

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - CCBS
ESCOLA DE ENFERMAGEM ALFREDO PINTO - EEAP

Pâmela Ramos Januário

A atuação das enfermeiras de saúde pública na Seca de 1932

Luiz Henrique Chad Pellon
Prof Orientador

Rio de Janeiro
2022

A atuação das enfermeiras de saúde pública na Seca de 1932

The role of the public health nurses in the 1932's Drought

El papel de las enfermeras de salud pública en la Sequía de 1932*

Recebido: 24/03/2022 | Revisado: 03/04/2022 | Aceito: 08/04/2022 | Publicado: 14/04/2022

Pâmela Ramos Januário

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0410-8540>

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: pamelaramosj@edu.unirio.br

Luiz Henrique Chad Pellon¹

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3346-9887>

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: luiz.pellon@unirio.br

Resumo

Este artigo analisa o conteúdo escrito do “Relatório da Comissão Médica de Assistência e Profilaxia aos Flagelados no Nordeste” sobre a atuação das enfermeiras pertencentes ao quadro de profissionais do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) na seca de 1932-33. O documento histórico trata-se de um relatório publicado em 1936 pelo DNSP e faz referência ao trabalho de uma comissão federal composta por quinze enfermeiras e quatro médicos, que partiu do Distrito Federal para organizar os espaços assistenciais aos flagelados da seca, localizados nos sertões do Ceará, Rio Grande do Norte e Paraíba. Sua análise possibilitou conhecer o trabalho das enfermeiras da comissão na coordenação e organização dos espaços de cuidado sob a lógica do modelo distrital sanitário, em locais com condições adversas àquelas encontradas nas grandes capitais do país. A análise da implantação de medidas de profilaxia contra enfermidades e a realização de atividades de vigilância e educação em saúde com a população alojada nos campos de assistência contribuem para a trajetória da enfermagem como ofício nos recônditos rurais do país, assim como, preenchem importantes lacunas na história da expansão e consolidação dos serviços de saúde no semiárido nordestino.

Palavras-chave: História da Enfermagem; Saúde Pública; Cultura; Seca; Políticas Públicas de Saúde.

Abstract

This article reports the analysis of the written content of the “Relatório da Comissão Médica de Assistência e Profilaxia aos Flagelados no Nordeste” about the role of nurses who belonged to the board of employees of the National Department of Public Health (DNSP) during the drought of 1932-33. The historic document is a report published in 1936 by the DNSP and references the work of a federal commission composed by fifteen nurses and four doctors, who left the Federal District to organize the assistential fields of the drought's flagellated, located on the “sertões” of Ceará, Rio Grande do Norte e Paraíba. The analysis allowed us to know the work of these commissioned nurses at the coordination and organisation of care fields under the sanitary districtal model's logic, in scenes of disadvantageous conditions compared to the ones found at large capitals of the country. The analysis of the implantation of prophylaxis measures against diseases and the accomplishment of health vigilance and education to the population located at the assistance fields helped on the nursing path as a career at the country's rural recesses as filled important gaps in the history of expansion and consolidation of health services at the northwest's semiarid.

Keywords: Nursing History; Public Health; Culture; Drought; Public Health Policies.

1.1 Assinatura do Professor:



1.2 Link da Revista: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/about/submissions>

1.3 Email do Professor indicado para avaliação: osnir.junior@unirio.br

*Resumo em espanhol retirado afim de manter a formatação da página após a inclusão das notas de rodapé para a disciplina.

Artigo original publicado na íntegra disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i5.28485>

1. Introdução

Recentemente, a mídia social deu visibilidade ao momento histórico da Grande Seca de 1932, resgatando a narrativa do fenômeno que se alastrou pelos sertões do Ceará, Paraíba e Rio Grande do Norte durante aproximadamente dois anos. Na matéria elaborada pelo Jornalista Chico Otávio, em entrevista para o Jornal O Globo, junto à pesquisadora Kênia Rios foi ressaltado a lacuna de estudos abrangendo as medidas governamentais a respeito deste contexto (Otávio, 2022), apesar da estiagem ter se instalado durante os primeiros anos do Governo Provisório de Getúlio Vargas (1930-1934). Nesse sentido, este artigo desenvolve uma análise sobre atenção à saúde prestada nos espaços assistenciais do nordeste durante o contexto da seca referida.

Assim, o impacto da estiagem no âmbito da saúde e da economia do semiárido nordestino imprimiu um teor social a uma questão inicialmente climática, devido à redução drástica dos meios de subsistência de milhares de agricultores, gerando intensas peregrinações às capitais destes estados em busca de água, alimentos e assistência em saúde. Logo, a região historicamente marcada pela precariedade de recursos e investimentos governamentais, recebeu a instalação de campos de assistência sanitária, ligados às frentes de trabalho em estações férreas, açudes e em outras obras públicas (De Nys, 2016; Andrade, 2021).

Essa ação foi resultante das reivindicações das elites urbanas aos governos locais a fim de evitar o afluxo massivo de retirantes das áreas interioranas para as capitais, como forma de prevenir a disseminação e o agravamento de doenças preexistentes na região e o convívio inexorável da urbe com a miséria social, estereotipada nos corpos enfermos e famintos dos flagelados da seca.

Os estudos históricos existentes têm sido fartos em apontar as péssimas condições sanitárias que prevaleciam nestes espaços assistenciais, onde grassaram a disseminação de doenças endêmicas como febre tifóide, varíola, disenterias, gastroenterites, sarampo e infecções parasitárias. Tal quadro crítico foi resultante de um conjunto de fatores associados, como a desnutrição causada pela escassez de alimentos, a precária situação sanitária e a superlotação dos espaços assistenciais (Rios, 2014), fatos que tornaram notório a dificuldade de mobilização dos governos locais para organização destes espaços, demandando uma intervenção a nível federal.

Dessa forma, os esforços para refrear os desdobramentos sanitários da seca foram contemplados através de uma missão médica encaminhada diretamente do Rio de Janeiro, então capital federal, contando com um total de quatro médicos e quinze enfermeiras diplomadas pela escola oficial do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), a Escola Anna Nery. A referida comissão foi distribuída entre vinte e sete pontos de assistência na região, compreendida no sertão dos três estados, onde boa parte da população flagelada se encontrava alojada em frentes de trabalho, como já enunciado.

A região entrava no foco de transição das políticas públicas levada a cabo pelo então Governo Vargas, em que se privilegiava o modelo distrital de organização da assistência, defendido por discípulos de Belisário Penna e Carlos Chagas na década de 1920. Com a reforma Carlos Chagas, em 1923, pautas como questões de higiene e saúde do trabalhador eram progressivamente inseridas nas políticas de saúde que estavam sendo expandidas pelo governo federal (Lima et al., 2015). Assim, o modelo distrital sanitário voltava-se para pilares como divisão dos territórios de atuação em distritos, a formação de médicos e enfermeiras de saúde pública, e a unificação dos serviços anteriormente dispersos em dispensários, em uma única estrutura física e administrativa de referência, os Centros de Saúde (Campos, 2016).

A implantação dos Centros de Saúde ainda não estava, no entanto, consolidada no território nacional, mas gradativamente sendo distribuída através de comissões federais entre os municípios brasileiros. Assim, como oportunidade de padronizar as práticas de saúde, os estados do Rio Grande do Norte, Ceará e Paraíba tiveram o primeiro encontro com uma intervenção centralizada e coordenada de saúde no semiárido nordestino. A comissão médica foi, portanto, responsável por levar

práticas inspiradas nos novos moldes sanitários da época que, segundo Campos (2016), se baseavam na educação, prevenção e profilaxia, a fim de consolidar noções de saúde com inspirações higienistas nos indivíduos e famílias.

De forma a suprir as demandas do modelo sanitário vigente, cuja dimensão administrativa baseava-se na “profissionalização de tarefas, hierarquia de níveis e definição precisa das normas, que deveriam cumprir no gerenciamento de suas atividades” (Campos, 2007, p. 886), assim como atuar em concordância com o Decreto nº 20.109 de 15 de Junho de 1931, que dispunha sobre o exercício da enfermagem no território nacional e as condições para formação de enfermeiros e os serviços de ação privativa dos mesmos, a classe de visitadoras sanitárias gradativamente se ampliou.

Visto que a legislação considerava que, na ausência de instituições formadoras nos padrões da Escola Anna Nery nos estados fossem realizados cursos pelas diretorias de saúde para a formação e contratação de visitadoras sanitárias, os quadros de profissionais foram, portanto, preenchidos por esta classe que possuía competências mínimas para o exercício das atribuições de enfermagem em saúde pública (Jooris; Pellon; Amorim, 2016). A classe de visitadoras, segundo Estequi et al (2021), se apresentava como um elo entre a população e os serviços de saúde pela sua formação voltada a visitas domiciliares e vigilância sanitária, estando intensamente presentes no território assistido.

Portanto, este artigo abordará as representações médicas sobre o papel desempenhado pelas Enfermeiras de Saúde Pública, a saber: Margarida dos Passos Rosa; Maria Adelaide Wite; Carmen Gonçalves; Almira Pessoa de Melo; Iracema dos Guaranis Melo; Nadir Coutinho; Izaura Barbosa Lima; Araci Neves; Haidée Gonzalez; Cecy Clausen Lins, apontada como Enfermeira-Chefe; Maria Lima Torres; Hercilia Roque Fernandes; Isabel de Souza Bomfim; Safira Gomes Pereira e Zilda de Cunha Bastos. Estas enfermeiras eram pertencentes ao quadro de profissionais do DNSP e atuaram nos postos de assistência à seca de 1932 junto a profissionais que desempenhavam atribuições de enfermagem vinculados aos serviços locais.

Dessa forma, a pesquisa foi desenvolvida com foco na descrição feita sobre o trabalho da comissão de enfermeiras de saúde pública durante os seis meses de atuação nestes espaços assistenciais do semiárido nordestino a partir da análise do conteúdo de fragmentos contidos no documento “Relatório da Comissão Médica de Assistência e Profilaxia aos Flagelados no Nordeste”. A compilação de relatos descreve a experiência dos quatro médicos comissionados: Dr. José Bonifácio Paranhos da Costa, chefe da comissão; Dr. Álvaro Garcia Rosa; Dr. Otávio de Oliveira e Dr. Amadeu Fialho e foi publicado em 1936 pelo Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) em parceria com o Instituto Federal de Obras contra a Seca (IFOCS).

Logo, este estudo objetiva compreender a extensão da atuação da equipe de enfermeiras comissionadas nos campos assistenciais da seca de 1932 assim como, discutir o impacto das ações destas na reordenação do modelo de saúde, no processo de consolidação do ofício da enfermagem no semiárido nordestino e o seu legado para os serviços locais.

2. Metodologia

Trata-se de uma pesquisa documental, de cunho histórico-social, que se deu por meio da metodologia de Análise Textual Discursiva (ATD).

O documento histórico que serviu como fonte para este artigo é denominado Relatório da Comissão Médica de Assistência e Profilaxia aos Flagelados no Nordeste e foi localizado no Departamento Nacional de Obras contra as Secas (DNOCS), na cidade de Fortaleza, Ceará, no formato digitalizado. O documento se encontrava “esquecido” no arquivo até o momento de sua descoberta e não constavam publicações que apontassem já ter sido explorado para a pesquisa histórica. Trata-se de documento em formato de livro contendo 167 páginas no total, dividido em cinco seções referentes aos relatos dos médicos comissionados, contendo: fotografias, mapas, plantas de unidades, fichas de cadastro, quadros demonstrativos, tabelas com dados epidemiológicos, serviços prestados e informações sobre o território e gráficos.

O documento foi submetido à crítica externa e interna do material, que segundo Padilha et al (2017), corrobora a confiabilidade do relatório, assim como a sua validação como base documental para a pesquisa histórica.

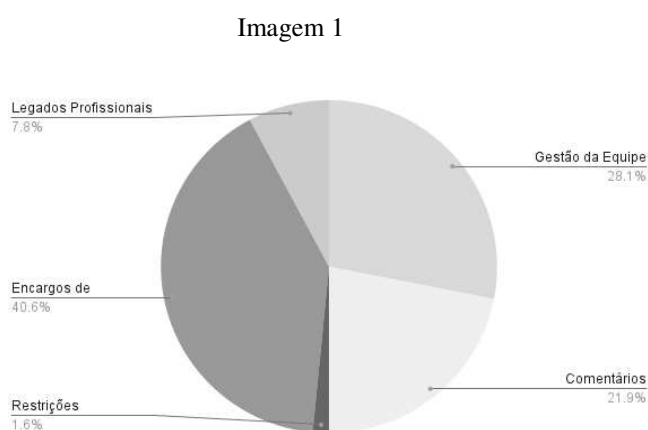
O método escolhido para análise do conteúdo foi a Análise Textual Discursiva. Em cumprimento da primeira etapa foi realizada a “unitarização” do conteúdo escrito, onde se extraíram os segmentos textuais com menção à enfermagem, em especial ao grupo de enfermeiras diplomadas pela Escola Ana Nery. Ao longo deste processo emergiram sessenta e quatro unidades de significado ou unidades de sentido. Estas foram analisadas e destacadas em palavras-chave, a fim de se construir o *corpus* da análise.

Em seguida, na etapa de categorização houve a formação das categorias iniciais e finais, onde cada unidade de significado se encaixou. As categorias foram criadas segundo o método indutivo a partir das unidades de significado, comparando-as entre si e as organizando em conteúdos semelhantes. “por meio de comparações e de organização de ideias, visando partir de ideias particulares em direção à ideia geral, que emergem da análise do pesquisador” (Kripka, 2015, p. 63). Neste processo, emergiram dez categorias iniciais, que através da redução e síntese das informações culminaram em cinco categorias finais.

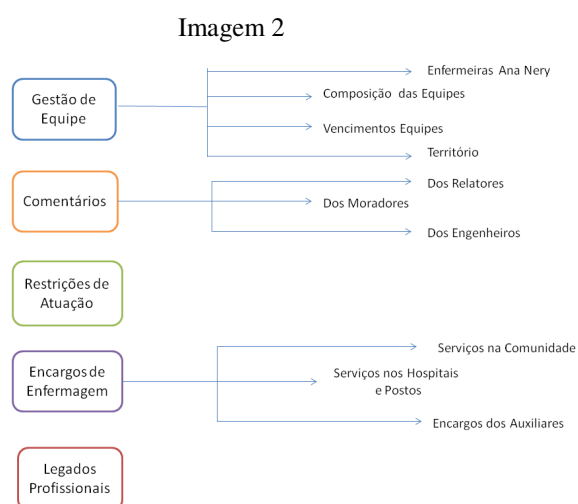
A etapa da análise foi realizada com a finalidade de produzir o metatexto, onde o sentido geral de cada categoria e subcategoria pôde ser extraído. Assim, a interpretação dos relatos individualmente e a comparação destes entre si, tal como a inferência dos dados, são utilizados para comprovar as conclusões geradas a respeito do *corpus*.

3. Resultados

A análise resultou em sessenta e quatro unidades de significado, divididas em cinco categorias finais, a saber: Gestão da Equipe, Comentários, Restrições de Atuação, Encargos de Enfermagem e Legados Profissionais, conforme disposto na imagem 1, que evidencia a classificação. As categorias iniciais estão representadas segundo a imagem 2, a fim evidenciar a disposição, encontrada abaixo:



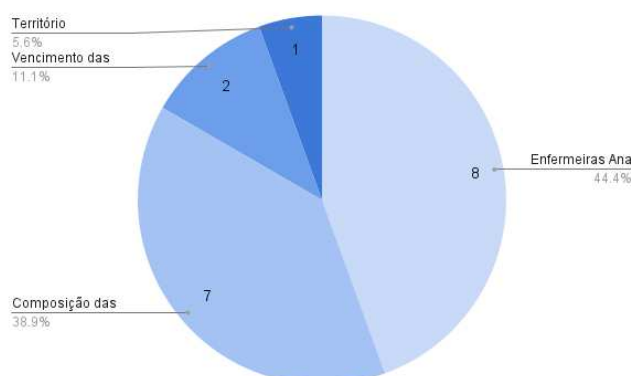
Fonte: os autores



Fonte: os autores

Na categoria de Gestão da Equipe foram agrupadas dezoito unidades de registro, correspondentes a 28,1% do total do corpus. Essa categoria abrange toda a parcela de logística necessária para o sucesso da missão, classificada em quatro subcategorias, a saber: enfermeiras Ana Nery; composição das equipes; vencimento das equipes; e por fim; território.

Imagem 3

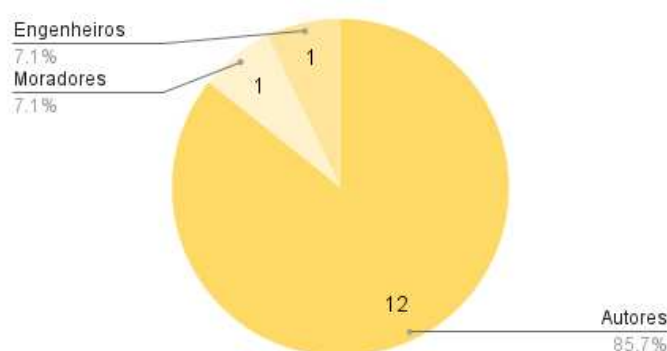


Fonte: os autores

Assim, na subcategoria “enfermeiras Ana Nery” se encontram as URs, referentes aos componentes burocráticos e organizacionais de onde foram encaminhadas as enfermeiras da comissão. Em “composição das equipes”, foi relatado a composição das equipes locais, enquanto em “vencimentos das equipes”, através de dados extraídos de tabelas contidas nos documentos, separaram-se duas URs com a finalidade de comparação entre a remuneração das equipes de enfermagem e outras profissões da área da saúde. Na subcategoria “território”, apesar de conter apenas um registro, foram encontradas informações importantes sobre o processo de administração territorial para a assistência realizada, o que justifica sua criação pelo critério de pertinência.

Em Comentários foram selecionadas quatorze unidades de registro, correspondentes a 21.9% das URs, posteriormente divididas em três subcategorias, conforme a origem da autoria dos relatos, sendo estes: comentários dos autores (médicos), dos moradores e dos engenheiros dos açudes onde trabalhavam algumas das enfermeiras comissionadas pelo DNSP. Tais URs têm em comum a característica de prestar avaliações ao serviço realizado pela equipe de enfermagem pois conforme a seguinte distribuição demonstrada no gráfico da imagem 4.

Imagem 4



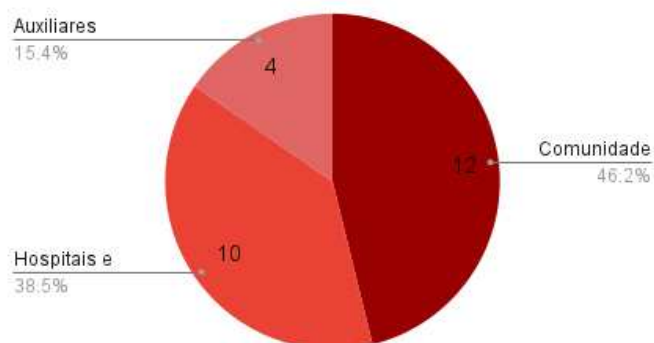
Fonte: os autores

A categoria de Restrições contém apenas um registro, correspondente a 1.56% do corpus e foi incluído por salientar explicitamente a respeito das áreas fora do alcance de atuação da Equipe de Enfermagem.

Com um total de vinte e seis unidades de registro, os Encargos de Enfermagem compõem 40.625 % do corpus da análise, como é demonstrado na imagem 5. A divisão formou três subcategorias, conforme o local onde as práticas de enfermagem foram realizadas e quais profissionais a realizavam, contemplando os serviços prestados diretamente na

comunidade, os desempenhados dentro dos postos médicos ou hospitais e, por fim, aqueles diretamente assinalados como de responsabilidade dos auxiliares de enfermagem, geralmente sob treinamento e gestão das enfermeiras Ana Nery.

Imagem 5



Fonte: os autores

Por fim, a categoria de Legados Profissionais conta com cinco URs e compõe 7,81% do total de registros e descreve a preparação dos profissionais que assumiriam o cuidado local, realizando práticas de enfermagem após o encerramento da missão.

4. Discussão

O Relatório da comissão em suas primeiras páginas trata da contextualização da missão médica, contando com uma listagem dos nomes completos de cada enfermeira vinculada ao Departamento Nacional de Saúde Pública, descritas como acompanhantes dos quatro doutores alocados em seus respectivos postos de atenção à saúde, onde foram implementadas a assistência.

Esta lista conta com nomes de extrema relevância na história da enfermagem do século XX, como o de Izaura Barbosa Lima, enfermeira de saúde pública responsável por chefiar diversas intervenções em epidemias ao longo da primeira metade do séc XX tais quais, as de varíola, febre amarela e febre tifoide. Além destas atribuições, Izaura organizou o serviço de enfermagem de saúde pública no Rio Grande do Sul, chefiou também a equipe de enfermeiras da Força Aérea Brasileira (FAB) durante a Segunda Guerra Mundial e o Departamento de Enfermagem ligado à Divisão de Organização Sanitária do Ministério da Educação e Saúde na década de 40 do século XX (Rocha, 2002; Lourenço, 2017).

Ainda, esta série de relatos nominais, contidos na categoria de Gestão da Equipe, permitiu identificar o roteiro das viagens realizadas no território assistido através das indicações dos locais e datas da atuação de cada componente da comissão; onde era dado o devido destaque às enfermeiras designadas pelo DNSP pelos serviços realizados. Podemos, assim, compreender a dinamicidade da missão médica, onde o local onde as enfermeiras eram alocadas não necessariamente eram os únicos campos em que prestavam assistência, considerando que, a fim de suprir as demandas locais, eram realizadas adequações no itinerário da equipe de saúde, fato percebido no excerto a seguir:

O ofício [...] determinou que eu [médico da comissão] devia estender “ação fiscalizadora, orientadora da assistência médica e profilática” além dos grandes açudes Piranhas, S. Gonçalo e Pilões [...] na sexta feira, efetivamente, saímos de Sousa enfermeira D. Iracema dos Guaranyes Mello e eu. (Costa, 1936, p. 115)

Este fato pode ser exemplificado, também, com o caso da enfermeira Berila Pinto de Carvalho, que foi alocada no Açude Soledade durante a travessia de sua equipe pelo local, devido à presença de casos de tifo entre os operários, fato que tornou necessário prolongar os esforços de profilaxia na região.

Ainda nesta categoria, é ressaltado pelos relatores médicos a capacidade de improvisar adequações nas estruturas físicas locais como um atributo virtuoso da equipe de enfermagem federal, conforme evidenciado a seguir:

...como era o [prédio] que podíamos lançar mão, procuramos logo remediar e melhorá-lo [...] e como sempre, graças ao alto poder de improvisar das nossas enfermeiras aliada à boa vontade, o aparelhamento hospitalar, chegando a construir nas próprias oficinas do açude, todo o material para o hospital, utilizando-se em geral de material já servido (zinco) e riscando os modelos que eram confiados à compreensão e argúcia dos artifices. Neste particular muito se distinguiram as enfermeiras Izaura Barbosa Lima e Nadir Coutinho, preocupadas em melhorar aquela situação do referido hospital (Costa, 1936, p.70).

A mão-de-obra local foi descrita, também, como fundamental para compor o quadro de profissionais auxiliares, pois realizava ações de enfermagem sob supervisão direta das enfermeiras do DNSP, a fim de satisfazer as carências do serviço de saúde. Tais indivíduos foram incorporados às equipes mediante experiência prévia nas práticas de enfermagem hospitalar e sob demanda de cada local, como referido “tantos enfermeiros quanto necessários” (Costa, 1936, p. 14) e “enfermeiros em número de conformidade com a importância do serviço” (Costa, 1936, p. 28).

Segundo Jooris, Pellon e Amorim (2016, p. 1) categorias profissionais como enfermeiros não diplomados, visitantes sanitários e assistentes sociais emergiram de uma necessidade em “preencher a lacuna de pessoal com competências mínimas de enfermagem para atuar nos serviços de saúde pública.” A formação de enfermeiras de saúde pública era uma demanda crescente, visto as epidemias que desde a década de 1920 assolavam tanto os estados do Nordeste do País, quanto a capital federal. Nesse contexto, os cursos de visitadoras sanitárias foram oferecidos por governos locais, como ocorreu no Ceará e estavam vinculados a criação de um centro de saúde, sob gestão do sanitarista fluminense Amílcar Barca Pellon durante intervenção federal realizada nos serviços do estado no período compreendido entre os anos de 1930 e 1934.

Para efeito de designação nos serviços públicos, portanto, o termo enfermeira somente deveria ser utilizado por profissionais formadas em escolas equiparadas à Escola Anna Nery pelo governo federal. No entanto, em cenários distantes dessa realidade prevaleciam, ainda, o uso do termo enfermeira, geralmente utilizado por médicos e leigos para designar qualquer agente que desempenhasse ações correlatas em diferentes níveis de formação.

A realidade encontrada pela comissão era vastamente diferente em cada ponto de assistência, variando entre a disposição de vários indivíduos denominados enfermeiros em alguns campos, como era o caso do Açude Patu, e a escassez de profissionais capacitados nas escalas, como era o caso encontrado no Açude de Piranhas, onde é relatado que a baixa cobertura de enfermeiros no plantão pernoite responsável pelos pacientes em isolamento prejudicava a assistência.

Por fim, compreendemos que a métrica de organização territorial era embasada na proporção populacional alocada em cada região, semelhante ao modelo distrital em implantação no estado do Rio de Janeiro durante esse período e reproduzido posteriormente em outras capitais. A repartição territorial ficou sob responsabilidade de um dos médicos da comissão, o Dr. Silva Castro e a coordenação da estratégia de saúde em cada setor populacional foi encarregada às enfermeiras do DNSP.

Segundo Lauriano (2002), a organização e supervisão da mão de obra não equiparada tratava-se de uma das funções atribuições precípuas das enfermeiras de saúde pública, a fim de facilitar o desenvolvimento das ações de saúde em territórios com falta de recursos humanos especializados em saúde pública. No caso citado anteriormente, as enfermeiras que trabalhavam em conjunto com o Dr. Silva Castro, Maria Adelaide Wite e Iracema dos Guaranis Melo foram atribuídas da supervisão de outras

categorias profissionais auxiliares para os serviços de enfermagem, assim como da coordenação dos setores do Açude de Santa Cruz, como é descrito no relatório “Para que esse trabalho se realizasse metodicamente, dividi a cidade em dois setores mais ou menos equiparáveis em população, sendo de cada um deles encarregada uma das enfermeiras.” (Costa, 1936, p. 119)

Os relatos que se referem à rotina das enfermeiras comissionadas atestavam a boa impressão resultante dos serviços prestados. Um dos pontos mais ressaltados ao longo da categoria Comentários, em especial pelos relatores, foi a formação acadêmica de alta qualidade demonstrada através da “capacidade especializada e bons ofícios” (Costa, 1936, p. 45) e “cooperação inteligente e devotada” (Ibid, 1936, p. 53). A competência construída na instrução das enfermeiras do DNSP era baseada no modelo Nightingaliano na Escola de Enfermagem Ana Nery, onde a enfermagem era vista como “uma arte que requer treinamento organizado, prático e científico.”, descrito em Floriano et al. (2020, p. 21).

A demanda contextual do país por avanços na saúde pública e melhores condições para a saúde da população foi uma das motivações que levou à busca por uma profissionalização da enfermagem e uma formação voltada para superação das fragilidades existentes na saúde pública brasileira (Santos et al, 2020). Logo ficam claros os destaques conferidos ao empenho empregado pelas enfermeiras do DNSP na organização dos serviços, expressos em excertos como o que se segue:

...foram tomadas medidas gerais de asseio, organização e arranjo hospitalar, e para o que aqui [Açude de Feiticeiro] como em Estreito, muito contribuíram o esforço e a capacidade das nossas enfermeiras Saphyra Pereira e Aracy Neves. (Costa, 1936, p. 69)

Com toda dedicação e alta compreensão dos seus deveres e extraordinário valor de alcance da medida aludida, operaram as nossas enfermeiras, posteriormente secundadas por elementos locais já industriados em tais afazeres. Para ter-se em conta a alta valia de seus trabalhos, basta lembrar que o emprego da oro-vacina, carecendo de ser efetuada em 3 doses seguidas e em jejum e atender aos horários de serviço e distribuição de trabalho... (Costa, 1936, p. 72)

O perfil relatado pelos médicos a respeito das enfermeiras do DNSP corrobora a ideia da imprescindibilidade dessas personagens para a organização da assistência, mulheres que “iriam abraçar os ideais da nova profissão e inserir-se no serviço público, contribuindo para as mudanças no campo da saúde pública” (Ferreira, 2019). Da mesma forma, o documento ressalta um parecer positivo a respeito da reputação da Escola Ana Nery, relatando que esta havia forjado profissionais de excelência, capazes de superar as adversidades encontradas no campo ao agir com disciplina e criatividade, sendo dentro da narrativa constituídas como “um dos fatores da nossa vitória” pelo Dr. José Bonifácio Paranhos Costa, Chefe da Comissão Médica (Costa, 1936, p. 53).

Ainda, é relatado que apenas as mulheres “mais esclarecidas” daquela sociedade participaram dos treinamentos junto a comissão do DNSP (Costa, 1936, p. 72), critério requerido de forma a assegurar a continuidade do nível de exigência na qualidade dos serviços prestados pela equipe de enfermagem local. O rigor da seleção imposta às candidatas aos cursos de auxiliares foi reproduzido de forma semelhante ao processo de ingresso realizado na Escola de Enfermagem Ana Nery, cujos parâmetros envolviam desde apresentação pessoal até entrevistas e testes de conhecimentos prévios (Batista et al., 2020).

Assim, houve grande destaque no relatório para o empenho da comissão nas ações de formação profissional realizadas majoritariamente pelas enfermeiras Ana Nery, visto que a demanda de profissionais para assumir os serviços hospitalares era clara, pois o objetivo da comissão de refrear a epidemia de tifo antes do retorno à capital enfrentava sérios contratempos evidenciados pelas exorbitantes taxas de mortalidade.

Fez-se necessário então, semelhante ao que estava sendo realizado em todo território nacional, a oferta de uma formação em saúde para práticas de enfermagem atrelada ao serviço local, enquanto não havia disponíveis instituições de ensino reconhecidas pelo DNSP (Jooris et al., 2016; De Souza et al., 1998). O treinamento se iniciava com a avaliação de critérios como boa aparência e regular discernimento intelectual, descritos na categoria de Legados Profissionais, que foram levados em consideração para a escolha das moças, ora chamadas de auxiliares, ora de visitadoras, ora de enfermeiras auxiliares, participantes da capacitação em práticas de visita de profilaxia e em enfermagem hospitalar.

Em Santa Cruz, a exemplo do que já tínhamos feito em outros pontos onde se localizaram as enfermeiras auxiliares que, treinando com profissionais de “Anna Nery”, poderiam adquirir conhecimentos que lhes permitissem manter os serviços locais, quando os elementos da Missão Médica se ausentassem... Deixei-as muito interessadas, acompanhando as práticas e colaborando nos trabalhos de Saúde Pública que lá estavam realizando. (Costa, 1936, p. 119)

A categoria de Comentários conta com dois breves e importantes relatos das populações assistidas pela equipe do DNSP: os engenheiros e a comunidade local. Os primeiros atuaram em obras públicas nos açudes lado a lado com as enfermeiras Almira Pessoa de Mélo, Haydée Gonzalez, Aracy Neves, Maria Lima Torres e Berila de Carvalho e prestaram seus agradecimentos pelos serviços que proporcionaram às suas respectivas famílias. O relato de registros sobre o sentimento da comunidade local, por sua vez, voltou-se à cumplicidade e confiança na assistência ao informar sobre o fiel cumprimento das recomendações dadas pela equipe de enfermagem a respeito da salubridade da água, assim como, o estado sanitário da comunidade.

Sob a supervisão das enfermeiras do DNSP foram, então, realizadas diversas ações, por parte das auxiliares, como descritas nos Encargos de Enfermagem, que compreendiam desde a organização administrativa dos setores, com o registro da entrada, relatório de gastos e realização de pedidos de novos materiais, passando por ações de prevenção de contaminação, como organização das enfermarias, fiscalização dos serviços de limpeza e controle do fluxo da lavanderia e, por fim, o cuidado junto aos pacientes, como é descrito na rotina do Açude de Condado:

Pela manhã matricular os doentes novos, abrir fichas, pesar, e encaminha-los ao médico. Retirar fichas dos doentes antigos e fazer a chamada por ordem, e auxiliar o médico no que fôr preciso. Encaminhar doentes receitados á farmacia. Fazer curativos, dar injeções e outros tratamentos por ordem médica, e registra-los. Fazer a pesagem e distribuir o alimento para as crianças (ás 8 hs. 12 hs. 16hs.) registrar as novas, dar conselhos sobre higiene, etc. (Costa, 1936, p. 45)

Está claro, assim, que as enfermeiras comissionadas atuaram em diversos setores, supervisionando e formando as auxiliares e também assistindo emergencialmente nas intervenções realizadas no ambiente intra-hospitalar com foco no tratamento de disenterias e tifo, amplamente disseminados entre os operários das obras públicas, mas sem negar atendimento a quadros mais pontuais de úlceras, conjuntivites, amigdalites e outras infecções, conforme se pode observar no excerto: “enfermeiras Margarida Rosa, Adeleide Witte e Carmem Gonçalves atendendo os doentes, quer em domicilio, quer no ambulatorio, com curativos, injeções, etc., de ulceras, conjuntivites, amigdalites, bronquite, boqueira panaricios, abcessos, furunculos, etc. etc. mais ou menos frequentes”. (Costa, 1936, p. 45)

No documento há menção de uma única restrição da atuação, tanto de enfermeiras quanto de farmacêuticos, descrita em uma categoria à parte, no que diz respeito à prescrição medicamentosa, prática considerada como “perigosa e condenável exorbitância funcional” (Costa, 1936, p. 28). Tal fato remonta a luta de médicos do início do século XX para demarcar seu campo de atuação num cenário povoado por diferentes atores que tinham suas práticas condenadas por se apropriarem de conhecimentos e práticas inegociáveis para a profissão médica.

No que diz respeito ao acompanhamento e prevenção da morbimortalidade infantil, fica claro o papel relevante das enfermeiras comissionadas: as enfermeiras assumiram a responsabilidade de consultar cada criança residente no território adscrito, avaliar seu estado de saúde e definir quais estariam habilitadas ao recebimento do suplemento de leite. Estas ações visavam compensar o quadro de severa desnutrição que alcançou os açudes, como o de Estreito, que contou com até 200 matrículas no lactário em 1 mês.

Organisamos verdadeiro lactario de emergencia, onde o leite era manipulado pelas nossas enfermeiras, em dependencia especial, ás vistas dos que iam ser atendidos, no duplo fim de ensinar-lhe o manejo e preparado, e os cuidados de assepcia a serem observados. (Costa, 1936, p. 72)

Além de atuar no manejo e distribuição dos suplementos alimentares, as oportunidades encontradas durante cada atendimento eram também utilizadas de forma a implementar atividades de orientação em saúde e educação sanitária. Atitudes semelhantes foram encontradas em diversos pontos de atenção, como descritas na subcategoria de encargos de enfermagem, intitulada “Serviços na Comunidade”: a “constante vigilância”, a descrever as visitas ao território, eram marcadas de ações educativas a respeito da alimentação, tratamento da água para ingestão e profilaxia de infecções. Assim, o exercício da enfermagem nos campos compreendia as seguintes atividades:

SERVIÇO DOMICILIAR- Fazer a vigilancia diaria do acampamento. [...] Zelar pela limpeza do acampamento em geral. Dar conselhos higienoprofilaticos. Encaminhar ao ambulatorio as crianças doentes. Fornecer listas dos que necessitarem de alimento. Apresentar semanalmente um resumo do serviço feito e no fim de cada mês um relatório (Costa, 1936, p. 46)

Ainda, pode-se notar a organização do cuidado com o referenciamento de cada paciente ao nível de atenção adequado, como atendimentos de urgência e de acompanhamento, a formação de itinerários terapêuticos onde a assistência à saúde poderia ser realizada no domicílio, quando fosse necessário, e sempre prestando serviços de orientação e educação sanitária.

Fazer diariamente visitas nas casas onde ha casos suspeitos de disenteria e febre tifoide, observar e dar conselhos sobre profilaxia. Comunicar ao médico casos novos. Registrar diariamente todas as visitas sendo feitas. Prestar qualquer socorro urgente aos operarios e suas familias. Aplicar injeções, fazer curativos e outros tratamentos segundo a ordem por escrito do médico em doente impossibilitado de vir ao ambulatorio. (Costa, 1936, p. 46)

A atuação da equipe de enfermagem na vigilância epidemiológica, através da notificação de novos casos de disenteria, foi de extrema importância nos esforços em refrear a disseminação das infecções altamente prevalentes no território pela busca ativa de pacientes e pelo emprego do tratamento no tempo mais oportuno das enfermidades. Esta medida foi implementada através das rotineiras inspeções aos acampamentos, que eram realizadas como primeira atividade das manhãs.

Simultaneamente neste percurso pelos campos, havia o emprego da vacinação, seja por via hipodérmica ou via oral, o que foi uma ação prioritária e indispensável para que enfim houvesse o progresso no estado da epidemia. A fim de superar a resistência inicial apresentada pela população em relação a esta providência, o relatório aponta para ações de acolhimento e escuta ativa, sendo acompanhada sempre do ensino sobre as vantagens da profilaxia, assim como dos efeitos colaterais esperados da intervenção, como descrito no trecho seguinte:

... [o emprego da oro-vacina] obrigava a que já desde ás primeiras horas da manhã (5 horas e 5.1/ 2) se puzessem as enfermeiras em campo, e não raro para caminhar mais de uma legua a pé, de turma em turma ou de barraca, em barraca e o que é mais, frequentes vezes vencendo recussa, mostrando perigos, apontando vantagens, para o cabo de verdadeiro sacrificio alcançar o desejado; e se atentarmos em que, vacina (e em grande copia fizemo-la por via hipodermica) com reacao, vezes varias febril, era já de si um obstáculo ao seu emprego, vemos quão redobrado esforço dispendemos e quão meritoria foi essa campanha. (Costa, 1936, p. 72)

A significância dos serviços prestados nos açudes foi expressiva de maneira a receber uma visita do Chefe do Governo provisório, Getúlio Vargas, com sua comitiva no ano de 1933, como foi relatado no Jornal “A Ordem” (A Ordem : Trabalho e justiça (CE), 1933). O emprego de medidas profiláticas, como a imunização generalizada e sistemática da população foi descrito em todos os pontos de assistência, onde foram realizadas mais de cento e dez mil imunizações contra tifo, disenterias e varíola (Costa, 1936, p. 37 e 38).

Situações de falha ou baixo desempenho nas atividades eram de fato pontuadas, porém sempre acompanhadas de justificativas que isentavam de responsabilidade a equipe comissionada e, em geral, atrelavam a imperfeição no desenvolvimento dos serviços à falta de recursos ou a imperícia dos recém-admitidos auxiliares, como é possível se perceber no excerto: “A propaganda de boas normas de alimentação infantil, infelizmente, não lorgou resultados mais positivos, nunca por falta de esforços, paciencia e espírito de abnegação por parte da enfermeira, mas pela inexistencia de leite” (Costa, 1936, p. 86)

A atuação das enfermeiras de saúde pública comissionadas pelo DNSP nos espaços assistenciais do Nordeste foi vasta, desde a organização dos pontos de assistência à Saúde até treinamento de pessoal pela comissão. Apesar desses registros históricos, o grau de resolutividade da comissão se mostrou insuficiente para conter a severidade da crise sanitária, demonstrado através de diversos quadros de notificação epidemiológica contidos no próprio relatório, assim como em relatos jornalísticos do período, que evidenciavam milhares de mortes todos os meses, totalizando aproximadamente 23 mil pessoas, somente no Estado do Ceará, dentre adultos, idosos e crianças (Rios, 1999).

5. Conclusão

O Relatório divulgado pelo DNSP apresenta um fragmento da organização dos serviços de saúde em meio à política de expansão do modelo sanitário distrital, permitindo reconstruir parte da história da saúde e da região Nordeste, assim como da trajetória da enfermagem. A atuação das Enfermeiras de Saúde Pública do DNSP se mostrou relevante pelo caráter de coordenação das atividades realizadas nos pontos de assistência, compatibilizando a difusão do modelo distrital de organização dos serviços, muitas vezes, por meio da improvisação dos espaços assistenciais, direcionando o fluxo terapêutico, executando ações de vigilância epidemiológica, educação em saúde, instalando medidas de profilaxia e principalmente formando e supervisionando os profissionais auxiliares.

A literatura histórica tem sido farta em apontar o fracasso das medidas sanitárias nos espaços assistenciais organizados especificamente no estado do Ceará, denominados como campos de concentração. Dessa forma, têm sido inviabilizados dados pormenorizados da atuação sanitária no conjunto dos espaços assistenciais distribuídos pelos três estados e a complexidade dos elementos envolvidos, tais como: disponibilidade de recursos materiais e humanos, dimensionamento de pessoal, condições estruturais dos espaços, dentre outros tão caros ao exercício da assistência em saúde pública da época. A análise deste relatório vem preencher esta importante lacuna da história da enfermagem e da saúde pública ao apresentar os relatos sobre as condições enfrentadas para a organização dos serviços de saúde em caráter emergencial, conduzidos em grande parte, à cargo das enfermeiras consideradas padrão ouro para a época.

No entanto, este artigo não teve a pretensão de esgotar-se no que diz respeito a complexidade envolvida na organização dos serviços sanitários para atendimento dos flagelados da seca de 1932. Por isso, ateve-se a análise dos registros feitos sobre as enfermeiras de saúde pública dentro de um relatório oficial recém-descoberto nos arquivos do DNOCs, evidenciando que há muito mais a se pesquisar a respeito deste evento traumático para a história da população do semiárido nordestino. Sugere-se, portanto, investimentos em novos estudos relacionados às políticas públicas de saúde empregadas na referida seca. A recente descoberta deste relatório, evidencia que a ampliação do modelo distrital sanitário no sertão nordestino do país no início da década de 1930, assim como, o papel da enfermagem e outros protagonistas na sua difusão constituem, portanto, objetos que necessitam ser mais aprofundados pela produção científica, tendo em vista o potencial de contribuição para a história da saúde pública do Brasil.

Referências

- A Ordem: Trabalho e justiça (CE) – Preparativos para a recepção do chefe da Nação. (1933, September 13). Memoria.bn.br. <http://memoria.bn.br/DocReader/docreader.aspx?bib=234702&pasta=ano%20193&pesq=getulio%20vargas&pagfis=3647>
- Andrade, J. B. F. (2021). A “comissão de profilaxia” e a produção de uma bioestatística sobre a saúde e a doença nos canteiros de obras da IFOCS (1932-1934). *Fênix - Revista de História E Estudos Culturais*, 18(2), 161–184. <https://doi.org/10.35355/revistafenix.v18i2.1021>
- Batista, F., Santos, O., Alves, F., Carregal, S., Siqueira, R., Schreck, C., & De Cássia Marques, R. (2020). Padrão Anna Nery e perfis profissionais de enfermagem possíveis para enfermeiras e enfermeiros no Brasil. *Hist Enferm Rev Eletronica*, 11(1), 10–21. <http://here.abennacional.org.br/here/v11/n1/a1.pdf>
- Campos, C. E. A. (2007). As origens da rede de serviços de atenção básica no Brasil: o Sistema Distrital de Administração Sanitária. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 14(3), 877–906. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702007000300011>
- Campos, C. E. A., Cohn, A., & Brandão, A. L. (2016). Trajetória histórica da organização sanitária da Cidade do Rio de Janeiro: 1916-2015. Cem anos de inovações e conquistas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(5), 1351–1364. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.00242016>
- Costa, J. B. P. (1936) Relatório da Comissão Médica de Assistência e Profilaxia aos Flagelados do Nordeste. *Heitor Ribeiro e CIA*. Apresentado ao Diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública em 30/08/33.
- De Nys, E., Engle, N., & Magalhães, A. (2016). Secas no Brasil Política e gestão proativas. *Centro De Gestão E Estudos Estratégicos- CGEE; Banco Mundial*. https://www.cgee.org.br/documents/10182/734063/seca_brasil-web.pdf
- Estequi, J. G., Couto, D. S., Perinoti, L. C. S. D. C., & De Figueiredo, R. M. (2021). O Protagonismo Da Enfermagem Nas Doenças Infecciosas E Epidemias Comunitárias No Brasil The Role Of Nursing In Infectious Diseases And Community Epidemics In Brazil. *Cuid Enferm*, 15(1), 119-128. <http://www.webfipa.net/facfipa/ner/sumarios/cuidarte/2021v1/p.119-128.pdf>
- Fallante, B. de S. C., & Barreira, L. de A. (1998). Significados da visita domiciliar realizada pelas enfermeiras de saúde pública nas décadas de 20 e 30. *Esc. Anna Nery R. Enferm*, 2(3), 72–85. <https://cdn.publisher.gn1.link/eean.edu.br/pdf/v2n3a07.pdf>
- Ferreira, L. O., & Salles, R. B. B. (2019). A origem social da enfermeira padrão: o recrutamento e a imagem pública da enfermeira no Brasil, 1920-1960. *Nuevo Mundo Mundos Nuevos. Nouveaux Mondes Mondes Nouveaux - Novo Mundo Mundos Novos - New World New Worlds*. <https://doi.org/10.4000/nuevomundo.77966>
- Floriano, A. A., Franco, A. A., Souza, A. B. T., Carvalho, B. L., Guinancio, J. C., Sousa, J. G. M. & Ribeiro, W. A. (2020). Florence Nightingale’s contribution to the ascendancy of nursing care: from the historical context to contemporary care. *Research, Society and Development*, 9(7): 1-28, e701974623
- Jooris, T. J., Pellon, L. H. C., & Amorim, W. M. de. (2016). As exercentes da enfermagem cearense no governo Vargas (1930-1945). *Temperamentvm*, 12(23), t10553–t10553. <https://ciberindex.com/index.php/t/article/view/t10553>
- Kripka, R., Scheller, M., & Bonotto, D. L. (2015). Pesquisa Documental: considerações sobre conceitos e características na Pesquisa Qualitativa. *CIAIQ2015*, 2, 243–247. <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2015/article/view/252>
- Lauriano, A. G., & Barreira, I. de A. (2002). Reconfiguração do serviço de enfermagem de saúde pública na cidade do Rio de Janeiro na virada da década de 20 para a de 30. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 6(1), 39–52. http://revistaenfermagem.eean.edu.br/2017/detalhe_artigo.asp?id=1194
- Lourenço, M. B. C., Pinto, C. M. I., Silva Junior, O. C. da, Lourenço, L. H. S. C., Paes, G. O., & Oliveira, A. B. de. (2017). The inclusion of Brazilian flight female nurses in the second world war: challenges and achievements. *Escola Anna Nery*, 21(4), 1–8. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0008>
- Lima, K. R. B., da Silva, J. A., & Pereira, L. A. (2010). Uma Análise Sobre A Política Pública De Saúde no Brasil Enfatizando o Contexto Neoliberal. *Anais da I Conferência Nacional de Políticas Públicas contra a Pobreza e a Desigualdade*. https://www.mpma.mp.br/images/arquivos/caopsa%20C3%BAde/Publica%20C3%A7%20C3%B5es/UMA_AN%20C3%81LISE_SOBRE_A_POL%20C3%8DTICA_P%20C3%9ABLICA_DE_SA%20C3%9ADE_NO_BRASIL_ENFATIZAND_O_O_CONTEXTO_NEOLIBERAL.pdf
- Padilha, M. I., Bellaguarda, M. L. dos R., Nelson, S., Maia, A. R. C., & Costa, R. (2017). O Uso Das Fontes Na Condução Da Pesquisa Histórica. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 26(4), 1–10. <https://doi.org/10.1590/0104-07072017002760017>

Otávio, C. (2022). Campos de concentração cearenses em 1932 tiveram como base teorias racistas contra sertanejos, diz pesquisadora. <https://oglobo.globo.com/brasil/direitos-humanos/campos-de-concentracao-cearenses-em-1932-tiveram-como-base-teorias-racistas-contra-sertanejos-diz-pesquisadora-25401585>

Rios, K. S. (2014). *Isolamento e poder Fortaleza e os campos de concentração na seca de 1932*. Imprensa Universitária. https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/10380/1/2014_liv_ksrios.pdf

Rios, K. (1999). O Curral dos Flagelados: Os Campos de Concentração no Ceará durante a seca de 1932. (pp. 33–41). *Revista Canudos*. <https://www.revistas.uneb.br/index.php/canudos/article/view/6387/4043>

Rocha, L. B., & Barreira, I. de A. (2002). A enfermagem e a condição feminina: figuras-tipo de mulheres no Estado Novo. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 6(2), 195-210. <https://www.redalyc.org/pdf/1277/127718283005.pdf>.

Stutz, B. L. (2011). As Primeiras Escolas De Enfermagem e o Desenvolvimento Desta Profissão No Brasil. *Cadernos De História Da Educação*, 9(2), 347–362. <https://seer.ufu.br/index.php/che/article/view/11450>