ao movimento sanitário no fim da década de 1910, com destaque para a principal iniciativa de natureza nacionalista, a Liga Pró Saneamento. O serviço sanitário, até então sob o comando da Diretoria Geral de Saúde Pública, foi reorganizado, dando origem, então, ao Departamento Nacional de Saúde Pública, em 1920.

Segundo Chagas Filho (1993), o Presidente da República, Epitácio Pessoa (1919-1922), entregou a direção do Departamento Nacional de Saúde Pública para Carlos Chagas⁵, que se dedicou aos serviços sanitários do país. Ao assumir a direção ele instituiu o Código Sanitário, o qual destacou a importância de se combater o bacilo da tuberculose.

Foi neste contexto que começaram a se realizar diversas propagandas para a formação de agentes voltados às atividades de visita domiciliar. Para os sanitaristas, era preciso traçar um vínculo entre a família da pessoa com tuberculose e o serviço

⁵Carlos Ribeiro Justiniano das Chagas desenvolveu diversas atividades no ensino, na saúde pública, na assistência médica e na ciência (PEREIRA NETO, 2001).

sanitário. A questão da tuberculose, enquanto problema de saúde pública, proporcionou o nascimento de agentes sociais como a Enfermeira Visitadora, por exemplo, que foi considerada fundamental para desenvolver a educação sanitária e a formação de um elo entre família e serviço de saúde.

No Brasil, principalmente no Rio de Janeiro (DF), o papel da enfermeira visitadora foi defendido pelos agentes sanitaristas Amaury de Medeiros e JP Fontenelle. Para Medeiros, a visitadora era uma professora de higiene. Sua função era ser disseminadora de saúde. Por meio de suas instruções simples, ela seria um elemento decisivo para as mudanças de comportamento e hábitos de higiene⁶. Já para Fontenelle, a formação de enfermeira visitadora era fundamental, pois ela multiplicaria o trabalho dos médicos: ensinaria os doentes a adotar medidas de proteção, verificaria as condições de higiene, a quantidade de cômodos e a ventilação das casas⁷.

A questão de gênero teve influência na formação dessas agentes. Alguns autores reforçam a idéia de que a mulher seria a pessoa ideal para assumir esse papel, destacando, para fundamentar seus argumentos, algumas características como “jeito doce”, “alma altruística”, “generosa”. Para os sanitaristas, a mulher, com o seu jeito de ser, conseguiria romper os obstáculos na relação familiar e, por isso, ela seria mais aceita nos lares. Sobre isto, afirma o sanitarista Amaury de Medeiros (1924, p. 43): “vencendo pela doçura, convencendo com as delicadezas tão peculiares às mulheres, dominando com os supremos recursos subtis e inexcusáveis de um sexo que consegue governar com queixas de vencido...”. Já para Fontenelle (1941, p. 11-12), “a atividade das enfermeiras da saúde pública, que são as visitadoras, aproveita as vantagens físicas e morais do sexo feminino, desdobrando-se por toda a coletividade, onde quer que haja

⁶Medeiros, A. Cruzada Sanitária: Discursos, 1924, p. 42- 44. Acervo: Casa de Oswaldo Cruz (COC).

⁷Fontenelle, J.P. A Enfermagem da Saúde Pública: Sua Creação e Desenvolvimento no Rio de Janeiro, 1941, p. 11. Acervo do Laboratório de Abordagens Científicas na História da Enfermagem – LACENF, da UNIRIO.

misteres sanitários a exercer...”. O diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública, Carlos Chagas (1921, p. 12) corroborou com a idéia:

Na cabeceira do enfermo, no ambiente tranqüilo e carinhoso da família será ouvido e obedecido o coração da abnegada Enfermeira Visitadora, cuja doçura feminina constituirá a maior força de argumentos de ordem técnica, destinados a preservar os sãos, sem aniquilar o doente.

O trabalho feminino no início do século XX ainda era muito hostilizado pelas famílias e sociedade. Os pais aspiravam que suas filhas deveriam casar-se, sendo que o casamento era visto como uma garantia de ascensão social e como capital simbólico. Entretanto, com a Primeira Guerra Mundial e com a evolução da industrialização no Brasil, principalmente no Rio de Janeiro (DF), houve um aumento significativo das mulheres no espaço social. Além disso, a veiculação na imprensa da progressiva presença feminina no mercado de trabalho - como professoras, secretárias, telefonistas, datilógrafas, operárias de indústria têxtil e alimentícia e, por fim, as enfermeiras – alavancava ainda mais a ascensão da mulher.

Conforme Bourdieu (1999), apesar do trabalho das mulheres ter avançado, continuou próximo das atividades femininas (ensino, assistência social, atividades paramédicas). As mulheres diplomadas encontraram maior oferta de trabalho nas profissões intermediárias de nível médio (quadros administrativos de nível médio, técnicos, membros do corpo médico e social etc.) e continuaram sendo excluídas dos cargos de autoridades e de responsabilidade (economia e política).

De acordo com Paixão (1979), o ano de 1919 representou um marco no reconhecimento da necessidade de enfermeiras visitadoras. Nesse ano, os sanitaristas JP Fontenelle e Amaury de Medeiros fizeram propaganda maciça sobre elas. Os dois se empenhavam muito na criação da enfermeira visitadora no Rio de Janeiro (DF) e consideravam-se os proclamadores destas agentes no Brasil.

Assim foi que em julho de 1920, foi fundado, na Cruz Vermelha Brasileira, o Departamento de Prophylaxya contra a Tuberculose. O sanitarista Amaury Medeiros foi

o secretário geral e o consultor técnico deste serviço. Floresceu aí a necessidade de se preparar enfermeiras visitadoras. Coube ao mesmo sanitarista inaugurar, então, o Curso de Enfermeiras Visitadoras no Rio de Janeiro (DF)⁸.

Entretanto, os registros encontrados até o momento, indicam que apenas um curso foi oferecido pela Cruz Vermelha Brasileira. A idéia, no entanto, foi levada pelo sanitarista Amaury de Medeiros para Recife no início de 1923, sendo desenvolvida com êxito naquela capital até 1926. Nesse mesmo ano, Medeiros retornou definitivamente ao Rio de Janeiro (DF) para ocupar o cargo de Deputado Federal.

Na mesma época, no Rio de Janeiro (DF), o sanitarista JP Fontenelle assumia a direção temporária da Inspeção de Profilaxia da Tuberculose do Departamento Nacional de Saúde Pública e organizava um curso de instrução de emergência para Enfermeiras Visitadoras, em novembro de 1920. No total, oito moças frequentaram as aulas num período de dois meses. No final, seis moças começaram a atuar especialmente no combate da tuberculose⁹. Observamos até aqui, portanto, uma aproximação dos sanitaristas mentores das propostas de formação e do desenvolvimento dos Cursos de Enfermeiras Visitadoras no Rio de Janeiro (DF). Foram os órgãos em questão, assim, que se responsabilizaram pelo combate à tuberculose.

Depois do primeiro Curso de Enfermeira Visitadora idealizado por JP Fontenelle, oferecido pelo Departamento Nacional de Saúde Pública, aconteceram outros quatro cursos dirigidos pelas enfermeiras americanas que chegaram ao Brasil em 1921, juntamente com Sra. Ethel Parsons, subvencionada pela Fundação Rockefeller. Ressaltamos que Parsons era contra a idéia da realização desses cursos, pois os considerava uma ameaça para a imagem das futuras enfermeiras de saúde pública. O último curso foi realizado em 1924, por ser o número de enfermeiras visitadoras

⁸Histórico da Cruz Vermelha Brasileira 1908-1923, 1923, p. 182 - 219. Acervo do Laboratório de Abordagens Científicas na História da Enfermagem – LACENF, da UNIRIO.

⁹Fontenelle, J.P. A Enfermagem da Saúde Pública: Sua Criação e Desenvolvimento no Rio de Janeiro, 1941, p. 21. Acervo do Laboratório de Abordagens Científicas na História da Enfermagem – LACENF, da UNIRIO

suficiente. Logo, elas seriam substituídas gradativamente pelas enfermeiras de saúde pública da Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública¹⁰. A iniciativa da realização dos Cursos de Emergência aconteceu, assim, para atender uma demanda do campo da saúde pública, uma solução rápida, enquanto as enfermeiras de saúde pública ainda estavam em formação.

Apesar de alguns documentos destacarem os trabalhos desenvolvidos pela Cruz Vermelha Brasileira no campo da saúde pública, vale assinalar que alguns autores citam que esta instituição formou enfermeiras apenas para a guerra. Pereira Neto (1997) sublinha que a Cruz Vermelha Brasileira formou enfermeiras diplomadas com a finalidade de atender aos feridos de guerra e a sociedade, em situação de calamidade, com uma concepção de socorrista. Já para Sauthier & Barreira (1999), as escolas de enfermagem da Cruz Vermelha Brasileira foram criadas para atender à emergência da Primeira Guerra Mundial.

Com relação aos Cursos de Enfermeiras Visitadoras, as fontes existentes sobre a temática citam diversas vezes os nomes dos sanitaristas JP Fontenelle e Plácido Barbosa¹¹ - idealizadores das enfermeiras visitadoras no Rio de Janeiro (DF). De acordo com Paixão (1979), eles foram fundamentais não só na luta contra a tuberculose e na formação dessas agentes, mas também no que toca à educação sanitária.

Os documentos produzidos no período da delimitação temporal desse estudo, no entanto, demonstram que a primeira iniciativa de formação das enfermeiras visitadoras no Brasil, especificamente no Rio de Janeiro (DF), emergiu da Cruz Vermelha Brasileira, sob o ideário de Amaury de Medeiros.

¹⁰Parsons, E. Archivos de Hygiene: Exposições e Relatórios: a Enfermagem Moderna no Brasil (fac-símile), 1997, p.13-14. Acervo do Laboratório de Abordagens Científicas na História da Enfermagem – LACENF, da UNIRIO.

¹¹José Plácido Barbosa da Silva era tisiólogo e sanitarista. Desenvolveu atividades dentro da repartição sanitária federal e foi responsável pelo ensino sobre a tuberculose na Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública, atual Escola de Enfermagem Ana Nery, no período de 1920 a 1930 (PEREIRA NETO, 2001).

É interessante e instigante, assim, investigar e tentar compreender a criação dos Cursos de Enfermeiras Visitadoras de duas instituições distintas no mesmo âmbito geopolítico, o Rio de Janeiro (DF), e com repercussões na cidade de Recife (PE). Por diversas vezes, a investigação do tema nos levantou como hipótese a existência de aspectos concorrenciais no processo de surgimento do Curso das Enfermeiras Visitadoras.

Durante a pesquisa sobre o assunto, identificamos algumas contradições e generalizações contidas nos registros documentais. Como existem lacunas sobre o tema, foi indispensável analisar as condições que envolveram a implantação destes Cursos de Enfermeiras Visitadoras. Acreditamos ser fundamental, por isso, lançar um novo olhar sobre alguns documentos e, a partir dessa nova leitura, refletir de forma sistematizada para compreender, em sua amplitude, esse momento da história da enfermagem. Até porque, a década de 1920 testemunhou a definição da identidade profissional da enfermeira de saúde pública e, por isso, é emblemática para essa área. Acreditamos inclusive que, no Rio de Janeiro (DF), o perfil dessas profissionais formou-se a partir das enfermeiras visitadoras.

Desse modo, pretendemos elucidar as seguintes **questões norteadoras**:

1. Quais as motivações para os Cursos de Enfermeiras Visitadoras desenvolvidos pela Cruz Vermelha Brasileira, Departamento Nacional de Saúde Pública, com repercussão no Departamento de Saúde e Assistência de Pernambuco?
2. Como se configuraram os Cursos de Enfermeiras Visitadoras no Rio de Janeiro (DF) e no Departamento de Saúde e Assistência de Pernambuco?

Os **objetivos** propostos para clarificar o estudo são os seguintes:

1. Identificar as circunstâncias políticas, econômicas e sanitárias no campo da saúde pública que ensejaram a criação dos Cursos de Enfermeiras Visitadoras desenvolvidos pela Cruz Vermelha Brasileira, Departamento Nacional de Saúde Pública no Rio de Janeiro (DF), e com repercussão no Departamento de Saúde e Assistência de Pernambuco;
2. Analisar os aspectos das propostas formadoras desenvolvidas por dois sanitaristas e uma enfermeira de saúde pública em três instituições na Cruz Vermelha Brasileira, Departamento Nacional de Saúde Pública e Departamento de Saúde e Assistência de Pernambuco;
3. Discutir as estratégias de luta simbólica dos Cursos de Enfermeiras Visitadoras desenvolvidos pela Cruz Vermelha Brasileira, pelo Departamento Nacional de Saúde Pública e Departamento de Saúde e Assistência de Pernambuco no desenvolvimento da enfermagem da saúde pública.

RELEVÂNCIA DO ESTUDO

Este estudo pretende contribuir para a preservação da história e memória da enfermagem de saúde pública. É nossa intenção, assim, produzir conhecimento sobre a formação das enfermeiras visitadoras e preencher lacunas existentes em relação à história da enfermagem de saúde pública. Esperamos que os resultados deste trabalho despertem a atenção dos acadêmicos de enfermagem e enfermeiros naquilo que também diz respeito à formação profissional, além de levantar outras questões dignas de investigação na área aqui abordada.

Além disso, é nossa intenção ampliar a produção científica sobre a enfermagem na Cruz Vermelha Brasileira, uma instituição que certamente contribuiu para o desenvolvimento da enfermagem no Brasil.

O estudo está inserido no projeto institucional “Influência das políticas de saúde na configuração da enfermagem da saúde pública no Brasil no século XX: demandas e tendências”. Integra também a linha de pesquisa “As políticas de saúde no contexto histórico social e suas implicações para a enfermagem da saúde pública”, do Grupo de Pesquisa do CNPq – Laboratório de Abordagens Científicas da História da Enfermagem – LACENF e “Desenvolvimento da Enfermagem no Brasil, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem-Mestrado, do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro.

ABORDAGEM TEÓRICA E METODOLÓGICA

Trata-se de um estudo de natureza histórico-social baseado na análise documental e apoiado no pensamento do sociólogo francês Pierre Bourdieu.

REFERENCIAL TEÓRICO

Nessa pesquisa, utilizamos a noção de campo, capital cultural e poder simbólico de Bourdieu, noções que definiremos a seguir.

Segundo Bourdieu (2007), todo campo é um campo de forças e um campo de lutas. O sociólogo define esse espaço como um sistema de desvios de níveis diferentes e nada, nem nas instituições ou nos agentes, nem nos atos ou nos discursos que eles produzem, tem sentido se não relacionalmente, por meio do jogo das oposições e das distinções. No campo, estão inseridos os agentes e as instituições que ocupam uma posição nessa estrutura, a qual orienta suas tomadas de decisão de acordo com os recursos de que dispõe.

Nesse sentido, consideramos para esse estudo: o campo da saúde pública, com destaque para o espaço social do Departamento Nacional de Saúde Pública e da Cruz Vermelha Brasileira, com repercussão no Departamento de Saúde e Assistência de Pernambuco, espaços de atuação dos sanitaristas e cientistas que se posicionavam como porta-vozes da formação de enfermeiras visitadoras. Nesse espaço eram prescritas e desenvolvidas as principais ações de saúde pública. Foi nesses espaços sociais que circularam as idéias incipientes da formação de agentes com vistas à visita domiciliar: as enfermeiras visitadoras.

Criaram-se, assim, as condições necessárias para a formação de um habitus profissional. Segundo Bourdieu (2007), a palavra habitus indica um conhecimento adquirido, um haver, um capital que se estabelece na disposição incorporada, quase postural, de um agente em ação.

O habitus funciona como um princípio de classificação, de visão e de divisão do mundo social. Ele também é considerado como um gerador e unificador das características intrínsecas dos agentes que ocupam um determinado lugar no espaço social, com suas práticas sociais e seus bens econômicos e culturais (BOURDIEU, 1997).

Os agentes que fizeram parte do campo da saúde pública apresentavam habitus diferentes, conforme os atributos de gênero, posição, cultura, etnia, língua e, acima de tudo, segundo o capital simbólico que adquiriram através da experiência durável de uma posição do mundo social. Desse modo, as pessoas que fazem parte do mesmo campo, com habitus distintos, têm a maior probabilidade de ocorrer algum conflito ou luta nesse campo.

Dentre os diversos agentes sociais, consideramos as enfermeiras visitadoras, os médicos sanitaristas e um grupo de enfermeiras norte-americanas, com ênfase nos movimentos táticos de Amaury de Medeiros, JP Fontenelle e a enfermeira de saúde pública Ethel Parsons. Bourdieu (2004b) aponta que os agentes inseridos no campo não são partículas passíveis, o que quer dizer que eles não são, necessariamente, conduzidos pelas forças do campo. Os agentes tendem a lutar contra as forças para transformar as estruturas do campo em razão das disposições de cada agente.

Alguns indivíduos e instituições apresentam uma posição dominante no interior do campo. Estes agentes sociais adotam estratégias, na maioria das vezes simbólicas, para manter a estrutura vigente do campo. No entanto, dentro desse mesmo campo, existem as pessoas e as instituições que ocupam posições inferiores. Elas reagem

apresentando estratégias de contestação e de luta para melhorar a sua posição no campo e transfigurar as estruturas atuais.

Além disso, a estrutura do campo ou a posição em que os agentes estão distribuídos neste espaço é definida pelo volume do capital que cada agente engajado no campo possui e as suas estratégias. Lembrando que, em cada campo, é formado um tipo específico de capital (BOURDIEU, 2004b).

Bourdieu (2002, p.197) aponta que:

A competência cultural, sob todas as suas formas, só se constitui enquanto capital cultural nas relações objetivas que se estabelecem entre o sistema econômico de produção e o sistema de produção dos produtores (constituído, por sua vez, pela relação entre o sistema escolar e a família).

O capital cultural é constituído sob três formas: estado incorporado, estado objetivado e estado institucionalizado. A primeira forma, estado incorporado, é herdada na primeira socialização com a família, isto é, uma herança cultural familiar e que pode ser conservada através da memória. O estado objetivado é formado pela monopolização parcial ou total, através dos instrumentos de apropriação, dos recursos simbólicos da sociedade: a religião, a arte, ciência e a filosofia e; por último, o capital cultural institucionalizado o qual é produzido pelo sistema de ensino através dos diplomas escolares. Esses têm o valor para o capital cultural, como a moeda para o capital econômico. Os diplomas e títulos escolares possuem valor convencional, formal, juridicamente garantido, o que proporciona estar livre das limitações locais e das flutuações temporais. Desse modo, ele é diferente do capital cultural não certificado do ponto de vista escolar, não precisa ser testado constantemente e não pode ser transmitido ou herdado hereditariamente (BOURDIEU, 2002).

Além disso, os campos abrigam duas formas de poder que, por sua vez, compreendem duas espécies de capital. O primeiro, um poder que pode ser denominado de temporal (ou político), é o poder institucional e institucionalizado ligado à ocupação de posições importantes nas instituições científicas. O segundo, o poder específico, é o

“prestígio” pessoal, que é mais ou menos precedente, segundo os campos e as instituições. Este último repousa quase exclusivamente sobre o reconhecimento, pouco ou mal objetivado e institucionalizado (BOURDIEU, 2004b).

Logo, no campo da saúde pública, os agentes Amaury de Medeiros e JP Fontenelle, como veremos ao longo do trabalho, são portadores de um capital cultural e de poder. Vamos determinar também que foi o volume desse capital que determinou a posição de cada agente no campo e as formas de interação entre eles. As enfermeiras visitadoras, assim, são as novas agentes que emergem a partir da vontade imposta do campo. Elas resultam, então, das lutas simbólicas entre os agentes e suas ideologias.

Para Bourdieu (1999), a força simbólica é uma forma de poder que se exercita sobre os corpos, diretamente, e como que por magia, sem qualquer coação física. Mas essa magia, segundo o autor, só atua com apoio de predisposições colocadas, como molas propulsoras, nas zonas mais profundas dos corpos. E o poder simbólico é “... invisível. O qual só pode ser exercido com a cumplicidade daqueles que não querem saber que lhe estão sujeitos ou mesmo que o exercem” (BOURDIEU, 2007).

O Curso de Enfermeira Visitadora idealizado pelo sanitarista Amaury de Medeiros e por JP Fontenelle foi baseado na feminização do cuidado em saúde pública. Neste espaço, as aptidões inerentes ao gênero feminino foram destacadas e aproveitadas para dominá-las. À época, a sociedade era organizada androcentricamente. E as características das mulheres ratificavam a dominação masculina e estavam inscritas no mais íntimo dos corpos das enfermeiras visitadoras.

A submissão das enfermeiras visitadoras é explicada não apenas pelo fato de serem mulheres, mas também por terem nascido quando vigorava uma ideologia instituída por homens (médicos e sanitaristas) que lutaram pelo monopólio da legitimação do Curso de Enfermeira Visitadora e pelo seu processo de trabalho. Ambos

foram estabelecidos a partir das hierarquias e distinções, o que contribuiu para assegurar a dominação e o poder simbólico sobre as mesmas.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Este estudo foi respaldado na abordagem proposta pela história social. Segundo Barros (2004), esta é uma categoria transcendente que engloba inúmeras outras especialidades da história. A história social pode direcionar seu foco para uma classe social, para um grupo profissional, entre outros. Além disso, de acordo com o autor, acrescenta que o historiador social está mais preocupado em perceber como as variações conjunturais alteram diretamente os vários grupos sociais e que alterações elas provocam nesses grupos.

O estudo teve caráter descritivo e baseado na análise documental. Segundo Gil (2002, p. 42), “as pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno, ou, então, o estabelecimento de relações entre as variáveis”.

Os documentos históricos são os intermediários entre o passado e o historiador e nem sempre o documento traduz a verdade. Por isso, os documentos devem ser submetidos a regras de críticas de autenticidade e de crítica da credibilidade, buscando a verdade do período estudado: “o historiador aplicará a todos os documentos conscientes e inconscientes as regras da crítica externa, e as da crítica interna” (SALMON, 1979, p. 61).

A crítica externa ou crítica da autenticidade tem a finalidade de agrupar os materiais fornecidos pelas fontes, buscando eliminar todas as contradições existentes. E a crítica interna, ou de credibilidade, é o momento em que se analisa as questões do conteúdo dos documentos (SALMON, 1979). Além do método crítico para analisar as

fontes, também foi produzido um quadro de análise diacrônica e sincrônica (apêndice 2) dos fatos e eventos, relacionando-os ao objeto de estudo, o que proporcionou um melhor entendimento dos fatos.

Com a perspectiva da história nova, foi possível ampliar o campo documental. Passamos, assim, a utilizar vários objetos que não eram considerados como documentos históricos. Além do documento escrito, explica Salmon (1979), podemos incluir outras modalidades, como as fotografias, iconografias e a história oral.

Ademais, Peter Burke, apoiado no pensamento do cientista JBS Haldane, refere que a história nova começou a se interessar por toda atividade humana, pois “tudo tem um passado que pode em princípio ser reconstruído e relacionado ao restante do passado” (BURKE, 1992, p. 11).

A história nova utiliza outros tipos de fontes históricas para suplementar os documentos oficiais utilizados pela história tradicional. Esse movimento emergiu a partir de uma aceção difundida sobre a inadequação do paradigma tradicional e está apoiado na ideologia de que a realidade é social ou culturalmente constituída. Apóia-se ainda na premissa de que os novos historiadores estão preocupados com a opinião das pessoas comuns, do senso comum, e a sua experiência de mudança social, isto é, a “história vista de baixo” (BURKE, 1992).

Sharpe (1992, p. 59) também se debruçou sobre a questão:

Mas a importância da história vista de baixo é mais profunda do que apenas propiciar aos historiadores uma oportunidade para mostrar que eles podem ser imaginativos e inovadores. Ela proporciona também um meio para reintegrar sua história aos grupos sociais que podem ter pensando tê-la perdido, ou que nem tinham conhecimento da existência de sua história.

As mudanças ocorridas no campo da história e o surgimento da história nova abriram novas perspectivas. Nesse estudo, além dos documentos escritos, utilizamos também fac-símiles das imagens fotográficas encontradas nas fontes. Isso nos permitiu relacionar o texto com a imagem:

Os documentos fotográficos representam não apenas uma estética ligada à sua expressão mas também a uma estética de vida ideológica, num determinado contexto, num momento da história, sendo ainda um documento fidedigno porque registra o fato no momento do acontecimento. A análise da representação fotográfica deve incluir elementos de ordem histórica e cultural, uma vez que a fotografia expressa uma época, uma visão de mundo, um “ethos”, relações sociais e as ideologias dos indivíduos, e estes contribuem para a produção da própria fotografia (SANTOS, BARREIRA & SAUTHIER, 1999, p. 74).

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

Segundo Porto (2009), as iconografias são em especial as fotografias, que podem ser utilizadas às imagens de um modo geral. O autor acrescenta que a terminologia aplicada para as fontes iconográficas são: foto, figura, fac-símile e imagem fílmica congelada. Nesse estudo, adotamos a terminologia fac-símile, pois todas as imagens já foram impressas em algum meio de comunicação. Sendo assim, utilizamos os fac-símiles encontrados nos relatórios, revistas, livros e atas utilizadas pelo estudo e relacionados com a temática abordada.

Para analisar as iconografias encontradas, utilizamos uma matriz de análise (apêndice 1) que foi aplicada em diversos estudos como o das pesquisadoras Tânia Cristina Franco Santos (1998) e Maria Ciavatta (2002) e, por fim, pelo pesquisador em história da enfermagem, Fernando Porto, em sua tese de doutorado (2007) e pós-doutorado (2009).

A matriz de análise para imagem fotográfica é constituída por quatro partes. A primeira corresponde ao registro de dados de identificação da imagem registrada na imprensa; a segunda, dos dados para o plano de expressão; a terceira refere os dados do plano de conteúdo; a quarta, por último, é referente aos dados complementares obtidos em outras imagens fotográficas (Porto, 2009).

Ademais, segundo Leite (2000), a leitura da imagem deve transbordar ao quadro estabelecido pela câmera. Logo, após a identificação do conteúdo da fotografia é necessário deduzir o que não se vê, em torno daquilo que está se vendo. O pesquisador deve articular as informações do conteúdo interno com o externo das fotos, realizando uma leitura analítica das imagens.

Realizamos, assim, uma leitura das imagens escolhidas, articulando o material escrito com o objetivo de ultrapassar as fronteiras do enquadramento da fotografia. Desta forma, tentamos identificar a veracidade dos fatos, à época. Para a escolha dos fac-símiles do estudo adotamos, como critério, a delimitação temporal do estudo (1920-1926). No total, foram analisados doze fac-símiles. Cinco deles fazem parte do espaço institucional da Cruz Vermelha Brasileira, duas pertencem ao Departamento de Saúde e Assistência de Pernambuco, três vieram do Departamento Nacional de Saúde Pública e outras duas foram encontradas no Livro “Fundação Ataúpho de Paiva: Liga Brasileira contra a tuberculose: um século de luta”, da autora Edilene Nascimento.

Além disso, todas as imagens foram scaneadas para utilizarmos o zoom do computador. Essa ferramenta foi essencial para que ampliássemos a imagem e obtivéssemos uma leitura detalhada e cuidadosa da imagem.

Vale ressaltar que realizamos a triangulação das fontes para obter melhores resultados e proceder uma crítica a respeito dessas fontes. O artigo intitulado “Fontes Históricas e Ético-Legais: possibilidade e inovações”, publicado na Revista Cultura de los Cuidados aduz que esse método proporciona ao pesquisador especular, inferir e elaborar assertivas com menor risco de cometer erros e com possibilidade de encontrar contradições (PORTO, FREITAS & SILES, 2009).

Nesse mesmo artigo, os autores apresentaram um esquema representando “a materialização do mental sobre a triangulação das fontes. Mesmo que sejam múltiplas, elas representam a possibilidade de análise sistemática, englobando: Interpretação dos

dados; Síntese e Produto final no sentido da produção de artigo, monografia, dissertação...” (PORTO, FREITAS & SILES, 2009, p. 05)

O material utilizado nesse estudo foram os documentos escritos e as iconografias encontradas nos seguintes acervos: Biblioteca Nacional - Rio de Janeiro; Biblioteca da Academia Nacional de Medicina - Rio de Janeiro; Arquivo Setorial Enfermeira Maria de Castro Pamphiro - Escola de Enfermagem Alfredo Pinto (UNIRIO) - Rio de Janeiro; Laboratório de Abordagem Científica da História de Enfermagem – LACENF (UNIRIO) - Rio de Janeiro; Casa de Oswaldo Cruz (COC) - Rio de Janeiro; Biblioteca da FIOCRUZ – Manguinhos - Rio de Janeiro; Centro de Documentação da Escola de Enfermagem Anna Nery - Rio de Janeiro, e Fundação Nabuco - Recife¹².

As outras fontes utilizadas vieram da literatura sobre a História do Brasil; a História da Saúde Pública; História da Enfermagem Brasileira e História da Medicina Brasileira. Priorizamos a trajetória da Enfermagem de saúde pública.

Cabe ressaltar que o estudo foi apresentado e apreciado no Laboratório de História da Enfermagem (LAPHE) da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), desde sua etapa inicial, ainda na qualidade de projeto e em seus resultados parciais, a cada seis meses, no sentido de validar os resultados apresentados.

O presente estudo também foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO, recebendo parecer favorável, sob o Protocolo n° 284576 (anexo 1).

¹²Após acordo por e-mail, e por telefone, entramos em contato com uma funcionária desse acervo que digitalizou o material de interesse do estudo e enviou-nos pelo correio. Desse modo, não foi necessário ir até Recife (PE) para obtermos o material referente ao Departamento de Saúde e Assistência de Pernambuco e as produções de Amaury de Medeiros. Além disso, no acervo da Casa de Oswaldo Cruz (COC-FIOCRUZ) encontram-se dois relatórios produzidos por Amaury de Medeiros que foram fundamentais para a elaboração da dissertação.

CAPÍTULO I

AS CIRCUNSTÂNCIAS DA CRIAÇÃO DOS CURSOS DE ENFERMEIRAS VISITADORAS NA CRUZ VERMELHA BRASILEIRA E NO DEPARTAMENTO NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA

Neste capítulo apresentamos as circunstâncias políticas, econômicas e sanitárias que ensejaram a criação dos Cursos de Enfermeiras Visitadoras, desenvolvidos pela Cruz Vermelha Brasileira e pelo Departamento Nacional de Saúde Pública, no início da década de 1920, no Rio de Janeiro (DF), e suas repercussões no Departamento de Saúde e Assistência de Pernambuco, a partir de 1923.

Esse período foi marcado pela conjuntura da primeira Guerra Mundial, a tuberculose, a gripe espanhola e teve na reforma sanitária liderada pelo sanitarista Carlos Chagas seu derradeiro capítulo. Descrevemos o campo da saúde pública e a sua relação com o movimento sanitário, a reforma sanitária e, finalmente, a formação das enfermeiras visitadoras. Salientamos que o conhecimento desse processo histórico é um dado imprescindível na compreensão da formação das enfermeiras visitadoras.

O CAMPO DA SAÚDE PÚBLICA NA PRIMEIRA REPÚBLICA E A FORMAÇÃO DAS ENFERMEIRAS VISITADORAS

Apesar da Proclamação da República, o processo político da Primeira República Federativa e Liberal recebeu outras denominações como a República oligárquica, República dos coronéis ou República do “café-com-leite”. Na opinião de Fausto (2001), estados como São Paulo, Minas Gerais e Rio Grande do Sul mantinham interesses em comum com a União, fortalecendo uma aliança com o governo federal e se destacando em relação aos outros estados que ocupavam uma posição inferior a eles no campo

político¹³. Logo, os estados que dominaram a cena política nacional elaboraram planos políticos nacionais conforme os seus interesses.

Diante deste processo político, o governo federal executou uma política econômica de valorização da cafeicultura e a indústria ocupava uma posição secundária nos programas do governo brasileiro. De acordo com Ferreira (1995), no entanto, com a Primeira Guerra Mundial¹⁴ (1914-1918) ocorreu um incentivo às indústrias do Brasil. A finalidade, segundo o autor, era atender uma demanda do mercado interno, pois havia dificuldade de se importar artigos industrializados. As indústrias brasileiras concentravam-se na produção têxtil e produtos alimentícios, restringindo-se, basicamente, no Rio de Janeiro (DF) e nos estados de São Paulo, Rio Grande do Sul e Minas Gerais - explicou.

Andando de mãos dadas com o progresso decorrente da industrialização, o Brasil experimentaria um fluxo imigratório de estrangeiros. Segundo os autores aqui citados, a imigração estrangeira, que caiu durante o conflito, retomou seu ritmo de forma acentuada tão logo a guerra acabou. Vale destacar que 50% dos operários que se concentravam no Rio de Janeiro (DF) e em São Paulo eram imigrantes europeus. O governo federal estimulava a imigração estrangeira e oferecia certos subsídios para a manutenção dos mesmos no país (FAUSTO, 2001; FERREIRA, 1995).

Havia uma corrente de idéias que circulava pelo Brasil sobre a questão da purificação da raça, do sangue bom e o incentivo da imigração européia. Santos (1985)

¹³Na Primeira República a elite dos grandes Estados liderava a política. A política dos governadores estabelecida no governo de Campo Sales (1898-1902) é um bom exemplo. Essa prática objetivava minimizar as disputas políticas no ambiente de cada Estado, prestigiando os grupos mais fortes. Dessa forma, o governo central manteria os grupos dominantes nos Estados, enquanto estes, em troca, apoiariam a política do presidente da República. Os Estados que comandavam era São Paulo, que tinha um grande potencial econômico e defendia a valorização do café, o maior produto exportado pelo Brasil. O outro Estado era Minas Gerais, que apresentava uma economia fragmentada, e que apoiava o café, o gado e, por último, a industrialização. E, por fim, Rio Grande do Sul, que defendia uma política conservadora de gastos do Governo Federal e a estabilização dos preços. Sendo assim, a União sustentava a valorização da cafeicultura e da estabilização das finanças (FAUSTO, 2001).

¹⁴A Primeira Guerra Mundial foi considerada o maior conflito armado da História e o Brasil manteve-se neutro até outubro de 1917 quando entrou na Guerra ao lado da França, da Inglaterra, e dos Estados Unidos. Porém, a participação do Brasil na Guerra foi limitada e uma das maiores contribuições foi o envio do patrulhamento do Atlântico Sul e um corpo médico à Europa (FERREIRA, 1995).

registrou em seu estudo que um Brasil moderno significava um país europeizado, que apenas a imigração estrangeira e exclusivamente branca e européia conseguiria tirar a sujeira do passado escravocrata e dos malefícios da miscigenação¹⁵.

No Rio de Janeiro (DF) se concentravam as fábricas mais importantes. Por isso, a cidade atraía tanto imigrantes externos como internos. Eles buscavam melhores condições de emprego no pequeno e grande comércio, na indústria e também ascensão social (FAUSTO 2001; FERREIRA, 1995). Apesar do crescimento industrial e do comércio, o Rio de Janeiro (DF) não estava estruturado para receber o contingente populacional que aportava na região, o que gerou um excedente de massa trabalhadora e, por conseguinte, a permissão da exploração da mão de obra e salários baixos (NASCIMENTO, 2002).

Goulart (2005) descreve com detalhes a realidade sócio-econômica da cidade à época: o processo imigratório de urbanização e industrialização acarretou problemas econômicos e sociais no Rio de Janeiro (DF) que atingiram tanto os imigrantes como os antigos moradores. A Capital Federal apresentava um cenário insalubre e com condições sanitárias bastante precárias. A cidade convivia com habitações de má qualidade, crescimento desordenado dos cortiços, péssima ventilação nas casas, ausência de serviços de abastecimento de água e remoção de lixo, além do desemprego e exploração do trabalho de mulheres e crianças. Os ambientes das fábricas eram precários e insalubres acarretando danos também à saúde do trabalhador.

A infraestrutura urbana, portanto, não acompanhou o avanço demográfico e o perfil da população do Rio de Janeiro (DF) era bem diversificado. De um lado, os proprietários do comércio, da indústria, a elite política que obtinha tudo o que desejava,

¹⁵A outra corrente defendia o nacionalismo a partir da recuperação do homem do interior do Brasil e sustentava que os sertões deveriam ser integrados à vida da nação. Acreditavam que o problema brasileiro não estava inserido na questão da raça, mas sim, nas doenças endêmicas onde a solução seria o saneamento dos sertões (SANTOS, 1985).

e do outro os trabalhadores e os desempregados que viviam em verdadeiros bolsões de miséria.

Apesar do Rio de Janeiro (DF) apresentar esse quadro sanitário, os governantes se preocupavam com a imagem da cidade no período da Primeira República. Marconi (2003) explica que eles queriam aplicar um projeto modernizante na Capital Federal. Promover uma imagem de país civilizado e, por conseguinte, estimular a imigração europeia, pois a capital apresentava diversas doenças infecciosas que afugentavam os imigrantes e contribuía negativamente para o país.

A saúde da população brasileira no início do século XX, assim, estava afetada, principalmente, por doenças como a febre amarela, varíola, malária, ancilostomose, sífilis e a tuberculose, as quais eram intensificadas pelas péssimas condições sanitárias do país.

O regime federativo, instituído pela Constituição de 1891, atribuía aos estados a responsabilidade pelos serviços de saúde e saneamento. As despesas com o serviço de higiene terrestre na região dos estados ficavam sob suas respectivas responsabilidades¹⁶. Nesse sentido, as ações de saúde foram influenciadas pelos interesses econômicos e políticos de grupos dominantes como os coronéis e as oligarquias estaduais, ocorrendo uma separação entre o serviço sanitário federal e o dos estados.

A cargo do Estado ficaram reservados o estudo científico da etiologia e a profilaxia das doenças endêmicas e epidêmicas. Eram também atribuições das autoridades federais: medidas defensivas referentes aos males exóticos, a organização da estatística demográfica e sanitária, a fiscalização do exercício da medicina e da farmácia, as análises das substâncias importadas para serem vendidas e o serviço

¹⁶Diccionario Historico, Geographico e Etnographico do Brasill - Hygiene e Saúde Pública (Fontenelle, 1922, p. 428). Acervo da Biblioteca do Ministério da Fazenda – RJ.

sanitário marítimo¹⁷. Desta forma, a autonomia da União com relação às políticas sanitárias era limitada, o que sugeria a necessidade de um aparato estatal forte e centralizador, com maior poder de intervenção nas unidades federativas¹⁸.

À época, a organização dos serviços de saúde era precária ou até mesmo ausente. Os poucos instrumentos existentes garantiam apenas as condições mínimas de saúde e priorizavam, sobretudo, as epidemias que eram combatidas com a simplista segregação dos doentes. O cuidado com a saúde da população, assim, dependia das iniciativas individuais ou coletivas como as instituições filantrópicas e religiosas.

Para Hochman (1993), quando a epidemia atinge toda a sociedade, independentemente de determinado grupo ter contribuído ou não para o surgimento ou disseminação, os danos à saúde devem ser tratados como um cuidado coletivo por meio da consciência social. No Rio de Janeiro (DF), as instituições filantrópicas tiveram um papel marcante na luta contra as enfermidades que debilitavam e dizimavam a população carioca e, por causa disso, conquistaram espaço no campo da saúde pública.

Em janeiro de 1912, com o intuito de melhorar o serviço sanitário, o médico sanitário e pesquisador de doenças tropicais Carlos Seild¹⁹ assumiu a liderança da Diretoria Geral de Saúde Pública – DGSP (1912-1918). Além desse cargo político, ele ocupava a presidência da Liga Brasileira Contra a Tuberculose. Assim que tomou posse fez um relatório sobre os trabalhos realizados pela antiga direção da Diretoria Geral de Saúde Pública, elencando seis medidas que deveriam ser realizadas. Entre elas cabe

¹⁷Diccionario Historico, Geographico e Etnographico do Brasill - Hygiene e Saúde Pública (Fontenelle, 1922, p. 428). Acervo da Biblioteca do Ministério da Fazenda – RJ.

¹⁸Desde 1895 se discutiam a unificação e centralização dos serviços de higiene pública. O relatório produzido pelo Ministro da Justiça e dos Negócios Interiores, Dr. Gonçalves Ferreira, em 1895, menciona referência sobre a necessidade de organização de um serviço modelado ao regime unitário de saúde pública dos países civilizados. J.P. Fontenelle acrescenta que as ponderações do ministro não foram ouvidas. Para conseguir atingir esse objetivo, em 1897, o serviço sanitário federal foi reorganizado e foi instituída a Diretoria Geral de Saúde Pública – DGSP como parte da estrutura do Ministério da Justiça e Negócios Interiores. Apesar da tentativa de reformulação, essa diretoria apenas interviria nas ações de defesa sanitária do Rio de Janeiro – DF. Quando as autoridades municipais solicitassem o Governo Federal, este atuaria para ajudá-los. (FONTENELLE, 1922, p. 428).

¹⁹Carlos Pinto Seild era sanitário e desempenhou diversas atividades na área da saúde pública, assistência médica e na ciência (PEREIRA NETO, 2001).

destacar: reorganização de todos os serviços da saúde pública; a equiparação justa de seu funcionalismo ao de outros serviços públicos; a remodelação de todo o material sanitário marítimo e terrestre; e, por último, o início de uma ação decisiva contra a tuberculose²⁰.

O sanitarista Carlos Seild também buscou o fortalecimento da diretoria e a reformulação dos serviços de higiene. É importante sublinhar também que o médico solicitou a equiparação da Diretoria Geral de Saúde Pública para obter mais autoridade e poder de intervenção nos estados, pois até então aquela repartição estava subordinada ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores. Com a mudança a diretoria conquistaria maior prestígio público e a conseqüente melhoria das ações de higiene no campo da saúde pública.

A organização sanitária federal, que estava passando por modificações parciais, acabaria sendo alterada por regulamento da Diretoria Geral de Saúde Pública, a partir do Decreto 10.821, de 18 de março de 1914. Esse regulamento implementou algumas mudanças importantes, entre as quais, destacou à época JP Fontenelle, a higiene das habitações. Até então sob a responsabilidade da União, a atribuição passou para a competência da Prefeitura do Rio de Janeiro (DF). Uma outra modificação reformulou a justiça sanitária, que ficou inicialmente com a repartição de Higiene e depois foi transferida para aos promotores públicos de cada vara criminal, o que acabou acarretando o desmantelamento integral do setor. A justiça sanitária fôra uma conquista de Oswaldo Cruz durante sua gestão à frente da Diretoria Geral de Saúde Pública. Com a transferência da repartição para a esfera municipal, vários mandatos proibitórios e outros atos judiciários, que iam contra os interesses da Higiene Pública, foram

²⁰Diccionario Historico, Geographico e Etnographico do Brasill - Hygiene e Saúde Pública (Fontenelle, 1922, p. 434). Acervo: Biblioteca do Ministério da Fazenda – RJ.

paralisados. Isso dificultou o desempenho das autoridades sanitárias contra os infratores²¹.

Depreendemos, portanto, que o modelo então vigente fez com que a Diretoria Geral de Saúde Pública perdesse espaço no campo da saúde pública para a Prefeitura do Distrito Federal. Assim, a intervenção do Estado sobre o serviço de saúde permaneceu reduzida no Rio de Janeiro (DF) e no resto do país. Muito embora dispusesse de poucos recursos para combater as moléstias e melhorar o serviço sanitário do país, só a União dispunha das armas capazes de limitar o poder das oligarquias e do coronelismo (notadamente nos pequenos estados). Por outro lado, é importante destacar que uma importante medida de atuação federal, nos estados, foi a fundação do Serviço de Profilaxia Rural²² sob a direção do sanitarista Belisário Penna.

Pereira Neto (2001) sublinha em sua obra que Belisário Penna foi um propagador da Campanha de Saneamento no Brasil através da imprensa, bem como o fundador do primeiro Posto de Profilaxia Rural no Rio de Janeiro (DF).

Inicialmente, o Serviço de Profilaxia Rural esteve ligado à Diretoria Geral de Saúde Pública²³ e, posteriormente, passou a ser diretamente subordinado ao Ministério da Justiça e dos Negócios Interiores, que tinha como ministro o Dr. Urbano do Santos. O serviço então criado deflagrou a instalação de vários postos de profilaxia no Rio de Janeiro (DF), assim como em alguns estados como Maranhão, Minas Gerais e Paraná, que fizeram acordos com o Governo Federal. Destacamos que a Fundação Rockefeller²⁴

²¹Diccionario Historico, Geographico e Etnographico do Brasill - Hygiene e Saúde Pública (Fontenelle, 1922, p. 436). Acervo: Biblioteca do Ministério da Fazenda – RJ.

²²O serviço de profilaxia rural foi criado através do decreto 13538, de 09 de abril de 1919. Ibidem, p. 442.

²³Antes da instalação e da formação das bases do serviço de profilaxia rural, o presidente da república Venceslau Brás, indignado com a calamidade pública vigente entre a população rural, proporcionou um financiamento para a construção de mais postos de profilaxia para começar o serviço de saneamento rural em diversos pontos do Rio de Janeiro (DF). Em primeiro de maio de 1918 foi assinado o decreto 13.001, que estabeleceu as bases para esse serviço. O médico Belisário Penna ficou com a responsabilidade de organizar esse serviço, que estava atrelado à Inspetoria de Profilaxia da Saúde Pública (FONTENELLE, 1922, p. 437)

²⁴A primeira Comissão da Fundação Rockefeller constituída por William Henry Welch (bacteriologista) e Wickliffe Rose (Diretor da International Health Commission), chegou ao Brasil em 1915. A Comissão viajou para São Paulo com a finalidade de identificar áreas de atuação e buscar informações sobre as doenças infecciosas, como a malária, a ancilostomíase e a febre amarela. Nesse momento, as relações

também contribuiu para a profilaxia rural, instalando vários postos de profilaxia pelo Brasil no combate às endemias rurais, principalmente a ancilostomose²⁵.

JP Fontenelle declarou à época ser uma verdadeira aberração o fato de o Serviço de Profilaxia Rural estar separado da Diretoria Geral de Saúde Pública e subordinado ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores. Ele só admitiu a situação quando compreendeu ser necessário começar imediatamente o trabalho de profilaxia rural antes da reformulação do serviço sanitário²⁶. É bom lembrar, no entanto, que com a instituição desse serviço, as políticas sanitárias apresentaram maior inclinação à intervenção estatal no interior do país.

O Serviço de Profilaxia Rural visava, sobretudo, as três grandes endemias rurais - uncinariose, impaludismo e doença de chagas - além das outras entidades mórbidas com caráter endêmico ou epidêmico²⁷. Dentro do quadro das doenças endêmicas, estava a tuberculose. Os diretores que passaram pela Diretoria Geral de Saúde Pública referiam-se a sua alta taxa de mortalidade, a falta de aparelhamento adequado como instituições (dispensários, hospitais, preventórios infantis) e de leis capazes de impedir a disseminação dessa doença. Esses diretores, assim como Oswaldo Cruz, tentaram incluir, no programa sanitário, a tuberculose; tendo como intuito diminuir as cifras dessa doença, mas não obtiveram sucesso.²⁸

entre o Brasil e a Fundação Rockefeller se estreitaram. Em 1916, chegou ao país uma segunda Comissão formada pelos médicos Richard M. Pearce (diretor da Divisão de Educação Médica), John A. Ferrell (assistente da Diretoria da Comissão Sanitária Internacional) e o major Bailey K. Ashford (Comissão de Saúde do Exército dos Estados Unidos). A partir daí, a Fundação começou a fazer parceria com a elite médica e sanitaristas com o intuito de formar novos profissionais e de combater as endemias (FARIA, 1995).

²⁵Diccionario Historico, Geographico e Etnographico do Brasill - Hygiene e Saúde Pública (Fontenelle, 1922, p. 437-438, 442). Acervo: Biblioteca do Ministério da Fazenda – RJ.

²⁶Ibidem, p. 438, 442.

²⁷Decreto 13.538, de 09 de abril de 1919, p. 394. Actos do Poder Executivo. Coleção de Leis. Acervo: Biblioteca do Ministério da Fazenda.

²⁸Diccionario Historico, Geographico e Etnographico do Brasill - Hygiene e Saúde Pública (Fontenelle, 1922, p. 450). Acervo: Biblioteca do Ministério da Fazenda – RJ.

As medidas para combater a tuberculose foram isoladas e ineficientes, já que a doença não era a principal preocupação do governo federal²⁹. As ações das autoridades sanitárias estavam voltadas para minimizar e/ou eliminar as doenças epidêmicas como a febre amarela e a varíola, que atingiam indiscriminadamente a todos, ao contrário da tuberculose, que acometia principalmente os setores populares e os trabalhadores (COSTA, 1986). Deprendemos, assim, que os sanitaristas que comandaram a Diretoria Geral de Saúde Pública destacavam, no discurso político, as motivações sanitárias para obter recursos públicos e angariar reconhecimento em todas as áreas governamentais. Nem sempre, no entanto, lograram êxito.

A tuberculose, à época mais conhecida como tísica, foi a grande responsável pela mortalidade em vários lugares do mundo por muitos anos, inclusive no Brasil. No Rio de Janeiro (DF), não foi diferente. O impacto da tuberculose sobre a população foi intenso e ela foi a maior responsável pela mortalidade nessa região conforme demonstra o fac-símile nº1:



Fac-símile nº1 – Legenda: “Mortandade da tuberculose comparada com outras doenças transmissíveis freqüentes no Distrito Federal – 1903 a 1921”. Fonte: Nascimento, 2002, p. 16.

²⁹Em outros lugares no mundo, como nos países europeus, também ocorreu a mesma situação. Os governos, com raras exceções, pouco fizeram em relação ao combate contra a tuberculose. Essa questão ficou sob a responsabilidade da iniciativa privada, como as instituições filantrópicas (NASCIMENTO, 2002).

O fac-símile nº1 é uma representação do alto índice de mortalidade da tuberculose em relação a outras doenças infecciosas como a gripe espanhola, varíola, paludismo e sarampo no Rio de Janeiro (DF). Nos três últimos túmulos, um elemento simbólico da morte, não é visível o nome da patologia. No entanto, essa figura permite uma aproximação da arte gráfica da imagem com a morte e o extermínio que a tuberculose infligiu à população da Capital da República no período compreendido entre 1903 a 1921.

Soares (2007) considera que a morte não deve ser pensada apenas quando estamos diante dela e sim durante o decorrer da vida, na educação, na arte e na saúde. Inferimos daí que essa imagem fúnebre da mortandade, ilustrada pela tuberculose, pretendeu despertar uma consciência coletiva e evidenciou a necessidade da formulação de políticas sanitárias para combater o mal. Além disso, essa imagem traduz um discurso social que legitima e dá visibilidade a um problema cuja gravidade era escamoteada.

Com o desenvolvimento científico, os sanitaristas sabiam que a probabilidade da disseminação da tuberculose seria maior em lugares prejudiciais, com péssimas condições de higiene, ventilação e em aglomerações urbanas. Nascimento (2002) aborda três fatores sociais que contribuíram para a propagação da chamada tísica: má alimentação, casas e trabalhos insalubres.

Evidenciamos, assim, que o cenário do Rio de Janeiro (DF) favoreceu a propagação da doença, principalmente na população mais pobre e nos trabalhadores. O índice de morbimortalidade de tuberculose no Rio de Janeiro (DF), portanto, acompanhou o processo de urbanização, modernização e industrialização da cidade.

Apesar da prevalência da tuberculose, os governantes pouco fizeram em relação ao quadro sanitário que se configurava. Uma tentativa foi a do tisiólogo e sanitarista Plácido Barbosa, delegado sanitário da Diretoria Geral de Saúde Pública, que teve a

oportunidade de ir para os Estados Unidos conhecer os programas de combate à tuberculose³⁰.

Plácido Barbosa voltou dos Estados Unidos e apresentou um relatório com um plano de luta contra a tuberculose. Destacamos alguns pontos: 1) Reformar o regulamento da Diretoria Geral de Saúde Pública, considerado ineficiente, e incluir medidas contra o escarro, regulamentando e fiscalizando a expectoração dos doentes com tuberculose; 2) Criar uma inspetoria de profilaxia da tuberculose para estimular a luta contra essa doença; elaborar propagandas, promover a decretação das leis indispensáveis e superintender todos os serviços relativos a esse problema; 3) Instalar, em diversos pontos da Capital Federal, cinco dispensários para as doenças do peito; essas instituições teriam por objetivo atrair o doente com tuberculose, tratá-lo, instruí-lo ou encaminhá-lo para o destino ou modo de vida mais conveniente ao estado de saúde do doente; 4) Criar o serviço de vigilância higiênica das pessoas com tuberculose no domicílio, para as desinfecções no curso da doença, o ensino da higiene anti-tuberculosa, a instrução sobre os meios de cura ao ar livre e a fiscalização dessas medidas. Este serviço seria feito por meio de inspetores médicos auxiliados pelos subalternos necessários; 5) Fazer votar uma verba anual destinada ao incremento do serviço de profilaxia da tuberculose; 6) Criar estratégias para aumentar os recursos financeiros e a implantação de estações de cura ao ar livre, entre outros³¹.

O programa foi, na verdade, uma tentativa de luta contra a tuberculose no que tange às iniciativas do Governo Federal. As medidas pelo menos colocaram em destaque o problema da tuberculose. Ficou clara, a partir daí, a importância da criação de um departamento específico no mesmo nível de equiparação que os demais setores, e com autonomia suficiente para determinar leis sanitárias e a reivindicação de financiamento. Outro aspecto fundamental diz respeito ao cuidado domiciliar

³⁰Diccionario Historico, Geographico e Etnographico do Brasill - Hygiene e Saúde Pública (Fontenelle, 1922, p. 450). Acervo: Biblioteca do Ministério da Fazenda – RJ.

³¹Ibidem, p. 450.

dispensado aos doentes de tuberculose, promovido por médicos e subalternos, e a utilização da educação como medida de prevenção e combate contra essa doença. O relatório produzido por JP Fontenelle, entretanto, não deixou claro quem seriam esses subalternos. Acreditamos que eram os guardas sanitários³², ou, então, um novo agente formado para fazer a visita domiciliar.

O relatório aqui citado ficou apenas no papel e nada mudou no cenário das altas taxas de tuberculose e no seu combate. Enquanto isso, o problema da doença circulava nas capas das revistas e jornais, ganhando visibilidade no meio médico e na sociedade. Reproduzimos uma reportagem da Revista Brazil-Medico, intitulada “A luta contra a Tuberculose”:

É justamente na idade que o indivíduo apresenta um capital social de valor, quando dele se esperam os juros de energia cultivadas e dos gastos realizados durante os 20 a 25 anos de sua existência que a moléstia novamente se manifesta, exigindo não só a paralisação de toda e qualquer atividade física ou intelectual (BRAZIL-MÉDICO, 1921, p. 119).

A tuberculose não acometia apenas as crianças e idosos que eram caracterizados como indefesos e suscetíveis. O mal também atingia os trabalhadores. Muitos deles tiveram contato com o bacilo da tuberculose na infância, mas a doença só se manifestou na vida adulta, quando submetidos a jornadas de trabalhos intensas e cansativas. A má alimentação também favorecia o desenvolvimento da doença, trazendo prejuízos à saúde do trabalhador.

Rodrigues (1972) acrescenta que as grandes jornadas de trabalho, o trabalho exaustivo, as noites mal dormidas, as privações de nutrição, a miséria, as habitações em cortiços provavelmente contribuíram com o aumento significativo da tuberculose. Nascimento (2002) reforça que a incidência dessa doença nos trabalhadores era elevada,

³²A polícia sanitária tinha a finalidade de evitar a manifestação e propagação de doenças infecciosas através da notificação, isolamento, desinfecção e a vigilância sanitária. Deveria prevenir e corrigir os vícios das habitações e abusos de seus proprietários, procuradores, arrendatários e moradores. Além disso, fazer cumprir as leis federais e municipais relativas às doenças. Dicionario Historico, Geographico e Etnographico do Brasill - Hygiene e Saúde Pública (Fontenelle, 1922, p. 450). Acervo: Biblioteca do Ministério da Fazenda – RJ.

o que certamente levou a uma movimentação da elite médica a entrar na luta contra a tuberculose.

Os médicos consideravam que o problema deveria ser combatido urgentemente para reduzir a mortalidade e morbidade da doença. Merece destaque a significativa instituição filantrópica denominada Liga Brasileira Contra a Tuberculose (LBCT)³³, criada para implantar medidas de profilaxia e cura da tuberculose. A Liga criou sanatórios e dispensários próprios que tiveram um papel essencial no combate da tuberculose, bem como um estatuto segundo o qual os sanatórios apenas receberiam os doentes com grande probabilidade de cura. Os dispensários eram considerados de baixo custo e a sua função primordial foi a profilaxia da doença. Mas também desempenharam atividades que visavam o tratamento, assistência médica e o atendimento domiciliar (NASCIMENTO, 2002).

Acreditamos que os propalados princípios humanitários da Liga - considerar um bem social ao aceitar apenas doentes com chance de cura - estavam umbilicalmente ligados aos interesses econômicos do país. O propósito de preservar a força de trabalho era evidente. Os médicos, que compunham a Liga, realizavam inspeções nas fábricas e argumentavam que as condições de trabalho favoreciam a disseminação da doença. Por isso, era necessário adotar medidas para evitar a perda da produtividade e manter o crescimento do capitalismo.

Além disso, a Liga Brasileira Contra a Tuberculose utilizou como estratégia a propaganda popular para combater a tuberculose por meio de folhetos explicativos, conferências populares, jornais e revistas médicas. A finalidade era mobilizar a população, os médicos e, inclusive, os governantes sobre a elevada taxa de tuberculose e ainda educar com medidas preventivas (NASCIMENTO, 2002).

³³A Liga Brasileira Contra a Tuberculose foi criada em 1900, cuja base foi estabelecida pela comissão constituída por Cypriano de Freitas, Ismael da Rocha, Carlos Seild, Guedes de Melo e Azevedo Lima. (NASCIMENTO, 2002).

Entre os médicos e outros profissionais de prestígio que compunham a Liga Brasileira Contra a Tuberculose – entre eles militantes da clínica tradicional vinculados à Academia Nacional de Medicina ou a Faculdade Nacional de Medicina – estavam Hilário Gouveia, Azevedo Lima e Ismael da Rocha. Os que não eram médicos também tinham projeção social, como Ataulpho de Paiva - advogado, desembargador, ministro do Supremo Tribunal Federal; Ernesto Lima - jornalista, historiador e poeta; e Alcindo Guanabara - político, escritor e jornalista (NASCIMENTO 2002).

Os agentes sociais aqui citados - entre outros componentes da Liga Brasileira Contra a Tuberculose - passaram pelas sucessivas diretorias e conselhos consultivos, e solicitaram, por diversas vezes, a contribuição do Estado na luta contra a tuberculose. Segundo consta, a Liga esperava mais da gestão do sanitarista Carlos Seild, que ocupou o cargo de presidente da Liga no período compreendido entre 1915 a 1919 e colocou o problema da tuberculose como umas das prioridades de seu programa. Todavia, ele apenas propôs algumas medidas profiláticas isoladas, assim como fizeram outros diretores que passaram pela Diretoria Geral de Saúde Pública (NASCIMENTO, 2002).

Destaque-se, no entanto, que os seis anos de gestão de Carlos Seild na direção da Diretoria Geral de Saúde Pública foram prejudicados pela Primeira Guerra Mundial e diversos cortes orçamentários. Estes acontecimentos seguramente prejudicaram sua administração e mantiveram a saúde pública longe do leque de prioridades do governo federal.

Em meados de 1918, juntamente com o término da guerra, o Brasil foi atingido pelo flagelo da gripe espanhola³⁴. Conforme Rocha (2008), essa epidemia foi denominada Gripe Espanhola porque o maior número de mortos ocorreu na Espanha. Já para D'Avila (1993), a explicação para essa denominação tem motivações políticas e foi incentivada, principalmente, pela Inglaterra.

³⁴A Gripe Espanhola acometeu primeiramente na Europa e na África e depois se alastrou no mundo inteiro. Entre 50 e 110 milhões de pessoas morreram devido à gripe espanhola no mundo inteiro.

Chagas Filho (1993) descreveu assim o episódio: a epidemia chegou ao Brasil através do navio Royal Mail Britânica, o S.S. Demerara, que aportou no Rio de Janeiro (DF) no dia 21 de setembro de 1918; o mal se alastrou como um estopim em um campo de palha seca. A doença se espalhou rapidamente pelo interior do Brasil e nas cidades não servidas pelas linhas internacionais; a gripe se introduziu por intermédio da navegação de cabotagem.

As péssimas condições de saneamento e a precária assistência médica do Rio de Janeiro (DF) contribuíram para disseminação da Gripe Espanhola³⁵. Além disso, os portos do litoral não tinham condições de impedir a chegada dessa epidemia devido a ineficiência dos serviços sanitários marítimos³⁶.

Chagas Filho (1993) e Goulart (2005) pintam em cores vivas o caos instalado na cidade: o Rio de Janeiro (DF) foi violentamente invadido por essa epidemia; as ruas ficaram abandonadas, as casas fechadas, o comércio e o transporte totalmente paralisados; faltou comida e água e, por toda parte, existiam sinais de aflição, desespero, tristeza, angústia e luto. As pessoas morreram nas ruas, nas calçadas, no trabalho, nas suas casas e faltaram coveiros e covas para enterrá-los. Ainda de acordo com os autores, não havia médicos suficientes para atender toda a população acometida, pois muitos foram contaminados e outros estavam prestando serviço aos órgãos públicos. Os que queriam assistir, encontraram dificuldades como transporte, estrutura física e ainda não sabiam como tratar essa doença. Ademais, as estruturas das instituições sanitárias se encontravam totalmente desaparelhadas para combater a Gripe Espanhola.

Santos (2004) assinala que eram diversas as notícias em jornais e revistas sobre o caos social e sobre a epidemia da gripe espanhola. As matérias evidenciavam a fragilidade das políticas sanitárias do estado brasileiro e o descaso das autoridades

³⁵Segundo Fontenelle a gripe espanhola chegou primeiramente no Brasil, na cidade de Recife, que posteriormente atingiu a Bahia em seguida, surgiu em Niterói (Fontenelle, 1922, p. 440).

³⁶Diccionario Historico, Geographico e Etnographico do Brasill - Hygiene e Saúde Pública (Fontenelle, 1922, p. 440). Acervo: Biblioteca do Ministério da Fazenda – RJ.

políticas para com a saúde pública. No começo da epidemia, acrescenta o autor, o governo federal não deu muita importância a essa situação, restando à população apegar-se aos movimentos religiosos, pois pouco os governantes fizeram em relação àquela situação.

Algumas iniciativas surgiram à época com a finalidade de minimizar o desastre que a gripe espanhola causou ao Rio de Janeiro (DF). Uma contribuição relevante foi da Cruz Vermelha Brasileira, conforme mostra o fragmento:

O maior acontecimento para a vida da CRUZ VERMELHA foi, sem dúvida, a epidemia da gripe que nos meses de Outubro e Dezembro assolou a população desta Capital e que serviu para demonstrar à sociedade um dos benéficos fins da nossa instituição, mesmo no tempo de paz (HISTORICO DA CRUZ VERMELHA BRASILEIRA 1908-1923, 1923, p. 31).

Diante desse contexto, a Cruz Vermelha Brasileira desempenhou um papel social marcante no tratamento e cuidado dispensados aos doentes acometidos pela gripe espanhola.

O médico Amaury de Medeiros assumiu a direção do Hospital da Cruz Vermelha Brasileira e prestou relevantes serviços aos doentes (ABRÃO, 2006). Essa instituição angariou assim, mesmo em tempos de paz, prestígio público e poder no campo da saúde pública e na sociedade.

E não foi à toa. À época, a Cruz Vermelha Brasileira promoveu modificações em sua sede provisória e a adequou para atender os pacientes acometidos pela gripe espanhola. As enfermeiras, conforme o fac-símile nº2, prestaram assistência demonstrando eficácia no cuidado prestado aos doentes hospitalizados, nos domicílios e em postos de socorros. Destacamos ainda que a instituição criou o primeiro posto de socorro no Rio de Janeiro (DF) e ofereceu medicamentos gratuitamente³⁷.

³⁷Histórico da Cruz Vermelha Brasileira 1908-1923, 1923, p. 23-25. Acervo do Laboratório de Abordagens Científicas da História da Enfermagem – LACENF, UNIRIO.



Fac-símile nº2 - Legenda: “Grupo de dedicadas enfermeiras, com serviços relevantes durante a epidemia da gripe, em 1918”. Fonte: Histórico da Cruz Vermelha Brasileira 1908-1923, 1923, p. 279.

O fac-símile nº2 reproduz uma fotografia do tipo posada e grupal. Na imagem aparecem oito mulheres trajando uniformes de vestido longo, manga comprida na cor clara e uma cruz no peito. Elas usam um véu também na cor clara com uma cruz na região frontal. A cruz é escura, provavelmente de cor vermelha. As roupas escondem todo o corpo, o que demonstra o controle sobre os corpos das enfermeiras. E a duplicação da representação da Cruz Vermelha Brasileira na cabeça (mente) e no peito (coração) representa não só a força da instituição, mas reforça a entrega desse grupo de mulheres, de corpo e alma, à missão institucional no combate a gripe espanhola. Seus rostos demonstram orgulho.

Conforme Porto (2007), o símbolo da cruz, ostentado na altura do tórax e no véu, foi utilizado pelas enfermeiras para dar visibilidade à instituição. Tanto o véu como a cruz reforçaram a crença simbólica da Cruz Vermelha Brasileira enquanto representante do bem e da caridade. Desse modo, ao instituir tal crença, a instituição sacraliza a boa imagem da enfermeira e da mulher na sociedade e dá visibilidade aos feitos da Cruz Vermelha Brasileira. A instituição, que atuava de acordo com os interesses da Cruz Vermelha Internacional capitalizava, assim, poder e prestígio social mediante a institucionalização de sua atuação humanitária.

Ainda com relação a imagem anterior, a ausência da figura masculina entre os agentes (autoridades, médicos, professores) da Cruz Vermelha Brasileira, clarifica o destaque que a instituição dava ao grupo feminino. Salientamos, ainda, que o posicionamento dessas agentes estava em consonância com os princípios³⁸ que, à época, a Cruz Vermelha preconizava: a imparcialidade absoluta, a independência total, a igualdade entre todos os membros, a universalidade. Esses valores ultrapassavam as fronteiras e quebravam os limites do ponto de vista político, social, racial e religioso³⁹.

Apesar dos esforços da sociedade, da Igreja Católica e de instituições como a Liga Brasileira Contra a Tuberculose e a Cruz Vermelha Brasileira, eram necessárias medidas amplas e eficazes do Governo Federal para modificar o quadro de saúde do Rio de Janeiro (DF).

Os ataques dirigidos contra os serviços da saúde pública e a insatisfação de uma parte da elite médica sanitaria alteraram as relações de força no campo da saúde pública. A tentativa de modificar o quadro sanitário vigente, por sua vez, gerou o processo de enfraquecimento do poder político de Carlos Seild. Ele acabou não suportando as pressões externas e demitiu-se da Diretoria Geral da Saúde Pública, em 17 de outubro de 1918⁴⁰. Cabe destacar que o sanitaria deixou a Diretoria quando eclodiu a gripe espanhola o que evidenciou o desgaste da saúde pública e a falta de estrutura da repartição para resolver os problemas emergentes.

Segundo Nascimento (2002), a gestão de Carlos Seild foi muito criticada pelos sanitarias. Nesse período, já estava estabelecido um debate cívico pela melhoria das condições de saúde da população brasileira. As elites médicas e intelectuais, portanto, já exigiam uma reforma profunda na repartição sanitária.

³⁸Os princípios atualmente da Cruz Vermelha são: Humanidade, Imparcialidades, Neutralidade, Independência, Voluntariado, Unidade e Universalidade.

³⁹Histórico da Cruz Vermelha Brasileira 1908-1923, 1923, p. 05-10. Acervo do Laboratório de Abordagens Científicas da História da Enfermagem – LACENF, UNIRIO.

⁴⁰Diccionario Historico, Geographico e Etnographico do Brasill - Hygiene e Saúde Pública (Fontenelle, 1922, p. 440). Acervo: Biblioteca do Ministério da Fazenda – RJ.

Em seguida, o presidente da república solicitou que o sanitarista Carlos Chagas assumisse a direção da Diretoria Geral de Saúde Pública. Chagas Filho (1993), em seu livro intitulado “Meu Pai”, narrou a biografia do sanitarista Carlos Chagas. Inicialmente, diz ele, seu pai teria recusado o convite, mas, diante da necessidade de saúde da população, contribuiu com a criação de vários postos hospitalares de porte, postos de socorro e postos de consulta por todas as regiões do Rio de Janeiro (DF). Além disso, mobilizou os médicos através de propaganda em jornais e revistas da época.

De acordo com Pereira Neto (2001), Carlos Chagas foi discípulo do sanitarista Oswaldo Cruz, era especialista em medicina tropical e liderou a campanha contra a gripe espanhola.

A atuação de Carlos Chagas foi eficaz, no combate à epidemia da gripe espanhola e isso certamente projetou seu nome no campo da saúde pública. O médico conquistou prestígio público diante da sociedade e das autoridades federais. A atuação do sanitarista foi estratégica e fortaleceu sua aliança com a elite política. Assim foi que ele almejou ocupar o cargo mais alto da repartição sanitária no campo da saúde pública.

Na verdade, Carlos Chagas, ao aceitar assumir a liderança da Diretoria Geral de Saúde Pública em pleno caos – durante a gripe espanhola e a crise sanitária – era uma responsabilidade imensurável e poderia ter resultados positivos ou negativos os quais influenciariam no jogo político em torno de um novo ideário de saúde pública e de uma reforma no setor.

Enquanto isso, quem assumiu a direção da Diretoria Geral de Saúde Pública foi o médico Theophilo Torres, que teve de organizar a assistência médica para atender a situação do quadro sanitário instalado⁴¹. Só no período compreendido entre outubro e

⁴¹Diccionario Historico, Geographico e Etnographico do Brasill - Hygiene e Saúde Pública (Fontenelle, 1922, p. 440). Acervo: Biblioteca do Ministério da Fazenda – RJ.

dezembro de 1918 ocorreram em torno de 15 mil óbitos⁴². Como a doença atingiu a todos os grupos sociais, caracterizaram-na como uma “gripe democrática”. Até porque o próprio presidente da república, Rodrigues Alves, a contraiu e morreu em 16 de janeiro de 1919 (HOCHMAN, 1993).

Foi nesse momento e diante dessa perda que as autoridades seguramente se conscientizaram da gravidade da falta de políticas de saúde. Hochman (1993) infere inclusive que todos se tornam iguais diante de uma epidemia urbana. De uma forma paradigmática, diz ele, os efeitos negativos da crescente interdependência social proporcionam uma reflexão sobre a atuação federal e a necessidade de se constituir estratégias para modificar o cenário da saúde.

A crise sanitária instalou-se definitivamente no fim do ano de 1918, quando a tuberculose e a gripe espanhola simultaneamente penalizaram a saúde da população, colocando em dúvida as ações sanitárias da Diretoria Geral de Saúde Pública. Com isso, houve um crescimento da movimentação política dos grupos de trabalhadores, das classes médias urbanas, dos intelectuais e dos sanitaristas, principalmente no Rio de Janeiro (DF).

Os movimentos sanitários floresceram nesta época e objetivaram a reformulação dos serviços de saúde. Estes últimos ganharam força com as inspeções⁴³ que ocorriam pelo interior do Brasil, em busca do saneamento rural, iniciativas lideradas por Belisário Penna e Arthur Neiva. O estudo de Santos (1985) descreve o movimento pelo saneamento dos sertões que ocorreu no Brasil. O autor assinala que o ano de 1916 foi um marco na evolução do movimento sanitário. Foi neste ano também que a dupla Arthur Neiva/ Belisário Penna publicou o relatório que denunciava as péssimas

⁴²Em vários estudos sobre a Gripe Espanhola percebemos a variação do quantitativo de óbito nesse período. Alguns estudos mostram que os dados não são fidedignos devido à deficiência dos serviços de estatísticas, mas sabe-se que o número de mortes chegou a mais de 1000 por dia no Rio de Janeiro e, conforme Theophilo Torres informou, em outubro e novembro de 1918 morreram, no Rio de Janeiro, 11.953 habitantes (GOULART, 2005; CHAGAS, 1991).

⁴³Em 1914, as inspeções começaram pelo Rio de Janeiro (DF), nas zonas suburbanas e o inspetor era o sanitarista Belisário Penna.

condições de vida no interior do país. O texto levou a elite urbana a conhecer o estado de calamidade em que a população do sertão vivia. A partir daí, o movimento sanitário superou os grandes centros urbanos e atingiu o interior do Brasil através do lema “Saneamento dos Sertões”.

Porto e Santos (2007) acrescenta que uma declaração feita por Miguel Pereira - “o Brasil é um imenso hospital” - levou as questões da saúde e do saneamento a serem discutidas a nível nacional. Foi neste contexto que a elite sanitária criou um movimento denominado Pró-Saneamento do Brasil.

Belisário Penna aprofundaria o aspecto político contido na questão. Por um lado, as epidemias como gripe, febre amarela, varíola e peste foram de evolução rápida e aguda, espalhando-se com voracidade e, com a menor ou maior violência que chegaram, também se foram. Por outro lado, as endemias como as verminoses, tuberculose, impaludismo, lepra, sífilis, tricomoníase e úlceras foram mantidas e incentivadas por três flagelos: politicalha, ignorância e alcoolismo, que minaram silenciosamente e permanentemente a coletividade, destruindo o organismo e obliterando a inteligência e consciência do ser humano. Enquanto as primeiras (epidemias) acometeram muitos e eliminaram alguns indivíduos, as últimas (endemias) debilitaram e extinguíram progressivamente todos os indivíduos, degradando as espécies, degenerando a raça e, acima de tudo, matando a nacionalidade (PENNA, 1923).

Percebemos que Belisário Pena buscou, com seu discurso, legitimar os problemas das doenças endêmicas e, de certa maneira, censurar as demais doenças epidêmicas. Mas, tanto as doenças epidêmicas, como a gripe espanhola e as doenças endêmicas, como a tuberculose, promoveram um cenário sanitário catastrófico no Rio de Janeiro, ainda que o Distrito Federal tenha sido a cidade onde as intervenções sanitárias começaram. É possível imaginar, assim, a situação sanitária caótica dos pequenos estados do interior do Brasil, Nessas regiões, desde sempre, as oligarquias

estaduais e o coronelismo comandavam seus respectivos territórios de acordos com seus interesses, travando um embate político com as autoridades federais. Fontenelle (1922, p. 441) ilustra bem a situação:

Se assim passaram as coisas no Districto Federal, bem junto das autoridades centraes, muito não seria de esperar do esforço dos estados, com suas rendas malbaratadas e suas preocupações distrahidas dos verdadeiros interesses de suas respectivas populações. Estados há onde as questões da saúde pública não foram sequer consideradas; noutros, foi essa preocupação reduzida a expressões escriptas em leis e em regulamentos: na maior parte, serviu apenas de pretexto para criação de empregos. Numa insignificante minoria, constitui a questão de Hygiene preocupação de alguma importância, tendo havido o cuidado de organizar repartições de certo valor pratico.

O sanitaria acrescenta que a falta de um Departamento com poder de intervenção estatal deu, ao Rio de Janeiro (DF), o privilégio de ter uma repartição sanitária forte que, aos poucos, foi absorvendo as responsabilidades do município e o abandono quase que completo dos trabalhos da saúde pública por parte dos estados⁴⁴. Diante disso, o movimento pelo saneamento dos sertões se fortaleceu e tornou-se uma questão nacional por excelência. Sanear o país foi fundamental para reduzir ou erradicar as doenças endêmicas e, assim, manter a capacidade funcional dos trabalhadores e preservar a identidade nacional.

Santos (1985) assinala que existiam duas correntes na questão do saneamento: a primeira, aqui já citada, era o saneamento dos sertões. Neste caso, o ideário foi recuperar, no interior do país, as raízes da nacionalidade, buscando inserir o sertanejo no projeto de construção nacional. No entanto, alguns sanitaristas não concordaram com os princípios dessa modalidade. Assim, constituíram a do saneamento urbano, que se baseava nos ideais de um Brasil moderno, acreditando no crescimento e progresso das grandes cidades brasileiras, principalmente através da teoria do Eugenismo. Esta doutrina estimulava a imigração européia para melhorar a raça brasileira. Na verdade,

⁴⁴Diccionario Historico, Geographico e Etnographico do Brasill - Hygiene e Saúde Pública (Fontenelle, 1922, p. 447). Acervo: Biblioteca do Ministério da Fazenda – RJ.

no contorno de cada grupo existiam contradições, seja na carreira intelectual, seja no comportamento político de cada agente.

Ademais, Belisário Penna, interessado na luta política pelo saneamento dos sertões, publicou o livro intitulado Saneamento do Brasil, em 1918, onde aponta as falhas mais graves das políticas sanitárias da época (SANTOS, 1985).

O movimento Pró saneamento Brasil deu origem, em fevereiro de 1918, à Liga Pró Saneamento, liderada por Belisário Penna. A liga era composta por pessoas que pertenciam a setores importantes, tais como os membros da Academia Nacional de Medicina, os catedráticos da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, os cientistas do Instituto Oswaldo Cruz, militares, educadores, juristas, entre outros. Seu objetivo imediato era a constituição de uma agência pública federal que coordenasse os serviços de saúde em todo território nacional (LIMA E HOCHMAN, 1996).

Costa (1986) alinhava em seus escritos os principais intelectuais do círculo médico-sanitário que constituíram o grupo da Liga Pró Saneamento. Destacamos Miguel Couto, Afrânio Peixoto, Antônio Austregésilo, Sampaio Correia, Félix Pacheco, Carlos Chagas, Aloísio de Castro, Juliano Moreira, General Ismael Rocha, Oscar Rodrigues Alves, Miguel Pereira, Hilário de Gouveia, Sales Guerra. O grupo era encabeçado ainda por Carlos Seild, Roquette Pinto, Paulo de Frontin, Miguel Calmon, Lauro Muller, Oliveira Leão, Artur Neiva, Vital Brasil, Monteiro Lobato, Renato Kehl, Mauricio de Lacerda. Certamente, esse movimento, liderado por essas personalidades, intensificou a necessidade de uma reformulação do serviço sanitário e a construção da identidade nacional (SANTOS, 1985; LIMA E HOCHMAN, 1996).

Ao contrário desse movimento, a Liga Brasileira Contra a Tuberculose não propunha uma reforma no Estado, mas sim o apoio dos poderes públicos no combate a tuberculose. Isso se daria com a utilização de recursos financeiros nas suas ações,

partindo-se do princípio que a iniciativa particular e a intervenção oficial, em ação solidária, obteriam êxito na luta contra essa doença (NASCIMENTO, 2002).

Ao enfrentar a fase da epidemia da gripe espanhola e em plena crise sanitária, Theophilo Torres teve que apresentar um relatório sobre os serviços prestados pela Diretoria Geral de Saúde Pública no ano de 1918. Ao destacar no documento a importância da reformulação dos serviços de saúde, preconizada pela Lei 3.674, de 7 de janeiro de 1919 - que determinava a elaboração de um programa sanitário - Theophilo destacou alguns pontos: melhorar os serviços de expurgo e desinfecção dos navios; cuidar da profilaxia da lepra; iniciar um serviço de profilaxia das doenças venéreas; atacar o problema da tuberculose; resolver o problema da varíola e regulamentar a sua vacinação. Por último, dar completa autonomia à Diretoria Geral de Saúde Pública, submetendo-a diretamente ao ministro da Justiça e dos Negócios Interiores, mas suprimindo algumas formas de controle desse ministro sobre as ações da Diretoria⁴⁵.

É possível inferir que as idéias contidas no relatório - referentes à autonomia plena da Diretoria Geral de Saúde Pública para mudar o panorama sanitário do país - retornaram para os planos do Governo Federal⁴⁶. Assim o movimento sanitário e a aspiração de uma reforma sanitária se intensificam e, diante disso, Theophilo Torres pede a demissão do cargo, em 26 de julho de 1919.

Ato contínuo, o presidente da república, Epitácio Pessoa⁴⁷, colocou em pauta não só a necessidade de reformulação dos serviços sanitários e das condições higiênicas

⁴⁵Diccionario Historico, Geographico e Etnographico do Brasill - Hygiene e Saúde Pública (Fontenelle, 1922, p. 440). Acervo: Biblioteca do Ministério da Fazenda - RJ.

⁴⁶Esses eventos de discussões sobre a autonomia do Governo Federal frente à questão sanitária do país ou a criação de um Ministério da Instrução e da Saúde Pública vem desde de 1895. Vale destacar que em 1917, uma comissão de médicos constituída por Miguel Couto, Miguel Pereira, Carlos Chagas, Aloysio de Castro, Carlos Seild e Afrânio Peixoto - aconselham a criação de um Ministério de Saúde Pública formado pela união de diversos serviços de higiene e assistência pública. E ainda, em 1918, o Deputado Azevedo Sodré, apresentou um projeto com o mesmo ideal dos médicos supracitados (Fontenelle, 1922, p. 442).

⁴⁷Após o término do mandato de Venceslau Brás (1914-1918), foi eleito Rodrigues Alves, que falece em 1919, antes de tomar posse. O vice-presidente eleito, Delfim Moreira, governou até o novo Presidente eleito tomar posse. Quem ganhou a nova eleição foi Epitácio Pessoa, que realizou obras para combater as secas da região do nordeste, fez reformas no exercito e promoveu a construção de ferrovias. Além disso, desenvolveu uma política de valorização da cafeicultura e de contenção de despesas (FERREIRA, 1995,

do Rio de Janeiro (DF), mas também a resolução da questão do saneamento no interior do Brasil. Para atingir esses objetivos, Carlos Chagas assumiu a liderança da reforma sanitária e posteriormente a direção da Diretoria Geral de Saúde Pública⁴⁸.

É importante aqui destacar o teor da mensagem presidencial encaminhada por Epitácio Pessoa ao Congresso Nacional. O texto tece diversas considerações sobre o tema, entre elas a necessidade de reorganização do serviço sanitário do país; a necessidade de se combater urgentemente as endemias rurais e a necessidade de organizar os serviços de profilaxia rural nos Estados. Além dessas providências, o presidente ressaltou algumas questões que não foram sancionadas pela falta de recursos financeiros e legislativos, entre as quais se incluem: defesa sanitária marítima e fluvial; lepra e doenças venéreas; hospitais de isolamento; higiene infantil; tuberculose, varíola, febre amarela nos Estados do Norte e fiscalização de gêneros alimentícios⁴⁹.

O presidente da república, Epitácio Pessoa, não poderia ficar indiferente às péssimas condições em que a população do interior do Brasil vivia. Essa realidade certamente levou a maior autoridade do país a considerar a reformulação dos serviços de profilaxia rural. Consideramos, ainda, que a reorganização da repartição sanitária federal e a inclusão de políticas sanitárias eficazes estavam diretamente relacionadas com os altos interesses nacionais, tanto aqueles de ordem política e humanitária mas, acima de tudo, os de natureza econômica.

Na mesma mensagem presidencial, Epitácio Pessoa sugeriu que o serviço sanitário deveria ser composto pela união de três diretorias: da saúde pública do Rio de Janeiro (DF), da defesa sanitária marítima e fluvial e da profilaxia rural. Além desses

p.301). Ele enfrentou diversos movimentos, pois foi nesse momento que cresceram as insatisfações contra a política dos Estados, do “café-com-leite” e ainda intensificaram-se os movimentos sanitários, movimentos dos trabalhadores, entre outros. O presidente da república, Epitácio Pessoa (1919-1922), esteve presente na diretoria da Cruz Vermelha Brasileira no período de 1915 a 1919. De modo que, em 1915 ocupou o cargo de terceiro vice-presidente; e em 1916, 1917 e 1918 foi o segundo vice-presidente. E em 1919, foi o quarto vice-presidente da Cruz Vermelha Brasileira (Histórico da Cruz Vermelha Brasileira 1908-1923, 1923).

⁴⁸Diccionario Historico, Geographico e Etnographico do Brasill - Hygiene e Saúde Pública (Fontenelle, 1922, p. 440-442). Acervo: Biblioteca do Ministério da Fazenda – RJ.

⁴⁹ Ibidem, p. 440-443.

serviços, outros ficariam subordinados diretamente ao diretor geral: os serviços de estatísticas e demografia sanitária, de engenharia sanitária, de profilaxia da tuberculose, da lepra e das doenças venéreas e de assistência hospitalar e higiene de infância. Dada a abrangência dos serviços, um ministério autônomo e não mais atrelado ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores deveria ser criado⁵⁰.

A criação de um ministério autônomo vem novamente à tona. A proposta já fôra apresentada pelo professor da faculdade de medicina e deputado Azevedo Sodré, um dos maiores defensores e propagandistas do movimento sanitário e da criação do próprio ministério em questão. A pasta deveria ter plenos poderes na esfera da defesa sanitária e com todos os serviços sanitários centralizados.

Segundo Lina & Hochman (1996), Azevedo Sodré afirmava que com a criação de um Ministério de Saúde Pública, o Governo Federal teria condição de atender a demanda do saneamento em todo o território nacional.

A questão de saúde começava a deixar de ser uma preocupação da sociedade, da elite médica sanitária, dos trabalhadores, da classe média urbana e tornava-se uma questão política, na medida em que políticas sanitárias começavam a emergir. No entanto, a criação de um ministério autônomo não obteve êxito.

Coube ao Congresso Nacional, por meio do Decreto 3.987, de 2 de janeiro de 1920, determinar e sancionar a formação do Departamento Nacional de Saúde Pública. Assim, o principal órgão de execução de política sanitária continuou subordinado ao Ministério da Justiça e dos Negócios Interior. Sua origem, registre-se, foi a reformulação da Diretoria Geral de Saúde Pública, com ampliação dos serviços existentes⁵¹. A instituição do Departamento Nacional de Saúde Pública, portanto, resultou do jogo de forças no corpo político para a constituição de um Ministério para a educação e saúde que não obteve êxito.

⁵⁰Diccionario Historico, Geographico e Etnographico do Brasill - Hygiene e Saúde Pública (Fontenelle, 1922, p. 443). Acervo: Biblioteca do Ministério da Fazenda – RJ.

⁵¹Ibidem, p.443.

A propósito, reproduzimos, aqui, a íntegra do Art 1º do Decreto 3.987/1920 e algumas das providências nele contidas:

Os serviços de hygiene do Districto Federal que deverão abranger a prophylaxia geral e especifica das doenças transmissíveis, a execução de providencias de natureza aggressiva ou defensiva, as que tiverem por fim a hygiene domiciliaria, a policia sanitária das habitações privadas e collectiva das fabricas, das officinas, dos collegios, dos estabelecimentos commerciaes e industriaes, dos hospitaes, casas de saúde, maternidade... Os serviços sanitários dos portos maritimos e fluviaes; A prophylaxia rural no Districto Federal, nos Estados e no território do Acre; A organização do Código Sanitário, que será submetido à aprovação do Congresso Nacional; entre outros (DECRETO 3.987, 1920, p.01-02).

No Art. 3º do mesmo Decreto são descritos os serviços do Departamento Nacional de Saúde Pública que seriam distribuídos em três diretorias: Diretoria dos Serviços Sanitários Terrestres no Rio de Janeiro (DF), que compreendeu alguns serviços com a polícia sanitária, serviços de profilaxia contra as doenças transmissíveis e serviço especializado contra a tuberculose, entre outras. Já a Diretoria de Defesa Sanitária Marítima e Fluvial abrangeu determinados serviços como a polícia sanitária marítima e fluvial internacional e interestadual e o serviço sanitário dos portos, entre outros. Por último, a Diretoria do Saneamento e Profilaxia Rural, que englobou todo o país na elaboração de serviços para combater as endemias rurais em qualquer região do país⁵².

Esse Decreto seguramente ampliou o poder da União frente às demandas da área da saúde pública e o nível de intervenção nos estados. Nenhuma obra do serviço de profilaxia rural, no entanto, poderia ser executada sem a conformidade prévia dos estados que, por sua vez, deveriam parcialmente contribuir financeiramente com as obras realizadas. Outro ponto que cabe destacar diz respeito aos serviços de hygiene e saúde pública com a criação de diversas inspetorias específicas. Essas unidades combatiam patologias que acometiam a população brasileira como lepra, tuberculose e

⁵²Decreto 3.987 de 02 de janeiro de 1920, p.02-03. Actos do Poder Executivo. Coleção de Leis. Acervo: Biblioteca do Ministério da Fazenda.

as doenças venéreas, mas não atendiam o país inteiro, contemplando apenas o Rio de Janeiro (DF)⁵³.

O presidente da república, Epitácio Pessoa, entregou a direção do novo Departamento Nacional de Saúde Pública para Carlos Chagas⁵⁴. Chagas Filho (1993) relata que o sanitarista, ao assumir o cargo de diretor, deparou-se com um Brasil em total desaparelhamento sanitário. Algumas repartições sanitárias, como as delegacias de saúde, estavam abandonadas e em estado deplorável. O autor acrescenta que desde a reforma liderada por Oswaldo Cruz, nada de importante fôra realizado em favor da área de saúde pública.

Carlos Chagas propôs, então, a ampliação de ações de saúde pública para atingir uma dimensão nacional e que estivessem menos submetidas aos interesses dos políticos dominantes, bem como a elaboração do regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública, que abrangeria o código sanitário. O regulamento, no entanto, demorou alguns meses para ser formulado e publicado.

Numa conferência intitulada “A Reforma da Saúde Pública”, publicada no jornal **O Paiz**, em 9 de março de 1920, o autor, não identificado, justifica, da seguinte maneira, a demora da publicação do Regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública. O atraso se deu, segundo ele, devido a inúmeros problemas técnicos e administrativos que o sanitarista Carlos Chagas teve que solucionar frente ao quadro sanitário vigente no país. Lembrando que esse Regulamento deveria abranger um plano completo de defesa sanitária da República e de combate eficaz a diversas doenças que acometeram o povo brasileiro⁵⁵.

⁵³Diccionario Historico, Geographico e Etnographico do Brasill - Hygiene e Saúde Pública (Fontenelle, 1922). Acervo: Biblioteca do Ministério da Fazenda – RJ.

⁵⁴Carlos Chagas participou da liderança da Liga Pós Saneamento e a sociedade acreditava na sua capacidade de reformulação dos serviços de saúde. A população solicitava a sua presença na coordenação do Departamento Nacional de Saúde Pública. Com isso, Epitácio Pessoa solicitou a participação de Chagas na diretoria desse Departamento.

⁵⁵Matéria publicada na imprensa sobre a reorganização da saúde pública na Direção do Departamento Nacional de Saúde pública. Disponível em: <http://carloschagas.ibict.br/sobrech/sec/mi-649do.html>. Acesso em: 20 de maio de 2008.

Outro ponto importante dessa conferência foi a comparação que fizeram de Carlos Chagas com Oswaldo Cruz. O conferencista argumentou que a obra desse último sanitarista foi importante, mas não podia ser comparada com a situação sanitária da década de 1920. Para ele, Oswaldo Cruz, ao assumir a direção da Diretoria Geral de Saúde Pública, no início da primeira república, tinha diante de si apenas um problema imediato: a erradicação da febre amarela. Já para Carlos Chagas, a situação era completamente diferente e ampla⁵⁶.

Reproduzimos abaixo um trecho da conferência:

Temos que regenerar, biologicamente, as populações do nosso grande hinterland (substantivo - áreas de um país que estão longe da costa. Das margens do grande rio ou das principais cidades) onde encontramos um verdadeiro museu pathologico em que se apresentam a uncinariose, a malária, a lepra, a molestia de Chagas e outros flagelos que concorrem numa infernal alliança macabra para acarretar a deterioração physica dessas populações ruraes que deveriam constituir as reservas que iriam dando homens novos e sadios para retemperar as collectividades urbanas degeneradas pela influencia lenta dos factores de decadencia physica que resultam das condições sociaes e economicas dos grandes centros populosos. Nas cidades, tem, tambem, o Dr. Carlos Chagas problemas urgentes, complexos e gravissimos, cuja solução o preocupam. Em varios pontos do norte ainda subsiste a febre amarela. Aqui temos a mortalidade infantil, a tuberculose, a prophylaxia da syphilis, a questão maxima de defesa do publico contra a falsificação dos generos alimenticios, para não falarmos nos problemas de engenharia sanitaria entrelaçados com varios aspectos da nossa vida urbana (O PAIZ, 1920).

Dessa forma, foi compreensível a demora do Regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública, que teve que contemplar inúmeros problemas sanitários, tanto de ordem técnica como administrativa. Finalmente, no dia 15 de setembro de 1920, o governo federal aprovou o Regulamento do Deptº através do Decreto 14.354/1920. Observamos que nos discursos, tanto o de Chagas Filho quanto a Conferência acima, os dois buscaram legitimar o poder e o prestígio do sanitarista Carlos Chagas.

⁵⁶Matéria publicada na imprensa sobre a reorganização da saúde pública na Direção do Departamento Nacional de Saúde pública. Disponível em: <http://carloschagas.ibict.br/sobrech/sec/mi-649do.html>. Acesso em: 20 de maio de 2008.

Finalmente divulgado, o Regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública dispunha de 1.195 artigos. O texto contemplou diversas questões, bem detalhadas e especificadas, destacando aspectos como as inspetorias, a higiene das construções e as condições de vida do Rio de Janeiro (DF), entre outras⁵⁷.

Ao tentar compreender o Regulamento, observamos que o Departamento Nacional de Saúde Pública foi a consolidação de uma fase fundamental da Reforma Sanitária. O departamento foi concebido de forma hierarquizada, ampliando o poder de intervenção estatal frente às políticas sanitárias, na medida em que instituiu diversas inspetorias de profilaxias. Consideramos este um momento culminante, pois o Estado não só conseguiu ampliar a sua presença em toda a esfera nacional, mas suas políticas sanitárias foram baseadas no pensamento da Higiene Moderna.

Apesar do esforço do sanitarista Carlos Chagas para produzir o Regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública, ele foi muito criticado: “A publicação do regulamento causou bastante rebulição. Numerosos foram os protestos, não só de médicos e pseudo-sanitaristas, como também de inimigos ativos ou potenciais de meu pai e ainda daqueles que desejavam atingir o governo de Epitácio Pessoa” – lembrou o filho de Carlos Chagas (CHAGAS FILHO, 1993, p.167).

⁵⁷O regulamento abordou os seguintes aspectos: Na primeira parte a organização administrativa da diretoria geral do departamento. Na segunda parte foi sobre a organização das Diretorias e das Inspeorias. As inspeorias são de Estatística Demografica-sanitaria; Inspeoria de Engenharia Sanitária; Inspeoria de Profilaxia da lepra e doenças venéreas; Inspeoria de Fiscalização do exercício da medicina, farmácia, arte dentaria e obstetrícia; serviços de assistência hospitalar e higiene infantil; Inspeoria dos Serviços e Profilaxia; Inspeoria de Fiscalização de Gêneros Alimentícios; e por fim a Inspeoria de Profilaxia da tuberculose. Trabalha também sobre o exercício da arte de curar, sobre soros, vacinas e outros biológicos, inspeção sanitária dos empregados domésticos, exames de invalidez, serviços de assistência hospitalar de higiene infantil e assistência à infância. Na terceira parte registra informações sobre a Diretoria dos Serviços Sanitários Terrestres, Inspeoria dos Serviços de Profilaxia; Serviços Técnicos das Inspeorias de Profilaxia; Profilaxia específica das doenças de notificação compulsória (febre amarela, peste, cólera, tifo exantemático, varíola, difiteria, infecção puerperal em maternidade, oftalmia dos recém-nascidos nas maternidades, creches, e estabelecimentos análogos, infecções de grupo tifóico-paratífico, lepra, tuberculose aberta, impaludismo, escarlatina, sarampo e outras exantemas febris, disenteria, meningite cérebro-espinhal epidêmica, paralisia infantil ou moléstia de Heine-Medin, tracoma, leishmaniose, coqueluche e parotidite epidêmica); inspeoria de profilaxia da tuberculose; Inspeoria de Fiscalização de Gênero Alimentícios; Delegacias de Saúde; Higiene das Construções; Policia Sanitária; Laboratório Bacteriológico do Departamento Nacional de Saúde Pública. Na quarta parte aborda sobre a Diretoria de Defesa Sanitária Marítima e Fluvial com as suas especificações. Na quinta parte sobre a Diretoria de Saneamento e Profilaxia e suas especificações. A sexta parte descreve as informações sobre as penas administrativas e, por ultimo, a sétima parte que refere sobre o Conselho Superior de Higiene.

Já para J.P. Fontenelle, o regulamento foi o mais longo e completo do campo da saúde pública. De acordo com este autor, o texto procurou atender o problema do saneamento rural, melhorou o serviço dos portos, aperfeiçoou a higiene urbana do Rio de Janeiro e, acima de tudo, atendeu às necessidades de doenças como lepra, doenças venéreas e tuberculose e que esses serviços estavam em conformidade com a Higiene Moderna⁵⁸. Esse jogo de forças no campo da saúde pública acabou promovendo o fortalecimento de Carlos Chagas.

O sanitarista Carlos Chagas destaca entre outras coisas, no regulamento, a importância de se combater o bacilo da tuberculose, conforme explicita o fragmento abaixo:

Chagas mostra a importância do combate ao bacilo da tuberculose como fator essencial contra a propagação da doença e sua manutenção nas classes economicamente desfavorecidas. Meu pai, preocupado com a incidência de cinco infectados por mil habitantes, segundo os dados menos alarmantes, desejava uma ampla luta contra o que chama de maior flagelo da humanidade (CHAGAS FILHO, 1993 p. 174).

JP Fontenelle concordou com a opinião e argumentou que um dos maiores problemas sanitários do país foi a tuberculose, mal, a seu ver, de imensa envergadura e inadiável exigência⁵⁹. As medidas propostas por Carlos Chagas - a notificação dos casos, isolamento, desinfecções, desenvolvimento da educação antituberculosa e a criação de órgãos especializados – vieram ao encontro das expectativas de JP Fontenelle.

Um desses órgãos especializados criados foi a Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose. O Decreto 14.354/1920, na terceira parte, título V, descreve que essa Inspetoria objetivava a profilaxia da tuberculose no Rio de Janeiro (DF). Os estados e municípios que desejassem serviços similares deveriam, assim, se adequar em conformidade com o Governo Federal. A Inspetoria, de acordo com o art. 542^o, ficou

⁵⁸Diccionario Historico, Geographico e Etnographico do Brasill - Hygiene e Saúde Pública (Fontenelle, 1922, p. 444-446). Acervo: Biblioteca do Ministério da Fazenda – RJ.

⁵⁹Ibidem, p. 449.

encarregada de propagar e aplicar todas as medidas eficazes para lutar contra a tuberculose e promover a cura dos doentes acometidos por essa doença⁶⁰.

As formas de atuação da inspetoria no combate à tuberculose eram a educação sanitária e a coerção. Os doentes com tuberculose eram separados em dois grupos: o primeiro, considerado como não produtivo; e o segundo, o produtivo, que ainda conseguia trabalhar. No primeiro, deveria ocorrer um isolamento hospitalar ou domiciliar. Ficava a cargo das autoridades sanitárias, que usavam a modalidade da coerção, a tarefa de fazer cumprir as ordens relacionadas ao isolamento e desinfecção dos escarros. Já no segundo grupo, era necessário criar, no serviço sanitário, uma seção educativa através das monitoras de higiene ou enfermeiras visitadoras⁶¹.

Os indivíduos com tuberculose que não pertenciam ao grupo de trabalhadores foram tratados com medidas coercitivas aplicadas pelos guardas sanitários. A finalidade principal era impedir a disseminação da doença para pessoas sadias. Mas, para o grupo dos trabalhadores com tuberculose, a modalidade de atuação foi a educação sanitária. Essa estratégia preconizava as orientações sobre a higiene, alimentação, trabalho, medidas que objetivavam a manutenção da força de trabalho, ou seja, do capitalismo. Esse dado reforça a ideia de que a questão da tuberculose é, acima de tudo, um problema de cunho econômico. Ademais, as futuras enfermeiras visitadoras seriam as responsáveis por essas atividades.

Era por meio da visita domiciliar que essa agente fortaleceria o vínculo com a família e promoveria a mudança dos padrões de comportamento - a partir das ações de educação sanitária, vigilância sanitária e avaliação das relações familiares. Ainda por meio dessas ações, apoiadas no conhecimento da Higiene Moderna, a enfermeira

⁶⁰Decreto 14353 de 15 de setembro de 1920, p. 353. Actos do Poder Executivo. Coleção de Leis. Acervo: Biblioteca do Ministério da Fazenda.

⁶¹Fontenelle, J.P. A Enfermagem da Saúde Pública: Sua Criação e Desenvolvimento no Rio de Janeiro, 1941, p. 06. Acervo: Laboratório de Abordagem Científica da História de Enfermagem – LACENF.

visitadora promoveria uma consciência sanitária individual e coletiva e, por conseguinte, a redução da contaminação e proliferação da tuberculose^{62 63}

O movimento de propaganda e divulgação para convocar as mulheres ocorreu no Brasil nos anos 1920, mas essa prática já era antiga à época. Coube a Inglaterra, em 1859, criar o primeiro serviço de visitadoras com orientação em saúde pública. A iniciativa foi do médico William Rathbone, que dividiu Liverpool em distritos. Em cada um deles estariam alocadas duas mulheres: uma enfermeira e outra “senhora visitadora”⁶⁴. Rosen (1994) aduz que elas desempenhariam atribuições de enfermagem, educação em saúde e trabalho social. Esse serviço foi um sucesso e foi divulgado para outras comunidades que também passaram a desenvolver o serviço de visitadoras. Na virada do século, existiam visitadoras sanitárias em muitas cidades da Inglaterra. Em 1918, o total era de 3.038– sublinha.

Nos Estados Unidos, em 1903, já fôra criada, com grande êxito, a primeira especialização de Enfermeiras Visitadoras para combater a tuberculose⁶⁵. E aqui, no Brasil, ocorreu uma situação semelhante: diante da prevalência da tuberculose no Rio de Janeiro (DF), uma das estratégias adotadas pela Cruz Vermelha Brasileira e pelo Estado foi a criação de agentes com vistas à atividade de visita domiciliar.

O Boletim da Sociedade da Cruz Vermelha, volume II, do período de outubro de 1920 a dezembro de 1921, na parte sobre a Campanha Nacional contra a Tuberculose,

⁶²Fontenelle, J.P. A Enfermagem da Saúde Pública: Sua Creação e Desenvolvimento no Rio de Janeiro, 1941. Acervo do Laboratório de Abordagens Científicas da História da Enfermagem – LACENF, UNIRIO.

⁶³Medeiros, A. Cruzada Sanitária: Discursos, 1924. Acervo: Casa de Oswaldo Cruz (COC).

⁶⁴Quando a esposa de Willian Rathbone (1819-1902) ficou doente, ele contratou uma enfermeira Mrs. Robinson para cuidar da sua esposa. Em maio de 1859 a sua mulher morreu. Em seguida ele solicitou a Mrs. Robinson para realizar visita domiciliar a um dos bairros mais pobres de Liverpool com intuito de ensinar as normas de higiene e proporcionar conforto aos necessitados. Devido o resultado satisfatório Willian Rathbone decidiu ampliar o serviço, porém percebeu que não havia enfermeiros treinados para realizar esse trabalho. Diante disso, em 1860, ele escreveu para Florence Nightingale, que o orientou a iniciar uma escola de enfermagem, a qual foi constituída em 1863. Disponível em: http://www.districtnursing150.org.uk/history_william_rathbone.htm e <http://www.thefreelibrary.com/District+nurses+toast+150th+year+in+home+town+party%3B+Founder's..-a0213497120>. Acesso em: 19/01/2010.

⁶⁵Fontenelle, J.P. A Enfermagem da Saúde Pública: Sua Creação e Desenvolvimento no Rio de Janeiro, 1941, p. 08. Acervo: Laboratório de Abordagem Científica da História de Enfermagem – LACENF.

afirma que “a introdução no Brasil de visitantes de saúde é devido à Cruz Vermelha”⁶⁶. Sendo assim, conforme os documentos até o momento encontrados, a Cruz Vermelha Brasileira foi a pioneira na instituição das enfermeiras visitadoras no Brasil para realizar a visita domiciliar ao doente com tuberculose.

A questão da tuberculose enquanto um problema de saúde pública e a introdução da educação sanitária como elemento fundamental para a formação de uma consciência sanitária individual e coletiva proporcionaram o nascimento de sujeitos sociais. Entre eles destaca-se a enfermeira visitadora, considerada um agente-chave para desempenhar esse papel.

⁶⁶ Bulletin, of the league of red cross societies, index to volume II, October 1920 - December 1921 p.66. Tradução realizada pelos autores.

CAPITULO II

AS PROPOSTAS FORMADORAS DE ENFERMEIRAS VISITADORAS DESENVOLVIDAS EM INSTITUIÇÕES DISTINTAS

Nesse capítulo, abordamos as propostas formadoras de enfermeiras visitadoras desenvolvidas por dois sanitaristas e uma enfermeira de saúde pública em instituições distintas, localizadas na cidade do Rio de Janeiro (DF) e na cidade do Recife. O enfoque está centrado na proposta pedagógica, pré-requisito que leva em conta os aspectos concorrenciais e a questão de gênero. Além disso, buscamos analisar e destacar o ideário de cada agente idealizador de acordo com a figura da Enfermeira Visitadora.

Foram identificadas três propostas para a formação de agentes com vistas às atividades de visitação domiciliar. A primeira proposta foi idealizada pelo sanitarista Amaury de Medeiros, na Cruz Vermelha Brasileira e, posteriormente, no Departamento de Saúde e Assistência de Pernambuco. A segunda corresponde ao trabalho do sanitarista José Paranhos de Fontenelle no Departamento Nacional de Saúde Pública e que, posteriormente, estendeu-se ao controle da enfermeira Ethel Parsons.

O CURSO DE ENFERMEIRA VISITADORA IDEALIZADO POR AMAURY DE MEDEIROS NA CRUZ VERMELHA BRASILEIRA (ÓRGÃO CENTRAL)

A Sociedade da Cruz Vermelha Brasileira⁶⁷ surgiu em 1908 com finalidade de prestar cuidados aos feridos, enfermos e necessitados de guerra em tempos de paz e em situações de calamidade pública, tais como enchentes, secas do nordeste e epidemias. O símbolo da Cruz Vermelha, uma cruz vermelha sobre o fundo branco nas cores invertidas da bandeira da Suíça, é universal para todos os países. O símbolo é

⁶⁷O primeiro presidente da Cruz Vermelha Brasileira foi o sanitarista e cientista Oswaldo Cruz (Histórico da Cruz Vermelha Brasileira 1908-1923, 1923, p.12).

caracterizado como um sinal de inviolabilidade e respeito para com todas as pessoas e instituições destinadas a assistência⁶⁸.

A relação do símbolo da Cruz Vermelha com as cores refere-se aos cuidados dos feridos de guerra no período da Convenção Internacional de Genebra, em 1863, após a criação da sociedade da Cruz Vermelha Internacional. Esse símbolo, uma forma simbólica de comunicação visual, onde o mesmo é associado ao cuidado e a prática do bem, proporcionando o desenvolvimento da convicção de integração social (PORTO, 2007).

Diante do compromisso social da Cruz Vermelha Brasileira, em 1914, diversas senhoras e senhoritas da alta sociedade do Rio de Janeiro (DF) se reuniram e constituíram uma comissão para organizar um Curso de Enfermeiras Voluntárias⁶⁹ destinada a prestar assistência aos feridos e doentes. Logo após, foi formada uma Seção Feminina e uma Comissão de Ensino Prático para organizar o curso. Este último foi inaugurado no dia 20 de outubro de 1914, sob a direção do General Ferreira do Amaral, para formar o corpo de Enfermeiras Voluntárias. As aulas teóricas eram ministradas no salão nobre da sede provisória da Sociedade e as aulas práticas, no Hospital Central do Exército, na Policlínica Militar e na Santa Casa de Misericórdia. Os primeiros professores foram o Dr. Getúlio dos Santos e o Dr. Ferreira do Amaral⁷⁰.

As senhoras da Seção Feminina observaram a necessidade de ampliar a proposta da Escola de Enfermeiras Voluntárias. Para essas agentes, o curso deveria oferecer melhor capacitação para as enfermeiras. Com isso, elas conheceriam as suas atribuições e seriam capazes de cuidar dos doentes por meio de uma assistência carinhosa e científica. Além disso, os membros desta seção viam na atividade “uma nova profissão,

⁶⁸Histórico da Cruz Vermelha Brasileira 1908-1923, 1923, p. 05-10. Acervo do Laboratório de Abordagens Científicas da História da Enfermagem – LACENF, UNIRIO.

⁶⁹Em São Paulo, sob o patrocínio da médica Maria Renotte, foi constituído em 1912 o curso para a formação de enfermeiras da Cruz Vermelha Brasileira (MOTT & TSUNECHIRO, 2002).

⁷⁰Histórico da Cruz Vermelha Brasileira 1908-1923, 1923, p. 25. Acervo do Laboratório de Abordagens Científicas da História da Enfermagem – LACENF, UNIRIO.

honestas e dignas, que se facultava às senhoras necessitadas, que tinham, assim, mais um meio de, pelo trabalho, angariar recursos para viver” (HISTÓRICO DA CRUZ VERMELHA BRASILEIRA 1908-1923, 1923, p. 151-152).

Assim foi criada, em 20 de março de 1916, no Rio de Janeiro (DF), a Escola Prática de Enfermeiras, com a finalidade de oferecer às mulheres a instrução teórica e prática obrigatória para a formação profissional de enfermagem. A Escola começou a funcionar e logo ampliou o leque de cursos oferecidos, entre eles o profissional, para enfermeiras voluntárias, e o de socorros de urgência. A Cruz Vermelha Brasileira, então, ampliou o seu espaço no campo da saúde, contribuindo de uma maneira inigualável para a profissão de enfermeiras e, acima de tudo, abrindo uma oportunidade para as mulheres na sociedade. Cabe destacar aqui as personalidades importantes que estudaram nessa instituição como Idália Araújo de Porto Alegre e Edith Magalhães Fraenkel⁷¹.

As enfermeiras e as estudantes que atuavam nas repartições da Cruz Vermelha Brasileira atendendo aos enfermos praticavam diversas atividades, tais como curativos, costura, esterilização, entre outras. Além disso, executavam os serviços a domicílio. Esse período registrou um aumento considerável de atendimento domiciliar, principalmente na época da gripe espanhola, o que deixou claro a aceitação da população com relação às enfermeiras, olhadas como “uma figura simples e consoladora”. A Cruz Vermelha Brasileira, com o Curso de Enfermeira Diplomada, permitiu o abandono dos “préstimos absoletos das *comadres e entendidas*”⁷².

O professor da Cruz Vermelha Brasileira Getulio dos Santos, em seu livro “O Livro do Enfermeiro e da Enfermeira” descreve as comadres e as entendidas como

⁷¹Edith Magalhães Fraenkel, em 1918, recebeu o diploma de enfermeiras voluntárias da Cruz Vermelha Brasileira e foi trabalhar no Departamento Nacional de Saúde Pública, em 1920, onde liderou o serviço de visitação da Inspeção de Profilaxia da Tuberculose (MANCIA & PADILHA, 2006; MOTT & TSUNECHIRO, 2002).

⁷²Histórico da Cruz Vermelha Brasileira 1908-1923, 1923, p. 181-182. Acervo do Laboratório de Abordagens Científicas da História da Enfermagem – LACENF, UNIRIO.

mulheres maduras, curiosas, serventes ou inválidas para qualquer outro tipo de serviço e que acabavam realizando cuidados aos enfermos. Segundo ele, essas mulheres apresentavam práticas rudimentares e sem nenhuma noção de higiene⁷³.

Muito embora existissem outras escolas de enfermagem, ocorreu, à época, um aumento do número de profissionais qualificados para o atendimento a doentes nos hospitais, postos de socorros e nos domicílios. Esse fenômeno caracterizou a profissionalização da enfermagem no Rio de Janeiro (DF) e, ao mesmo tempo, proporcionou à Cruz Vermelha Brasileira projeção na sociedade carioca. Além disso, a instituição, como já foi dito aqui, ofereceu recursos humanos para assistir a população tanto no período de guerra, quanto em situações de epidemia.

Nesse período, no Rio de Janeiro (DF), havia as seguintes escolas de enfermagem: Escola Profissional de Enfermeiras e Enfermeiros, criada em 1890, atual Escola de Enfermagem Alfredo Pinto; o Curso de Enfermeiras da Policlínica de Botafogo, criado em 1917. Santos (1928, p.14) aponta que um curso para enfermeiros da Diretoria Geral de Saúde Pública foi criado em 1915 com a finalidade de instruir os empregados da Diretoria Geral de Saúde Pública e pessoas estranhas que quisessem se matricular. Ademais, na Revista Brazil-Medico, do ano de 1920, há um registro da inauguração da Escola de Enfermeiras Municipais, em 29 de setembro de 1920, organizada pela Diretoria de Assistência do município do Rio de Janeiro (DF) e, por último, a Escola de Enfermeiros do Departamento de Saúde Pública, fato registrado na Revista Brazil-Medico e no decreto 14.354, de 15 de setembro de 1920. Consideramos que algumas escolas citadas são uma questão que merece ser investigada com maiores detalhes.

Conforme o quadro sanitário da Primeira República e as altas taxas de morbimortalidade da tuberculose, houve a necessidade de mudança na forma de

⁷³Santos, G.F. O Livro do Enfermeiro e da Enfermeira, 1928, p.14. Acervo do Laboratório de Abordagens Científicas da História da Enfermagem – LACENF, UNIRIO.

intervenção no combate a essa moléstia. Para contribuir na luta contra a tuberculose, mais uma vez a Cruz Vermelha Brasileira ocupou uma posição de destaque no campo da saúde pública. Em 10 de julho de 1920 ocorreu uma reunião na sede da Cruz Vermelha Brasileira, presidida pelo médico General Ferreira do Amaral. Durante o encontro, houve uma brilhante apresentação do sanitarista Amaury de Medeiros sobre o problema da tuberculose⁷⁴.

Durante a mesma reunião foi organizada uma comissão diretora para a Campanha Nacional Contra a Tuberculose. A comissão foi composta pelos seguintes membros do Conselho da Diretoria: Presidente de Honra: Sr^a Epitácio Pessoa; Presidente Efetiva: Sr^a Olyntho Magalhães e Vice-presidentes: Sr^a Elvira Gudin, Sr^a Jeronyma de Mesquita, Sr^a Pereira Carneiro, Sr^a Hortência Weinschenck, Sr^a Alice Ortigão e Sr^a Eugênio de Barros. Como Secretário Geral: Dr. Amaury de Medeiros; 1^a secretária: Maria Jacobina Rabela; 2^a secretária: Sr^a Branca Caldeira de Barros; 3^a secretária: Idália de Araújo Porto Alegre; Tesoureiros: Dr. Antero de Almeida e Dr. Rocha Lima. Além dessas repartições, havia o Conselho que era composto por pessoas importantes da sociedade, entre elas o Dr. Ataúpo Nápoles de Paiva, Dr. Carlos Chagas, Dr. Plácido Barbosa, Dr. Moncorvo Filho, Dr. Castro Barreto, Prof. Miguel Couto, Prof. Fernando Magalhães, e as senhoras Violeta Martins, Aurora Caldeira, Helena Gudin e Edith Fraenkel⁷⁵.

Vale ressaltar que a maioria dos médicos que compunham o conselho não desempenhava funções dentro da Cruz Vermelha Brasileira. Eles integravam, no entanto, as esferas de decisão de políticas sanitárias no serviço sanitário do Rio de Janeiro (DF) ou, então, pertenciam ao corpo de profissionais de ensino da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro ou pesquisadores do Instituto Oswaldo Cruz, o que demonstra o prestígio e poder público que essa instituição detinha.

⁷⁴Revista Brazil-Médico, n^o28, 10 de julho de 1920, p. 450-451. Acervo: Academia Nacional de Medicina – RJ.

⁷⁵Ibidem, p. 450-451.

Foi criado, então, o Departamento de Profilaxia contra a Tuberculose da Cruz Vermelha Brasileira. A direção ficou sob a responsabilidade do sanitarista Amaury de Medeiros. Diante da campanha aqui aludida e do compromisso na luta contra a tuberculose, esse departamento passou a denominar-se Cruzada Nacional contra a Tuberculose, conforme fac-símile nº3. Sua finalidade foi propagar conhecimentos sobre a forma de disseminação da doença e formar enfermeiras visitadoras que representavam um agente fundamental para essa humanitária campanha⁷⁶.



Fac-símile nº3 – Legenda: “Inauguração do Departamento de Profilaxia da Tuberculose. Acham-se na meza, Sra. Epitácio Pessoa, Sra. Carlos Sampaio, General Dr. Ferreira do Amaral, Dr. Carlos Chagas e Deputado Dr. Oscar Soares”. Fonte: Histórico da Cruz Vermelha Brasileira 1908-1923, 1923.

O fac-símile nº3 reproduz uma fotografia do tipo posada e grupal. A imagem é composta por 15 pessoas; sendo 05 mulheres e 10 homens. Somente 06 pessoas estão sentadas à mesa; o restante encontra-se em pé, no lado direito. Os homens vestem ternos na cor escura e as mulheres, que estão sentadas, trajam roupas sociais. As que estão em pé trajam uniformes compostos por vestido longo. Na cabeça, elas usam um véu com uma cruz centralizada na parte frontal em tecido de cor clara.

⁷⁶Histórico da Cruz Vermelha Brasileira 1908-1923, 1923, p. 47. Acervo do Laboratório de Abordagens Científicas da História da Enfermagem – LACENF, UNIRIO.

Por não existir na época máquina fotográfica com lente macro-angular, o fotógrafo⁷⁷, para captar um grupo de pessoas em um ambiente fechado e pouco amplo, com intuito de enquadrar as pessoas com mais destaque social escolheu o plano diagonal. Sendo assim, considerando o recinto, podemos inferir que no centro ótico da foto, encontramos a primeira dama do Brasil, Sra. Epitácio Pessoa, o que deixa transparecer o seu prestígio e poder público na sociedade e na Cruz Vermelha Brasileira. No plano linear da imagem estão as representantes das mulheres, porta-vozes da Cruz Vermelha Brasileira e o presidente dessa instituição. Já no plano triangular, encontram-se três agentes representantes da ciência, do legislativo e da instituição: o Diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública, sanitarista e cientista Carlos Chagas e o Deputado Oscar Soares. No ápice desse triângulo está o sanitarista e conferencista Amaury de Medeiros, o que demonstra sua posição de destaque diante dos outros.

Vale comentar que a primeira dama não é identificada na legenda com o seu nome próprio, caracterizando a dominação masculina por meio da chamada violência doce: “... é quase sempre invisível... seu objetivismo, impõe-se de maneira mais indiscutível que a descrição das interações em seus mais mínimos detalhes...” (BOURDIEU, 1999, p. 47)

Atendendo a proposta da Cruzada Nacional contra a Tuberculose, Amaury de Medeiros, incipientemente, em julho de 1920, organizou o Curso de Enfermeira Visitadora na Cruz Vermelha Brasileira. Por meio de conferências públicas, o curso abordou a temática da tuberculose, durante os seis meses finais do ano de 1920. As conferências foram realizadas pelos médicos, conforme o quadro nº1.

⁷⁷Segundo Leite (2000), nos anos de 1920, as inovações da iluminação e o aparecimento das câmeras menores permitiram a utilização não profissional da fotografia. Sendo assim, a foto do fac-símile nº3 poderia ter sido tirada por um fotógrafo profissional ou por um amador. Existem algumas distinções entre uma fotografia do fotógrafo profissional e do não-profissional, mas que nem sempre são muito claras. A do profissional tem enquadramento e a revelação da fotografia é mais cuidadosa. Já o amador tende a cortar parte dos corpos das pessoas que estão sendo fotografadas e o ambiente geralmente é privado.

Quadro nº1 - Distribuição das conferências do curso de Enfermeira Visitadora e dos respectivos professores.

Temática	Professor
Tratamento da tuberculose óssea	Dr. Moraes Coutinho
Educação profilática	Dr. Estelita Lins
Como se vê o micróbio da tuberculose	Não Identificado
Os primeiros signaes da tuberculose	Não Identificado
As doenças venéreas e o casamento	Não Identificado
Signaes alarmantes da tuberculose	Dr. Amaury de Medeiros
Regimen Alimentar na tuberculose	Dr. Casro Barreto
Pesquisas Complementares para o diagnóstico da tuberculose	Dr. Amaury de Medeiros

Fonte: *Revsita Brazil-Médico*, nº28, 37, 38 do ano de 1920 e *Histórico da Cruz Vermelha Brasileira 1908-1923, 1923*.

Essas conferências foram veiculadas em revistas do meio médico, como a Revista Brazil-Medico e em revistas femininas como a Revista da Semana⁷⁸. Salientamos, no entanto, que não encontramos outras conferências proferidas pelo sanitarista Amaury de Medeiros que tenham recebido o apoio e incentivo dos colegas da instituição. No total, foram 40 mulheres (fac-símile nº4) inscritas no curso, das quais 16 foram alunas das turmas de enfermeiras voluntárias ou profissionais. As restantes participavam de alguma atividade dentro da Cruz Vermelha Brasileira, como na seção de costura, preparo de roupas e distribuição de alimentos.



Fac-símile nº4 – Legenda: “Senhoras: Eptácio Pessoa, Olintho de Magalhães, Weinchenk, Jeronymo Mesquita e outras, fundadoras da Cruzada Nacional contra a Tuberculose”. Fonte: *Histórico Da Cruz Vermelha Brasileira 1908-1923, 1923*.

⁷⁸A tese de doutorado defendida por Porto (2006) retrata com propriedade e qualidade as imagens fotográficas da Revista da Semana relacionada com as conferências.

O fac-símile nº4 reproduz uma fotografia na qual as mulheres estão centralizadas. A imagem é do tipo posada e retangular. Trata-se de uma fotografia externa com mais de 20 pessoas e a maioria das mulheres traja roupas sociais e com chapéu. Algumas enfermeiras também aparecem, possivelmente as enfermeiras visitadoras, pois o texto da legenda é relacionado com a Cruzada Nacional contra a Tuberculose. As enfermeiras trajam vestidos longos, de manga comprida, de cor clara e com uma cruz no peito de cor escura.

Ao contrário do fac-símile nº3, nesse, as porta-vozes das mulheres, as fundadoras da Cruzada Nacional contra a Tuberculose, estão ladeadas pelas enfermeiras visitadoras. A distribuição das protagonistas na foto é clara. A alta sociedade está na frente, no centro ótico da imagem; ao fundo, ou no canto, as enfermeiras visitadoras, caracterizando a divisão social entre elas e os papéis desempenhados. Além disso, a Sra. Epitácio Pessoa e as outras fundadoras são identificadas pelo nome dos esposos, o que demonstra a dominação masculina em suas identidades.

Outro fator relevante é a distinção entre essas senhoras e as enfermeiras visitadoras. As primeiras são todas casadas com homens de prestígio público e político. Segundo Bourdieu (1999), o casamento continua sendo uma das formas legítimas de transferência da riqueza, visando a conservação ou o aumento do capital simbólico.

Os atributos de paisagem são: parede ao fundo com 03 janelas e uma porta à esquerda, com 04 escudos da Cruz Vermelha, o emblema universal da Sociedade da Cruz Vermelha, caracterizando que o espaço social externo pertence à Cruz Vermelha Brasileira.

O Curso de Enfermeira Visitadora da Cruz Vermelha Brasileira foi exclusivamente frequentado por figuras femininas. Não encontramos menção da participação de homens⁷⁹. Getúlio dos Santos (1928, p. 17) reforça:

⁷⁹A presença do homem na profissão de enfermagem sempre existiu. No Rio de Janeiro (DF), no final do século XIX e no início do século XX a figura masculina esteve presente na Escola Profissional de

Começámos pela educação da mulher para essa nobilitante missão, como, de resto, se faz quase exclusivamente nos demais paizes, onde o homem nessa profissão tem apenas os seus serviços aproveitados nos manicômios para enfermos do sexo masculino. Além disso, em um paiz como o nosso, no qual a ousadia dos incompetentes não encontra peias e tem chegado ao apogêo da audacia, seria perigoso abrir a porta aos homens cuja ambição não tem limites, para essa instrucção theorico-pratica.

Como cabia aos médicos liderar os cursos e ministrar as principais matérias, é possível inferir que eles (os médicos) temiam a presença de homens nessa profissão. Os médicos ressaltavam as características femininas e usavam este artifício para dominá-las. Afinal, o que se esperava das mulheres é que fossem sorridentes, atenciosas, submissas, discretas, contidas ou, até mesmo, apagadas. Isso gera uma dependência em relação aos outros e tende a se tornar elemento constitutivo de seu ser. Desse modo, a dominação masculina constroi as mulheres como se elas fossem objetos simbólicos. O efeito prático daí decorrente é colocá-las em permanente estado de dependência simbólica (BOURDIEU, 1999).

Amaury de Medeiros e Getúlio dos Santos seguiram um modelo de profissionalização baseado na feminização do cuidado, como demonstra o fragmento abaixo reproduzido:

Vencendo pela doçura, convencendo com as delicadezas tão peculiares as mulheres, dominado com os supremos recursos subtis e inexcedíveis de um sexo que consegue governar com queixas o vencido, é a visitadora o elemento decisivo para implantar os hábitos hygienicos. Qualidades innatas de domínio, bondade para convencer, instrucção simples, mas exacta dos princípios geraes de biologia, eugenia e hygiene; eis as qualidades, que reunidas aos caracteres moraes, que não devem faltar, e a um physico que se não distingua por defeitos ou deformações, realizam o typo perfeito da disseminadora de Saúde (MEDEIROS, 1924, p. 43).

A mulher é mais sincera nas suas aspirações, mais constante nos seus surtos. De acção bem mais comedida e, portanto, mais capaz de exercer sem exorbitar, e dentro das suas attribuições, o delicado mister de enfermeira. A assistência aos que soffrem, além de tudo, foi sempre e em todos os tempos uma das mais nobres prerrogativas da mulher; é a sua vocação natural, como esposa, mãe e filha, e a única compatível com a abnegação, o zelo e a fidelidade das representantes do sexo fraco (SANTOS, 1928, p. 17).

Destacamos aqui o processo por meio do qual as características condizentes ao sexo feminino são destacadas. Espera-se da enfermeira que ela seja doce, bondosa, dedicada, servil, abnegada e obediente. Esses atributos estão em consonância com aquilo que os pais, o marido e a sociedade almejavam de uma mulher. Essas “qualidades” dadas, que reforçavam a dominação masculina (médicos) sobre as enfermeiras, estavam introjetadas em suas mentes e funcionavam como um esquema de percepção, pensamento e ação (BOURDIEU, 1999).

Outra influência provinha de Florence Nightingale. Seu discurso apregoava que cuidar de doentes era uma tarefa própria para a mulher e uma extensão do serviço domiciliar. Segundo Leite, (1984), o gênero feminino começou a conquistar o espaço público através de trabalhos caracterizados como atividades domésticas. A mulher, assim, não concorria com o gênero masculino, já que as profissões a ela atribuída representavam uma extensão das atividades dos lares, junto aos filhos, marido e a família. Dessa forma, os sanitaristas acreditavam que a presença da mulher nos domicílios alheios era uma vantagem, pois as aptidões do gênero feminino faziam dela a pessoa ideal para trabalhar com a coletividade dentro do seio familiar.

Concordamos com Leite quando a autora aduz que as mulheres, inicialmente, ocuparam profissões que eram inerentes com a condição do sexo feminino. No entanto, as profissões como o magistério e a enfermagem, no final do século XIX, eram ocupadas tanto pelo sexo masculino como o feminino. Conforme a sociedade foi se transformando, essas profissões tornaram-se majoritariamente femininas. Logo, as mulheres concorreram com o gênero masculino nesse período.

Além do mais, instalou-se, em 26 de novembro de 1921, o primeiro posto de socorros aos doentes com tuberculose, cujo nome foi ‘Posto Antero de Almeida⁸⁰’. A finalidade do posto, fac-símile nº5, foi auxiliar no serviço de profilaxia da tuberculose e

⁸⁰Antero de Almeida foi consocio da Cruz Vermelha Brasileira e prestou serviços relevantes a essa sociedade (Histórico da Cruz Vermelha Brasileira 1918 – 1923, 1923, p. 220).

distribuir gratuitamente aos doentes com tuberculose e suas famílias, objetos de uso diário - como roupa de cama, colchões, travesseiros, roupas e alimentos.



Fac-símile n°5 – Legenda: “*Indigentes na sala de espera do Posto Antero de Almeida, da Cruzada Nacional contra a Tuberculose, de distribuição de roupas e alimentos*”. Fonte: Histórico da Cruz Vermelha Brasileira 1908-1923, p.19.

O fac-símile n°5 reproduz uma imagem fotográfica do tipo instantâneo. A cena registra homens e mulheres sentados ou em pé em uma sala de espera no Posto Antero de Almeida. Conforme a legenda indica, eles são indigentes com tuberculose que aguardam para receber os devidos cuidados. As pessoas trajam roupas simples, caracterizando poucos recursos financeiros. Percebe-se que são indivíduos de várias idades, inclusive crianças e idosos, e estão emagrecidos e debilitados. A imagem revela que a tuberculose atinge qualquer faixa etária, ambos os sexos e acomete gravemente o corpo físico do homem. Outro ponto a destacar é o posicionamento da maioria das pessoas que se encontram com a cabeça e olhar direcionado para o chão, denotando humilhação por estar com tuberculose, uma doença altamente estigmatizada, a época.

A imagem demonstra ainda um espaço amplo, com boa claridade e ventilação. Depreendemos que, ao fundo, encontravam-se os consultórios e no lado esquerdo estão as grandes janelas. O arranjo da sala é característico de uma sala de espera, com um vazio ao centro. Provavelmente, um local adequado para a realização de palestras

administradas pelas enfermeiras visitadoras sobre a tuberculose com orientações referentes à prevenção da doença.

Até o momento, com os documentos encontrados, registramos apenas um curso para Enfermeiras Visitadoras na Cruz Vermelha Brasileira, desenvolvido por Amaury de Medeiros, no período entre 1920 a 1922. A história registra que em 24 de dezembro de 1922, foi oferecido um almoço de despedida para esse sanitarista, em virtude de seu afastamento da Cruz Vermelha Brasileira do Rio de Janeiro (DF). Amaury de Medeiros mudou-se para Recife, onde assumiu o cargo de diretor do Departamento de Higiene de Pernambuco, em 01 de fevereiro de 1923, e, posteriormente, o departamento foi nomeado para o Departamento de Saúde e Assistência de Pernambuco. Além disso, compôs o comitê executivo da filial da Cruz Vermelha nesse mesmo estado⁸¹.

A leitura das atas da Assembléia Geral e do Histórico da Cruz Vermelha Brasileira indica que as atividades da Cruzada Nacional contra a Tuberculose continuaram, mesmo com a saída do sanitarista Amaury de Medeiros da Cruz Vermelha Brasileira. O fac-símile n.º 6 reproduz uma fotografia, feita em 1923, que mostra a diretoria da Cruzada Nacional contra a Tuberculose. Foram encontrados, também, documentos fragmentados sobre as despesas dessa Cruzada.

⁸¹A filial da Cruz Vermelha em Pernambuco estava sob total abandono e, com a mudança do Dr. Amaury de Medeiros, foi reanimada por ele que ainda ocupava a posição de consocio e membro da Diretoria do Órgão Central. No dia 21 de maio de 1923, o sanitarista realizou uma reunião e proferiu um discurso sobre as bases para a organização dessa filial. Nessa solenidade estavam presentes diversas autoridades civis e militares e o escol feminino da sociedade pernambucana. Ele acrescentou que não poderia assumir a direção da filial, pois ocupava outra função no Serviço Sanitário do Estado. Por fim, declarou que era preciso escolher uma diretoria exclusivamente feminina, pedindo ao homem apenas o concurso técnico e a cooperação pecuniária. No entanto, mesmo assim, ele ainda fez parte do comitê executivo (MEDEIROS, 1924).



Fac-símile nº6 – Legenda: “*Directoria da Cruzada Nacional contra a Tuberculose, em 1923. Senhora Olintho de Magalhães – Presidente e Senhora Eugenio Gudin – Thesoureira*”. Fonte: Histórico da Cruz Vermelha Brasileira 1908-1923, 1923.

O fac-símile nº6 reproduz uma fotografia do tipo posado, com 05 mulheres sentadas à mesa, trajando vestes sociais; 03 pessoas em pé, das quais 02 homens com terno escuro e claro e uma mulher com traje claro. A legenda está relacionada com o fac-símile. O texto identifica a Diretoria da Cruzada Nacional contra a Tuberculose e cita o nome de duas mulheres, Sra. Olintho de Magalhães, a presidente; e a Senhora Eugenio Gudin, tesoureira. Na imagem podemos notar, também, que a Sra. Epitácio Pessoa não está presente e nem ocupa a posição de presidente da Cruzada Nacional contra a Tuberculose. O sanitarista Amaury de Medeiros tampouco não aparece. Os atributos são: uma parede ao fundo com um relógio de parede e um pequeno quadro na parede direita. E à mesa, papéis, livros, canetas e uma xícara de café, o que indica ser uma reunião de trabalho referente à Cruzada.

Isso demonstra que mesmo com a mudança de Amaury de Medeiros, para outro espaço social e institucional, a Cruzada Nacional contra a Tuberculose permaneceu em funcionamento, assim como a Escola Prática de Enfermeiras da Cruz Vermelha Brasileira, que seguiu realizando os seus cursos profissionalizantes e contribuindo para a profissionalização das mulheres para o mercado de trabalho do setor saúde.

O CURSO DE ENFERMEIRA VISITADORA IDEALIZADO POR AMAURY DE MEDEIROS NO DEPARTAMENTO DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA DE PERNAMBUCO

O sanitarista Amaury de Medeiros foi convidado pelo Governador de Pernambuco, Sergio Loreto (1922-1926), seu sogro, para chefiar os serviços sanitários de Pernambuco. Ao assumir o cargo de diretor da repartição de higiene de Pernambuco, Medeiros (1924, p. 18) proferiu um discurso no dia 01 de fevereiro de 1923, no qual declarou:

Eu desejo ser em Pernambuco um vehiculador de idéias novas, aquelle que sente e transmite as grandes aspirações da hygiene moderna ao mundo ansioso para redimir-se dos tremendos crimes da guerra... Eu quero ser em Pernambuco o animador das multidões, mostrar os erros de que a humanidade precisa penitenciar-se; eu quero convencer que o martyrio de Christo, para salvar os homens dos erros passados, tem sido inutilizado pelos erros presentes; eu quero ensinar que precisamos de uma nova redempção de hygiene e assistência: as fórmias mais puras da solidariedade humana que, um lado, o Estado organiza e, do outro, os homens completam. Precisamos orientar os dirigentes para a hygiene e educar o povo para a assistência.

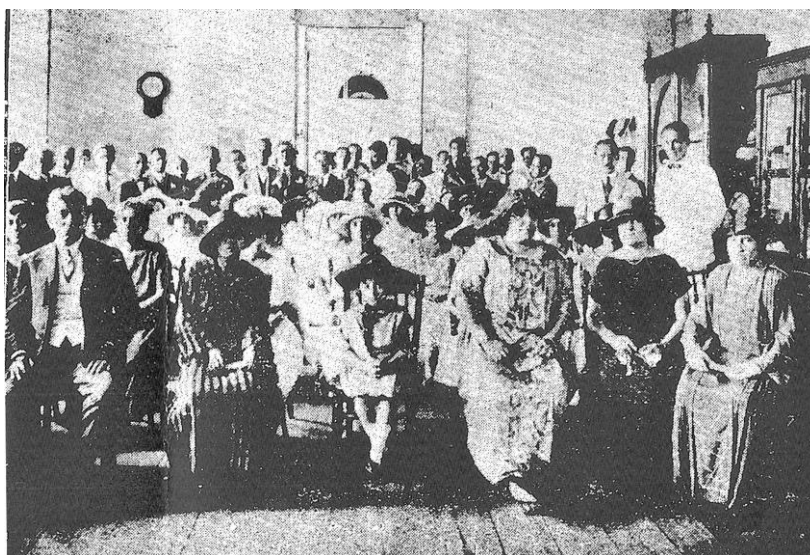
Bourdieu (1997) adverte que a adoção do nome família representa um conjunto de indivíduos aparentados ligados entre si por aliança, casamento e filiação, o que transmite capital simbólico hereditário, conferindo poder e prestígio. Amaury de Medeiros, assim, possuía um poder simbólico, pois estava diretamente atrelado ao Governador do Estado de Pernambuco, o que lhe proporcionou uma posição hierárquica de destaque no campo político e da saúde pública. A projeção social de que dispunha, portanto, permitiu-lhe manter suas aspirações na saúde pública e impulsionar a proposta de enfermeiras visitadoras em Pernambuco, entre outros ideais.

O sanitarista Amaury de Medeiros, desta forma, leva a idéia do Curso de Enfermeiras Visitadoras para o Recife (PE) e obtém êxito e sucesso. Oliveira (1975, p. 47) assinala “... a criação do corpo de Visitadoras da Saúde Pública, serviço que fundara e dirigira na Cruz Vermelha Brasileira, no Rio. A experiência que ali colhera o autorizava a repeti-la no Recife...”. O próprio Medeiros (1926, p. 184) acrescenta: “A

experiência que tínhamos da instrução de enfermeiras na Cruz Vermelha Brasileira nos mostrou que devíamos levantar, por todos os meios, o nível moral, social e intellectual do serviço”.

Nesse discurso, o sanitarista Amaury de Medeiros reconheceu as limitações do curso desenvolvido no Rio de Janeiro (DF) e a possibilidade de reformulá-lo no Recife. Ele buscou constantemente o reconhecimento público para as enfermeiras visitadoras, considerando fundamental engrandecê-las por meio de um curso com bases sólidas e que formasse profissionais de alta qualificação.

Com o intuito de enaltecer e legitimar a imagem da enfermeira visitadora, inicialmente, o sanitarista organizou uma solenidade, fac-símile nº7, cuja finalidade foi demonstrar a importância da atividade: “Annunciei um curso de Visitadoras [...] Escrevi artigos de propagandas e fiz uma aula inaugural que procurei revestir de toda a solennidade e importância, convidando as principais autoridades do Estado” (MEDEIROS, 1926, p. 184).



Fac-símile nº7 – Legenda: “A Inauguração do Curso de enfermeiras visitadoras foi realizada com solennidade, de sorte a prestigiar a instituição e esclarecer, o mais possível, o publico sobre a função que se ia crear”.
Fonte: Medeiros, 1926.

O fac-símile nº7 reproduz uma imagem fotográfica e registra o momento da inauguração do Curso de Enfermeiras Visitadoras. É do tipo posado, com mais de 50 pessoas que trajam roupas sociais. As mulheres encontram-se sentadas e os homens, na

sua maioria, estão de pé. Acreditamos que as mulheres são as candidatas ao curso, algumas da alta sociedade pernambucana. Essas últimas, provavelmente, encontram-se nas cadeiras da frente e as outras candidatas, ao fundo. Destacamos que as figuras femininas posicionam-se no centro ótico da foto. A distribuição sugere que elas são as protagonistas da cena, ou seja, as mulheres que almejavam realizar o Curso de Enfermeiras Visitadoras. Os atributos de paisagem são os seguintes: no lado esquerdo há dois armários e ao fundo, na parede, um relógio e um quadro.

No Departamento de Saúde e Assistência de Pernambuco, que tinha autonomia plena, o sanitarista criou a Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose; realizou um código sanitário e, por fim, instituiu o Curso de Enfermeiras Visitadoras. O início do curso foi em 28 de abril de 1923 e estabelecia, como pré-requisito, ser professora, farmacêutica, dentista ou parteira com diploma, além de ter exames de moralidade e de educação. A faixa etária era ser maior de 17 anos e ter menos que 35 anos⁸².

Entendemos que essa nova modalidade de curso e suas exigências significaram um avanço em comparação com o primeiro curso idealizado e oferecido por Amaury de Medeiros na Cruz Vermelha Brasileira. A razão é simples: as estudantes, atendendo a esse pré-requisito, e a qualidade do curso fariam com que o próprio aproveitamento das candidatas fosse melhor. Além disso, todas as mulheres entraram no curso já apresentando *habitus professional* relativo à área da saúde ou educação, fato que certamente favoreceu a implementação das atividades da enfermeira visitadora nos lares.

Inicialmente, 40 mulheres se inscreveram e, devido à procura intensa, o número passou para 63 inscritas. A proposta pedagógica era composta de 05 cadeiras com duração de 12 meses: noções de bacteriologia e higiene, anatomia, fisiologia, assistência

⁸²Medeiros, A. Saúde e Assistência: Doutrinas, experiências e realizações 1923-1926, p.184-185, 1926. Acervo: Casa de Oswaldo Cruz (COC).

médica e cirúrgica e puericultura. Durante o curso ocorreram dois exames parciais - um prático e um teórico⁸³.

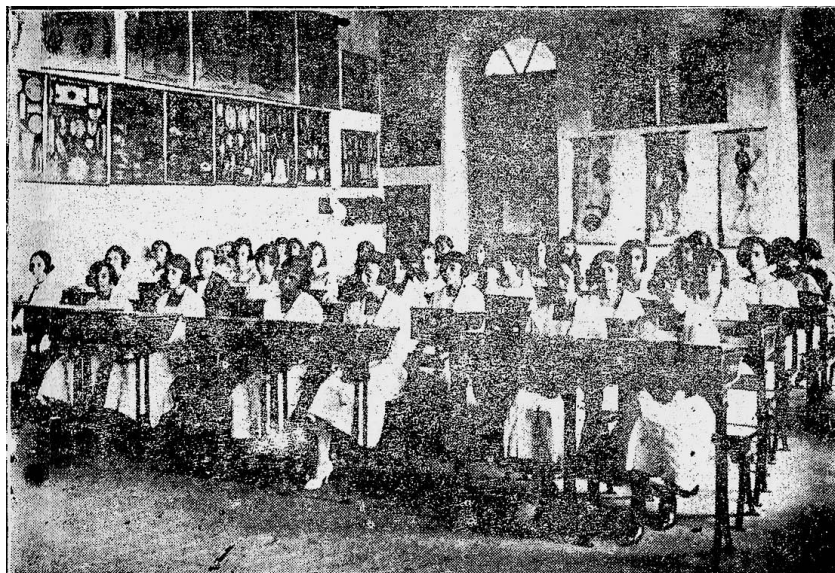
Diante disso, as visitadoras seriam capazes de desenvolver suas atribuições com efetividade e mostrar para a sociedade a sua importância no campo da saúde pública:

Estou convencido de que, realizado com estas bases, este curso creou definitivamente no Estado, a profissão de Enfermeira Visitadora porque assegura qualidades indispensáveis a uma demonstração positiva da importância da função, depois da qual, não será mais possível despreza-la (MEDEIROS, 1926, p. 185).

Durante o transcorrer do curso, o sanitarista Amaury de Medeiros considerou fundamental a introdução imediata da enfermeira visitadora no campo prático, pois seria um incentivo e, acima de tudo, demonstraria imediatamente seus préstimos à sociedade. Por isso, após um tempo intenso de aulas teóricas, fac-símile nº8, foi aplicada uma pequena prova para selecionar 10 estudantes que trabalhariam na higiene infantil. Os resultados foram surpreendentes e as estudantes demonstraram qualidades adequadas. Somente duas parteiras e algumas farmacêuticas não eram professoras tituladas pela Escola Normal Oficial do Estado⁸⁴. Salientamos que Amaury de Medeiros usou o curso de pedagogia como aliado para a formação dessas mulheres. Com a noção de educação, elas seriam verdadeiras divulgadoras dos preceitos de higiene, pois já estavam imbuídas desse capital cultural.

⁸³Medeiros, A. Saúde e Assistência: Doutrinas, experiências e realizações 1923-1926, p.184-185, 1926. Acervo: Casa de Oswaldo Cruz (COC). Ibidem, p.184-185.

⁸⁴Ibidem, p.185.



Fac-símile nº8 – Legenda: “As alunas da sala escola de visitadoras, na aula de hygiene”. Fonte: Medeiros, 1926.

O fac-símile nº8 reproduz uma imagem fotográfica que é de uma sala de aula com carteiras ordenadas. Na parede ao fundo, aparecem quadros didáticos representando o corpo humano. As estudantes estão sentadas nas carteiras em posição ereta e olhando para frente, não para a máquina fotográfica. São cerca de 35 mulheres, trajando roupas claras e sapatos de cor escura ou clara, o que seguramente vem a ser o uniforme. Apesar da pouca nitidez, é possível perceber que a maioria das mulheres é de pele clara.

Após o primeiro exame do curso, foram estabelecidas as normas, quadro nº2, para o serviço de Enfermeiras Visitadoras do Departamento de Saúde e Assistência de Pernambuco. Inicialmente, as enfermeiras visitadoras realizaram serviços especializados, desenvolvendo atribuições como a realização de partos, procedimentos odontológicos e orientações básicas nos domicílios e nas escolas. Após alguns anos, o trabalho desenvolvido foi modificado, priorizando-se, na ocasião, o trabalho de higiene infantil e a tuberculose⁸⁵. Depreendemos que o trabalho desenvolvido pelas enfermeiras visitadoras estava pautado na Higiene Moderna, incluindo atividades atreladas à

⁸⁵Medeiros, A. Saúde e Assistência: Doutrinas, experiências e realizações 1923-1926, p.196, 1926. Acervo: Casa de Oswaldo Cruz (COC).

educação sanitária, cuidado materno-infantil e saúde escolar. Desse modo, não havia destaque na assistência individual e o trabalho era predominantemente coletivo.

Quadro nº2 – Quantitativo de Enfermeiras Visitadoras do Departamento de Saúde e Assistência

Visitadora chefe	01
Visitadora parteira	03
Visitadora dentista	03
Visitadora de educação	16
Total	22

Fonte: Medeiros, 1926, p. 196-198

Cada enfermeira visitadora tinha sob a sua responsabilidade uma população de 20.000 habitantes, mas o ideal era de 8.000 a 10.000. Entretanto, como eram apenas 22 agentes, foi necessário o aumento gradativo das visitadoras para mais 32 moças. A cidade de Recife foi dividida em 03 zonas e cada zona foi subdividida em distritos, totalizando 16 (Quadro nº3)⁸⁶.

Quadro nº3 – Distribuição dos distritos em Recife onde as Enfermeiras Visitadoras foram alocadas.

1ª Zona	1ª Distrito: Recife e Santo Antônio 2ª Distrito: São José 3ª Distrito: Cabanga, Pina e Boa-Viagem 4ª Distrito: Afogados 5ª Distrito: Giquá, Areias, Barro, Peres e Tigipió
2ª Zona	1ª Distrito: Parte da Boa-Vista e Ilha do Leite 2ª Distrito: Pombal 3ª Distrito: Santo Amaro 4ª Distrito: Derby, Capunga, Aflitos e Espinheiro 5ª Distrito: Matinha e Sertãozinho 6ª Distrito: Hipódromo a Torreão
3ª Zona	1ª Distrito: Torre 2ª Distrito: Magdalena e Zumby 3ª Distrito: Cordeiro e Várzea 4ª Distrito: Mangabeira de Baixo a Casa Amarela 5ª Distrito: Ponte d'Uchôa a Dois Irmãos

Fonte: Medeiros, 1926, p. 196

Segundo Campos (2007), a idéia de delimitação espacial do espaço urbano, através da subdivisão das cidades em Distritos Sanitários, com a atuação de ações de saúde de forma integrada originou-se da exitosa experiência desenvolvida em Milwaukee, Cincinnati, Boston, Pittsburg, Wilker Barre e Nova York. Com o processo da distritalização, era possível, em tempo real, gerar não só informações das principais

⁸⁶Medeiros, A. Saúde e Assistência: Doutrinas, experiências e realizações 1923-1926, p.196, 1926. Acervo: Casa de Oswaldo Cruz (COC).

epidemias e endemias, mas também os problemas relacionados à saúde materno-infantil e outras doenças que acometiam a comunidade. A metodologia adotada para esses distritos baseou-se, então, nas atividades das enfermeiras visitadoras. Era por meio delas que buscava-se conhecer sistematicamente a vida dos indivíduos, das famílias em seus domicílios, monitorando e identificando o perfil de cada população em sua respectiva área.

O quadro nº3 indica que o sanitarista Amaury de Medeiros, à frente do Departamento de Saúde e Assistência de Pernambuco, utilizou a estratégia de distritalização adotada nos Estados Unidos - mecanismo também empregado pelo Departamento Nacional de Saúde Pública no Rio de Janeiro (DF).

Apesar do esforço e do incentivo empreendidos por Amaury de Medeiros, o próprio sanitarista, em seu livro Saúde e Assistência de 1923-1926, na parte intitulada “Visitadora”, dá o seguinte depoimento:

O espírito tradicionalista e as tendências do latino pouco culto, não permitem ainda compreender o grande valor da instituição. Dentro e fora do serviço de Saúde Pública, entre médicos e profanos, há várias opiniões que não vêm a tona, mas, se esboçam na timidez de certos comentários e se desembaraçam nas fáceis conversas com leigos e de leigos. Muito há ainda a vencer, e muita reserva da paciência há de ser esgotada até que possa a mentalidade geral entrar no verdadeiro conceito dos seus próprios interesses em questões mais debatidas: não admira, pois, o que acontece com este serviço que, sendo talvez o mais útil de uma organização sanitária, ainda é uma novidade (MEDEIROS, 1926, p. 198).

Esse discurso indica que as condições socioeconômicas da população mais pobre e a pouca receptividade das elites médicas dificultaram a implantação dessa idéia no território brasileiro. Muito embora Amaury de Medeiros tenha divulgado propagandas ressaltando a importância dessa agente em uma repartição sanitária, a enfermeira visitadora, reconhecida nos Estados Unidos e em países da Europa, até então era olhada, em nosso país, como uma mera novidade.

Segundo Abrão (2006), Amaury de Medeiros foi explicitamente criticado no meio médico durante sua liderança no Departamento de Saúde e Assistência. O

sanitarista conseguiu, na verdade, promover mudanças nos serviços sanitários de Pernambuco impondo suas determinações. Afeito às críticas, ele, no entanto, continuava desempenhando seu trabalho em prol da saúde pública. Entre suas iniciativas a autora destacou os esforços para criar uma Escola de Enfermeiras de Saúde Pública.

Ainda para a autora, o sanitarista Amaury de Medeiros não teve como lutar em prol dessa escola, mesmo sendo capaz de realizar uma reforma sanitária em Pernambuco. Sua obra foi significativa, mas ele não amealhou capital político para articular com outros agentes, formar alianças fortes e garantir a disputa pela criação da escola anexa ao Departamento de Saúde e Assistência de Pernambuco (ABRÃO, 2006).

Cabe destacar, no entanto, que as realizações de Amaury de Medeiros estavam de acordo com o conhecimento da Higiene Moderna. O sanitarista considerava que a educação sanitária era a base da saúde pública e sem ela a população não teria saúde. Assim foi que as ações de saúde por ele prescritas estavam calcadas na educação, prevenção e profilaxia para formar uma nova consciência sanitária no indivíduo, na família e na comunidade. E essa tarefa deveria ser cumprida pela enfermeira visitadora.

Cabe lembrar, ainda, que os resultados das ações de saúde pública geralmente são apenas reconhecidos e legitimados, a médio e em longo prazo. Com isso, o ideário de Amaury de Medeiros não foi tão bem compreendido e valorizado por uma parte da população médica que não o apoiou na formação de uma Escola de Saúde Pública para enfermeiras, conforme seus princípios de saúde pública.

Após a saída do sanitarista Amaury de Medeiros do Departamento de Saúde e Assistência de Pernambuco em 1926, o Estado, no governo de Estácio Coimbra (1926-1930) manteve as idealizações desse sanitarista. A Reforma Sanitária e os serviços sanitários de Pernambuco foram ampliados, com a criação do Centro de Saúde e, por

fim, a Escola de Visitadora de Saúde Pública foi reformulada e passou a denominar-se Escola de Educação Sanitária⁸⁷ (ABRÃO, 2006).

OS CURSOS DE EMERGÊNCIA DE ENFERMEIRA VISITADORA SOB O IDEÁRIO DE JOSÉ PARANHOS FONTENELLE E MRS ETHEL PARSONS

O Departamento Nacional de Saúde Pública do Rio de Janeiro (DN) criou um setor especializado em tuberculose, cuja denominação foi a Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose, que, por sua vez, estava atrelada à Diretoria dos Serviços Sanitários Terrestre. Essa inspetoria indicou um avanço da responsabilidade do Estado na questão dessa doença na capital federal, que até o início da década de 1920, ficou sob os auspícios das instituições filantrópicas.

JP Fontenelle e Plácido Barbosa, nas séries de artigos e relatórios que publicavam sobre a saúde pública, sustentavam que o problema da tuberculose e a luta contra essa doença deveriam ser incluídas no programa sanitário do governo federal. Assim foi que a direção da Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose ficou sob a responsabilidade de Plácido Barbosa, tendo, como assistente, o próprio José Paranhos de Fontenelle⁸⁸.

A Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose adquiriu plena autonomia e ficou encarregada da propaganda e execução de todas as medidas eficazes para combater a tuberculose e promover a cura dos doentes. Diversas foram as suas atribuições, entre elas: o registro de todos os casos de tuberculose notificados; o exame bacteriológico gratuito dos escarros; a visita de todos os doentes de tuberculose verificados para

⁸⁷Ver com maior detalhe na tese de Fátima Maria da Silva Abrão, intitulada Primórdios da Enfermagem Profissional na cidade do Recife – Pernambuco: raízes da pré-institucionalização da formação do campo organizacional.

⁸⁸Fontenelle, J.P. A Enfermagem da Saúde Pública: Sua Criação e Desenvolvimento no Rio de Janeiro, 1941. Acervo do Laboratório de Abordagens Científicas da História da Enfermagem – LACENF, UNIRIO.

atender aos objetivos de vigilância, educação profilática e proteção higiênica dos mesmos; isolamento hospitalar ou domiciliar dos doentes com tuberculose; desinfecção das casas e objetos motivada pela infecção tuberculosa; instrução higiênica do povo, relativamente à tuberculose e aos meios de evitá-la; fiscalização de todos os lugares coletivos; a cooperação com todas as associações organizadas para os fins da profilaxia e tratamento da tuberculose; realizar vigilância de fábricas, usinas, hospitais, asilos, sanatórios e escolas⁸⁹.

Os serviços foram executados pela composição da seguinte organização administrativa: 01 Inspetor de Profilaxia da Tuberculose – Plácido Barbosa; 01 Assistente – JP Fontenelle; 01 Terceiro Oficial; 02 escriturários; 01 Arquivista; 02 Datilógrafas; 01 Enfermeira-chefe; 02 Contínuos; 08 Guardas Sanitários. Além desses funcionários, promoveu-se também contratação de auxiliares de escrita, enfermeiras visitadoras, enfermeiros, microscopistas e serventes. Entre todos os serviços abordados pelo decreto 14.354/1920, apenas a Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose, a Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas e o Serviço de Assistência Hospitalar, de Higiene Infantil e Assistência à Infância registraram a participação de enfermeiros ou enfermeiras na equipe de profissionais.

Destacamos que, anteriormente, durante a constituição e aprovação do Regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública, JP Fontenelle já declarava em seus escritos a formação das enfermeiras visitadoras e a introdução das mesmas no serviço especializado de tuberculose. O sanitarista alegava à época que “não há mais hoje organização sanitária eficiente sem um grande serviço de enfermeiras de Hygiene” (FONTENELLE, 1922, p. 446).

⁸⁹Decreto 14354 de 15 de setembro de 1920, p.353-354. Actos do Poder Executivo. Coleção de Leis. Acervo: Biblioteca do Ministério da Fazenda.

Outro ponto a destacar nas considerações de JP Fontenelle: ele ressaltava o valor das enfermeiras visitadoras e sustentava que elas deveriam substituir parcialmente o número excessivo de médicos no serviço sanitário:

Modificar profundamente a organização básica dos nossos serviços sanitários, evitando a ampliação do quadro de funcionários superiores, especialmente médicos, para dar o necessário desenvolvimento ao serviço dos subalternos, como guardas sanitários e auxiliares técnicos, instruindo-os convenientemente; introduzir no quadro desses técnicos subalternos as enfermeiras-visitadoras ou enfermeiras de Higiene (FONTENELLE, 1922, p. 443).

Diante do discurso de JP Fontenelle, compreendemos que ele foi um dos incentivadores e defensores da inserção da enfermeira visitadora no combate à tuberculose. A visita domiciliar, que antes era responsabilidade dos médicos, deveria ser realizada por outro agente social: “Foi nessa peregrinação, - de rua em rua, de casa em casa, de quarto em quarto, de pessoa em pessoa, - com paciência e com bondade que comecei a perceber que, de certo, isso não era propriamente serviço para médico” (FONTENELLE, 1941, p. 05).

Desse modo, a enfermeira visitadora seria um agente auxiliar (subalterno) do médico. Ela faria a visita nos lares e levaria todas as informações das famílias, principalmente dos doentes de tuberculose para os médicos, que se encontravam alocados nas inspetorias. O trabalho exaustivo, pesado e de risco do contágio do bacilo da tuberculose, portanto, ficou a cargo das enfermeiras visitadoras. Para os médicos ficou a responsabilidade de controle do processo de trabalho dessas agentes. Cabia a eles prescrever as medidas que deveriam ser adotadas por elas.

Para JP Fontenelle era preciso aumentar o número de subalternos convenientemente preparados e reduzir o quantitativo de médicos para o exercício da visita domiciliar. Após conhecer os serviços de enfermeiras visitadoras oferecidos na Inglaterra e nos Estados Unidos, através das revistas e congressos, ele começou a elaborar propagandas, destacando a importância dessas agentes no combate da tuberculose. Deprendemos que o trabalho, pouco científico e técnico, foi delegado pela

profissão médica para a enfermeira visitadora, o que ampliou a presença do trabalho feminino no campo da saúde pública.

A mulher passa a assumir, desta forma, papéis antes reservados aos homens devido ao conjunto de transformações sociais, políticas, culturais e econômicas. Além disso, a rígida distinção de tarefas atribuídas às mulheres e aos homens já não se adequava às transformações que ocorreram na sociedade, assinala Paicheler (1995).

Destacamos, ainda, que o discurso de JP Fontenelle é condizente com as considerações de Bourdieu. De acordo com o autor “é sabido que o mesmo princípio de divisão é ainda aplicado, dentro de cada disciplina, atribuindo aos homens o mais nobre, o mais sintético, o mais teórico, e às mulheres o mais analítico, o mais prático, o menos prestigioso” (BOURDIEU, 1999, p.109). Todavia, cabe lembrar que havia uma oposição muito forte dos médicos sobre o ingresso das mulheres no campo da saúde pública.

Conforme Santos, o Departamento Nacional de Saúde Pública, no entanto, já havia uma iniciativa de profissionalização de enfermeiros em sua Escola de Enfermeiros. Sua finalidade era instruir os empregados e pessoas estranhas⁹⁰. Sobre essa escola, Fontenelle (1922, p. 446) menciona o seguinte:

Continuaram, porém, todos os outros subalternos sem a necessária instrução técnica, por isso que a Escola de Enfermeiros, criada como anexo da Inspetoria dos Serviços de Prophylaxia, não teve organização capaz de formar funcionarios inferiores adestrados para os trabalhos da saúde pública.

Na verdade, a dominação do homem sobre outro homem ocorre de uma forma mais branda no campo. Como a enfermeira visitadora deveria ser subalterna ao médico, atendendo a todas as suas solicitações e não concorrendo com eles, de certo modo, essa profissão, aos olhos desses médicos, homens, deveria ser ocupada pelo sexo feminino. Sendo assim, a Escola de Enfermeiros do Departamento Nacional de Saúde Pública não

⁹⁰Santos, G.F. O Livro do Enfermeiro e da Enfermeira, 1928, p. 14. Acervo do Laboratório de Abordagens Científicas da História da Enfermagem – LACENF, UNIRIO.

conseguiu formar funcionários inferiores, abnegados, submissos e adestrados como os sanitaristas almejavam.

Plácido Barbosa viajou para os Estados Unidos, no final do ano de 1920, e JP Fontenelle ficou responsável pela direção da Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose. Com isso, sem demora, iniciou, em novembro de 1920, um pequeno curso de instrução de emergência, com duração de dois meses, para formar as enfermeiras visitadoras conforme o Decreto 14.354/1920⁹¹. As mudanças ocorridas nos serviços sanitários federais por meio desse Decreto, tais como a introdução das enfermeiras nas inspetorias de profilaxias, proporcionaram a oportunidade de novos agentes sociais, no campo da saúde pública, serem inseridos em uma repartição pública federal.

O Curso de Enfermeiras Visitadoras teve no total oito moças⁹² inscritas, entre elas Edith Magalhães Fraenkel, que estudou na Cruz Vermelha Brasileira (Órgão Central) e diplomou-se como Enfermeira Voluntária. O curso teve auxílio dos sanitaristas Mario Magalhães e José Paes de Carvalho⁹³. O sub-inspetor sanitário interino, José Paes de Carvalho, teve sob sua responsabilidade a parte teórica; e para o inspetor sanitário Mario Magalhães, coube a parte prática. Foi colocado em prática, assim, um ensino elementar e intensivo sobre anatomia, fisiologia, patologia, microbiologia, higiene e tuberculose⁹⁴.

Apenas seis mulheres⁹⁵, consideradas pioneiras, entraram no serviço e tinham como base a teoria, a prática e as linhas gerais dos grandes problemas da higiene pública, principalmente no combate contra a tuberculose. As alunas, com a supervisão

⁹¹Fontenelle, J.P. A Enfermagem da Saúde Pública: Sua Creação e Desenvolvimento no Rio de Janeiro, 1941, p. 20-21 Acervo do Laboratório de Abordagens Científicas da História da Enfermagem – LACENF, UNIRIO.

⁹²Em outro documento também produzido por Fontenelle, ele menciona que foram 12 mulheres (Fontenelle, 1941, p.21).

⁹³Ibidem, p. 21.

⁹⁴Diccionario Historico, Geographico e Etnographico do Brasill - Hygiene e Saúde Pública (Fontenelle, 1922, p. 456). Acervo: Biblioteca do Ministério da Fazenda – RJ.

⁹⁵Em outro documento também produzido por Fontenelle, ele menciona que foram 08 mulheres (Fontenelle, 1941, p.21).

de JP Fontenelle, começaram a fazer inspeção das casas e visitas aos doentes tuberculosos sem a interrupção do curso.

Em março de 1921, após aproximadamente cinco meses nos Estados Unidos, o sanitarista Plácido Barbosa retornou para o Brasil, assumindo, novamente, a direção da Inspeção de Profilaxia da Tuberculose e a instrução das enfermeiras visitadoras⁹⁶.

Entretanto, JP Fontenelle fez uma crítica aos Cursos de Enfermeiras Visitadoras:

Outro reparo que nos ocorre refere-se ao modo de formação desses funcionários destinados a tão grande futuro, na nossa organização sanitária. Realmente não se cuidou, com seriedade, da instrução especializada das visitadoras que necessitam de continuado ensino teórico e prático, feito por verdadeiros técnicos da saúde pública e habilitados professores. Isso será certamente a maior dificuldade para o desenvolvimento do serviço (FONTENELLE, 1941, p. 12).

O documento não esclarece a qual Curso de Enfermeira Visitadora JP Fontenelle se referia. É importante lembrar que as pesquisas contidas na delimitação temporal do estudo não desvelaram a existência de outras iniciativas semelhantes. Até o momento citado, existiam apenas os dois Cursos de Enfermeiras Visitadoras, no mesmo âmbito geopolítico, isto é, no Rio de Janeiro (DF).

Além disso, o regulamento existente demonstra a presença do sexo masculino na Escola de Enfermeiros do Departamento Nacional de Saúde Pública. Pelo menos é o que sugere o fragmento abaixo:

Criemos um corpo de “monitores de higiene”, - homens e mulheres, - constituindo de indivíduos inteligentes e ativos, para quem um emprego de uns 300\$ depois de um intensivo treinamento de 6 mezes, pudesse ser a única ocupação. Esses seriam os disseminadores das regras que devem visar a criação de novos hábitos individuais, sem os quais nenhum êxito poderá ser esperado das campanhas sanitárias que se impõem no momento atual. As mulheres poderiam ser utilizadas, como “visitadoras de saúde” para cuidar da higiene infantil e da puericultura, tanto ante quanto postnatal, e os homens, para os outros trabalhos de educação higiênica popular (DECRETO-LEI, 1920, p. 07).

JP Fontenelle, conforme os registros documentais encontrados, não capacitou homens no Curso de Enfermeiras Visitadoras para atender a questão da educação sanitária no

⁹⁶Diccionario Historico, Geographico e Etnographico do Brasill - Hygiene e Saúde Pública (Fontenelle, 1922, p. 456). Acervo: Biblioteca do Ministério da Fazenda – RJ.

que tange a tuberculose. Este momento caracterizou mudanças de papéis e disputas, pois o território domiciliar era exclusivamente monopólio dos homens.

Certamente, os sanitaristas começaram a perceber outros modelos que utilizavam as mulheres na visita domiciliar. E, de acordo com as características do gênero feminino, elas se enquadravam melhor nessa função. É o próprio JP Fontenelle (1941, p. 11) que argumentou: “a atividade das enfermeiras da saúde pública, que são essas visitadoras, aproveita as vantagens físicas e morais do sexo feminino, desdobrando-se por toda a coletividade”.

Nesse sentido, a presença do homem nas atividades de visita domiciliar provavelmente não foi admitida, pois seria mais difícil controlá-lo. Ao contrário da mulher, que aproveita sua representação designada pela ordem social, o homem (médicos) consegue reunir todas as condições para exercer a dominação masculina sobre as enfermeiras visitadoras.

As divisões integrantes da ordem social e, mais especificamente, as relações sociais de dominação e de exploração que estão estabelecidas entre os gêneros se inscrevem em duas classes de *habitus* diferentes. Cabe aos homens, situados do lado exterior, o oficial, o público, o direito. Já para as mulheres, estabelecidas no lado do úmido, do baixo, são atribuídos todos os trabalhos domésticos, ou seja, privados e escondidos, ou até mesmo invisíveis e vergonhosos. Com relação aos trabalhos exteriores, são designadas a elas, sobretudo, tarefas mais sujas e mais humildes. Na verdade, as mulheres são condenadas a dar, a todo instante, a aparência de fundamento natural à identidade minoritária que lhes é socialmente apontada (BOURDIEU, 1999).

Ressaltamos, aliás, uma característica do Regulamento: “quando o doente tiver médico assistente, a enfermeira visitadora procurará ser auxiliar sua e nada fará sem o conhecimento dele, salvo motivo de urgência que implique interesse da saúde do doente ou da Saúde Pública” (DECRETO 14.354, 1920, p. 341). Podemos perceber como o

âmbito do domicílio foi dominado pelos médicos assistentes, já que, apenas com a conformidade dele, a enfermeira visitadora entraria no lar. Formalmente, esta foi a maneira que os médicos privados encontraram para manter o monopólio do cuidado domiciliar, área altamente valorizada e cobiçada pelos clínicos particulares (PEREIRA NETO, 2001).

A posição do Estado enquanto autoridade, por meio do Regulamento, foi uma estratégia por meio da qual os agentes impuseram sua visão da divisão do mundo social e sua posição no mundo. Ficava legitimado, assim, o total controle masculino sobre as agentes: “A *nomeação oficial*, acto de imposição simbólica que tem a seu favor toda a força do colectivo, do consenso, do senso comum, porque ela é operada por um mandatário do Estado, detentor do *monopólio da violência simbólica legítima*” (BOURDIEU, 2007, p. 146).

Segundo o Regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública, no artigo 464^o, as atribuições das enfermeiras visitadoras eram as seguintes:

- I. Exercer a conveniente vigilância higienica em domicilio sobre os doentes de tuberculose a seu cargo, visitando-os tão frequentemente quando necessário for.
- II. Instrui-los e às suas famílias sobre a natureza da doença e as precauções observar para protege-los contra os bacillos tuberculosos, de modo a evitar as reinfecções do próprio doente e a infecção das pessoas que o cercam.
- III. Aconselhar o doente, de accôrdo com o seu medico assistente ou o medico da Inspeoria da Prophylaxia de Tuberculose, sobre as melhores condições de seu tratamento e o modo de vida conveniente à sua cura.
- IV. Fornecer à Inspeoria de Prophylaxia da Tuberculose todas as informações necessárias e convenientes sobre o doente, o seu tratamento, o seu trabalho, os seus recursos, as condições de seu domicilio e as medidas prophylaticas em execução ou a executar.
- V. Promover a correção dos defeitos encontrados com determinação, benevolência, descrição e suavidade.
- VI. Prestar ao doente os seus serviços de enfermeira sempre que isso se torne necessário, em beneficio do próprio doente ou das medidas de prophylaxia.
- VII. Distribuir e explicar as publicações de propaganda higienica e a anti-tuberculosa nos domicílios visitados.
- VIII. Communicar à Inspeoria de Prophylaxia da Tuberculose os casos suspeitos de tuberculose na família visitada.
- IX. Requisitar as medidas de desinfecção quando ellas forem necessárias, por óbito, mudança ou prevenção.

X. Colher e enviar à Inspetoria de Prophylaxia da Tuberculose as amostras de escarro das pessoas em observação, sempre que isso se torne necessário para os fins de diagnostico exacto (DECRETO 14.354, 1920, p. 341).

O decreto acrescentava ainda:

Os tuberculosos, em domicilio, serão visitados periodicamente, as vezes necessarias, pelos inspetores sanitários ou enfermeiros e Enfermeiras Visitadoras da Inspetoria de Prophylaxia da Tuberculose com o fim de ensinar e recomendar os preceitos de hygiene anti-tuberculosa, verificar a applicação delles, verificar se o doente recebe conveniente tratamento e providenciar, na sua alçada, para o preenchimento das falhas que observar; informar sobre as condições higienicas do domicilio, as condições de trabalho, dos doentes e as suas necessidades; e, em geral, colher e prestar todas as informações convenientes à prophylaxia da tuberculose e à cura do doente (DECRETO 14.354, 1920, p. 339).

As atividades propostas para a enfermeira visitadora clarificam a importância dessas mulheres para os serviços prestados pela repartição sanitária federal. Essa agente, ao desenvolver suas funções através da visita domiciliar, consegue: conhecer o cotidiano familiar, identificar os problemas desde infra-estrutura da habitação, estado de saúde do doente e até hábitos familiares. A partir desses dados, ela faz uma articulação entre a vigilância, o cuidado e a orientação, utilizando, como base, os princípios da higiene moderna: a educação sanitária.

A enfermeira visitadora, desta forma, ocupou uma posição estratégica, de compromisso social, mediante as suas práticas educativas e intervenções apropriadas. Seus nobres objetivos eram obter a capacitação do indivíduo, o controle da doença e a melhoria das condições de saúde do doente com tuberculose, da família e da comunidade. O Regulamento destacava ainda que a visita domiciliar devia ser um processo contínuo.

A enfermeira visitadora, no entanto, passou despercebida aos olhos de algumas pessoas - apesar da importância de suas atribuições, das inúmeras dificuldades enfrentadas no cotidiano e as relevantes contribuições para a melhoria do campo da saúde pública. Inferimos que, provavelmente, os médicos particulares, contrários à

entrada dessas mulheres nos lares, tiveram uma parcela de responsabilidade por esse quadro: “Muita gente ignora o trabalho e o valor educativo da Enfermeira Visitadora. Ela entra nas famílias onde há doença, incapacidade física ou necessidade de conselhos para preveni-los...” (FONTENELLE, 1941, p. 09).

Em 1921, ocorreu a inauguração do primeiro dispensário da Inspetoria de Profilaxia de Tuberculose. Sua finalidade era: o exame e o diagnóstico exato dos acometidos pela tuberculose; a instrução dos doentes e constante observação e assistência aos doentes em domicílio⁹⁷. O serviço do dispensário deveria servir grande parte da cidade do Rio de Janeiro. Entretanto, JP Fontenelle escreveu um ofício para o presidente da Liga Brasileira Contra a Tuberculose. No documento, ele fez referência ao funcionamento da Inspetoria, do núcleo inicial de enfermeiras visitadoras, previstas pelo regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública, e das suas atribuições. Fontenelle solicitou, além disso, a colaboração dos dispensários da liga para encaminhar os doentes que as enfermeiras visitadoras visitavam.

Devido ao número reduzido de dispensários do Departamento Nacional de Saúde Pública, JP Fontenelle solicitou a contribuição da Liga Brasileira Contra a Tuberculose. Lembramos que o sanitarista queria apenas encaminhar os indivíduos acometidos por tuberculose, pois queria manter o controle sobre o processo de trabalho das enfermeiras visitadoras.

Entretanto, o sanitarista Carlos Chagas, após conhecer o trabalho das enfermeiras de saúde pública dos Estados Unidos, solicitou a contribuição da Fundação Rockefeller para trazer enfermeiras americanas⁹⁸. A intenção era melhorar os serviços

⁹⁷Decreto de 15 de setembro de 1920, p. 343. Actos do Poder Executivo. Coleção de Leis. Acervo: Biblioteca do Ministério da Fazenda.

⁹⁸A Fundação Rockefeller desempenhou um papel fundamental no processo de valorização e na criação do campo da enfermagem de saúde pública no Brasil. Essa instituição apoiou com recursos humanos e financeiros a criação de serviços de enfermagem, valorizando, particularmente, o campo da saúde pública. Além disso, incentivou, com base em um modelo pedagógico desenvolvido pelas lideranças das enfermeiras norte americanas, a formação do ensino profissional da enfermeira de saúde pública para que atuasse nos serviços sanitários e como em qualquer outra área relacionada com a enfermagem. Tinha uma

de enfermagem e capacitar o grupo de enfermeiras visitadoras existentes. A instituição prontamente atendeu ao pedido, proporcionando, ao Governo Brasileiro, os serviços de Mrs. Ethel Parsons, que aportou no país em 02 de setembro de 1921⁹⁹. Logo, a liderança do Curso de Enfermeiras Visitadoras do Departamento Nacional de Saúde Pública foi herdada por Mrs Ethel Parsons.

Parsons (1997, p. 11) entendeu que: “O primeiro passo para adaptação do systema norte americano, no Brasil, foi com o estabelecimento de um Serviço de Enfermeiras no Departamento Nacional de Saúde Pública, de igual categoria às Inspectorias do Departamento e abraçando todas as atividades de enfermagem”.

A criação do Serviço de Enfermeiras¹⁰⁰ no Departamento Nacional de Saúde Pública, portanto, foi um marco para a enfermagem no Brasil, pois estava no mesmo nível de equiparação dos médicos. Além disso, esse serviço garantiu a implementação do ensino de enfermagem baseado no modelo anglo-americano, sob influência das recomendações do Relatório Goldmark¹⁰¹ (FREIRE & AMORIM, 2008).

Para atender a necessidade imediata do Departamento Nacional de Saúde Pública, Parsons ofereceu um Curso de Emergência de seis meses para as enfermeiras visitadoras que estavam atuando na Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose. O curso iniciou em 24 de abril de 1922 e foi encerrado em 21 de outubro desse mesmo ano. Foram 40 mulheres inscritas e apenas 27 receberam o certificado. As matérias eram: anatomia e fisiologia; matéria médica; higiene infantil; alimentação e cozinha;

preocupação em não formar profissionais menores, e por isso, o treinamento incluía o embasamento hospitalar. (LINA FARIA, 2006)

⁹⁹Fraenkel, E. Histórico do Serviço de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública. *Annaes de Enfermagem*. Julho de 1934, p. 14. Acervo do Laboratório de Abordagens Científicas da História da Enfermagem – LACENF, UNIRIO.

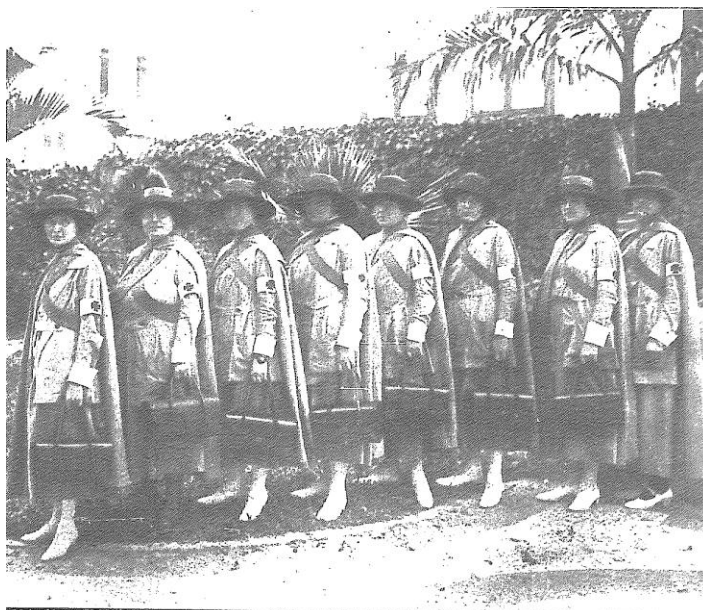
¹⁰⁰A criação oficial foi em 31 de dezembro de 1923 pelo Decreto 16.300 e a sua sede ficou localizada em uma grande sala do pavilhão anexo ao Departamento Nacional de Saúde Pública (Fraenkel, 1934, p. 14)

¹⁰¹O relatório conclusivo, denominado *Nursing and Nursing Education in United States*, datado de 1923, usualmente conhecido como Relatório Winslow-Goldmark objetivou estabelecer os avanços da educação em Enfermagem; particularmente através do estabelecimento de afiliações universitárias e procedimentos de acreditação nacional (FREIRE & AMORIM, 2008, p. 119).

tuberculose; doença venérea; higiene e saúde pública; arte da enfermeira; e doenças epidêmicas¹⁰².

A proposta do curso foi oferecer apenas pequenas noções para essas mulheres desenvolverem um trabalho padronizado, pois a idéia inicial de Parsons era investir na instrução de Enfermeira em Saúde Pública¹⁰³. Diante disso, e com o apoio e incentivo do Diretor Carlos Chagas, foi instalada uma escola¹⁰⁴ em anexo ao Hospital São Francisco de Assis, que estava em construção¹⁰⁵.

A capital federal foi dividida em 05 zonas, cada uma delas tendo sido subdividida em distritos. As 27 enfermeiras visitadoras foram distribuídas para esses distritos e eram supervisionadas pelas enfermeiras norte-americanas, que se encontram no fac-símile nº9.



Fac-símile nº9 - Legenda: “Grupo de Enfermeiras-Visitadoras vestidas de trajes característicos da sua nobre profissão”.
Fonte: Revista da Semana, 1923, p. 28

¹⁰²Caixa 01, documento 3, 1922. Acervo: Centro de Documentação da Escola de Enfermagem Anna Ney

¹⁰³Ethel Parsons apresentou no Congresso Nacional dos Práticos um relatório intitulado “As Enfermeiras de Saúde Pública” o qual defende a criação de uma escola baseada na enfermagem moderna (Pereira Neto, 2001)

¹⁰⁴A escola denominada Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública foi inaugurada em 19 de fevereiro de 1923 e deveria seguir de acordo com os mais elevados e reconhecidos padrões. Foi solicitada novamente a cooperação do International Health Board (IHB). Essa instituição enviou para o Brasil sete enfermeiras de saúde pública norte-americanas para trabalharem como professoras e supervisoras (PARSONS, 1997, p.13-14).

¹⁰⁵Parsons, E. Archivos de Higiene: Exposições e Relatórios: a Enfermagem Moderna no Brasil (fac-símile), 1997, p.10-14. Acervo do Laboratório de Abordagens Científicas da História da Enfermagem – LACENF, da UNIRIO.

O fac-símile nº9 reproduz uma fotografia do tipo posado, em ambiente externo, com oito mulheres, que são as enfermeiras americanas da Missão Parsons. É possível inferir, mediante articulação com o livro “As Pioneiras”, que as fotografias individuais das retratadas conferem com as oito enfermeiras-visitadoras. As enfermeiras, da esquerda para a direita, são as americanas Sta Winnifred Dawson, Sra Beertie M. Rice, Sta Joahanna Schwarte, Sta Agnes Smith, Sra Clara W. Curtiss, Sta Margareth Cunningham, Sta Alice Cooper e Sta Frieda Johnson¹⁰⁶. Todas estão trajando chapéu escuro de aba larga, blusa de manga comprida e saia na mesma cor; no peito, duas fachtas escuras cruzadas e na manga, um braçal com uma cruz de malta. Por cima da roupa, uma capa de comprimento abaixo dos joelhos e, na mão, uma maleta. As pernas estão cobertas com meia e os pés com sapatos na cor clara. Os atributos de paisagem apresentam muros recobertos com plantas; uma planta do tipo palmeira no lado direito da imagem; e outras folhas largas do outro lado. A qualidade técnica da foto não permite a descrição do chão.

As mulheres estão perfiladas, todas olhando para a câmera fotográfica, com postura ereta, caracterizando a nobreza de uma profissão, de acordo com o título da matéria jornalística: “Uma Nobre Profissão da Mulher”. Por um lado, a postura corporal das enfermeiras visitadoras é rígida, sem características femininas, se comparadas com as mulheres da época, as quais deveriam apresentar uma postura suave e feminizada. Por outro lado, também deixam transparecer mulheres atenciosas, disciplinadas, discretas, contidas ou até mesmo apagadas pelos trajés que as compõem.

Barreira (1999) esclarece que a disciplina ostensiva, reforçada pela padronização da postura corporal rígida, ocorre com a codificação criada por meio de uniformes distintos de cada força militar e patente. Essa imagem é pautada por um discurso masculino, normativo e sob autoridade militar, que influencia a enfermagem a

¹⁰⁶Departamento Nacional de Saúde Pública, 1925, p. 24 e 25.

partir do século XIX. O uniforme dessas mulheres, possivelmente influenciado pelos trajes militares, teria o propósito de transmitir um discurso estético com a proposta de “impressionar e até mesmo aterrorizar o inimigo, “que tende a congelar os estilos femininos à época usados pelas mulheres dos anos 1920” (Lurie, 1997, p. 35).

Ao articularmos a postura com o uniforme das enfermeiras norte americanas de saúde pública - e o papel de supervisora das enfermeiras visitadoras - podemos identificar o que Bourdieu (1999) chama de efeito da dominação masculina, que é exercido através dos esquemas de percepção, de avaliação e de ação que são característicos dos *habitus*. Esses esquemas estão além das decisões da consciência e dos controles da vontade. Na verdade, trata-se de uma relação de conhecimento intensamente obscura.

O quantitativo de agentes sociais, 27 enfermeiras visitadoras, não foi o suficiente para atender a demanda dos serviços da saúde pública do Departamento Nacional de Saúde Pública. Os inspetores do departamento fizeram pressão sobre Ethel Parsons para realizar outro Curso de Emergência¹⁰⁷. A necessidade premente de enfermeiras visitadoras para trabalhar nos distritos e a longa duração do curso da Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública forçaram a formação de outro Curso de Emergência.

Para atender ao pedido dos sanitaristas, Parsons organizou um Curso de Emergência com duração de 10 meses para enfermeiras visitadoras. O curso outorgou às estudantes um certificado, o qual lhes garantiu, mais tarde, dar continuidade ao curso da escola. Desta forma, elas conquistaram o direito de se formarem enfermeiras de saúde pública da Escola do Departamento Nacional de Saúde Pública, dirigida pelas enfermeiras norte-americanas¹⁰⁸.

¹⁰⁷Parsons, E. Archivos de Hygiene: Exposições e Relatórios: a Enfermagem Moderna no Brasil (fac-símile), 1997, p. 14. Acervo do Laboratório de Abordagens Científicas da História da Enfermagem – LACENF, UNIRIO.

¹⁰⁸Ibidem, p. 14.

O curso começou em 19 de fevereiro de 1923 e terminou em 15 de dezembro do mesmo ano. O curso teórico (fac-símile nº10 e quadro nº04) e prático aconteceu juntamente com as aulas das estudantes da Escola do Departamento Nacional de Saúde Pública.



Fac-símile nº10 – Legenda: “Aula teórica”. Fonte: Revista da Semana, 1923, p.27

O fac-símile nº10 mostra as estudantes do Curso de Emergência que parecem estudar em dois grupos de cinco. As estudantes estão sentadas com as mãos posadas à mesa, cabeças baixas, destacando que nenhuma das retratadas teve o olhar voltado para a lente da máquina fotográfica. Isso sugere a posição de concentração para a leitura. Os atributos pessoais identificados são blusas na cor escura e mangas compridas, com os seguintes detalhes: golas grandes e punho na cor clara; no braço, um braçal na cor claro com uma cruz de malta escura. Da cintura para baixo, elas parecem usar saias da mesma cor da blusa e, nas pernas, meias claras.

Naquilo que se refere ao estilo da blusa, braçal, saia, meias e sapato, o uniforme usado pelas estudantes é semelhante aos trajes das enfermeiras norte-americanas do fac-símile nº09. A vestimenta, no entanto, não tem a faixa que cruza o peito. Das semelhanças entre os uniformes das enfermeiras americanas e o das enfermeiras visitadoras, destacamos o braçal com a cruz de malta – o elemento simbólico “cruz”

utilizado também pelas enfermeiras formadas pela Cruz Vermelha Brasileira. A diferença é a forma simétrica.

Seja qual for, porém, o significado atribuído à cruz, ela é um instrumento simbólico de uma tradição inventada e carregada, em sua essência, de certo aspecto religioso. A proposta é inculcar a ideia do bem acima de qualquer sofrimento humano suportado por quem a use. Este instrumento é uma forma de poder simbólico instituído no campo, quando reproduz a crença na legitimidade das palavras e daquele que as pronunciam, crença cuja produção não é da competência das palavras, assinala Bourdieu (2007).

As matérias do Curso de Emergência de 10 meses, com os respectivos professores, estão descritas no quadro nº04. Podemos observar que as temáticas abordadas abrangem tanto o modelo da saúde pública como o modelo hospitalar.

Quadro nº4 – Distribuição das matérias do curso de emergência com duração de 10 meses e respectivos professores

Anatomia e fisiologia	Dr. Theophilo Torres
Bacteriologia	Dr. Mario Froes de Abreu
Matéria Médica	Dr. Roberto Pessoa
Moléstias	Dr. Fernando Vaz
Tuberculose	Dr. Plácido Barbosa
Higiene individual e Saúde Pública	Dr. José Paranhos Fontenelle
Higiene Infantil	Dr. Antonio Almarante
Ortopedia	Dr. Raul Baptista
Doença epidêmica	Dr. Leitão da Cunha
Doença Cirúrgica	Dr. Fernando Vaz
Dietética	Miss James
Técnica Cirúrgica	Dr. Paulo César
Ouvido, Nariz e Garganta	Dr. Maurillo Mello
Farmácia	Sr. Luiz Gonçalves
Obstetrícia e Ginecologia	Dr. Armando Aguinava
Doença Venérea	Dr. Motta
Doenças das crianças e lactentes	Dr. Antonio Almarante
Drogas e soluções	Sr. Luiz Gonçalves

Fonte: Caixa 2, 1923, Centro de Documentação da Escola de Enfermagem Anna Nery

Com intuito de demonstrar as enfermeiras visitadoras e as futuras enfermeiras de saúde pública do Departamento Nacional de Saúde Pública trazemos o fac-símile nº11. O material reproduz duas imagens fotográficas e faz parte de uma página inteira de

fotojornalismo da Revista da Semana, publicada em 10 de novembro de 1923, e intitulada “Cruzada Nacional contra a Tuberculose”. A fotorreportagem é composta por cinco fotografias seqüenciadas e acompanhadas por legenda única:



Fac-símile n^o11 – Legenda: “*Em benefício da Cruzada Nacional Contra a Tuberculose, a benemerita instituição privada que tão esforçada e proficuamente vem cooperando com os poderes públicos na lucta contra a terrível enfermidade que tantos males tem causado á nossa população, realizou-se sábado último no Palácio das Festas, um brilhante festival que obedeceu a um magnifico programma e do qual as nossas gravuras reproduzem alguns interessantes aspectos.*” (REVISTA DA SEMANA, 1923,p. 39).

Selecionamos apenas duas fotos de um total de cinco. Uma delas mostra a mulher em traje de enfermeira e, na outra, a vestimenta é de enfermeira visitadora do Departamento Nacional de Saúde Pública. As imagens, lado a lado, representam uma assinatura imagética¹⁰⁹ firmada através das fotografias. A intenção é fazer ver e crer à sociedade a qualidade da formação das enfermeiras visitadoras na luta contra a tuberculose.

A visibilidade do poder da Campanha Contra a Tuberculose é aqui teorizada por Bourdieu: “... uma luta pelo poder propriamente simbólico de fazer ver e fazer crer, de predizer e de prescrever, de dar a conhecer e de fazer reconhecer, que é ao mesmo tempo uma luta pelo poder sobre os “poderes públicos” (BOURDIEU, 2007, p. 174).

Vale destacar que, no fac-símile n^o11, encontram-se as estudantes do Departamento Nacional de Saúde Pública, apesar da legenda trazer a informação de que a Cruzada Nacional contra a Tuberculose estava sob a responsabilidade da Cruz

¹⁰⁹ A assinatura imagética são os elementos simbólicos que constituem o texto fotográfico (PORTO, 2007).

Vermelha Brasileira (Instituição Privada). Entretanto, não foi sinalizada a imagem da enfermeira visitadora da Cruz Vermelha Brasileira, que podemos identificar através dos uniformes apresentados nos fac-símiles anteriores. Inferimos então que, apesar da campanha estar sob os auspícios da Cruz Vermelha Brasileira, o Curso de Enfermeiras Visitadoras dessa instituição já não ocorria mais, pois o monopólio do mesmo estava sob a direção do Departamento Nacional de Saúde Pública e, por isso, não aparece a imagem da enfermeira visitadora da Cruz Vermelha Brasileira.

Durante a formação dessas enfermeiras de saúde pública (fac-símile nº11) da Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública, o trabalho das enfermeiras visitadoras, segundo Parsons, ia ocorrendo da melhor maneira possível, considerando que o quadro de pessoal era mal preparado e insuficiente. Elas foram transferidas para o Serviço de Enfermeiras e, em cada zona de ação (distritos), existiam filiais desse serviço. Nessas unidades estava instalada uma enfermeira americana de saúde pública, que controlava as atividades das enfermeiras visitadoras¹¹⁰.

Segundo Parsons (1997, p. 20), o fluxo do trabalho ocorria da seguinte forma:

Inspetorias enviam, diariamente, á Superintendência do Serviço de Enfermeiras, os nomes e endereços dos doentes dos dispensários que necessitam de visita a domicilio, juntamente com as ordens medicas. D'ahi, essas notificações são enviadas ás enfermeiras-chefes das zonas, que, por sua vez, as entregam ás visitadoras de hygiene dos distritos em que os doentes residem. Mais tarde, são enviados ás Inspetorias os relatorios das visitas feitas.

Apesar da oposição de Ethel Parsons à figura da enfermeira visitadora, depreendemos que apenas essas agentes realizaram a visita domiciliar aos doentes com tuberculose e contactantes, conforme proposto no Regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública e o fragmento acima. As enfermeiras americanas da saúde pública e os médicos preferiam não se expor ao risco do contágio da doença.

¹¹⁰Parsons, E. Archivos de Hygiene: Exposições e Relatórios: a Enfermagem Moderna no Brasil (fac-símile), 1997, p.19. Acervo do Laboratório de Abordagens Científicas da História da Enfermagem – LACENF.

Segundo Faber & Amorim (2009), no Relatório Goldmark, na parte que trata sobre as doenças contagiosas, especificamente a tuberculose, nos Estados Unidos, as Escolas de Enfermagem tiveram obstáculos para recrutar alunos para formar enfermeiros com a finalidade de cuidar de doentes com tuberculose devido ao estigma da doença, ou seja, o medo do contágio. As escolas recebiam, geralmente, estudantes que já tinham apresentado a doença, tinham tratado e, naquele momento, estavam em estágio inativo. Essa conduta adotada foi uma forma de estimular o doente a se tratar. Ainda conforme o relatório, a enfermeira que teria ou tivesse tido a tuberculose, cuidaria com mais compaixão as reações físicas e mentais das pessoas acometidas do mal¹¹¹.

As enfermeiras visitadoras funcionavam também como transmissoras de informações e estavam diretamente expostas ao bacilo da tuberculose, sujeitas a contaminação, desenvolvimento da doença e ainda a um trabalho pesado e cansativo. Já as enfermeiras americanas de saúde pública queriam obter as informações colhidas e observadas pelas enfermeiras visitadoras. E, a partir disso, realizariam um plano de cuidado embasado nos preceitos da Higiene Moderna.

No entanto, mesmo assim, os Cursos de Emergência eram uma preocupação para as enfermeiras de saúde pública no sentido de que:

Poderia ter posto em perigo, por muitos anos, os padrões de educação da profissão de enfermeiras... Os médicos e as autoridades reconheceram claramente ter sido o plano do curso de emergência de dez meses realmente uma medida temporária e de emergência para atender as necessidades do momento, e que, não podendo esse curso preparar as alunas pelo padrão elevado de serviço desejado. Teria, por força, de ser aperfeiçoado e prolongado o mais breve possível (PARSONS, 1997, p. 15).

¹¹¹Esse relatório está intitulado como “O Relatório Goldmark e a enfermagem frente à tuberculose e as doenças nervosas e mentais” que se encontra em andamento. Ele está inserido na pesquisa: Influências das Políticas de Saúde na configuração da Enfermagem de Saúde Pública no Brasil durante o século XX/XXI: Demandas e Tendências da linha de pesquisa, As políticas de saúde no contexto histórico social e suas implicações para a enfermagem de saúde pública no Brasil do Grupo de pesquisa (CNPq), A trajetória da enfermagem de saúde pública no Brasil.

Fica mais do que claro o posicionamento da enfermeira Ethel Parsons contra as enfermeiras visitadoras. Segundo ela, estas últimas não eram preparadas suficientemente para assumir os cargos de responsabilidade no campo da saúde pública e, por isso, deveriam trabalhar como auxiliares das enfermeiras de saúde pública. O Curso de Emergência de 10 meses foi repetido mais duas vezes e, nos três turnos, 60 alunas se inscreveram. No total foram formadas 59 enfermeiras visitadoras¹¹².

Fraenkel, em discurso proferido à época, assinalou que os chefes das inspetorias não consideravam mais necessário a realização de cursos de emergência. Os chefes, segundo a autora, poderiam esperar as enfermeiras diplomadas e, por isso, especialmente capacitadas para o serviço de saúde pública. Os chefes das inspetorias, assim, consideravam que as enfermeiras visitadoras eram preparadas de maneira insuficiente e superficial. Sendo assim, o Curso de Emergência não ocorreu novamente e as enfermeiras visitadoras foram gradativamente substituídas pelas enfermeiras de saúde pública¹¹³.

Em 1925, o orçamento da Divisão de Enfermeiras de Saúde Pública foi reduzido e, com isso, o quantitativo de enfermeiras visitadoras também sofreu alteração, passando de 45 para 35 atuantes. Sendo que seis destas 35 retornaram para a Escola com o objetivo de finalizar o curso. Em janeiro de 1926 ainda existiam 26 dessas agentes atuando, sendo que 19 delas entraram para a Escola para finalizar o curso e o restante foi dispensado no fim do ano. A partir de 1927, o serviço de saúde pública começou a ser executado exclusivamente por enfermeiras diplomadas¹¹⁴.

Fica claro, assim, como as questões de hierarquia profissional e capacidade técnica antagonizaram, de uma certa forma, as enfermeiras visitadoras e as enfermeiras

¹¹²Parsons, E. Archivos de Hygiene: Exposições e Relatórios: a Enfermagem Moderna no Brasil (fac-símile), 1997, p.15. Acervo do Laboratório de Abordagens Científicas da História da Enfermagem – LACENF, UNIRIO.

¹¹³Fraenkel, E. Histórico do Serviço de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública. Annaes de Enfermagem. Julho de 1934, p. 14-15. Acervo do Laboratório de Abordagens Científicas da História da Enfermagem – LACENF, UNIRIO.

¹¹⁴Ibidem, p. 14-15.

diplomadas de saúde pública. Com o decorrer dos anos, a liderança profissional dessas enfermeiras diplomadas da Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública foi legitimada e tornou-se inquestionável. Já as enfermeiras visitadoras foram caracterizadas como profissionais auxiliares, pois lhes faltava capital cultural, conforme os discursos de Fraenkel e Parsons.

CAPÍTULO III

AS ESTRATÉGIAS DE LUTA SIMBÓLICA PARA A FORMAÇÃO DE AGENTES COM VISTAS ÀS ATIVIDADES DE VISITAÇÃO DOMICILIAR

Neste capítulo apresentamos primeiramente uma análise comparativa dos Cursos de Enfermeiras Visitadoras da Cruz Vermelha Brasileira, do Departamento de Saúde e Assistência de Pernambuco e do Departamento Nacional de Saúde Pública. Descrevemos também as estratégias de luta simbólica e as alianças empreendidas pelos agentes para a estruturação desses cursos. Os fatos aqui narrados acarretaram a redistribuição de poder no campo da saúde pública e o surgimento de novos traços na identidade de formação da enfermagem de saúde pública no Rio de Janeiro (DF) e no Recife (PE), no período compreendido entre 1920 a 1926.

Clarificamos, ainda, a influência dos sanitaristas Amaury de Medeiros e JP Fontenelle no campo de ensino da enfermagem brasileira e a sua luta pela manutenção do domínio e controle do Curso. Por último, destacamos o processo de trabalho da enfermeira visitadora e como esta prática promoveu desdobramentos simbólicos dentro e fora do campo da saúde pública do Rio de Janeiro (DF). Nossa prioridade aqui foi situar as estratégias de lutas simbólicas que entremearam o campo dos agentes, quando em diferentes espaços institucionais ocuparam.

ANÁLISE COMPARATIVA DOS CURSOS DE ENFERMEIRAS VISITADORAS

Ao comparar os cursos idealizados pelos sanitaristas Amaury de Medeiros e JP Fontenelle, desenvolvidos respectivamente na Cruz Vermelha Brasileira e no Departamento Nacional de Saúde Pública, percebemos tanto semelhanças quanto

distinções. Ambos, por exemplo, apresentaram propostas pedagógicas relacionadas principalmente com a questão da tuberculose, pois a finalidade inicial dos cursos foi formar enfermeiras visitadoras para realizar visita domiciliar aos doentes com tuberculose. O curso de Amaury de Medeiros, no entanto, apresentou um discurso mais detalhado sobre a tuberculose, incluindo conceitos bacteriológicos e patológicos da doença, característica do micróbio, sintomatologia da doença, fontes de infecção, educação sanitária (medidas profiláticas e alimentação), entre outras. Uma descrição, portanto, completa da doença. Outra semelhança é que os dois cursos aceitavam apenas mulheres e ressaltavam as aptidões do gênero feminino.

Com relação às diferenças, assinalamos a quantidade de mulheres matriculadas em cada um dos cursos. O idealizado por Amaury de Medeiros atraiu 40 alunas inscritas, enquanto apenas 08 se inscreveram no curso de JP Fontenelle. Isso demonstra a visibilidade e o prestígio da Cruz Vermelha Brasileira na sociedade fluminense. Outra distinção é a duração do curso: o primeiro foi aplicado ao longo de 6 meses e o segundo ocorreu num período de apenas 2 meses. Além disso, a maioria das mulheres do curso da Cruz Vermelha Brasileira ou já participava de alguma atividade na instituição, ou havia feito o curso de enfermagem da Escola Prática de Enfermeira. Isso demonstra que estas alunas dispunham de *habitus* ou capital cultural prévio. Já no curso de JP Fontenelle, conforme foi aqui citado por Mrs Ethel Parsons, as enfermeiras visitadoras que atuavam nas Inspetorias do Departamento Nacional de Saúde Pública tinham baixa instrução e não sabiam ler ou escrever, com exceção da enfermeira Edith Magalhães Fraenkel¹¹⁵. Esta última, aliás, era chefe dessas enfermeiras visitadoras e se formou na Escola Prática de Enfermeiras da Cruz Vermelha Brasileira.

¹¹⁵Segundo Sauthier & Barreira (1999), Edith Magalhães Fraenkel era uma mulher de alta cultura, poliglota e neta de Benjamim Constant. Mrs. Ethel Parsons, ao se deparar com essa enfermeira, chefe do serviço de visita da Inspetoria de Profilaxia de Tuberculose, tratou logo de fazer uma aproximação e convidou-a para fazer o curso completo de enfermagem de três anos nos Estados Unidos (1922) para que, posteriormente, ela fosse a sua substituta na Superintendência de Enfermagem do Departamento Nacional de Saúde Pública.

Já a comparação dos Cursos de Enfermeira Visitadora idealizados por Parsons e JP Fontenelle trouxe à tona certos aprimoramentos, entre os quais destacamos o acréscimo de diversas temáticas, o aumento significativo do número de professores e do tempo de duração do curso. Essas evidências demonstram que havia uma certa preocupação com a qualidade da capacitação das enfermeiras visitadoras. Já com relação ao curso idealizado por Amaury de Medeiros, no Recife (PE) e por Parsons, identificamos algumas semelhanças, pois ambos foram baseados nos princípios da Higiene Moderna, com predomínio de matérias direcionadas para a saúde pública e um discreto desvio para o modelo hospitalar. Entretanto, o sanitarista Amaury de Medeiros utilizou como forte pré-requisito que as alunas deveriam ser professoras, farmacêuticas, dentistas ou parteiras. Desse modo, as enfermeiras visitadoras de Recife (PE) tiveram um maior volume de capital cultural quando confrontadas com as enfermeiras visitadoras do curso idealizado por Mrs. Ethel Parsons no Rio de Janeiro (DF).

Quadro nº5 – Descrição dos Cursos de Enfermeiras Visitadoras em diferentes espaços institucionais

Idealizadores	JP Fontenelle (DNSP)	Parsons (DNSP)	Amaury de Medeiros (DAS)
Conteúdo	Noções de Anatomia, fisiologia, patologia, microbiologia, higiene e tuberculose	Anatomia, fisiologia, bacteriologia, matéria médica, moléstias, tuberculose, higiene individual e saúde pública, higiene infantil, ortopedia, Doença epidêmica, Doença cirúrgica, Dietética, tec. cirúrgica, ouvido nariz, garganta, farmácia, obstetrícia e ginecologia, Doença venérea, Doença das Crianças e lactentes, Drogas e soluções	Noções de bacteriologia, higiene, anatomia, fisiologia, assistência médica e cirúrgica e puericultura
Duração	Duração: 2meses	Duração: 10 meses	Duração: 12 meses
Professores	03	18	Ignorado

AS ESTRATÉGIAS DE LUTA ENTRE AMAURY DE MEDEIROS E JP FONTENELLE

No fim do século XIX e início do século XX, o conceito de higiene foi se modificando de acordo com o desenvolvimento das ciências naturais. Acreditava-se que a origem das doenças que acometia o homem estava relacionada com os fatores ambientais. Assim, as políticas sanitárias adotadas eram baseadas na questão do saneamento, da ventilação das casas e das indústrias, entre outras condutas. Com a inclusão de outras áreas como a microbiologia, parasitologia, engenharia, higiene escolar e profissional no campo da saúde pública, em fins do século XIX, descobriu-se que a verdadeira causa das doenças estava relacionada com os microorganismos. Dessa forma, o caminho para combater determinadas doenças e prevenir o contágio delas dar-se-ia por meio da educação sanitária. As políticas sanitárias, então, começaram a ter como base propriamente científica a Higiene Moderna. Novos modelos de atuação na saúde, então, foram surgindo no início do século XX. Segundo JP Fontenelle (1922, p. 447), a evolução da higiene pública apresentou três momentos:

- 1º, aquella em que a Hygiene estava reduzida aos cuidados com o meio ambiente, tido, então, como a causa de todos os males que atormentam o homem, resumindo-se os trabalhos de Saúde Pública nas questões de saneamento geral;
- 2º, aquella em que foram accrescidos, ás preocupações com a ambiência, os cuidados com as pessoas infectantes, fonte das doenças transmissiveis, de onde se diffundem, por vários modos, para alcançar os individuos sãos;
- 3º, finalmente, aquella em que agora estamos, e que reconhece, além do mais, a necessidade de pôr, os individuos nas melhores condições de saúde e de capacidade de trabalho, ensinando e propagando as normas da Hygiene perfectiva e prophylatica.

Amaury de Medeiros (1924, p. 20) complementa da seguinte maneira:

O momento que atravessamos no mundo, em que por toda parte se sente uma mudança radical e violenta nos princípios; em que o antigo continente, em ebulição socialista, se reconstrói, nós, que apenas estamos em inicio, precisamos pensar, desde já, sériamente, nas bases seguras da nossa construção[...] E', portanto, para a hygiene e para a cultura que devemos voltar as nossas vistas, para que daqui a alguns

annos, não sejamos esta raça débil e multiforme, mas nos crystalizemos em um typo de resistência forte e capaz, pela saúde e pela energia, pela intellingencia e pela instrucção, de contribuir para a marcha do mundo e orientar no sentido da ordem e da justiça, a actividade insatisfeita das modernas gerações, a onda reformadora e invencível dos novos princípios sociaes.

Depreendemos, assim, que JP Fontenelle e Amaury de Medeiros, naquilo que toca à trajetória profissional dos agentes, baseavam-se nos princípios da nova concepção de higiene. O primeiro acreditava que a ausência da educação foi um problema central na saúde pública do Brasil e que era fundamental a propagação das normas de higiene à população. Já Amaury de Medeiros refere-se a uma nova cultura sanitária. Nesta última, a saúde pública deveria embasar-se na área de conhecimento da higiene para construir bases seguras e sólidas para a sociedade brasileira. Além disso, é possível identificar, no discurso do sanitarista Amaury de Medeiros, que o movimento da Higiene Moderna estava articulado com a Eugenia. Ambos os movimentos se baseavam para transformar em realidade o ideal de tornar o Brasil uma grande nação.

Os dois sanitaristas defendiam a tese segundo a qual o desenvolvimento de uma consciência individual, por meio da educação sanitária, deveria estar presente nos serviços sanitários. Desse modo, a Higiene Moderna foi considerada um campo de conhecimento que deveria ser a base das diretrizes da política sanitária da época. Segundo Merhy (1987), as relações sociais do agente e os seus saberes foram, no entanto, direcionados por um modelo médico sanitário vigente na época. Neste último, as ações sanitárias visavam a consciência do indivíduo e predominava o cunho educativo, apesar do modelo ter também um caráter impositivo.

Os discursos dos agentes Amaury de Medeiros e JP Fontenelle envolveram os dois numa luta simbólica. O objetivo era impor uma definição de mundo social de acordo com os seus interesses em jogo e conforme a Higiene Moderna. A crença nessa ideologia primeiramente serviu aos interesses particulares desses sanitaristas, mas logo se universalizou, tornando-se comum aos outros e legitimando esse pensamento no

campo da saúde pública. Esse processo conduziu a uma luta diretamente, nos conflitos simbólicos da vida cotidiana, quer por procuração, quer por meio da luta travada pelos sanitaristas da produção simbólica. Mantendo-se, assim, um discurso dominante que tende a impor uma ordem estabelecida como natural (BOURDIEU, 2007).

Foi com o progresso da concepção de higiene e diante do quadro sanitário que o Rio de Janeiro (DF) vivenciava – além das altas taxas de morbimortalidade da tuberculose - que houve a necessidade de reformulação das tecnologias das práticas de saúde. Fontenelle (1922, p. 450) resumiu assim a situação:

Para isso, aconselhava preferência ás medidas directas de prophylaxia, que constituem a parte propriamente sanitária do problema, atacando o mal em suas próprias fontes, pelo combate ao contagio, em vez do emprego dos meios indirectos, que actuariam sobre a morada, a alimentação e o trabalho dos indivíduos, e que formam o lado social da lucta contra a tuberculose. Nesse sentido, poz em evidencia a importância das enfermeiras de Hygiene, recommendando a criação de um corpo dessas funcçionarias.

Até então não encontramos indícios documentais que existissem Enfermeiras Visitadoras no Rio de Janeiro (DF) no final da década de 1910. A demanda da população carioca frente ao problema da tuberculose, no entanto, levou duas instituições distintas, e que ocupavam o mesmo espaço geopolítico, a instituírem cursos para a formação de agentes com vistas a atividades de visitaçã domiciliar, no ano de 1920, para atender aos doentes de tuberculose.

O sanitarista e funcionário da Cruz Vermelha Brasileira Amaury de Medeiros, criou, em julho de 1920, um Curso de Enfermeira Visitadora nessa instituição. Esse jovem sanitarista, reconhecido como grande administrador sanitário, o Oswaldo Cruz de Pernambuco, tinha como um dos princípios da sua vida profissional, o aperfeiçoamento técnico do pessoal que estava inserido em seu meio de trabalho (OLIVEIRA, 1975). Ele via na enfermeira visitadora um elemento essencial no combate de inúmeras doenças. Para Medeiros, ela desempenhava o papel de professora de higiene, disseminando

informações seguras em relação ao cuidado à saúde do indivíduo e, acima de tudo, sobre as questões de tuberculose.

Sobre as enfermeiras visitadoras, Amaury Medeiros assim se posicionava:

Vão espalhar estes conhecimentos, vão incuti-los no animo do povo e conseguirão, por certo, evitar muitos males que vivem à custa da ignorância ou da incúria... Eu vos darei um exemplo: está provado que, assistido e aconselhado por uma visitadora, um tuberculoso póde tornar-se inoffensivo. Sabida, porém, a impossibilidade de isolar nos hospitaes todos os tuberculosos contagiantes, só a visitadora poderá resolver o problema da lucta contra a disseminação domiciliar que é a causa habitual da terrível doença (MEDEIROS, 1924, p. 44).

Ainda para o sanitarista Amaury de Medeiros, a educação sanitária deveria ser a base das práticas de saúde e as enfermeiras visitadoras seriam as instrutoras nos lares. Através delas, as famílias mudariam os hábitos de vida, adquirindo uma consciência sanitária, promovendo a construção de indivíduos melhores e retirando a imagem de uma raça doente e fraca.

Outro ponto a destacar em seu discurso diz respeito ao isolamento de todos os doentes acometidos pela tuberculose. Diante da carência de sanatórios e hospitais especializados em tuberculose no Rio de Janeiro (DF), era praticamente impossível isolar os doentes, devido às altas taxas de casos novos e antigos. É nesse contexto que a presença da enfermeira visitadora ganha relevância: ao realizar a visita domiciliar, ela consegue conter os bacilos da tuberculose através de orientações higiênicas que minimizam a disseminação da doença. Entretanto, para desempenhar esta atribuição, era necessária uma capacitação diferenciada¹¹⁶.

Medeiros (1924, p. 42), na ocasião, declarava o seguinte: “A visitadora é uma professora de hygiene, cuja missão é disseminar, por toda a parte onde vive o homem, onde lucta ou trabalha, os conselhos seguros para uma vida longa e tranquilla”. No emprego do termo disseminar, no discurso do sanitarista Amaury de Medeiros, está implícita a compreensão da importância que ele dava às enfermeiras visitadoras. Ele

¹¹⁶ MEDEIROS, A. Cruzada Sanitária: Discursos. Recife, p. 41-45, 1924. Acerco: Casa de Oswaldo Cruz.

visava atingir diversos objetivos: o reconhecimento e a legitimação dessas agentes; a ampliação da sua visibilidade no campo da saúde pública; e a redução do problema da tuberculose através da educação sanitária.

Aproveitando a posição que ocupava na Cruz Vermelha Brasileira, e acreditando em seus ideais, ele criou o Curso de Enfermeiras Visitadoras, através de conferências que foram publicadas em revistas como a Revista Brazil-Medico¹¹⁷ e na Revista da Semana¹¹⁸. Esse curso foi proclamado pelo agente Amaury de Medeiros, em 10 de julho de 1920. O próprio criador se refere da seguinte maneira sobre sua obra: “tive a honra de organizar o primeiro curso de visitadoras da saúde pública, com a assistência das senhoras da melhor sociedade do Rio” (MEDEIROS, 1924, p. 41).

Salientamos que a divulgação do nome e dos feitos do sanitarista em revistas conferiu a ele certo prestígio e reconhecimento público. Isso indica que Amaury Medeiros tinha condições de ascender no campo da saúde pública no Rio de Janeiro (DF). E sua ascensão foi impulsionada pelo capital cultural que acumulou não só durante a incipiente trajetória de sua vida profissional na Capital Federal, mas também nas relações políticas que conseguiu estabelecer na Cruz Vermelha Brasileira.

Ademais, naquele momento, o sanitarista Amaury de Medeiros ocupava a posição de porta-voz autorizado, o que lhe conferiu o direito à palavra, o prestígio e poder de autoridade na Cruz Vermelha Brasileira. Bourdieu (2004a, p. 167) refere que o porta-voz é aquele, “investido do pleno poder de agir e de falar em nome do grupo que ele produz pela magia do *slogan*, da palavra de ordem, da ordem e por sua simples existência enquanto encarnação do grupo”.

O Curso de Enfermeira Visitadora estava inserido na proposta da Cruzada Nacional Contra a Tuberculose, que possuía plena autonomia administrativa e financeira, obtendo apoio do Governo Federal, com uma quota do imposto de caridade

¹¹⁷Reportagem publicada na Revista Brazil-Médico, nº28, no dia 10 de julho de 1920, p.450. Acervo: Academia Nacional de Medicina.

¹¹⁸Reportagem publicada na Revista da Semana do ano de 1920, p.23. Acervo: Biblioteca Nacional.

da Alfândega, de acordo com o Departamento Nacional de Saúde Pública¹¹⁹. Isso caracterizou a ampliação das alianças entre essas repartições.

Segundo Bourdieu (2007), para se estabelecer uma rede de relações, os agentes por excelência, ou seja, os partidos, mobilizam, de maneira duradoura, o maior número de agentes que possuem a mesma visão de mundo social. Para garantirem essa mobilização duradoura, os partidos devem elaborar e impor uma representação de mundo social capaz de obter a adesão do maior número possível de seguidores e conquistar postos capazes de assegurar um poder sobre os seus atributários.

Apesar do estreitamento das relações entre o Departamento Nacional de Saúde Pública e a Cruz Vermelha Brasileira, no decorrer da análise, percebemos que o sanitarista Amaury de Medeiros, conforme demonstra o fragmento abaixo, teve dificuldades para sustentar discussões em favor das enfermeiras visitadoras, mesmo no campo da saúde pública no Rio de Janeiro (DF):

No Rio de Janeiro, tive de sustentar discussões mesmo no meio medico; não admira, pois, que tenhaes de ouvir, no exercício de vossa delicada missão, os mais descabidos commentarios, até que os frutos de vossa actividade esclareçam os ignorantes, convençam os preguiçosos e a estes dominem, porque não conseguireis nunca vencer os maldizentes, cujas, censuras vos devem incentivar, como um signal positivo de que estaes no bom caminho (MEDEIROS, 1924, p. 42).

Esse depoimento, aqui reproduzido, explicita como o sanitarista Amaury de Medeiros enfrentou dificuldades para demarcar e legitimar um espaço no campo da saúde pública para as enfermeiras visitadoras. A oposição de alguns médicos à entrada dessas agentes era muito forte. De acordo com o estudo de Pereira Neto (2001) sobre o “Ser Médico no Brasil: no presente e no passado”, havia duas opiniões correntes sobre as enfermeiras visitadoras. A primeira, enaltecia a figura dessas mulheres, considerando-as fundamentais para a luta contra a tuberculose já que, com o Curso de Enfermeiras Visitadoras, elas teriam o domínio do conhecimento e cuidariam e

¹¹⁹Histórico da Cruz Vermelha Brasileira 1908-1923, 1923. Acervo: Laboratório de Abordagem Científica da História de Enfermagem – LACENF.

convenceriam melhor. Em contrapartida, na segunda corrente, os médicos declaravam que as enfermeiras visitadoras seriam virtuais concorrentes ao monopólio deles e exigiam que essas agentes sociais deveriam ser subordinadas ao médico e ter suas ações por eles limitadas.

Esse medo de sentimento de perda de espaço ou poder no campo da saúde pública pode ser explicado pelo fato da visita domiciliar ser um território, à época, praticamente exclusivo do médico. Até então, só ele estabelecia as regras e obtinha total controle do cuidado ao doente e a família. Certamente, com a entrada da enfermeira visitadora nos lares, os médicos disputariam um lugar nesse ambiente, perdendo parcialmente o seu espaço no campo. Além disso, a entrada da mulher no meio familiar era mais tranquila e aceita devido aos costumes da sociedade.

Cabe lembrar que a diligência do Curso de Enfermeira Visitadora, conforme os documentos encontrados, materializou apenas uma vez, no período compreendido entre 1920 a 1922. Nas palavras de Medeiros (1924, p. 30), ele aponta os obstáculos e as batalhas que teve que enfrentar no Rio de Janeiro (DF):

Trago para a direcção da Hygiene do meu Estado uma alma formada na lucta, um espírito de quem viveu muito entre livros e pelejas e conhece pallidas victorias mas, também, já experimentou as amarguras que seguem as batalhas não vencidas; um coração de quem já sentiu a justiça e a injustiça e ficou, por isso, alheio ás paixões, acima das falsas honrarias que vêm com os cargos e os cargos se vão.

Acreditamos que uma das dificuldades foi a oposição da repartição sanitária federal em relação às instituições particulares que não se enquadravam no âmbito das organizações de saúde pública. Fontenelle (1922, p. 450) assim se referiu sobre a questão:

As instituições particulares, que devem ter a seu cargo as medidas de assistências e de cura: distribuição de alimentos e de roupas, tratamento sanatorial, etc., que constituem o lado social da questão e as organizações de Saúde Pública que se encarregarão da parte sanitarial propriamente dicta. Exigirá essa, além do serviço de enfermeiras de Hygine, a creação de dispensários, de hospitaes de isolamento para os casos adeantados e de preventorios infantis.

Diante disso, acreditamos que o serviço sanitário, que tinha como tarefa a visita domiciliar e a formação de enfermeiras visitadoras, ficou sob a responsabilidade do Departamento Nacional de Saúde Pública. Já as medidas sociais, conforme as atividades desempenhadas no Posto Antero de Almeida, ficaram a cargo da Cruz Vermelha Brasileira. Com essa tentativa de modificar as funções da Cruz Vermelha Brasileira, principalmente frente ao Curso de Enfermeiras Visitadoras, provavelmente a instituição perderia o seu caráter científico e profissionalizante. Essa Sociedade seria apenas um prestador de serviços sociais, o que acarretaria uma perda de espaço no campo da saúde pública e do ensino de enfermagem.

O campo é um sistema de relações objetivas entre posições adquiridas em lutas anteriores. É o lugar e o espaço onde ocorre uma luta concorrencial. No campo da saúde pública estavam em jogo os monopólios da autoridade científica (capacidade técnica e poder social) e da competência científica (capacidade de falar e agir legitimamente, isto é, de maneira autorizada e com autoridade) que são, socialmente, consentidas a um agente ou instituição determinada.

Além disso, a tuberculose tornou-se uma questão social do Estado a partir da década de 1920. Antes desse período, eram as instituições filantrópicas que combatiam, através dos seus dispensários próprios. Logo, quando o Governo Federal realmente assumiu a questão da tuberculose e traçou políticas sanitárias para minimizar o alto índice de morbimortalidade, o campo da saúde pública tornou-se uma arena de interesses e acordos para buscar soluções para esse problema. A instituição ou agente que conseguisse resolver essa questão conquistaria um lucro simbólico mais importante: poder e prestígio institucional, reconhecimento e a visibilidade pública.

Ressaltamos, também, a influência do sanitarista Carlos Chagas, pois, ao visitar e conhecer os serviços da Cruz Vermelha Brasileira, ele sugere modificações:

O ilustre cientista Dr. Carlos Chagas, Director do Departamento Nacional de Saúde Pública, logo após a sua chegada dos Estados Unidos da America do Norte, onde teve oportunidade de,

pessoalmente, verificar a somma de serviços de que é capaz a CRUZ VERMELHA daquelle paiz, entrou em entendimento com a Directoria afim de obter a collaboração da nossa Sociedade nos serviços públicos e de prophylaxia a cargo daquelle Departamento, ficando tambem resolvido fazer-se uma remodelação no ensino da Escola de Enfermeiras (HISTÓRICO DA CRUZ VERMELHA BRASILIERA 1908-1923, 1923, p. 48).

Apesar das considerações que o sanitarista Carlos Chagas fez em relação aos serviços prestados pelo Departamento de Profilaxia da Tuberculose e outros departamentos da Cruz Vermelha Brasileira, o Histórico da Cruz Vermelha Brasileira (1923, p. 48) registra o seguinte: “O Departamento de Prophylaxia da Tuberculose e das Doenças Venéreas, a cargo da Cruz Vermelha, iam concorrendo largamente para a propaganda desta Sociedade, cujo nome e symbolo emblema se tornavam cada vez mais familiares à população”. Apesar de todo movimento contrário, mais uma vez a Cruz Vermelha Brasileira continuou capitalizando poder e prestígio social, e destaque no campo da saúde pública.

No entanto, Carvalho (1976, p. 06) afirma que “os produtos de todas essas louváveis realizações não foram, porém, da qualidade desejada pelos médicos do Departamento Nacional de Saúde Pública, nem considerados adequados às necessidades da situação então vigente”.

O artigo 455º, do Decreto 14.354/1920, do Regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública, por exemplo, dispunha que “nenhuma instituição para tratamento, isolamento ou socorro dos doentes de tuberculose poderá funcionar sem licença da Inspeção de Prophylaxia da Tuberculose” (DECRETO 14.354, 1920, p. 340). Percebemos, aqui, como a Cruz Vermelha Brasileira e outras instituições filantrópicas estavam subordinadas às boas ordens e ao poder político do Departamento Nacional de Saúde Pública. Segundo Bourdieu (2004a, p. 165), “o Estado é o detentor do monopólio da violência simbólica legítima, ou mais precisamente, um árbitro, entretanto muito poderoso, na luta por esse monopólio”.

Além disso, o regulamento também interferia na vigilância higiênica e contratação de enfermeiros e enfermeiras visitadoras:

A vigilância dos doentes de tuberculose em domicilio será feita especialmente pelas Enfermeiras Visitadoras, sob a superintendência dos médicos da Inspetoria de Prophylaxia da Tuberculose. Os enfermeiros e as Enfermeiras Visitadores só serão admitidos quando possuírem diplomas da Escola de Enfermeiros do Departamento ou depois de aprovados em exame perante a Inspetoria de Prophylaxia da Tuberculose, exame que versará sobre a arte de enfermeiro em geral e especialmente sobre os conhecimentos theoreticos e práticos da prophylaxia da tuberculose. E para o exame de que trata este artigo, só poderão se inscrever as pessoas que forem julgadas de boa saúde pela Inspetoria de Prophylaxia da Tuberculose e possuírem as qualidades physicas e moraes convenientes ao exercício da profissão a juízo da Inspectoria, com recurso para o Diretor Nacional da saúde pública. Os enfermeiros e enfermeiras que não derem de si boas provas no exercício do cargo ou não mostrarem aptidão para o serviço, serão dispensados (DECRETO 14.354, 1920, p. 341-342).

Dessa forma, conforme o excerto acima, se por um lado, mais uma vez, o Departamento Nacional de Saúde Pública tentou manter o monopólio sobre a questão das enfermeiras visitadoras, por outro, abriu discretamente as portas para que outras pessoas entrassem no serviço através de uma prova. Inferimos daí o seguinte: como existiam enfermeiras diplomadas pela Cruz Vermelha Brasileira no quadro de pessoal do Departamento Nacional da Saúde Pública, isso influenciou a aceitação de outras enfermeiras externas na Escola de Enfermeiros desse Departamento. Uma dessas enfermeiras que já se encontrava no quadro do Departamento Nacional de Saúde Pública era Edith Magalhães Fraenkel, que atuava como enfermeira chefe da Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose. Provavelmente, ela serviu como ponte entre a Cruz Vermelha Brasileira e o Departamento Nacional de Saúde Pública, o que contribuiu para a elaboração das bases dos Cursos de Enfermeiras Visitadoras do Departamento Nacional de Saúde Pública.

Portanto, assim como a Cruz Vermelha Brasileira, o Departamento Nacional de Saúde Pública, através da Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose, tratou logo de formar enfermeiras visitadoras, sob a liderança de JP Fontenelle. Isso aconteceu a partir de novembro de 1920. Diante disso, a própria Fraenkel afirma o seguinte:

Não existindo ainda no nosso país profissionais preparadas para esse fim, nem escola capaz de formá-las, procurou a Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose preencher essa lacuna, criando um corpo provisório de visitadoras, praticamente instruídas pelos médicos da mesma Inspetoria, nas noções teóricas e na técnica da profilaxia da tuberculose e o preparo dessas visitadoras esteve a cargo do Inspetor da Profilaxia de Tuberculose Dr. Plácido Barbosa e do seu assistente, Dr. JP Fontenelle, auxiliados pelos médicos da inspetoria (FRAENKEL, 1934, p. 14).

No discurso de Fraenkel, observamos a censura que a autora faz em relação a outra iniciativa de formação de agentes voltados para a visita domiciliar ao doente com tuberculose. Os livros produzidos por Medeiros (1924; 1926), o próprio Histórico da Cruz Vermelha Brasileira, a Revista Brazil-Medico, a Revista da Semana e o Boletim da Liga da Cruz Vermelha registraram a existência de outro Curso de Enfermeiras Visitadoras da Cruz Vermelha Brasileira. Sabemos que desde julho de 1920, já havia, no Rio de Janeiro (DF), enfermeiras visitadoras da Cruz Vermelha Brasileira que faziam visitas domiciliares aos acometidos pela tuberculose. É evidente que o quantitativo era reduzido para uma cobertura em escala nacional, mas elas, provavelmente, eram em número suficiente para atender a uma demanda local, como a do Rio de Janeiro (DF).

No fragmento abaixo, publicado por JP Fontenelle, identificamos o mesmo discurso de Fraenkel. No texto, o sanitarista declarava-se o proclamador das enfermeiras visitadoras:

O moderno programa de luta contra essa doença, que eu traçara através de vários artigos publicados em 1919 e 1920, levava o Dr. Plácido Barbosa, que iria chefiar o serviço de tuberculose, a convidar-me para ser seu assistente e juntos estudarmos os dispositivos do futuro Regulamento, introduzindo aí 'a alta novidade' das Enfermeiras Visitadoras especializadas no trabalho contra tal doença (FONTENELLE, 1941, p. 08).

JP Fontenelle e Edith Fraenkel quiseram legitimar o Curso de Enfermeira Visitadora produzido pela Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose do Departamento Nacional de Saúde Pública. Seus discursos se opunham a outra diligência como a da Cruz Vermelha Brasileira. A propósito, Ortiz (2003) afirma que a língua não é apenas

um instrumento de comunicação ou conhecimento, mas de poder. Assim, por meio de seus escritos, eles conseguiram reconhecer e legitimar o Curso de Enfermeira Visitadora idealizado por JP Fontenelle. Desse modo, alguns historiadores de enfermagem tendem a replicar esse pensamento.

Neste sentido, as primeiras produções da História da Enfermagem, relacionadas às enfermeiras visitadoras, procuraram difundir a ideia de que JP Fontenelle foi o primeiro sanitarista a desenvolver o Curso de Enfermeira Visitadora no Rio de Janeiro (DF), omitindo a existência de outras propostas no início do ano de 1920. Inferimos que esse efeito de ocultamento do Curso de Enfermeira Visitadora da Cruz Vermelha Brasileira ocorreu, provavelmente, por dois motivos: ou porque os historiadores quiseram dar luz ao Departamento Nacional de Saúde Pública e aos agentes sanitaristas atuantes nesse espaço institucional ou, então, porque não tiveram acesso aos documentos utilizados nesses estudos.

É certo que ambos os cursos ocorreram no ano de 1920 e no mesmo espaço geopolítico, mas em instituições e idealizadores distintos. Isso confirma a existência de uma luta simbólica entre as instituições (Cruz Vermelha Brasileira e o Departamento Nacional de Saúde Pública) e os agentes (Amaury de Medeiros e JP Fontenelle) no campo da saúde pública. A questão em jogo, seguramente, era quem ficaria com a responsabilidade de formação das enfermeiras visitadoras.

O princípio do campo reside num movimento perpétuo de lutas que são produzidas pelas estruturas constitutivas do campo, e as hierarquias deste, que reside nas ações e reações do agente. Se o agente não quiser lutar para manter ou melhorar a sua posição no campo, o ideal é excluir-se do jogo. É justamente no campo, nesse jogo de forças, que aumenta o capital específico e que surgem as concorrências de suas lutas. Enfim, as crenças, as intenções, as vontades e as aspirações que pertencem ao jogo, é

que dão soberania aos agentes. O jogo só existe, se ocorrer um entrosamento dos agentes, sem se deixar levar por ele (BOURDIEU, 2007).

Por um lado, inferimos que, apesar do capital político e cultural que o agente Amaury de Medeiros detinha, isso não foi suficiente para que o Curso de Enfermeiras Visitadoras da Cruz Vermelha Brasileira fosse mantido. O curso não construiu bases cognitivas, normativas e legítimas para se manter em funcionamento, principalmente após a saída do sanitarista, da Cruz Vermelha Brasileira¹²⁰ do Rio de Janeiro (DF) para Pernambuco, onde assumiu a direção de Departamento de Saúde e Assistência daquele estado.

Por outro lado, o agente JP Fontenelle, além do capital cultural e político que possuía, era funcionário de uma repartição sanitária do Departamento Nacional de Saúde Pública. Somos levados a crer que isso favoreceu este sanitarista, uma melhor posição no campo da saúde pública, e garantiu para si um lugar onde pudesse exercer um poder simbólico.

Segundo Pereira Neto (2001), o higienista e sanitarista JP Fontenelle teve uma longa trajetória profissional no campo da saúde pública, desempenhou funções e ocupou cargos de prestígio, sendo o fundador do primeiro curso para a formação de médicos sanitaristas no Rio de Janeiro (DF). O mesmo autor lembra que JP Fontenelle organizou o serviço de visita domiciliar da Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose do Departamento Nacional de Saúde Pública e contribuiu na criação do Curso de Enfermeiras Visitadoras desse mesmo Departamento, entre outras realizações.

Outro ponto relevante foi a aliança política que JP Fontenelle mantinha com o sanitarista e cientista Carlos Chagas, o qual detinha um capital político, cultural e científico capaz de manter o Curso de Enfermeiras Visitadoras. Essas alianças simbólicas, sabemos, funcionam como estratégias para obter uma melhor posição no

¹²⁰ Amaury de Medeiros manteve-se como segundo secretário geral da Cruz Vermelha Brasileira, mas não fazia parte do corpo médico de professores da Escola Prática de Enfermeiras da Cruz Vermelha Brasileira.

campo ou manter as estruturas desse campo em favor dos interesses em jogo dos dominantes.

Vale ressaltar, que apesar do Curso de Enfermeira Visitadora idealizado por Amaury de Medeiros ter ocorrido apenas uma vez na Cruz Vermelha Brasileira, a Escola Prática de Enfermeiras dessa instituição continuava funcionando normalmente, conforme atesta trecho da Ata da 12^a Sessão da Assembléia Geral Ordinária, realizada em 12 de dezembro de 1921. Sob a presidência do Sr. General Ferreira do Amaral, e outros consócios, entre eles Amaury de Medeiros, o documento assinala que :

A Escola de Enfermeiras incontestavelmente representa uma das mais seguras victorias da Cruz Vermelha. Como instituição de ensino, tem desenvolvido o seu programma de modo a preencher os fins a que se destina e, na ordem administrativa, é justo salientar a sua acção ininterrupta, sem desfalecimentos e acatada, na opinião publica desde a sua fundação. Alem disso, o Dispensário Medico-Cirurgico Gratuito anexo à Escola, com a enfermaria, os gabinetes de consultas e outras de dependencias correlactas, tem sido farto na distribuição de socorros e na sua practica de serviços clinicos que só o tem recommendado a estima publica (CRUZ VERMELHA BRASILEIRA, 1924, p. 65).

Depreende-se, portanto, que a Cruz Vermelha Brasileira continuou oferecendo os cursos profissionalizantes de enfermagem e que a instituição foi essencial para a saúde pública do Rio de Janeiro (DF), oferecendo serviços gratuitos para a população, adquirindo visibilidade e o reconhecimento público no campo da saúde pública. Registre-se, aqui, que os cuidados prestados estavam em consonância com os seus princípios de humanidade e voluntariado.

Inferimos daí que as enfermeiras visitadoras dessa instituição continuaram atuando na Cruz Vermelha Brasileira ou em outras instâncias como o Departamento Nacional de Saúde Pública¹²¹, hospitais municipais e postos de socorros, entre outras. Nesse sentido, acreditamos que os cursos de enfermeiras da Cruz Vermelha Brasileira prepararam profissionais qualificadas para um mercado de trabalho em expansão e,

¹²¹Duas Enfermeiras Visitadoras foram para o Departamento Nacional de Saúde Pública: Violeta Martins e Idália de Araújo Porto Alegre. Idália, inclusive, foi a única enfermeira brasileira que recebeu a medalha Florence Nathingale, em 1927.

especialmente, para as repartições sanitárias do Governo Federal que admitiam essas enfermeiras.

Além disso, segundo Fraenkel, apesar de toda animação e esforço das enfermeiras visitadoras do Departamento Nacional de Saúde Pública, faltava-lhes os conhecimentos básicos de enfermagem. Por isso, o trabalho foi considerado pouco produtivo¹²². Diante disso, Carlos Chagas requisitou à Fundação Rockefeller enfermeiras americanas de saúde pública para treinar as agentes que estavam alocadas na Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose desse Departamento. A luta simbólica entre esses agentes impulsionou a requisição de profissionais de enfermagem do exterior com a finalidade de agregar valor ao curso.

JP Fontenelle (1922, p. 456-457) complementa:

Um dos mais importantes fructos da viagem de Carlos Chagas aos Estados Unidos foi a verificação do immenso valor das enfermeiras de Hygiene, para os trabalhos de Saude Publica, e a decisão trazida de ampliar muito o serviço iniciado, augmentando o quadro dessas subalternas e assegurando de melhor modo sua instrucção technica.

Assim, o sanitarista Carlos Chagas detinha um volume de capital simbólico que adquiriu nas lutas anteriores, além do seu título de sanitarista e diretor de uma repartição pública federal, títulos que lhe conferiram o direito e o poder simbólico de requisitar uma contribuição da Fundação Rockefeller. A finalidade era capacitar melhor o novo grupo de profissionais de saúde que estava sendo formado: o da enfermeira visitadora.

De acordo com Bourdieu (2004a), as relações de poder no campo da saúde pública dependem da forma e do conteúdo do poder simbólico acumulado pelos agentes ou pelas instituições que estão envolvidas nessas relações. Para este autor, o poder simbólico deve estar fundado na posse de um capital simbólico que é um crédito, é o poder atribuído aos agentes que conseguiram reconhecimento suficiente para ter condição de impor o reconhecimento. Logo, segundo o sociólogo, eles possuem o poder

¹²²Fraenkel, E. Histórico do Serviço de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública. Annaes de Enfermagem. Julho de 1934, p.14. Acervo: Laboratório de Abordagem Científica da Historia de Enfermagem - LACENF.

de constituição, poder de fazer um novo grupo, através da mobilização, ou de fazer existir por procuração, falando por ele enquanto porta-voz autorizado. Isso, apenas pode ocorrer se for instituído um mandatário, que recebe do grupo o poder de fazer o grupo, ao fim de um longo processo de institucionalização.

A Fundação Rockefeller procurou cooperar e encaminhou um grupo inicial de seis instrutoras norte-americanas, lideradas por Mrs. Ethel Parsons. É nesse contexto que notamos a posição de destaque que o sanitarista Carlos Chagas ocupava no campo da saúde pública. Foi o seu prestígio, conhecimento e reconhecimento no campo que viabilizou a articulação da vinda dessas enfermeiras para fundar uma nova Escola de Enfermagem, baseada no modelo de Ethel Parsons, sob a influência da enfermagem moderna.

No artigo 1.194^o do decreto 14.354/1920, constava que, até um ano após a data de publicação do regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública, em Diário Oficial, o Governo Federal poderia fazer modificações:

Póde o Governo fazer nelle as alterações que a pratica demonstrar necessárias à maior efficiencia dos serviços peculiares ao Departamento, ficando taes alterações incorporadas, para todos os effectos, ao dito regulamento que entrará em vigor quinze dias depois de publicado (DECRETO 14.354, 1920, p. 470).

Com a finalidade de manter as enfermeiras americanas de saúde pública, lideradas por Mrs. Ethel Parsons, na repartição sanitária do Departamento Nacional de Saúde Pública, o diretor Carlos Chagas, à luz do decreto 15.003, promove, em 15 de setembro de 1921, algumas mudanças no regulamento, entre elas:

Por essas alterações foi reduzido a 60 o quadro de 75 inspetores sanitários, devendo ser suprimidos 15 logares à medida que as vagas se forem dando... Das 10 delegacias de Saúde, uma foi transformada em Delegacia de Hygiene Profissional e Industrial, e quatro foram extintas, sendo o pessoal aproveitado nos outros serviços. Foi auctorizada a organização de um quadro de enfermeiras de Hygiene, aproveitando-se para esse fim a reducccção de despesas proveniente da diminuição futura do numero de inspetores sanitários, e para o que foram contractadas instrutoras americanas (FONTENELLE, 1922, p. 446).

Vale destacar que nesse decreto, com força de lei, estava em jogo o poder de impor a necessidade da figura da enfermeira no Departamento Nacional de Saúde Pública, e de reconhecer a legitimidade de sua presença em uma repartição do Estado. A propósito, Bourdieu (2007, p. 114) comenta o seguinte: “esse acto de direito, que consiste em afirmar com autoridade uma verdade que tem força de lei, é um acto de conhecimento, o qual, por estar firmado, como todo o poder simbólico, no reconhecimento, produz a existência daquilo que enuncia”.

Esse episódio, a alteração no regulamento, traz à tona o poder e o prestígio político e social que a enfermeira Ethel Parsons detinha e o valor dado às enfermeiras visitantes. Até porque, os médicos, em número excessivo, gradativamente foram substituídos por um grupo de enfermeiras norte-americanas. O trabalho das enfermeiras em uma repartição sanitária federal permitiu, assim, a conquista de espaços de autonomia e legitimidade diante da hierarquia médica.

A visita de Parsons tinha como objetivo realizar um estudo sobre o problema da enfermagem no país, apresentar uma solução eficaz e desenvolver um serviço público de enfermagem. Ela encontrou 40 senhoras que realizavam visitas domiciliares e fez o seguinte comentário: “essas moças não haviam tido preparo algum, e por mais fieis e conscienciosas que fossem, e por mais que se esforçassem, os resultados de seus trabalhos não haviam sido satisfactorios para os seus chefes” (PARSONS, 1997, p. 14).

Nos escritos de Moreira (1999, p. 627), encontramos um trecho no qual Parsons acrescenta:

Subordinada ao Departamento Nacional de Saúde, havia uma escola de enfermagem (para homens e mulheres), onde era oferecido um curso de dois anos sobre a tuberculose, higiene infantil e doenças venéreas. O curso era totalmente teórico, e incluía quase todos os assuntos da área médica – mas não incluía nada sobre enfermagem ou serviço social. Os requisitos para admissão consistiam em possuir um baixo grau de instrução e pagar uma pequena anuidade. Não havia livro-texto, e a maioria dos alunos não sabia ler e nem escrever. Este curso foi interrompido no final de 1921.

Considerando que nessa escola o número de mulheres era maior do que o de homens¹²³, depreendemos a carência de *hábitus primários* dos estudantes de enfermagem dessa escola, pois o grau de instrução era baixo e a maioria não sabia ler e nem escrever. Na verdade, o ensino estava preparado para oferecer uma formação mais apropriada para os rapazes e apresentava-se deficientemente para as moças. Segundo Rago (2000), o sistema de ensino destinado ao sexo feminino ostentava vários mecanismos de exclusão.

Além disso, de acordo com Beltrão e Alves (2009), durante a maior parte do século XX aconteceu o hiato de gênero na educação brasileira, pois as taxas de alfabetização e os outros níveis de educação do sexo masculino eram superiores aos do sexo feminino.

No entanto, apesar dessas barreiras, no começo do século XX, cresceram as taxas de matrículas no ensino secundário para as mulheres brasileiras, conforme o quadro nº6. Até então, “ao sexo feminino cabia, em geral, a educação primária, com forte conteúdo moral e social, dirigido ao fortalecimento do papel da mulher como mãe e esposa. A educação secundária feminina ficava restrita, em grande medida, ao magistério...” (BELTRÃO & ALVES, 2009, p. 128).

Quadro nº6: Número de Inscritos no Ensino Secundário e Superior no Distrito Federal entre 1907 a 1912

Ano	Ensino Secundário			Ensino Superior		
	Homem	Mulher	Total	Homem	Mulher	Total
1907	3271	1221	4492	2455	32	2487
1909	4596	1460	6056	3323	39	3362
1912	7165	2145	9310	3630	53	3683

¹²³Com as mudanças no campo da saúde pública e, principalmente, na enfermagem, esta atividade foi uma opção para as mulheres nas primeiras décadas do século XX. Até porque o cuidar era atividade extensiva do trabalho doméstico e estava de acordo com a condição do sexo feminino na sociedade da época, como o de filha, esposa, mãe e anjos do lar, Sendo assim, gradativamente, as mulheres foram se inserindo no campo da enfermagem em substituição aos homens e tornaram-se majoritárias (AYRES & AMORIM, 2010).

Fonte: Estatísticas do Século XX, IBGE, 2003¹²⁴.

Apesar do aumento do sexo feminino nas escolas, é possível perceber como era discrepante o quantitativo de mulheres no ensino em comparação com o dos homens. Elas correspondiam a apenas um quarto no nível secundário e menos que 2% no nível superior quase que totalmente ocupado pelos homens no período de 1906 a 1912. Esse fenômeno caracteriza a carência do *habitus primário*.

Cabe comentar, segundo Rago (2000), que, nesse período, os homens consideravam maléfica a entrada das mulheres no ensino superior, pois assim, elas perderiam suas características de fragilidade, de docilidade e de emotividade.

Rago (2000, p. 222) aprofunda a análise:

...vimos que as mulheres se defrontaram com os problemas ligados à segregação sexual existente no ensino do império e também no regime republicano. Durante a República Velha, havia o predomínio da Igreja Católica exercendo, através dos seus membros, as atividades de ensino. Neste particular, não houve quebra dos padrões educacionais. Ademais, havia carência de escolas normais e o ensino dirigido às moças nos colégios religiosos.

Diante do discurso de Rago podemos perceber que as mulheres enfrentaram problemas durante a Primeira República para conseguir conquistar espaços nas escolas e aprofundar os estudos além da educação primária. Mesmo assim, devido às modificações ocorridas nesse período, algumas mulheres alcançaram o ensino secundário e superior e inicialmente assumiram profissões ligadas ao que é visto como próprio à natureza do sexo feminino, como a enfermagem.

Cabe lembrar que a participação da Fundação Rockefeller na formação de enfermagem de saúde pública no Rio de Janeiro (DF) e em outras instâncias do Departamento Nacional de Saúde Pública proporcionou, a esse Departamento, um investimento financeiro em consonância com os ideais de Ciências e Higiene Moderna, o que permitiu um aumento do seu poder simbólico.

¹²⁴No Anuário Estatístico do Brasil (AEBs), entre 1900-1906 e de 1913-1926, a informação não foi coletada. Logo, o quadro apresenta as informações de 1907 a 1912, que foram publicadas entre 1916 e 1927.

Desse modo, JP Fontenelle obteve um melhor lugar no campo, sendo reconhecido e considerado o proclamador das enfermeiras visitadoras no Rio de Janeiro (DF). Já o sanitarista Amaury de Medeiros, cujo nome foi omitido nas primeiras produções da história da enfermagem, foi, no entanto, o pioneiro e um importante agente defensor das enfermeiras visitadoras. Coube a ele ser o depositário de uma crença na Saúde Pública e nessas agentes.

Diante desse jogo de forças, o sanitarista Amaury de Medeiros, após ser convidado pelo Governador de Pernambuco, Sergio Loreto, para assumir a direção dos serviços sanitários de Pernambuco, sai estrategicamente do campo da saúde pública do Rio de Janeiro (DF) para Recife (PE), onde a competição seria menos forte. O resultado desse jogo viria mais tarde.

Ao ocupar a liderança do Departamento de Saúde e Assistência de Pernambuco, Amaury de Medeiros fez inúmeras modificações, tais como:

... pela lei 1569, de 11 de maio de 23, que o Departamento de Saúde Pública se tornasse autônomo, diretamente subordinado ao gabinete do Governador do Estado, libertando-se, pois, da Secretaria Geral do Estado. Amaury enfeixava, ainda por cima, por força de convênios, atribuições de serviços federais. Isso colocava a Saúde Pública, no Pernambuco daquele tempo, em condições excepcionais de viabilidade e eficiência, permitindo à sua chefia um poder de direção de que nenhum outro setor administrativo dispunha na época. Amaury jogava, ademais, com um título exclusivo, que somente empregava em benefício do seu programa sanitário: o de genro do governador. Essa circunstância lhe conferia um prestígio imensurável: o de agir ou, pelo menos, fazer supor que agia em nome do Governo, cuja responsabilidade ficava naturalmente implicada em qualquer de suas decisões (OLIVEIRA, 1975, p. 28).

Diante desse discurso, é notório o capital simbólico que o sanitarista Amaury de Medeiros detinha e o poder, pela posse desse capital, de exercer diversas alterações no campo da saúde pública em Pernambuco. Cabe lembrar que esse sanitarista estava diretamente ligado ao Governador, seu sogro. Conforme Bourdieu (2004a), o capital simbólico é o capital econômico ou cultural quando conhecido e reconhecido, segundo

as categorias de percepção que ele determina. As relações de força tendem a reproduzir e reforçar as relações de força que formam a estrutura do espaço social.

Desse modo, o sanitarista Amaury de Medeiros, aproveitando-se de sua posição no campo político e da saúde pública, e com a finalidade de reduzir o índice de morbimortalidade da tuberculose, melhorar a assistência infantil e acrescentar outras atividades como obstetrícia, odontologia e venereologia em Pernambuco, aprimorou e ampliou a proposta pedagógica do Curso de Enfermeira Visitadora, onde obteve sucesso, conforme as palavras de Oliveira (1975, p. 47) em seu livro intitulado “No Tempo de Amaury”: “O curso de Visitadoras teve ampla repercussão, abrindo novas perspectivas à mulher, pela primeira vez admitida ao serviço sanitário...” Ainda nesse livro, mas no discurso do médico Gilberto da Costa Carvalho, da Academia Pernambucana de Medicina, ele declarou: “... a criação e manutenção das Visitadoras sanitárias, de tão vasta repercussão e valia social e educativa, e, o desvelo singularíssimo que demonstrou pela Educação sanitária do Povo, - aspecto pouco conhecido e utilizado, ainda nos serviços de Saúde locais...” (OLIVEIRA, 1975, p. 13).

Enquanto, o sanitarista Amaury de Medeiros, em outro espaço institucional, no Departamento de Saúde e Assistência de Pernambuco mantinha a extensão do seu movimento em relação ao curso de Enfermeira Visitadora:

... á engrenagem que comandaria: o elemento de ligação entre os serviços sanitários e a produção pobre, traço de união entre ‘a Higiene’ e o povo, que levasse aos lares a palavra de ordem do poder sanitário, o conselho profilático, a orientação á gestante, a catequese pela imunização contra as endemias reinantes, a pratica dos bons hábitos entre a criança, a ‘arte sutil de assistir aos doentes’... (OLIVEIRA, 1975, p. 46).

No Departamento Nacional de Saúde Pública, a enfermeira Ethel Parsons, responsável pela Escola de Enfermeiras desse departamento, manteve esforços para extinguir a enfermeira visitadora e substituí-las pelas futuras enfermeiras diplomadas de saúde pública. Dessa forma, ela conseguiria legitimar e demonstrar para os sanitaristas dessa

repartição sanitária, a importância das enfermeiras americanas de saúde pública para a enfermagem brasileira, conforme o fragmento abaixo:

Os médicos brasileiros e as autoridades compreenderam, desde o início, que o elemento essencial de sucesso para um projeto que pudesse satisfazer às suas necessidades, era a obtenção de um pessoal bem preparado, estando o valor da enfermeira, em um programa de saúde pública e em uma comunidade, na proporção da sua educação e preparo. Não havendo, no Brasil, escolas de enfermagem com o preparo adequado para esse trabalho, o primeiro e evidente passo a se dar era a instalação e organização de um curso de instrução adequado, e, com esse fito, resolveu-se estabelecer tal escolha em um anexo do Hospital São Francisco de Assis... (PARSONS, 1997, p. 12)

A enfermeira Ethel Parsons e o sanitarista Amaury de Medeiros apresentavam outra distinção em relação à denominação que davam às enfermeiras visitadoras¹²⁵. A primeira, assim que chegou ao Brasil e assumiu a Superintendência Geral do Serviço de Enfermeiras, alterou o nome de Enfermeira Visitadora para Visitadoras de Higiene, de acordo com seus escritos. Lembramos que nos Estados Unidos o nome preferido foi Enfermeira Visitadora.

Na verdade, Parsons buscava elementos de distinção entre a enfermeira visitadora, subalterna ao médico conforme o discurso de JP Fontenelle, a futura enfermeira de saúde pública diplomada pela Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública, por ela liderada. Além disso, Ethel Parsons não queria que essas futuras enfermeiras de saúde pública estivessem em condições análogas e comungassem disposições e interesses semelhantes aos das enfermeiras visitadoras. Ela objetivava disposições distintas para cada grupo profissional e a extinção das enfermeiras visitadoras.

Ademais, a “distinção social não é um processo homogêneo, mas opera através da apropriação dos bens simbólicos, em função da posição de classe e do capital cultural dos indivíduos”, lembra Ortiz (2003, p. 28). As futuras enfermeiras de saúde pública seriam detentoras de um capital cultural maior que as enfermeiras visitadoras, pois o

¹²⁵ Apesar de Ethel Parsons e Amaury de Medeiros terem alterado o nome das enfermeiras visitadoras, no estudo mantemos o mesmo nome com o intuito de padronização e para não confundir o leitor.

curso de vinte oito meses abordava diversas matérias que o Curso de Enfermeira Visitadora não contemplava. Além disso, segundo Porto (2007), a Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública solicitava apresentação de uma carta de referência pela estudante do curso. Essa exigência representava a preocupação de atrair para o curso as mulheres que obtivessem o maior capital social, considerando que o volume desse capital está de acordo com as pessoas sociais e, principalmente, a posição social que o contato social ocupa, isto é, o volume do capital econômico, cultural, social e simbólico dos contatos com os quais a candidata se relaciona.

O sanitarista Amaury de Medeiros apresentava um pensamento distinto. Para ele, a palavra enfermeira, na denominação enfermeira visitadora, proporcionava uma impressão de submissão. E para evitar essa conotação, ele defendia a imagem das visitadoras de saúde pública, pois apresentava um sentido mais forte. Por isso, denominou-as de Visitadoras: “Annunciei um curso que denominei, não de enfermeira, mas de visitadoras, para tirar a impressão servil que este nome poderia ter...” (MEDEIROS, 1926, p. 184). Desse modo, ele buscou intensamente melhorar a imagem da enfermeira visitadora, através de um curso com outra proposta pedagógica e com maior poder de capacitação e autonomia.

Levamos em conta aqui o referencial teórico de Bourdieu:

Todas as práticas estão orientadas para a aquisição de autoridade científica (prestígio, reconhecimento, celebridade), o que chamamos comumente de “interesse” por uma atividade científica (uma disciplina, um setor dessa disciplina, um método) tem sempre dupla face. O mesmo acontece com as estratégias que tendem a assegurar a satisfação desse interesse (ORTIZ, 2003, p. 114)

O comportamento e o discurso do sanitarista Amaury de Medeiros para com as enfermeiras visitadoras, nos conduz a duas hipóteses. Por um lado, o ideal dele estava diretamente relacionado com a questão dos serviços sanitários, que chefiava no Departamento de Saúde e Assistência de Pernambuco. Ali, o trabalho da enfermeira

visitadora tornar-se-ia indispensável para o pleno funcionamento da repartição sanitária por ele liderada. Numa outra acepção, as aspirações do sanitarista eram realmente que essas profissionais conquistassem espaços de autonomia e legitimidade diante da sociedade e do campo da saúde pública.

Enfim, os discursos desses agentes foram opostos, levando-os a movimentos diferentes em cada espaço social. No Rio de Janeiro (DF), o Curso de Enfermeira Visitadora foi eliminado do Departamento Nacional de Saúde Pública. Porém, essas agentes continuaram atuando em diversos âmbitos, como descrevem alguns estudos. Campos (2007) trata sobre os serviços de atenção básica no Brasil, referindo que o Centro de Saúde de Inhaúma, inaugurado em janeiro de 1927, contava com o serviço de enfermeiras visitadoras.

Além disso, o livro intitulado “Fundação Ataúpho de Paiva: Liga Brasileira Contra a Tuberculose: um século de luta”, da autora Edilene Raimundo do Nascimento (2002) traz uma fotografia (fac-símile nº12), do acervo da Fundação Ataúpho de Paiva, com a presença de 11 visitadoras e Arlindo de Assis, profissional responsável pela questão da vacina BCG na Liga Brasileira Contra a Tuberculose em 1930.



Fac-símile n°12 – Legenda: “Arlindo de Assis ladeado pelas visitadoras do Serviço de BCG da Liga, 1935”.

Já em Pernambuco, sob a liderança do sanitarista Amaury de Medeiros, o Curso de Enfermeira Visitadora ampliou e foi aprimorado. Mesmo com a saída do sanitarista

do Departamento de Saúde e Assistência de Pernambuco - para assumir o cargo de Deputado Federal no Rio de Janeiro (DF) - o curso conseguiu se manter no governo de Estácio Coimbra, onde foi estendido e transformado no Curso de Educação Sanitária.

Amaury de Medeiros, assim, delineou os primeiros traços para o ensino de enfermagem, contribuindo para que as mulheres obtivessem o capital simbólico institucionalizado, isto é, o título profissional de enfermeiras visitadoras. Além do bem social coletivo obtido, a atuação dessas agentes deu visibilidade ao grupo e fortaleceu sua credibilidade junto à sociedade. Assim foi que o sanitarista Amaury de Medeiros conseguiu instituir as bases cognitivas e normativas para a formação incipiente de enfermeiras no estado de Pernambuco.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cenário do Rio de Janeiro (DF) foi palco de sérios problemas de ordem econômica e social no início da Primeira República, notadamente na década de 1920. O processo de modernização por que passava a cidade – marcado pela crescente urbanização, industrialização e imigração – foi pautado em parte pelos princípios da eugenia.

À época, a população do Rio de Janeiro (DF) convivia também com a ocorrência de diversas doenças, como a febre amarela, varíola, sífilis, malária, ancilostomose, doenças venéreas e tuberculose. Como se não bastasse, em outubro de 1918, o Brasil foi atingido pela Gripe Espanhola que, juntamente com a tuberculose, potencializou entre a população uma representação (sentimento) muito próxima à (sensação) da morte. Esses acontecimentos trouxeram à tona a fragilidade das ações do setor sanitário e a impotência do Estado diante da delicada situação.

A organização desses serviços era precária e proporcionava apenas cuidados mínimos de saúde em detrimento das necessidades emergentes das epidemias, que atingiam indiscriminadamente a todos. A fragilidade do aparelho estatal fez com que a saúde da população dependesse das iniciativas individuais ou coletivas das instituições filantrópicas e da Igreja Católica.

Diversos movimentos da elite médica, dos trabalhadores e da classe média surgiram e se intensificaram com o intuito de buscar o fortalecimento do espaço social sanitário federal e a criação de um ministério autônomo. Isso desencadeou o processo reformista, liderado pelo sanitarista e cientista Carlos Chagas, que resultou na reformulação e transformação da Diretoria Geral de Saúde Pública em Departamento Nacional de Saúde Pública.

Esse fato representou a ampliação da competência do principal órgão da saúde

na esfera nacional. Entretanto, na carência do acúmulo de capital político para criar um ministério, o Departamento Nacional de Saúde Pública continuou subordinado ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores.

Ao assumir a direção do Departamento Nacional de Saúde Pública, Carlos Chagas instituiu, através do Decreto 14.354/1920, o código sanitário denominado de Regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública.

Esse regulamento acabou legitimando, pelo viés da Reforma Sanitária, políticas sanitárias baseadas nos princípios da Higiene Moderna, constituindo órgãos especializados, com destaque para a Inspeção de Profilaxia da Tuberculose.

Essa organização da Inspeção, sob o comando dos sanitaristas Plácido Barbosa e JP Fontenelle, foi considerada um avanço, na medida em que atribuiu ao Estado a responsabilidade de direcionar as possíveis soluções para o problema da tuberculose.

A tuberculose foi responsável pelos altos índices de morbimortalidade verificados no início do século XX, no Rio de Janeiro (DF), e seu enfrentamento desencadeou inúmeras tentativas para combater e controlar a doença. Dentre as tentativas, destacam-se aquelas promovidas pela Diretoria Geral de Saúde Pública. A carência de recursos, no entanto, frustrou os resultados esperados e as taxas de incidência da doença continuaram aumentando. Por outro lado, a criação da Campanha Nacional contra a Tuberculose (1920), liderada pelo sanitarista Amaury de Medeiros e sob os auspícios da Cruz Vermelha Brasileira, significou um marco emblemático para o controle da tuberculose no Brasil.

A Campanha Nacional contra a Tuberculose teve como finalidade constituir uma eficiente organização nacional, com a cooperação das instituições existentes, para promover a educação sanitária da população. Essa disseminação dar-se-ia por meio de novo agente social: a enfermeira visitadora.

Assim foi que a tuberculose, enquanto problema de saúde pública, despertou a

formação e a inserção dessas agentes no campo do cuidado prestado a cargo do aparelho estatal. Elas (as agentes) foram, assim, consideradas peças fundamentais na engrenagem da educação sanitária baseada na Higiene Moderna.

O problema da tuberculose conseguiu também reunir inúmeros agentes sociais de poder e prestígio nos campos social e político. Um bom exemplo foi a presença de diversos médicos que não pertenciam aos quadros da Cruz Vermelha Brasileira, mas participaram do Conselho da Campanha Nacional contra a Tuberculose porque ocupavam cargos de prestígio e autoridade na repartição sanitária federal ou em instituições de destaque no campo da saúde pública. Isso alavancou ainda mais o poder e o prestígio da Cruz Vermelha Brasileira.

Episódios como esse demonstram como a Cruz Vermelha Brasileira ampliou o seu espaço no campo da saúde, contribuindo, de uma maneira substancial, para o combate da tuberculose. Além disso, essa movimentação representou um avanço numa questão que até então engatinhava: a criação de oportunidades para as mulheres no mercado de trabalho.

Em julho de 1920, o sanitarista Amaury de Medeiros formou o primeiro Curso de Enfermeiras Visitadoras no Rio de Janeiro (DF). A finalidade foi formar pessoas capazes de visitar doentes com tuberculose e atender ao compromisso social da Campanha Nacional contra a Tuberculose.

Destacamos que o Curso de Enfermeira Visitadora foi idealizado pelo médico Amaury de Medeiros no modelo de profissionalização baseado na feminização do cuidado em saúde pública. O projeto levava em conta as características inerentes ao sexo feminino, entre elas docilidade, bondade, dedicação e submissão. Esses atributos, aliás, estavam em consonância com a dominação masculina prevista pela sociedade da época.

A instalação do curso com a criação de uma turma no Rio de Janeiro, em 1922, não impede que Amaury de Medeiros transfira sua residência para Recife (PE), onde assume a direção do Departamento de Saúde e Assistência de Pernambuco. Lá, ele reformulou o Curso de Enfermeira Visitadora, dando a ele o título de Visitadora de Saúde.

Cabe sublinhar que mesmo após a saída de Amaury de Medeiros da Cruz Vermelha Brasileira – Órgão Central - no Rio de Janeiro (DF), a Campanha Nacional contra a Tuberculose e a Escola Prática de Enfermeiras permaneceram funcionando. A instituição, inclusive, continuou realizando os seus cursos profissionalizantes de enfermagem, o que contribuiu não só com o campo da saúde pública, mas com a formação de agentes sociais da enfermagem com capital simbólico reconhecido.

Sob o mesmo ideário de profissionalização, baseado na feminização do cuidado em saúde pública, o sanitarista JP Fontenelle demarcou, com outra materialização, a formação de Enfermeiras Visitadoras. O objetivo também foi promover a visita domiciliar aos acometidos pela tuberculose. Esse sanitarista considerava fundamental aumentar o número de agentes sociais para reduzir o número de médicos no exercício da visita domiciliar na Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose, do Departamento Nacional de Saúde Pública. A presença majoritária do médico neste universo, a seu ver, funcionava como uma das estratégias de dominação masculina.

Depreendemos, também, que o trabalho técnico foi, em parte, deslocado da medicina para a enfermagem, não só como estratégia de dominação masculina, mas em virtude do risco de contaminação dos médicos. Isso permitiu, no entanto, a expansão e a caracterização do trabalho feminino em repartição sanitária federal.

Ressaltamos que a Escola de Enfermeiros do Departamento Nacional de Saúde Pública e o Regulamento desse departamento se referiam à presença de homens e mulheres, mas não foi possível, ao longo da pesquisa, encontrar documentação capaz de

ilustrar de forma detalhada seu funcionamento. É possível inferir que a estratégia colocada em prática não conseguiu formar funcionários com o perfil almejado para a visita domiciliar.

Essa lacuna nos leva a inferir que JP Fontenelle, ciente da escola supramencionada, tenha excluído o gênero masculino. Nessa perspectiva, o curso, sob o ideário desse sanitarista, também foi baseado na feminização do cuidado em saúde pública. Isso representou a reconfiguração dos papéis e lutas no campo da saúde sob o argumento de que o discurso sanitário no espaço domiciliar era controlado e executado exclusivamente pelos homens. Ademais, aceitar apenas mulheres para exercer a visita domiciliar foi uma forma encontrada pelos sanitaristas (homens) de manter o monopólio indireto sobre o território domiciliar, mediado pela dominação masculina sobre as enfermeiras visitadoras.

Os Cursos de Enfermeiras Visitadoras idealizados por Amaury de Medeiros e JP Fontenelle aconteceram no mesmo ano e âmbito geopolítico, mas em espaços institucionais distintos, o que evidenciou a formação de uma luta simbólica entre a Cruz Vermelha Brasileira, o Departamento Nacional de Saúde Pública e os agentes idealizadores da Enfermeira Visitadora no campo da saúde pública. Tudo isso aconteceu no bojo da Reforma Carlos Chagas.

A tuberculose seguramente foi um fator preponderante no estabelecimento dessa luta simbólica. Os sanitaristas da repartição sanitária, o Departamento Nacional de Saúde Pública, em consonância com o Governo Federal, assumiram a tuberculose como uma questão social e criaram políticas sanitárias para atacar o mal. O campo da saúde pública, assim, foi palco de interesses e acordos para angariar recursos nacionais e internacionais, amparados na missão de reduzir as altas taxas de tuberculose.

A formação das enfermeiras visitadoras na verdade traz à luz o viés da luta simbólica entre os agentes e as instituições sanitárias e filantrópicas. O que estava em

discussão era quem tinha a autoridade e a competência científica para formar as enfermeiras visitadoras, então consideradas fundamentais para a prática da educação sanitária, a redução da contaminação e a proliferação da tuberculose.

No discurso do sanitarista Amaury de Medeiros identificamos as dificuldades que ele enfrentou para demarcar e legitimar o Curso de Enfermeira Visitadora da Cruz Vermelha Brasileira, no Rio de Janeiro (DF). Percebe-se que o médico sofreu influência tanto dos médicos particulares, como do próprio Departamento Nacional de Saúde Pública, já que declina, em seu regulamento, que a formação dessas agentes deveria ficar a cargo deste departamento.

O capital político e cultural que o agente Amaury de Medeiros acumulava não conseguiu manter a autoridade e competência científica da formação das enfermeiras visitadoras na Cruz Vermelha Brasileira. Por outro lado, o agente JP Fontenelle, além de deter capital cultural e político, era funcionário do Departamento Nacional de Saúde Pública e aliado do sanitarista Carlos Chagas. Na balança da correlação de forças, JP Fontenelle, obteve o monopólio da questão das enfermeiras visitadoras, no Departamento Nacional de Saúde Pública.

O estreitamento das relações entre o Departamento Nacional de Saúde Pública e a Fundação Rockefeller contribuiu para a chegada de Mrs. Ethel Parsons e seis enfermeiras norte-americanas de saúde pública, recrutadas para reforçar a formação das enfermeiras visitadoras. O *habitus* das enfermeiras norte-americanas, articulado à criação do serviço de enfermagem, influenciou também nas relações de força nessa questão. Diante disso, no final de 1921, o Curso de Enfermeira Visitadora foi herdado por Ethel Parsons, que assumiu todas as questões referentes à enfermagem no Departamento Nacional de Saúde Pública.

O Curso de Enfermeira Visitadora foi, então, impulsionado e, sob a liderança de Ethel Parsons, ministrado quatro vezes até o ano de 1924 para atender não só uma

necessidade premente do campo da saúde pública mas, principalmente, as pressões dos sanitaristas. Ethel Parsons era contra a formação de enfermeiras visitadoras porém, inicialmente, atendeu a solicitação dos sanitaristas e a usou como estratégia para acumular força política. Sua intenção, na verdade, foi consolidar outros interesses no espaço do Departamento Nacional de Saúde Pública e na enfermagem brasileira.

Cabe destacar que apesar de a enfermeira visitadora ter emergido sob o poder simbólico dos sanitaristas - e Mrs. Ethel Parsons ter feito prevalecer sua visão sobre a formação delas - a necessidade dessas agentes, seu conhecimento e reconhecimento foram decisivos para que as repartições sanitárias requisitassem, mediante cooperação internacional, a participação de enfermeiras do exterior para incrementar a formação das enfermeiras visitadoras.

O *habitus* da enfermeira Ethel Parsons manteve as enfermeiras visitadoras sob o seu domínio. Ela adotou a estratégia de adesão por aproveitamento do *habitus*, quando garantiu que as enfermeiras visitadoras receberiam o certificado que lhes permitiu continuar o curso da Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública.

Desse modo, Ethel Parsons deu ao grupo a possibilidade de permuta da identidade profissional pelo ganho simbólico do diploma de enfermeira de saúde pública, denominação creditada às primeiras enfermeiras formadas pela Escola de Enfermeiras do Departamento. E isso acabou efetivamente ocorrendo com uma parte das enfermeiras visitadoras. Na verdade, Ethel Parsons não desejava uma profissional de enfermagem concorrendo ou representando uma ameaça para as enfermeiras diplomadas em um mesmo espaço institucional, qual fosse o Departamento Nacional de Saúde Pública. Até porque, o regulamento desse Departamento, com força de lei, legitimava a presença das enfermeiras visitadoras na repartição sanitária federal.

A partir das evidências aqui levantadas é possível afirmar que ocorreram diversos desdobramentos a partir do funcionamento dos Cursos de Enfermeiras Visitadoras no Rio de Janeiro (DF), no decorrer dos anos de 1920 e 1930. As iniciativas educativas proporcionaram a expansão do trabalho feminino na Primeira República e ampliaram a perspectiva da enfermagem no campo da saúde pública. O surgimento da enfermeira de saúde pública emergiu da necessidade de haver uma agente do gênero feminino capaz de suprir as demandas da visita domiciliar e da educação sanitária, usufruindo da crença simbólica que os sanitaristas depositaram nas enfermeiras visitadoras.

Ademais, o investimento nas agentes sociais da enfermagem, pelos idealizadores dos cursos, revelou-se uma estratégia bem sucedida que ampliou a inserção feminina no mundo do trabalho.

Acreditamos, no entanto, que ainda há muita coisa a ser investigada nesse campo para decodificar a produção de sentido desta agente social. Um objeto de estudo a ser olhado, por exemplo, é a permanência da presença das enfermeiras visitadoras do Departamento Nacional de Saúde Pública em alguns registros fotográficos preservados. Os que se debruçarem sobre o tema, no futuro, deverão dedicar especial atenção às imagens ritualísticas como as que registram a formatura da Turma Pioneira da Escola de Enfermeiras Donna Anna Nery, anteriormente denominada de Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública, atual Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Aprofundar esse tipo de investigação seguramente trará novas luzes ao rico, mas ainda incompleto, processo de formação da identidade profissional da enfermagem.

REFERÊNCIAS

ABRÃO, F.M.S. **Primórdios da enfermagem profissional na cidade do Recife – Pernambuco: raízes da pré-institucionalização da formação do campo organizacional (1922-1938)**. Ribeirão Preto. 2006. p.216.

ALVES, Z.M.M.B. **Continuidades e Rupturas no Papel da Mulher Brasileira no Século XX**. Set-Dez 2000, Vol. 16 n. 3, pp. 233-239.

AMORIM, W. M. **A Reconfiguração da Primeira Escola de Enfermagem Brasileira: A Missão de Maria de Castro Pamphiro, 1937- 1940**. Rio de Janeiro. Escola de Enfermagem Anna Nery. UFRJ. [Tese de Doutorado]. 2004, p.216.

BARREIRA, I.A. As contribuições da história da enfermagem para o desenvolvimento da profissão. In: **Revista da Escola Anna Nery**, v.3, no 1. Rio de Janeiro, abr.1999, p.125-141.

BARRROS, J. A. O campo da história: especialidades e abordagens. Petrópolis, RJ. Vozes, 2004, p.222.

_____. O Projeto de Pesquisa em História: da escolha do tema ao quadro teórico. Petrópolis, RJ. Vozes, 2005, p.236.

BELTRÃO, I.K. & ALVES, J.E.D.A. **A Reversão do Hiato de Gênero na Educação Brasileira no Século XX**. Caderno de Pesquisa, v.39, n.136, p. 125-156, jan/abr. 2009.

BRAZIL-MEDICO. Cruz Vermelha Brasileira. In: **Revista Brazil-Medico. RJ. Ano XXXIV**. Nº 28. 10 de julho de 1920, p. 450-451.

BOURDIEU, P. **Coisas Ditas**. 1ª Ed., São Paulo: Brasiliense, 2004a, p.243.

_____. **Os usos sociais da ciência: por uma sociologia clínica do campo científico**. São Paulo, UNESP, 2004 b, p.86.

_____. **A dominação masculina**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999, 160p.

_____. **O poder simbólico**. 10ª Ed., Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2007, 322p.

_____. **Razões Práticas – sobre a teoria da ação**. Campinas, São Paulo, Papirus, 1997, p.224.

_____. **A Produção da Crença: contribuição para uma economia dos bens simbólicos**. 3ed. Porto Alegre, RS. Zouk, 2008, 219p.

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

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

CARDOSO, C. F. & VAINFAS, R. **Domínios da história: ensaios de teoria e metodologia.** Rio de Janeiro. Campus, 1997, p.508.

CARVALHO, A. C. **Associação Brasileira de Enfermagem 1926 – 1976:** documentário/ Anayde Corrêa de Carvalho. Brasília: ABEn Nacional, 2006. p.574.

Chagas, C. **Conferência sobre a nova orientação do serviço sanitário Brasileiro.** Disponível em: <http://www.prossiga.br/chagas>. Acesso em: 31/07/2008.

CHAGAS, F. C. **Meu Pai.** Rio de Janeiro, Casa de Oswaldo Cruz, Fiocruz, 1993. p.316.

COSTA, N.R. **Lutas Urbanas e Controle Sanitário: origem das políticas de saúde no Brasil.** Petrópolis, Vozes, Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva, 1986. p.128.

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

CRUZ VERMELHA BRASILEIRA. **Atas da Assembléia Geral de 1918 – 1924.** Rio de Janeiro. Órgão Central. Cruz Vermelha, 1924.

CRUZ VERMELHA BRASILEIRA. **Atas do Conselho Diretor Nacional de 1908 – 1929.** Rio de Janeiro. Órgão Central. Cruz Vermelha, 1929.

DANIELS, P. S. & HYSLOP, S. G. **Atlas da História do Mundo. In: Conflito Global – 1 Guerra Mundial. 1914-1918.** Abril, 2004. trad. BAN A. p.289.

D'AVILA, B.E. **La gripe espanola: la epidemia de 1918-1919.** Madri, siglo xxi, 1993.

_____. **Decreto Nº10821,** de 18 de março de 1914. Dispõe sobre o novo regulamento da Diretoria Geral de Saúde Pública. Atos do Poder Executivo. Rio de Janeiro, DF, 18 de março. 1914. p.860-944.

_____. **Decreto Nº13.538,** de 09 de abril de 1919. Dispõe sobre a reorganização do serviço de profilaxia rural. Atos do Poder Executivo. Rio de Janeiro, DF, 09 de abril. 1919. p.393-307.

_____. **Decreto Nº3.987,** de 02 de Janeiro de 1920. Dispõe sobre a reorganização dos serviços da saúde pública. Atos do Poder Legislativo. Rio de Janeiro, DF, 02 de jan. 1920. p.1-6.

_____. **Decreto Nº14354,** de 15 de setembro de 1920. Dispõe sobre o regulamento para o Departamento Nacional de Saúde Pública, em substituição do que acompanhou o decreto n. 14.189 de 26 de maio de 1920. Atos do Poder Executivo. Rio de Janeiro, DF, 15 de set. 1920. p.244-485.

DEPARTAMENTO NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA. **As Pioneiras da Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública. 1922 – 1925.**

_____. **DICCIONARIO HISTORICO, GEOGRAPHICO E ETHNOGRAPHICO do BRASIL.** Dispõe sobre diversas monografias completas sobre o Brasil em geral e sobre cada um dos estados. Imprensa Nacional, Rio de Janeiro, DF, 1922.

_____. **Estatísticas do Século XX.** IBGE, 2003. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/seculoxx/default.shtm>. Acesso em: 25/01/2010.

FABER, C.O.& AMORIM,W.M. **O Relatório Goldmark e a Enfermagem frente às doenças estigmatizantes: tuberculose e doenças mentais.** Rio de Janeiro. Escola de Enfermagem Alfredo Pinto. UNIRIO. [Pesquisa em andamento] 2009.

FAUSTO, B. **História Concisa do Brasil.** São Paulo: EDUSP & Imprensa Oficial do Estado, 2001.

FARIA, L.R. **Os primeiros anos da reforma sanitária no Brasil e a atuação da Fundação Rockefeller (1915-1920).** Physis. Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p.109-127, 1995.

FERREIRA O.L. **História do Brasil.** 17ª edição. Editora Ática S.A. São Paulo. 1995, p.454.

FRAENKEL, E.M. **Histórico do Serviço de Enfermeiras do Departamento nacional de Saúde pública.** Annaes de Enfermagem. Julho de 1934, p.14

FREIRE, M.A.M & AMORIM, W.M. **A Enfermagem de saúde Pública no Distrito Federal: A Influncia do Relatório Goldmark (1923 - 1927).** In: Esc. Anna Nery Ver Enferm 2008 mar; 12(1): 115 – 24.

FONTENELLE J. P. **A Enfermagem de Saúde Pública: Sua Creação e Desenvolvimento no Rio de Janeiro.** Rio de Janeiro: Canton & Reile Graf, 1941. p.423.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** São Paulo. Atlas, 2002.

GOULART,A.C. Revisando a espanhola: a gripe pandêmica de 1918 no Rio de Janeiro. In: **Revista História, Ciências, Saúde-Manguinhos.** v.12, n.1. Rio de Janeiro, jan./abr.2005

HOCHMAN, G. **Regulando os efeitos da interdependência: Sobre as relações entre saúde pública e construção do Estado. (Brasil 1910-1930).** Estudos Históricos, Rio de Janeiro, v.6, n.11, 1993, p.40-61.

LEITE, M.M. **A outra face do feminismo: Maria Lacerda de Moura.** São Paulo: - Ática, 1984.

LIMA, N.T. & HOCHMAN G. **Condenado pela raça, absolvido pela medicina. O Brasil descoberto pelo movimento sanitarista da Primeira República.** In: MAIO,

M.C., SANTOS, R.V. (Orgs.). Raça, ciência e sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz, Centro Cultural Banco do Brasil, 1996, p.252.

LURIE, A. **A linguagem das roupas**. Rio de Janeiro: Rocco, 1997.

MANCIA, J. R. e PADILHA, M. I. C. S. Trajetória de Edith Magalhães Fraenkel. In: **Revista Brasileira de Enfermagem**. 2006. p.432-437.

MARCONI, R. **A paisagem carioca na primeira república – o lugar da natureza e a imagem da cidade**. Rio de Janeiro: UFRJ/FAU/PROURB, 2003 (Dissertação de Mestrado).

MEDEIROS, A. **Saúde e Assistência: Doutrinas, esperiências e realizações 1923-1926**. Recife, 1926.

_____. **Cruzada Sanitária: Discursos**. Recife, 1924.

MERHY, E.E. **O Capitalismo e a Saúde Pública: a emergência das práticas sanitárias no estado de São Paulo**. 2^a ed. Campinas. Papirus. 1987.

MILANEZ, O. A luta contra a tuberculose. In: **Brazil-Medico**. Rio de Janeiro, ano VI, n.01, 1921, p.119.

MOREIRA, M.C.N. **A Fundação Rockefeller e a construção da identidade profissional de enfermagem no Brasil na Primeira República**. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.5, n.3, p.621-629, nov.1998/fev.1999.

MOTT, M. L. e TSUNECHIRO, A. M. Os cursos de enfermagem da Cruz Vermelha Brasileira e o início da enfermagem profissional no Brasil. In: **Revista Brasileira de Enfermagem**. Setembro/outubro. Volume 55. Número 5. 2002. p.592-599.

NASCIMENTO, D. R. **As pestes do século XX: tuberculose e Aids no Brasil, uma história comparada**. Rio de Janeiro. FIOCRUZ, 2005. p.196.

_____. **Fundação Ataúpho de Paiva: (Liga Brasileira contra a Tuberculose): um século de luta**. Rio de Janeiro. Quadratim, 2002. p.154.

OLIVEIRA W. **No tempo de Amaury**. Recife. FUSAM, 1975. p.109.

ORTIZ R. **A sociologia de Pierre Bourdieu**. São Paulo : Olho d'água. 2003.

PAICHELER, Geneviève. **Presentation. Les professions de soins: territoires et empietements**. Science Sociales et Santé, vol. 13, Paris, Editions John Libbey Eurotex, 1995, p.5-10.

PAIXÃO, W. **História da Enfermagem**. 5^a ed., Rio de Janeiro: Julio Reis, 1979.

PARSONS, E. **Archivos de hygiene: exposições e relatórios: A Enfermagem Moderna no Brasil**. Esc. Anna Nery Ver Enferm, 1997 jul; 1(nº esp de lanç) 9-24.

PENNA B. **Saneamento dos Sertões**. Rio de Janeiro, 2 ed. 1923, p. 351.

PEREIRA NETO, A. F. **Os médicos e as Enfermeiras Visitadoras**. In: Pereira Neto, A. F. Palavras, gestos e intenções. Os interesses profissionais da elite médica. Congresso Nacional dos Práticos (1922). Rio de Janeiro. Universidade Estadual do Rio de Janeiro/ Instituto de Medicina Social. [Tese de doutorado]. 1997. p. 332.

_____. **Ser médico no Brasil: o presente no passado**. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2001, p.232.

PORTO, F.; SANTOS, T.C.F. **A Enfermeira Brasileira na Mira do Clique Fotográfico (1919-1925)**. In: Porto F. & Amorim, W.M. História da enfermagem brasileira: lutas, ritos e emblemas. Rio de Janeiro: Águia Dourada, 2007, p. 368.

_____. **Cruz Vermelha Brasileira e Anna Nery**. [Relatório de pesquisa de Pós-doutorado]. São Paulo, 2009.

PORTO, F. FREITAS, G.F., SILES, J. Fontes Históricas e Ético-Legais: Possibilidades e Inovações. In: **Cultura Los Cuidado**. Año XIII - N°25, 2009.

RAGO, E.J. **A ruptura do mundo masculino da medicina: médicas brasileiras no século XIX**. Cadernos pagu (15) 2000: pp. 199-225.

REVISTA DA SEMANA. Uma nobre profissão da mulher. In: **Revista da Semana**. Ano 24. Número 16. Rio de Janeiro. 10/11/1923, p. 27-28.

REVISTA DA SEMANA. **A Inauguração do Ambulatório Rivadávia Corrêa no Engenho de Dentro**. Ano 21. Numero 20. 13/06/1920. p.23.

REVISTA DA SEMANA. Cruzada Nacional Contra a Tuberculose. In: **Revista da Semana**. Ano 24. Número 16. Rio de Janeiro. 10/11/1923, p.16.

ROSEN G. **Uma História da saúde pública**. São Paulo. UNESP/HUCITEC – Abrasco, 1994.

ROCHA, J. **Pandemia de gripe de 1918**. Disponível em: www.invivo.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=815&sid=7. Acesso em: 01/10/2008.

RODRIGUES, E. **Nacionalismo e cultura social**. Rio de Janeiro, Laemmert, 1972.

SANTOS, G. F. **O Livro do Enfermeiro e da Enfermeira**. Rio de Janeiro. 1928.

SANTOS, L.A.C. **O pensamento sanitarista na Primeira República: Uma ideologia de construção da nacionalidade**. Dados. Revista de Ciências Sociais, Rio de Janeiro, v.28, n.2, p. 193-210, 1985.

SANTOS, T. C.F., BARREIRA, I.A., SAUTHIER, J. **A fotografia como fonte primária na pesquisa em história da enfermagem**. Esc. Anna Nery R. Enferm., Rio de Janeiro, V.3, n.1, abr. 1999.

SANTOS, R. A. **Representações sociais da peste e da gripe espanhola.** In: Nascimento, D. R.; Carvalho, D.M. Uma história brasileira das doenças. 1 ed, Brasília: Paralelo 15, 2004. p.338.

SAUTHIER, J. & BARREIRA, I. A. **As enfermeiras norte-americanas e o ensino da enfermagem na capital do Brasil: 1921-1931.** 1ª ed, Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Ana Nery / UFRJ, 1999. p.196.

SHARPE J. A História Vista de Baixo. IN: **A Escrita da História Nova Perspectivas.** São Paulo: Editora UNESP 1992. p 39-62.

SOARES M.A.P. **Representações da morte: fotografia e memória.** [Dissertação de mestrado] Porto Alegre. 2007.

SOUZA, B. A. P. M. & AMORIM, M. A. **A atuação das enfermeiras no Departamento Nacional da saúde pública.** Revista de Pesquisa: cuidado é fundamental, Rio de Janeiro, RJ, ano 9, n.1/2, 2005.

DOCUMENTOS

Conferência sobre a nova orientação do serviço sanitário brasileiro. Esta conferência foi proferida pelo Dr. Carlos Chagas. Foi realizada na Biblioteca Nacional em 04 de fevereiro de 1921. O tema refere-se a reorganização dos serviços da saúde pública em todo o país e sobre o código sanitário, atentando para os problemas da tuberculose;

Livros intitulados **Saúde e Assistência e Cruzada Sanitária**, ambos de autoria do sanitarista Amaury de Medeiros. Os livros mencionados descrevem detalhadamente as realizações do sanitarista durante a administração do Departamento de Saúde e Assistência de Pernambuco. Ele destaca os cursos de visitadoras desenvolvidos no Rio de Janeiro (DF) e, posteriormente, em Recife;

Histórico da Cruz Vermelha Brasileira – 1908 a 1923. Foi produzido para atender uma exigência da Conferência Pan-Americana da Cruz Vermelha de 1923. Esse histórico descreve todas as atividades desenvolvidas por essa Sociedade e ainda detalha os cursos de enfermeiras realizados nesse período;

O documento **Archivos de Hygiene: Exposições e Relatórios: a Enfermagem Moderna no Brasil** (fac-símile) trata da implantação da enfermagem moderna no Brasil produzido por Ethel Parsons, em 1925;

O Livro **A Enfermagem da saúde pública: Sua Criação e Desenvolvimento no Rio de Janeiro.** Autoria de José Paranhos Fontenelle, refere-se sobre o início da enfermagem da saúde pública no Rio de Janeiro (DF) e descreve a sua atuação em relação ao Curso de Enfermeiras Visitadoras;

A **Revista Brazil-Médico.** Veiculada no período do estudo, descreve sobre a maioria dos acontecimentos no meio médico, textos informativos, entre outros;

As atas **da Assembléia Geral de 1918 – 1924 e do Conselho Diretor Nacional de 1908 – 1929 da Cruz Vermelha Brasileira**. Nessas atas constam as reuniões que ocorreram na Cruz Vermelha Brasileira, onde foram descritas todas as atividades, serviços e programas que a Sociedade desenvolveu à época;

Decreto Nº10.821 de 18 de março publicado no Actos do Poder Executivo do ano de 1914. Refere-se sobre o regulamento da Diretoria Geral de Saúde Pública;

Decreto Nº13.538 de 09 de abril publicado no Actos do Poder Executivo do ano de 1919. Registra sobre a reorganização do serviço de profilaxia rural;

Decreto Nº3.987 de 02 de Janeiro publicado no Actos do Poder Legislativo do ano de 1920. Descreve a reorganização dos serviços da saúde pública;

Decreto Nº14354 de 15 de setembro publicado no Actos do Poder Executivo do ano de 1920. Aprova o regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública;

Livro do Enfermeiro e da Enfermeira. Produzido pelo médico Getúlio dos Santos. Tem a finalidade de orientar as pessoas que cuidam de doentes ou para a profissão de enfermagem;

DICCIONARIO HISTORICO, GEOGRAPHICO E ETHNOGRAPHICO do BRASIL. Produzido pela Imprensa Nacional, em 1922. Com o intuito de reunir diversas monografias completas sobre o Brasil em geral e sobre cada um dos estados, foi realizado uma análise do décimo capítulo, o qual se intitula Hygiene e Saúde Pública, elaborado pelo sanitarista J.P. Fontenelle;

Anaes de Enfermagem intitulado **Histórico do Serviço de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública**. Elaborado pela enfermeira Edith Magalhães Fraenkel, em julho de 1934. Descreve sobre Enfermeiras de Saúde Pública;

O Boletim da Sociedade da Cruz Vermelha, volume II, do período de outubro de 1920 a dezembro de 1921, material em inglês disponibilizado pela Internet Archive em 2007 para a Universidade de Toronto.

RESUMO BIOGRÁFICO DOS PRINCIPAIS AGENTES DO ESTUDO

1. Amaury de Medeiros: nasceu em Recife em 1893. Bacharelou-se em Medicina pela Faculdade do Rio de Janeiro, tendo sido o orador da sua turma. Em 1917, chefiou os serviços clínicos da Cruz Vermelha Brasileira e foi professor de uma cadeira no Curso de Enfermagem da instituição. Um ano depois, foi eleito Secretário Geral da entidade e nomeado para o cargo de diretor do seu hospital, quando então teve sob sua responsabilidade enfrentar uma grande epidemia de gripe que assolou o país. Em 1919, com apenas 26 anos, foi escolhido pelo presidente Epitácio Pessoa para representar o Brasil no Congresso da Cruz Vermelha, em Genebra, na Suíça. Representou também o Brasil no Congresso Pan-Americano de Higiene, na época do governo Arthur Bernardes. De 1922 a 1926, durante o governo de Sérgio Loreto, foi nomeado para o cargo de diretor do Departamento de Saúde e Assistência de Pernambuco (DSA) onde desenvolveu diversas atividades como: reformou o sistema de atendimento médico no Recife e no interior; remodelou o Hospital Oswaldo Cruz e o Hospital de Doenças Nervosas e Mentais (Hospital da Tamarineira); criou a Inspetoria e o Corpo de Visitadores da Saúde; foi um dos pioneiros nas soluções para o problema dos mocambos do Recife; tratou sobre o exame pré-nupcial e a prevenção das doenças venéreas, criando assim unidades de atendimento venerológico; criou a Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose, anexa ao Serviço de Saneamento Rural; combateu com medidas profiláticas a malária, a febre amarela, a varíola e a peste bubônica, entre outras doenças. Depois de sua gestão na saúde pública de Pernambuco, Amaury de Medeiros foi eleito deputado federal, transferindo-se, definitivamente, para o Rio de Janeiro no início de 1927. Como parlamentar, apresentou um projeto criando o Ministério de Saúde e Assistência. Além disso, publicou alguns livros referente a saúde pública e a tuberculose. Morreu no dia 3 de dezembro de 1928.

2. Antônio Augusto de Azevedo Sodré: nasceu em Maricá, estado do Rio de Janeiro, em 1864. Doutorou-se em medicina em 1885 com tese sobre métodos de tratamento da sífilis. Em 1894 conquistou a cátedra de patologia interna da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, da qual foi diretor no período de 1911 a 1912. Foi professor de medicina legal da Faculdade de Direito, presidente da Academia Nacional de Medicina, prefeito do Rio de Janeiro (DF) (1916-1917) e deputado federal pelo estado do Rio de Janeiro. Publicou vários livros e artigos sobre política sanitária e educação, e sobre enfermidades como cólera, doenças intestinais, tuberculose, malária, ancilostomíase e, especialmente, febre amarela, que estudou em colaboração com Miguel Couto. Faleceu em 1929.

Disponível em:
<http://www.bvsalutz.coc.fiocruz.br/html/pt/static/correspondencia/azevedo.htm>. Acesso em: 22.08.2009.

3. Belisário Augusto de Oliveira Penna: nasceu em 1868 na cidade de Barbacena, Minas Gerais. cursou o curso de medicina na Faculdade de Medicina da Bahia e concluiu em 1890. Era sanitarista e oftalmologista e atuou em áreas como saúde pública, assistência médica e ciência. No campo de saúde pública ocupou o cargo de inspetor sanitário da Diretoria Geral de Saúde Pública em 1904 e no ano seguinte foi inspetor da Profilaxia da febre amarela. Além de outras atividades, foi membro da expedição à região amazônica, com Oswaldo Cruz, e ainda desempenhou a função de pesquisador, juntamente com Arthur Neiva, de endemias nas zonas secas da Bahia, Pernambuco, Piauí e Goiás. Ocupou o cargo de Diretor de Propaganda Sanitária do Departamento Nacional de Saúde Pública e, por último, foi o Ministro da Educação e Saúde em 1930. Faleceu em 1939 (PEREIRA NETO, 2001).

4. Carlos Ribeiro Justiniano das Chagas: nasceu em 1879 na Fazenda Bom Retiro, na cidade de Oliveira, Minas Gerais. Concluiu o curso de medicina em 1903 na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e a sua especialidade foi a Medicina Tropical.

Desempenhou inúmeras atividades no ensino, na saúde pública, na assistência médica e na ciência. Na área da saúde pública, vale destacar: membro do Instituto Oswaldo Cruz (1902); chefe de Serviço do Instituto Oswaldo Cruz (1910), chefe da missão de estudos da malária no estado do Amazonas, diretor do Instituto Oswaldo Cruz (1917-1934), fundador da seção de Fisiologia do Instituto Oswaldo Cruz (1931) e diretor técnico do Instituto Internacional da Lepra (1933). Publicou diversos artigos, realizou várias pesquisas e foi membro de inúmeras associações. Em 1920, recebeu o título de doutor na Universidade de Harvard, nos EUA. Outra notoriedade foi em relação a enfermagem, pois é considerado o criador da Moderna Enfermagem no Brasil. Faleceu em 1934 (PEREIRA NETO, 2001).

5. Carlos Pinto Seild: nasceu em 1867, na cidade de Belém, Pará. Realizou o curso de medicina no ano de 1892 na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, defendendo a tese intitulada “Da etiologia perante o diagnóstico, a terapêutica e a higiene”. As suas especialidades eram sanitarista, saúde pública e pesquisador de doenças tropicais. Ele teve diversas participações na área da saúde pública, assistência médica e na ciência. Faleceu em 1929 (PEREIRA NETO, 2001).

6. Getúlio do Santos: nasceu em 1881 no estado do Espírito Santo. Bacharelou-se em medicina na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e com especialização na Europa. Tinha formação militar como tenente-coronel. Ocupou cargo de diretor na Cruz Vermelha e foi professor por diversos anos no curso de enfermagem dessa instituição. É autor do livro intitulado “Livro do Enfermeiro e da Enfermeira” o qual foi publicado e reeditado três vezes entre 1916 e 1928. A finalidade do livro era para o uso dos que destinam a profissão de enfermagem e das pessoas que cuidam dos doentes, funcionando como um guia para os mesmos. Faleceu em 1928 (MOTT & TSUNECHIRO, 2002, Santos, 1928).

7. Idália Araújo Porto Alegre: nasceu em 1888, no Rio de Janeiro e estudou na Inglaterra e Bélgica. Ao retornar para o Brasil, participou da Seção Feminina da Cruz Vermelha Brasileira do Rio de Janeiro entre 1916 a 1923. Inscreveu-se na Escola de Enfermeiras Voluntárias e recebeu o diploma em 1915 e em 1917 foi a única mulher nomeada, no período de 1914 a 1923, para ser professora da Escola de Enfermeiras Profissionais e ministrava a matéria de Economia Doméstica. Obteve destaque entre o grupo das enfermeiras que atuaram na gripe espanhola. Participou como aluna do curso de Enfermeiras Visitadoras em 1920. Além disso, recebeu a medalha Rainha Elizabeth e em 1921 foi requisitada pelo Governo Federal para auxiliar na criação do Dispensário de Tuberculose, mas contraiu a doença. Ao se recuperar, retornou para a Cruz Vermelha Brasileira. Foi enfermeira-chefe da Policlínica do Instituto Médico-Cirúrgico da mesma instituição e foi a única enfermeira brasileira que recebeu a medalha Florence Nightingale pelo Comitê Internacional da Cruz Vermelha, em Genebra. Por fim, foi desempenhar os seus trabalhos no Departamento Nacional de Saúde Pública (HISTÓRICO DA CRUZ VERMELHA BRASILEIRA 1908-1923, 1923; MOTT & TSUNECHIRO, 2002).

8. Edith Magalhães Fraenkel: nasceu em 1889, no Rio de Janeiro, neta do líder republicano Benjamin Constant Botelho de Magalhães. Viveu e estudou em diversos países como Alemanha, Suécia e Uruguai. Em 1918 recebeu o diploma de enfermeiras voluntárias da Cruz Vermelha Brasileira. Foi designada para trabalhar no Departamento Nacional de Saúde Pública onde chefiou o serviço de visitação da Inspeção de Profilaxia da Tuberculose e realizou o curso de Enfermeira Visitadora liderado por JP Fontenelle e Plácido Barbosa. Em 1922 foi para os Estados Unidos realizar o curso de enfermagem na Filadélfia por 3 anos. Em 1925 retornou ao Brasil e foi nomeada instrutora da Escola de Enfermeiras de Saúde Pública do DNSP. Ela desempenhou diversas atividades: participou da criação da Associação Nacional de Enfermeiras

Diplomadas – ANED (1926); foi Superintendente do Serviço de Enfermeiras do DNSP (1928); Superintendente do Serviço de Enfermagem do DNSP e Assistência Médica Social; Superintendente do Serviço de Enfermeiras do Ministério da Educação e Saúde; criou a Liga para Emancipação Intelectual da Mulher no Brasil; foi diretora da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (1943); foi redatora chefe da Revista *Anaes de Enfermagem*, da Associação Brasileira de Enfermeiras Diplomadas - ABED (1944); coordenou o Departamento de Ensino da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto (1956), entre outras atividades. Faleceu em 1969. Informações do texto (MANCIA & PADILHA, 2006; MOTT & TSUNECHIRO, 2002).

9. Jose Paranhos de Fontenelle: nasceu em 1885 no Pará. Bacharelou-se em medicina na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 1909 com a tese intitulada “Climatologia Médica do Brasil”. Ocupou diversos cargos e desenvolveu inúmeras atividades como: Diretor Geral de Saúde Pública e chefiou o Posto de Saúde Rural em Bangu no ano de 1909. Em 1920, foi Inspetor da Profilaxia da Tuberculose no Departamento Nacional de Saúde Pública, como assistente de Plácido Barbosa, foi fundador do primeiro curso para a formação médicos sanitaristas no Rio de Janeiro e auxiliou nos primeiros cursos de enfermeiras visitadoras. Em 1922, foi fundador da Sociedade Brasileira de Higiene. Na parte de ensino foi professor de higiene (1909-1975), professor da Faculdade de Medicina de Niterói (1909-1975), professor de biologia educacional, higiene e estatística do Instituto de Educação (1909-1975), e em 1931 foi professor da Escola de Assistência Social da Inspeção de Higiene Infantil, entre outras atividades. Morreu em: 1938 (PEREIRA NETO, 2001).

10. José Plácido Barbosa da Silva: nasceu em 1871 na cidade de Ubá, Minas Gerais. Realizou o curso de medicina na Faculdade de Medicina no Rio de Janeiro. Obteve a especialidade de tisiólogo e sanitarista. Foi responsável pelo o ensino sobre a tuberculose na Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública,

atual Escola de Enfermagem Ana Nery, no período de 1920 a 1930. Ele desempenhou função de inspetor sanitário, de delegado de saúde e em 1920 foi inspetor e chefe da Profilaxia da Tuberculose no Departamento Nacional de Saúde Pública, no Rio de Janeiro. Na área da ciência foi autor de diversos artigos principalmente sobre tuberculose e saúde pública. Faleceu em 1938 (PEREIRA NETO, 2001).

APÊNDICE 1

Matriz de Análise

1. Dados de Identificação:

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

2. Dados para o Plano de Expressão

- Credito da imagem:
- Legenda:
- Resumo do texto:
- Tipo de iconografia:
- Formato da iconografia:
- Plano de Imagem:

3. Dados para o Plano de Conteúdo

- Local retratado:
- Fundo retratado:
- Pessoas retratadas:
- Tema da imagem retratada:
- Descrição dos atributos:
 - i. Pessoais:
 - ii. Paisagem:

4. Dados Complementares obtidos de outra imagem

- Origem da informação:
- Informação complementar:

APÊNDICE 2

Esquema de análise	As circunstâncias que ensejaram na criação dos cursos de enfermeiras visitadoras	Os aspectos das três propostas	As estratégias de luta simbólica
<p>Cruz Vermelha Brasileira</p> <p>Departamento Nacional de Saúde Pública</p> <p>Departamento de Assistência de Saúde</p>	<p>Inauguração da Escola de Enfermeiras Voluntárias da Cruz Vermelha Brasileira em 1914;</p> <p>Ampliação dos cursos de enfermagem com criação da Escola Prática de Enfermeiras da Cruz Vermelha Brasileira em 1916;</p> <p>Criação de Departamento Nacional de Saúde Pública em Janeiro de 1920;</p> <p>Instituição da Campanha Nacional contra a Tuberculose: criação do Curso de Enfermeira Visitadora, em julho de 1920;</p> <p>Inspetoria de Profilaxia Contra a Tuberculose: criação do Curso de Enfermeira Visitadora em novembro de 1920.</p>	<p>Curso de Enfermeira Visitadora da Cruz Vermelha Brasileira sob o ideário e direção do sanitarista Amaury de Medeiros com a proposta pedagógica: tuberculose, duração de 06 meses. Posteriormente o curso repercutiu em Pernambuco em 1923 com duração de 12 meses e a proposta pedagógica foi ampliada e aprimorada com forte pré-requisito;</p> <p>Curso de Enfermeira Visitadora do Departamento Nacional de Saúde Pública sob o ideário e direção do sanitarista JP Fontenelle com a proposta pedagógica: tuberculose, com duração de 02 meses;</p> <p>Curso de Enfermeira Visitadora do Departamento Nacional de Saúde Pública sob o ideário da enfermeira de saúde pública, Mrs. Ethel Parsons. O primeiro com duração de 06 meses e os outros três com 10 meses. A proposta pedagógica foi direcionada para o modelo de saúde pública.</p>	<p>Higiene Moderna (Educação Sanitária);</p> <p>Instituição do código sanitário sob o ideário de Carlos Chagas;</p> <p>Fundação Rockefeller e Ethel Parsons;</p> <p>O desdobramento: Curso de Emergência sob a liderança de Ethel Parsons;</p> <p>Em 1923, transferência de Amaury da Cruz Vermelha Brasileira para assumir a direção do Departamento de Saúde e Assistência de Pernambuco onde ocorreu do desdobramento do curso de enfermeira visitadora;</p> <p>Em 1926, Amaury de Medeiros retorna ao Rio de Janeiro (DF) como Deputado Federal.</p>
<p>Campo da Saúde Pública</p>	<p>Condições de saúde precária com destaque para Gripe Espanhola e a Tuberculose;</p> <p>Direção da Diretoria de Saúde Pública: Carlos Seild (1912-1918);</p> <p>Decreto 10.821 de 18 de março de 1914;</p> <p>Decreto 13.538 de 09 de abril de 1919;</p> <p>Crise sanitária;</p> <p>Movimento e reforma sanitária;</p> <p>Decreto 3.987 de 02 de janeiro de 1920;</p>	<p>Direção do Departamento Nacional de Saúde Pública: Carlos Chagas;</p> <p>Decreto 14.354 de 15 de setembro de 1920: Regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública (código sanitário);</p> <p>Decreto 14.354 de 15 de setembro de 1920, artigo 455º: Constituição da Inspetoria de Profilaxia Contra a Tuberculose.</p>	<p>Decreto 15003 de 15 de setembro de 1921: Reforma do Regulamento;</p> <p>Lei 1569 de 11 de maio de 1923: Departamento de Saúde e Assistência de Pernambuco;</p>
<p>As circunstâncias históricas</p>	<p>Governo Venceslaus Brás (1914-1918);</p> <p>Entrada do Brasil na Primeira Guerra Mundial em 1917;</p> <p>Imigração Interna e Externa, Industrialização e urbanização;</p> <p>Falecimento de Rodrigues Alves em 1918;</p> <p>Governo Epiácio Pessoa (1919-1922).</p>	<p>Governo Epiácio Pessoa (1919-1922);</p> <p>Reação Republicana;</p> <p>05 de julho Revolta do Forte de Copacabana.</p>	<p>Governo Artur Bernardes (1922-1926);</p> <p>Marcado por revoltas como a de 1923, no Rio Grande do Sul e de 1924 em São Paulo;</p> <p>Governador de Pernambuco: Sergio Loreto (1922-1926)</p>

ANEXO 1



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP-UNIRIO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO

ATA DE PARECER CONSUBSTANCIADO

FR 284576

30/2009

CAAE: 0030.0.313.000-09

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: LILIAN FERNANDES ARIAL AYRES
WELLINGTON MENDONÇA DE AMORIM (ORIENTADOR)

PROJETO: "AS ENFERMEIRAS VISITADORAS DA CRUZ VERMELHA BRASILEIRA E DO DNSP, NO INÍCIO DO SÉCULO XX"

INSTITUIÇÃO DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA : UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO.

DATA DE ENTRADA NO CEP: 26/08/2009.

O projeto de pesquisa intitulado "AS ENFERMEIRAS VISITADORAS DA CRUZ VERMELHA BRASILEIRA E DO DNSP, NO INÍCIO DO SÉCULO XX" foi avaliado e posteriormente APROVADO pelo CEP-UNIRIO em 24/09/2009.

Solicita-se ao pesquisador que envie a este CEP, anualmente, os relatórios parciais sobre o decurso do projeto, eventuais informações de alterações no encaminhamento e o relatório final em via escrita.



Rio de Janeiro, 29 de Setembro de 2009.


Ricardo Silva Cardoso
Coordenador do CEP-UNIRIO

Comitê de Ética em Pesquisa CEP-UNIRIO
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO
Avenida Pasteur, 296 - Urca - Rio de Janeiro - RJ - Cep: 22270-240
Telefones: 21-22295-5737; ramal 345; E-mail: cep.unirio@gmail.com • cep.unirio@unirio.br

RICARDO CARDOSO
COORDENADOR
CEP - UNIRIO
PROFº - DPO