



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

NILDO BATISTA MASCARENHAS

A INSERÇÃO DA ENFERMEIRA BRASILEIRA NO CAMPO DA SAÚDE PÚBLICA
(1920-1925)

SALVADOR
2013

NILDO BATISTA MASCARENHAS

**A INSERÇÃO DA ENFERMEIRA BRASILEIRA NO CAMPO DA SAÚDE PÚBLICA
(1920-1925)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito de aprovação para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, área de concentração Gênero, Cuidado e Administração em Saúde, linha de pesquisa Organização e Avaliação dos Sistemas de Cuidados à Saúde.

Orientadora: Professora Dr^a. Cristina M^a Meira de Melo

SALVADOR
2013

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Universitária de Saúde, SIBI - UFBA.

M395 Mascarenhas, Nildo Batista

A inserção da enfermeira brasileira no campo da saúde pública (1920-1925) / Nildo Batista Mascarenhas. – Salvador, 2013.

110 f.

Orientadora: Prof^a Dr^a Cristina Maria Meira de Melo.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia. Escola de Enfermagem, 2013.

1. Enfermeira. 2. Saúde Pública. 3. Enfermagem- História. I. Melo, Cristina Maria Meira de. II. Universidade Federal da Bahia. III. Título.

CDU 616-083

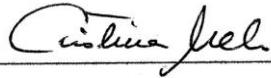
NILDO BATISTA MASCARENHAS

A INSERÇÃO DA ENFERMEIRA BRASILEIRA NO CAMPO DA SAÚDE PÚBLICA
(1920-1925)

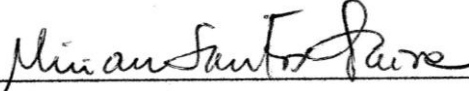
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito de aprovação para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, área de concentração Gênero, Cuidado e Administração em Saúde, linha de pesquisa Organização e Avaliação dos Sistemas de Cuidados à Saúde.

Aprovada em vinte e sete de junho de 2013.

BANCA EXAMINADORA

Cristina Maria Meira de Melo 
Doutora em Saúde Pública e Professora da Universidade Federal da Bahia

Joana Angélica Oliveira Molesini 
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Católica do Salvador

Mirian Santos Paiva 
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

Heloniza Oliveira Gonçalves Costa 
Doutora em Administração e Professora da Universidade Federal da Bahia

DEDICATÓRIA

Para Maria Vilma (mãe) e Nildo (pai), por tudo e por qualquer coisa.

Para Cristina Melo, que aqui representa todas as enfermeiras que construíram e constroem a saúde pública e a enfermagem brasileira.

AGRADECIMENTOS

A Maria Vilma (mãe) e Nildo (pai), por oferecer tudo o que há de melhor neste mundo. Sem vocês, minhas conquistas pessoais e profissionais não teriam sentido.

A Cristina Melo, por ser exatamente quem é. Poderia enumerar aqui os motivos que tenho para te agradecer, mas percebi que as palavras não expressariam, neste curto espaço, minha gratidão em ser/ter sido seu aluno, orientando e colega de trabalho. Deste modo, só me resta escrever: muito obrigado minha mestra!

A Norma Fagundes, pelo companheirismo, por orientar meus primeiros passos no mundo da docência, por ampliar minhas perspectivas e pelos tantos momentos felizes que somente dois leoninos juntos sabem ter.

A Maísia e Maria de Lourdes (*in memoriam*), por sempre acreditar, confiar e apoiar.

A Gabriela, Leilane e Igo, amigos de ontem, hoje e sempre, pelo crescimento juntos, pelos momentos compartilhados, pela escuta sempre atenta e por pularem de felicidade quando conclui este estudo.

Ao grupo GERIR, pelos incontáveis momentos de aprendizado coletivo.

A Sandra Moraes, arquivista do Centro de Documentação (CEDOC) da Escola de Enfermagem Anna Nery da UFRJ, por facilitar (e muito) a coleta dos dados, pela paciência em responder minhas dúvidas, por me guiar no “mar” de documentos do CEDOC e pela alegria em receber um baiano em terras cariocas.

Aos companheiros e companheiras da Associação de Pós-graduandos da UFBA (APG-UFBA), aqui representados por Melina (Mel), Linnesh (Lina), Murilo (Murilão) e Cristina Paraíso (Tina), pela luta, pelas conquistas alcançadas, pelo companheirismo, por me apresentar, decifrar e concretizar meu gosto pela obra de Karl Marx e Friedrich Engels.

A Cesar Moreira, pelo apoio incondicional, pela compreensão e pelo auxílio nos momentos de ausência.

A Joana Molesini, pelas sugestões, pelo apoio, pela disponibilidade e pelas produtivas e contagiantes conversas “históricas”.

Às professoras Heloniza Costa e Silvone Santa Bárbara e ao professor Luiz Antonio de Castro Santos, pelas contribuições no exame de qualificação.

Às professoras Joana Molesini, Mirian Paiva e Heloniza Costa, pelas inúmeras contribuições na defesa desta dissertação.

Às colegas de turma, especialmente Tatiane, Rosyline e Fátima do Rosário, pelas construções, pelas críticas e por tornar o desenvolvimento do mestrado mais leve, divertido e revestido de aprendizado.

Às coordenadoras do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFBA, Edméia Coelho e Fernanda Mussi, pela abertura ao diálogo com as (os) discentes e pela dedicação ao PGENF. Tenho certeza que todos os esforços resultarão em bons frutos para o Programa.

As ensinanças da dúvida

*Tive um chão (mas já faz tempo)
todo feito de certezas
tão duras como lajedos.*

*Agora (o tempo é que fez)
tenho um caminho de barro
umedecido de dúvidas.*

*Mas nele (devagar vou)
me cresce funda a certeza
de que vale a pena o amor*

(Thiago de Mello)

RESUMO

MASCARENHAS, Nildo Batista. **A inserção da enfermeira brasileira no campo da saúde pública (1920-1925)**. 2013. 110 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013.

Trata-se de um estudo histórico cujo objetivo foi analisar a inserção da enfermeira brasileira no campo da saúde pública, entre 1920 e 1925. A busca por indícios ocorreu na Biblioteca Universitária de Saúde Professor Álvaro Rubin de Pinho da UFBA e no Centro de Documentação da Escola de Enfermagem Anna Nery da UFRJ. Após esta busca, construiu-se um *corpus* documental, cujas fontes foram: documentos publicados pelo Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP); pesquisas sobre o objeto do estudo; discursos de dirigentes de Estado e de protagonistas da reforma sanitária. A construção da narrativa ocorreu por meio da Micro História. A inserção da enfermeira brasileira no campo da saúde pública foi determinada por fatores políticos, ideológicos e de gênero. Em 1920, juntamente com a conformação do DNSP, surgiu a enfermeira-visitadora, trabalhadora sem qualificação profissional, que não possuía formação em enfermagem; integrava o *staff* “subalterno” do DNSP e considerada uma agente submissa ao poder médico. O trabalho desta agente era exclusivamente a visita domiciliar, a educação sanitária e a vigilância higiênica às pessoas acometidas pela tuberculose. Em setembro de 1921, após um acordo estabelecido entre o DNSP e a Fundação Rockefeller, a enfermeira norte-americana Ethel Parsons aportou no País. Com a chegada desta enfermeira iniciou-se a Missão Parsons, que teve um papel fundamental na implantação de um novo modelo de enfermeira no Brasil, a enfermeira moderna/enfermeira de saúde pública. Esta agente foi inserida no cenário brasileiro como uma trabalhadora qualificada, com formação em enfermagem que rompia com o modelo elementar da enfermeira-visitadora de 1920. Porém, mesmo após uma luta simbólica empreendida por Ethel Parsons para desconstruir preconceitos e implantar o seu projeto de enfermagem moderna/profissional, predominava no imaginário social a representação de que a enfermeira era uma trabalhadora subalterna, submissa ao poder e ao olhar hierárquico do médico. Concluiu-se que a enfermeira foi uma protagonista da História da saúde pública nos anos 1920. Apesar do contexto desfavorável à implantação da enfermagem moderna/profissional no país, não se pode negar que como *staff* técnico de um projeto de Estado, as enfermeiras viabilizaram e sustentaram o projeto de saúde pública cujo eixo operativo era a educação sanitária.

Palavras-chave: Enfermeira. Saúde Pública. Enfermagem.

ABSTRACT

MASCARENHAS, Nildo Batista. **The insertion of brazilian nurse in the public health (1920-1925)**. 2013. 110 f. Dissertation (Master's in Nursing) – School of Nursing, Federal University of Bahia (*Universidade Federal da Bahia: UFBA*), Salvador, 2013.

It is a historical study aimed to examine the insertion of Brazilian nurses in the public health, between 1920 and 1925. The search for evidence occurred in the University Library Health UFBA Professor Alvaro Rubin de Pinho and Documentation Center School of Nursing Anna Nery UFRJ. After this search built up a corpus of documents whose sources were: documents published by National Department of Public Health (*Departamento Nacional de Saúde Pública: DNSP*); research on the subject of the study; speeches of leaders of State. The construction of the narrative occurred through the Micro History. The insertion of Brazilian nurses in the public health was determined by historical, political and ideological factors. In 1920 along with the conformation of DNSP emerged the visiting nurse, unskilled worker who had no training in nursing; integrated the "subordinate" staff of DNSP; and was considered an agent submissive to medical power. The work of this agent was exclusively a home visit that would be operationalized using elementary knowledge, with the visiting acting as the link between doctors and families. In September 1921, after an agreement between the DNSP and the Rockefeller Foundation the american nurse Ethel Parsons arrived in the Country. With the arrival of this nurse began the Mission Parsons that had a key role in the implementation of a new model of nurse in Brazil, the modern nurse / public health nurse. This agent was inserted in Brazil as a skilled worker, with training in nursing that broke with the elementary model visiting nurse 1920. However, predominated in the social imaginary the representation that the nurse was a subordinate working, submissive to power and look hierarchical medical. It was concluded that the nurse was a protagonist in the history of public health in the 1920s. Despite the unfavorable environment for the deployment of modern nursing/professional, cannot be denied that as technical staff of a State project, nurses made possible and supported the public health project whose axis was health education.

Key-words: Nurse. Public Health. Nursing.

RESUMEN

MASCARENHAS, Nildo Batista. **La inserción de la enfermera brasileña en campo de la salud pública**. 2013. 110f. Disertación (Máster en Enfermería) - Programa de Postgrado en Enfermería, Universidad Federal da Bahia, Salvador, 2013.

Se trata de un estudio histórico que tuvo como objetivo examinar la inserción de la enfermera brasileña en campo de la salud pública, entre 1920 y 1925. La búsqueda de pruebas tuvo lugar en la Biblioteca de la Universidad de la Salud Profesor Alvaro Rubin de Pinho UFBA y el Centro de Documentación de la Escuela de Enfermería Anna Nery da UFRJ. Después de esta búsqueda, se elaboró un corpus documental, cuyas fuentes fueron: documentos publicados por el Departamento Nacional de Salud Pública (DNSP); investigaciones sobre el objeto de estudio; y discursos de jefes de Estado y protagonistas de la reforma de la salud. La construcción de la narrativa se realizó a través de la Historia Micro. La inserción de la enfermera brasileña en campo de la salud pública, entre 1920 y 1925, se determinó por factores político, ideológico y de género. En 1920, junto con la conformación de la DNSP, vino la enfermera-visitadora, trabajadora no cualificada, que no tenía formación en enfermería; fue parte del personal “subalterno” de el DNSP y se considera un agente sumisa al poder médico. El trabajo de este agente era sólo visitas a los hogares, la educación para la salud y el control de la higiene de las personas afectadas por la tuberculosis. En septiembre de 1921, a través de un acuerdo entre lo DNSP y la Fundación Rockefeller, la enfermera Ethel Parsons llegó al país. Con la llegada de esta enfermera comenzó la Misión Parson, que tuvo un importante papel en la implementación de un nuevo modelo de enfermería en Brasil, la enfermera moderna/enfermera de salud pública. Esta nueva enfermera se insertó en el escenario brasileño como una trabajadora cualificada, con la formación en enfermería, que rompió con el modelo elemental de la enfermera-visitadora de 1920. Sin embargo, incluso después de una lucha simbólica llevada a cabo por Ethel Parsons para deconstruir prejuicios y implementar el proyecto moderno de enfermería /profesional, mayoritariamente la representación social era que la enfermera era un trabajadora subordinada, sumisa al poder médico y la jerarquía. Se concluyó que la enfermera era un protagonista en la historia de la salud pública en la década de 1920. A pesar del entorno desfavorable para la implementación de la enfermería moderna / profesional en el País, no se puede negar que como personal técnico de un proyecto estatal, la enfermeras hecho posible el proyecto de salud pública cuyo eje era la educación para la salud.

Palabras clave: Enfermera. Salud Pública; Enfermería.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Matriz genérica da construção do estudo, conforme Barros (2008).	31
Figura 2 - Matriz gráfica da construção do estudo.	32
Figura 3 - Capa do panfleto “A enfermeira moderna - appello às moças brasileiras”. Brasil (1921).	79
Figura 4 - Contra-capa do panfleto “A enfermeira moderna- appello às moças brasileiras”. Brasil (1921).	79
Figura 5 - Diagrama elaborado por Edith Fraenkel, que ilustra genericamente um organograma do DNSP. (FRAENKEL, 1934).	85
Figura 6 - Primeira turma de visitadoras de higiene. Brasil (1922).	88

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 MÉTODO	25
3 CONJUNTURA HISTÓRICA E O CAMPO DA SAÚDE PÚBLICA (1889-1919)	39
3.1 CONTEXTO ECONÔMICO, POLÍTICO E IDEOLÓGICO	39
3.2 O CAMINHO ATÉ A IMPLANTAÇÃO DO DEPARTAMENTO NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA	47
4 CONJUNTURA HISTÓRICA, REFORMA SANITÁRIA E A ENFERMEIRA (1920-1925)	61
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	98
REFERÊNCIAS	103
ACERVOS PESQUISADOS	106
FONTES UTILIZADAS	106

1 INTRODUÇÃO

“Todo começo é difícil em qualquer ciência”
(Karl Marx)

O objetivo deste estudo é analisar a inserção da enfermeira brasileira no campo da *saúde pública*¹, entre 1920 e 1925. Para isso, parte-se da compreensão de que a enfermagem, como um campo de atuação profissional, é também um campo de *prática social*², sujeito a permanente transformação e que se relaciona com a estrutura econômica, política e ideológica da sociedade brasileira. Nesta perspectiva, considera-se que esta inserção resultou de um movimento histórico que demarcou o lugar da enfermeira no campo da saúde pública em uma conjuntura específica da formação social brasileira e fundamentou as bases da sua prática, as quais ainda hoje a constituem.

Historicamente, a inserção da enfermeira brasileira no campo da saúde pública coincidiu com a gênese do campo da enfermagem profissional no Brasil e iniciou na década de 1920, dentro do aparelho de Estado e no bojo de uma reforma sanitária. Cabe salientar que apesar da Escola Profissional de Enfermeiras e Enfermeiros do Hospital Nacional de Alienados e a Escola Prática de Enfermeiras da Cruz Vermelha Brasileira serem fundadas em 1890 e 1916, respectivamente, considera-se que a gênese do campo da enfermagem profissional iniciou em 1921, com a chegada ao Brasil da Missão Parsons.

Foi com esta Missão que se iniciou a institucionalização da profissão de enfermeira no Brasil, mediante a implantação de um modelo de formação específico, a sistematização de um corpo de conhecimentos e a divulgação da profissão nascente na sociedade brasileira. No transcorrer desta Missão, registrou-se ainda a demarcação do lugar da enfermeira no campo da saúde pública, a criação de uma demanda para a utilização da força de trabalho desta profissional e a participação do Estado como definidor, investidor e controlador do uso da força de trabalho da enfermeira.

¹ Nessa investigação, o termo Saúde Pública refere-se à “(...) configuração de um dado modelo tecno-assistencial, que expressa um projeto de política organicamente articulado a determinadas forças sociais atuantes nas arenas políticas decisórias” (MERHY, 1992, p. 50). Com base nesta definição, observa-se que a Saúde Pública além de ser um campo de organização assistencial e tecnológica das ações de saúde, é uma política social cuja conformação depende de uma arena decisória específica, inerente ao interior de governos particulares. Nestes governos particulares, diversos segmentos sociais colocam, direta ou indiretamente, seus modelos tecno-assistenciais em disputa, na forma de projeto de políticas. Dentre estes segmentos, os médicos são a categoria profissional que, historicamente, se manifestou com maior peso em relação ao campo da saúde pública (MERHY, 1992).

² Compreende-se prática social como “o modo de ação social de um grupo de agentes sociais, tendente de forma variável à sua integração no conjunto de práticas estruturadas, o que quer dizer também sua participação na constituição de uma determinada forma de organização da sociedade” (MENDES-GONÇALVES, 1979, p. 91).

Observa-se que a década de 1920 foi um momento fundamental para a enfermagem brasileira. Segundo Fritsch (1993, p.3), esta mesma década “é uma das mais importantes do ponto de vista da história econômica, política e cultural brasileira, e mesmo mundial. É um período de transição, de grande efervescência, que tem paralelos interessantes com o que acontece hoje”.

Para o campo da saúde pública, os anos 1920 é um marco histórico, pois foi neste momento que a saúde é transformada em um bem coletivo e/ou público (HOCHMAN, 1993), ou, como afirmam Braga e Paula (1981), em uma questão social. Ademais, Hochman (1998) complementa que na referida década existiu oportunidades políticas únicas, que não se repetiram em outros momentos da história do Brasil, e que possibilitaram a operacionalização de uma ampla reforma no setor saúde.

A reforma sanitária ocorrida nos anos 1920 começou a ser discutida no final da década de 1910, num contexto de crise social, mobilização da classe trabalhadora e de debates em torno das questões de higiene e saúde pública. O conjunto de proposições dessa reforma teve como base ideológica o nacionalismo e o higienismo, que além de influenciarem a conformação da política de saúde nos anos 1920, impulsionaram a substituição de uma intervenção em saúde pública pautada na concepção de polícia sanitária para a outra de educação sanitária.

Neste sentido, Faria (2007, p.16) comenta que “(...) nessa fase, o chamado campanhismo policial, de caráter autoritário (lembrando aqui as campanhas de vacinação de Oswaldo Cruz), foi substituído por um novo modelo de atuação, tendo por bases a preocupação com a ‘consciência sanitária’ e a ênfase no processo pedagógico”. Com efeito, a educação sanitária foi assumida pelo Estado como “a pedra de toque” da política de saúde pública na década de 1920 (FARIA, 2007).

O ponto de partida da reforma sanitária foi a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), através do *decreto n. 3.987, de 02 de Janeiro de 1920*³. Esse Departamento emergiu no cenário brasileiro como um aparelho institucional complexo, responsável pela execução de ações tanto no Distrito Federal (Rio de Janeiro) como em diversos estados do território nacional. No referido Decreto, o DNSP aparece como um

³ Este Decreto, além de criar o Departamento Nacional de Saúde Pública, estabeleceu as novas bases burocrático-administrativas da Saúde Pública brasileira.

aparelho conformado para centralizar o comando do campo da saúde pública e ampliar a intervenção do Estado sobre o corpo social.

Salienta-se que a conformação do DNSP significou uma inovação para o campo da saúde pública, já que com este Departamento “(...) se constituía no Brasil, pela primeira vez, uma estrutura hierarquizada e burocratizada, de dimensões nacionais, na área de higiene e medicina preventiva” (PEREIRA NETO, 2001, p. 28). Além disso, a criação do DNSP possibilitou às classes dirigentes centralizar, em um único aparelho de Estado, as intervenções sobre determinados problemas sociais e de saúde pública que impediam o avanço da ordem republicana e capitalista (COSTA, 1985).

Com base nessas considerações, afirma-se que o DNSP, como parte integrante do projeto de saúde pública formulado por um grupo de homens, médicos e sanitaristas que ascenderam ao interior do aparelho de Estado, foi o lugar conformado para materializar as proposições da reforma sanitária e engendrar um processo de modernização no campo da saúde pública, cujos efeitos são notados nos *Códigos Sanitários*⁴ que regulamentavam o DNSP.

Os Códigos Sanitários incorporaram um conjunto de ações que até 1920 não eram assumidas pelo Estado nacional. Dentre estas ações, uma das atribuições do DNSP foi a formação de agentes qualificados em saúde pública. Segundo Castro Santos e Faria (2006), o movimento pela formação de profissionais especialistas em saúde pública iniciou em 1920 e produziu propostas que eram debatidas em reuniões organizadas pela Sociedade Brasileira de Higiene. Posteriormente, estas propostas foram incorporadas a um novo projeto institucional voltado para a especialização em saúde pública (CASTRO SANTOS; FARIA, 2006).

Nota-se que o contexto de modernização da saúde pública e de reforma sanitária demandava mão de obra qualificada para operacionalizar a política de saúde nascente, cujas bases estavam assentadas em um “(...) modelo de saúde pública voltado para a educação em higiene ou para a ‘conscientização sanitária’” (CASTRO-SANTOS; FARIA, 2006, p.294). É nesse contexto que o Estado brasileiro começou a investir diretamente na formação da força de trabalho da enfermeira profissional. Cabe ressaltar que o lugar desta agente no campo da saúde pública estava definido desde o Código Sanitário de 1920.

⁴ Decreto n. 14.354, de 15 de setembro de 1920 e decreto n. 16.300, de 31 de dezembro de 1923, respectivamente.

Nesse Código Sanitário, o trabalho da enfermeira, designada ‘enfermeira-visitadora’, foi instituído para complementar o trabalho médico no controle da tuberculose, através da educação sanitária, da visita domiciliar e da vigilância. Essas ações condiziam com o modelo de saúde pública “(...) em torno do qual se arremontavam os sanitaristas, preocupados com a prevenção de doenças e a criação de hábitos de higiene no ‘corpo’ social” (MOREIRA, 1999, p.621). Além da sua função complementar, o trabalho das enfermeiras visitadoras era subordinado ao trabalho médico, atuando diretamente nos domicílios como elo entre os médicos e as famílias.

Diante disso, Porto e Santos (2007) comentam que a reforma sanitária dos anos 1920 possibilitou a inserção de um novo agente no campo da saúde, neste caso a mulher/enfermeira, cujas habilidades pessoais, do gênero feminino e profissionais facilitaram e possibilitaram a implantação do projeto de saúde pública gestado por um grupo de homens, médicos/sanitaristas envolvidos com a reforma sanitária. Ayres e cols (2012, p. 866) complementam que “a questão da tuberculose como 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”, como é o caso da enfermeira-visitadora.

É preciso ressaltar que a inserção da enfermeira em uma repartição pública federal - o DNSP – ocorreu sob o poder simbólico dos médicos e sanitaristas envolvidos com a reforma sanitária (AYRES e cols, 2012), o que foi anteriormente registrado por Alcântara (1963, p. 26): “foram as exigências dos sanitaristas do DNSP, empenhados na obtenção do pessoal especializado para o funcionamento dos novos e modernos serviços, que determinaram a emergência da nova categoria profissional”. Dentre os sanitaristas envolvidos no processo de inserção da enfermeira no campo da saúde pública destacam-se Carlos Chagas⁵, Plácido Barbosa, José Paranhos de Fontenelle e Amaury de Medeiros.

Esses sanitaristas defendiam e propagandeavam a formação e a inserção das enfermeiras visitadoras no DNSP, inclusive antes da publicação do Código Sanitário de 1920, quando “J.P. Fontenelle já declarava em seus escritos a formação das enfermeiras visitadoras e a introdução destas no serviço especializado de tuberculose” (AYRES e cols, 2010, p.175). Paixão (1979) complementa que em 1919, J.P. Fontenelle publicou um artigo sobre educação sanitária, em “O Jornal”, e neste documento foi enfatizada a necessidade de enfermeiras-visitadoras no campo da saúde pública. Diante destes fatos, questiona-se: qual o interesse

⁵ Diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública, entre 1920 e 1926.

desses sanitaristas em inserir a enfermeira-visitadora no projeto de saúde pública formulado pelo grupo ao qual eles pertenciam?

Ao analisar alguns discursos produzidos por J.P. Fontenelle, Ayres e cols (2010) constataram que a enfermeira-visitadora foi inserida no campo da saúde pública para ser a auxiliar (subalterna) do homem/médico. O trabalho desenvolvido por esta agente social era essencialmente a visita domiciliar, que antes era responsabilidade dos médicos, mas que no contexto da reforma sanitária deveria ser realizada pela mulher/enfermeira visitadora (AYRES e cols, 2010). Em relação à visita domiciliar, Souza e Amorim (2005) afirmam que os médicos a consideravam uma atividade que necessitava de pouco conhecimento técnico-científico e, portanto, eles não deveriam perder tempo com tal atividade.

Além destes achados, Barreira (1992, p.50) constatou também que “o grande interesse e empenho dos sanitaristas do DNSP [*em inserir enfermeiras visitadoras no DNSP*] prendia-se à atuação da enfermeira de saúde pública, que haviam observado no curso de saúde pública da Universidade John Hopkins, Baltimore, EUA”. Esta afirmação indica a influência norte-americana para a inserção da enfermeira no campo da saúde pública no Brasil, na formulação do projeto que originou o DNSP e na formação dos autores que conduziram a reforma sanitária nos anos 1920. Neste contexto, a Fundação Rockefeller foi a instituição norte-americana que mais interferiu nos rumos da saúde pública brasileira na década de 1920.

De acordo com Castro-Santos e Faria (2004), a presença da Fundação Rockefeller no Brasil não resultou de uma imposição, mas de uma decisão do Estado brasileiro, que optou por estabelecer acordos com esta instituição. As relações entre o Brasil e essa Fundação se aprofundaram a partir de 1915, ano em que chegou ao País a primeira comissão médica da Fundação Rockefeller. Com a chegada desta comissão, a Fundação concedeu bolsas de estudo a médicos/sanitaristas, como J.P. Fontenelle, Plácido Barbosa e João de Barros Barreto, para participar do Curso de Saúde Pública na Johns Hopkins University (CASTRO-SANTOS e FARIA, 2004).

Estes mesmos autores (p.123-4) destacam que “a cooperação internacional entre a Fundação Rockefeller e os governos brasileiros fomentou alguns passos decisivos para a reforma sanitária no país, com ênfase no apoio ao ensino da higiene e à formação de profissionais de saúde pública desde as primeiras décadas do século 20”; e que as origens da profissionalização médica, do médico sanitarista e da enfermeira estão fortemente associadas aos trabalhos desta instituição no Brasil.

À luz destes elementos, observa-se que a referência da enfermeira-visitadora no conteúdo do Código Sanitário de 1920 indica que a política de saúde nos anos 1920 incorporou características do modelo de saúde pública utilizado nos EUA e difundido pela Fundação Rockefeller. No campo da saúde pública norte-americana, o trabalho das enfermeiras visitadoras era utilizado desde o final do século XIX. Observa-se também que o trabalho da enfermeira visitadora abarcou uma parcela das práticas em saúde pública que não era considerada como integrante do trabalho médico. Esta última afirmação leva a constatar que a constituição de uma nova trabalhadora no setor saúde, neste caso a enfermeira, resultou da divisão social e técnica do trabalho no interior do campo da saúde pública, e que o trabalho da enfermeira, além de estratégico, foi utilitário ao projeto de saúde pública que se institucionalizou com a organização e implantação do DNSP.

Ademais, os indícios já elencados apontam que a enfermeira foi considerada como agente da política de saúde pública no momento da sua formulação e num contexto histórico onde esta trabalhadora não atuava no espaço público e nem possuía os atributos para se conformar como profissão. A definição do lugar a ser ocupado por esta trabalhadora no campo da saúde pública ocorreu conforme os interesses dos homens/médicos/sanitaristas envolvidos com a reforma sanitária e sob a égide da intervenção norte-americana no País. Destaca-se que o lugar da enfermeira-visitadora no campo da saúde pública, o da visita domiciliar, possibilitou que esta agente social fosse a porta-voz dos médicos e do Estado no tecido social e mediasse as relações (também conflituosas) entre o Estado e a população.

Para melhor compreender esta inserção, um fato que merece ser discutido é a formação das enfermeiras-visitadoras no âmbito do DNSP. No Código Sanitário de 1920, identifica-se que essas trabalhadoras somente seriam admitidas quando possuíssem um diploma da Escola de Enfermeiros do DNSP ou após aprovação em um exame realizado pela Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose. Ayres e cols (2010) afirmam que o primeiro curso do DNSP para formar enfermeiras-visitadoras ocorreu em novembro de 1920, após a viagem de *Plácido Barbosa*⁶ aos Estados Unidos e 10 meses após o início da organização do próprio Departamento. Neste momento, J.P. Fontenelle era o dirigente responsável pela Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose.

O primeiro curso para formação de enfermeiras-visitadoras do DNSP foi realizado emergencialmente, para o atendimento das demandas DNSP, especialmente da Inspetoria de

⁶ Em 1920, Plácido Barbosa era o dirigente responsável pela Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose.

Profilaxia da Tuberculose. Com duração de dois meses, ele foi ministrado por sanitaristas do referido Departamento. Finalizado o curso, seis enfermeiras visitadoras começaram a trabalhar no Departamento Nacional de Saúde Pública (AYRES e cols, 2010). Destaca-se que Fontenelle reconheceu que este curso teve falhas e que o mesmo necessitava reformulações:

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 [enfermeiras] 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 apud AYRES e cols, 2010, p.178).

Tais fatos iniciais auxiliam na compreensão do motivo que levou o Estado brasileiro a estabelecer um convênio com a Fundação Rockefeller, em 1921, para estruturar a formação de enfermeiras. Segundo Moreira (1999), a aproximação entre o DNSP e a referida Fundação, para estruturar um serviço de enfermagem no campo da saúde pública, iniciou em janeiro de 1921, apenas dois meses após o primeiro curso preparatório das enfermeiras-visitadoras, quando Plácido Barbosa contatou o diretor-geral do *International Health Board (IHB)*⁷ da Fundação Rockefeller. No entanto, as viagens de Plácido Barbosa, e posteriormente de Carlos Chagas, aos Estados Unidos, entre 1920 e 1921, indicam que possivelmente os contatos entre o DNSP e a Fundação Rockefeller, para institucionalizar o campo da enfermagem de saúde pública, são anteriores a 1921.

Os contatos iniciais entre o DNSP e o IHB resultaram na formalização, em maio de 1921, de um acordo de cooperação técnica entre essas instituições. Em consequência, conformou-se a *Missão de Cooperação Técnica para o Desenvolvimento da Enfermagem no Brasil*⁸, cuja coordenação foi delegada à enfermeira norte-americana *Ethel Parsons*⁹, que chegou ao Brasil em 2 de setembro de 1921 (MOREIRA, 1999). A chegada de Ethel Parsons ao Brasil, além de iniciar a referida Missão, também significou uma ampliação da intervenção

⁷ O IHB atuava no Brasil desde 1916, com grande reconhecimento por parte das autoridades governamentais (MOREIRA, 1999).

⁸ Também conhecida como Missão Parsons.

⁹ Em 1921, Ethel Parsons era diretora do Bureau of Child Hygiene and Public Nursing da Secretaria de Saúde do Texas (MOREIRA, 1999).

da Fundação Rockefeller no campo da saúde pública e um aprofundamento/alinhamento das relações entre o Estado brasileiro e esta Fundação.

No Brasil, Ethel Parsons empreendeu diversas ações para estruturar e implantar o campo da enfermagem de saúde pública. Ainda em 1921, Parsons desenvolveu um levantamento sobre a situação da enfermagem no Brasil e, neste estudo, constatou que inexistiam profissionais e escolas de enfermagem que atendessem aos padrões preconizados pelo modelo norte-americano para formação de enfermeiras (MOREIRA, 1999). Diante disso, no intuito de adequar as características do campo da enfermagem de saúde pública norte-americano à realidade brasileira, Parsons sugeriu que inicialmente fosse criado um Serviço de Enfermeiras no Departamento Nacional de Saúde Pública, o que ocorreu em 1922.

O Serviço de Enfermeiras do DNSP emergiu no cenário brasileiro para centralizar o comando e o processo decisório no campo da enfermagem. Segundo Carvalho (1976), este Serviço tinha o mesmo nível hierárquico dos demais órgãos do DNSP e era o local onde deveriam ficar subordinadas todas as outras atividades de enfermagem existentes ou a serem iniciadas no País. Nota-se que o Serviço de Enfermeiras do DNSP, como um órgão criado no interior de um aparelho institucional, reafirmou o controle do Estado e dos médicos no processo de institucionalização do campo da enfermagem e, mais especificamente, na inserção da enfermeira brasileira no campo da saúde pública.

Outra sugestão de Ethel Parsons foi a criação de uma escola para formação de enfermeiras de saúde pública. Carvalho (1976) ressalta que a criação de uma escola de enfermeiras era imprescindível para que o País fornecesse enfermeiras com preparo adequado para o enfrentamento dos problemas de saúde pública. Sendo assim, em 19 de fevereiro de 1923 iniciaram-se as atividades da Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública. Cabe destacar que o Serviço e a Escola de Enfermeiras do DNSP foram incorporados ao Código Sanitário de 1923.

A Escola de Enfermeiras do DNSP foi organizada sob as mais modernas tendências da educação em enfermagem norte-americana (ALCÂNTARA, 1963). O modelo de ensino utilizado para organizar a Escola foi o “Sistema Nightingale”. Segundo Carvalho (1972), este modelo de ensino, quando transplantado para o Brasil, já possuía cinquenta anos de utilização nos Estados Unidos e muitas modificações já haviam ocorrido para adequá-lo aos objetivos das instituições mantenedoras norte-americanas, hospitais particulares em sua grande maioria.

Vale afirmar que a contribuição de Ethel Parsons e da Missão que ela comandava, para o campo da enfermagem de saúde pública, não se resumiu à criação da Escola e do Serviço de Enfermeiras do DNSP. Ao analisar a literatura existente sobre a Missão Parsons no Brasil, compreende-se que a gênese do campo da enfermagem e do trabalho da enfermeira está diretamente associada ao trabalho desta Missão. Além disso, acrescenta-se que Ethel Parsons foi uma das agentes norte-americanas que mais se empenharam na implantação de um novo ‘modelo’ de enfermeira na sociedade brasileira dos anos 1920. Este novo modelo de enfermeira era a enfermeira moderna/enfermeira de saúde pública, que deveria substituir as enfermeiras-visitadoras do início da reforma sanitária.

Ayres e cols (2012) afirmam que Ethel Parsons, assim que chegou ao Brasil, alterou o nome da enfermeira-visitadora para visitadoras de higiene. Isto ocorreu porque Parsons procurou distinguir a enfermeira-visitadora da enfermeira moderna/enfermeira de saúde pública, que seria diplomada pela Escola de Enfermeiras do DNSP (AYRES e cols, 2012). Estes mesmos autores (p.877) destacam que Parsons “(...) vislumbrava disposições distintas para cada grupo profissional e a própria extinção do cargo de enfermeira-visitadora”.

A implantação de um novo modelo de enfermeira nos anos 1920, pelas enfermeiras norte-americanas, engendrou um processo de luta simbólica cujo objetivo era desconstruir preconceitos e criar outra imagem e identidade para a enfermeira brasileira no campo da saúde pública. Neste processo, Ethel Parsons desempenhou um papel central. Santos e cols. (2010) complementam que a implantação de um novo modelo de enfermeira na sociedade brasileira comportou a institucionalização de rituais e a adoção de estratégias que visavam tornar a profissão nascente (enfermeira de saúde pública) conhecida e reconhecida pela sociedade da época.

Em junho de 1925 ocorreu a formatura da primeira turma da Escola de Enfermeiras do DNSP. Após a conclusão do curso, as egressas foram contratadas pelo DNSP, sendo remuneradas com um salário inicial de 700\$000, o que era muito alto para a época (ALCÂNTARA, 1963). Além disso, algumas egressas receberam bolsa de estudo para a realização de um curso de aperfeiçoamento nos Estados Unidos, com financiamento da Fundação Rockefeller (SOUZA e AMORIM, 2005).

Isso posto, depreende-se que os anos compreendidos entre 1920 e 1925 são um importante capítulo da história da enfermagem brasileira. Neste contexto histórico, a mulher/enfermeira foi uma protagonista na história da formação social brasileira e do campo da saúde pública. É importante reafirmar que este período foi fundamental para a

conformação da Enfermagem como um campo de atuação profissional, já que o contexto histórico, político e econômico possibilitou a estruturação do trabalho da enfermeira. Este trabalho, ao tempo em que foi utilitário, foi estratégico para operacionalizar as ações de saúde pública da reforma sanitária iniciada em 1920 e possibilitar a construção da política de saúde.

Com isso, o processo de inserção da enfermeira brasileira no campo da saúde pública, entre 1920 e 1925, é um evento peculiar, permeado por singularidades que são imprescindíveis para a compreensão da relação historicamente construída entre a enfermeira e o campo da saúde pública.

Partindo da perspectiva de que o olhar crítico sobre o passado permite a compreensão do presente e cria possibilidades de se projetar o futuro (BLOCH, 1985), neste estudo assume-se como objeto a inserção da enfermeira brasileira no campo da saúde pública, entre 1920 e 1925. Através deste objeto de estudo será enfatizada a participação e a contribuição da enfermeira na construção da política de saúde no período delimitado.

A construção de um estudo histórico que focalize a inserção da enfermeira no campo da saúde pública, e conseqüentemente, a participação da enfermeira na construção da política de saúde, emerge como uma necessidade histórica e política no campo da enfermagem. Isto é evidente ao constatar-se que na literatura sobre a história da saúde pública brasileira a contribuição da mulher/enfermeira na conformação deste campo é pouco visível, já que é enfatizada apenas a imagem e os feitos de homens, médicos e sanitaristas.

No campo da enfermagem, a produção do conhecimento com objetos de estudos localizados na década de 1920 é concentrada por um grupo de pesquisadoras da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Estas pesquisadoras, que integram o Núcleo de Pesquisa de História da Enfermagem Brasileira (NUPHEBRAS), construíram diversos estudos sobre este momento da enfermagem brasileira, desde o início dos anos 1990. Estes estudos possibilitaram a ampliação dos horizontes desta pesquisa e são referências para o campo da pesquisa histórica da enfermagem no Brasil.

No entanto, considerando que todo evento no campo da História pode ser analisado diversas vezes, sob diferentes ângulos e formas, e que a década de 1920 é um marco histórico para o campo da enfermagem, afirma-se que são necessárias novas análises e interpretações em torno da década de 1920. Neste sentido, a construção de um estudo de natureza histórica, com o objeto proposto por um pesquisador externo ao grupo hegemônico, pode contribuir

para desvelar novos horizontes, formular novos questionamentos e agregar novos elementos na história do campo da enfermagem brasileira nos anos 1920.

Além disso, ressalta-se que não foi identificada uma investigação que assuma como objeto a inserção da enfermeira no campo da saúde pública, no período de 1920-1925. Ademais, também não se identificou, na área da história da enfermagem, pesquisas que utilizassem a Micro História como método. Sendo assim, tais características desse estudo revelam que outros elementos poderão ser incluídos no debate sobre o desenvolvimento do campo da enfermagem no Brasil.

Partindo dos elementos explicitados neste capítulo, formulou-se a seguinte questão de pesquisa: como foi a inserção da enfermeira brasileira no campo da saúde pública, entre 1920 e 1925? Como objetivo definiu-se analisar a inserção da enfermeira brasileira no campo da saúde pública, entre 1920 e 1925. Para a construção deste estudo, partiu-se dos seguintes pressupostos:

- A inserção da enfermeira brasileira no campo da saúde pública, entre 1920 e 1925, foi determinada por fatores históricos, políticos, ideológicos e de gênero. Esta inserção coincidiu com a gênese do campo da enfermagem profissional (pois o campo da enfermagem como trabalho já existia) no Brasil, no interior do aparelho de Estado e no bojo de uma reforma sanitária. Neste momento, o trabalho da enfermeira foi institucionalizado para operacionalizar o projeto de saúde pública do Estado, o qual foi formulado por um grupo de homens, médicos/sanitaristas que ascenderam ao interior do aparelho de Estado. Deste modo, as enfermeiras constituíam o *staff* técnico operativo da política de saúde pública nascente, enquanto que os médicos/sanitaristas ocupavam os lugares de comando, formulação e direcionamento das políticas e ações de saúde pública.
- A enfermeira-visitadora, e posteriormente a enfermeira de saúde pública, foi inserida no DNSP para ser uma trabalhadora secundária e subordinada ao médico. O trabalho desenvolvido por esta agente abarcou uma parcela das práticas em saúde pública vinculadas ao trabalho manual e não valorizadas pelos médicos, mas necessárias para o alcance dos objetivos da política de saúde. Isto é reflexo não somente da divisão técnica do trabalho no campo da saúde pública, mas da própria divisão social do

trabalho, identificando-se mulheres como capazes de atuar em atividades cujas características eram identificadas com o feminino. Apesar disso, o lugar ocupado e as práticas desenvolvidas por estas trabalhadoras foram estratégicas para sustentar o projeto da reforma sanitária de 1920. Assim, mesmo com a hegemonia médica no interior do campo da saúde pública, as práticas desenvolvidas pelas enfermeiras tornaram viável o projeto do Estado, cujo eixo operativo era a educação sanitária para o controle social, a higienização dos corpos e a conformação do campo da saúde como política.

2 MÉTODO

“A história é, em essência, conhecimento por meio de documentos”
(Paul Veyne)

Trata-se de um estudo histórico cujo objeto é a inserção da enfermeira brasileira no campo da saúde pública, entre 1920 e 1925. Segundo Barreira (1999), as pesquisas históricas são importantes para o campo da enfermagem, já que os estudos desta natureza possibilitam a tomada de consciência daquilo que somos e a construção da identidade profissional. Neste sentido, concorda-se com Molesini (2011, p. 31) que a História “(...) nos torna mais conscientes do nosso protagonismo no tempo, tornando o passado e o presente indissociáveis”.

Nesta investigação, a História é compreendida como um campo disciplinar cujo objeto de estudo são eventos reais que têm o ser humano como autor (VEYNE, 2008). O conhecimento produzido neste campo revela as intervenções de indivíduos e/ou grupos no passado, sendo função do historiador explicar e compreender as relações entre os eventos e as intenções ou interferências humanas nos diversos contextos históricos (MUNSLOW, 2009). Outra característica da História é que ela “não pode existir para o leitor até que o historiador a escreva em sua forma obrigatória: a narrativa” (MUNSLOW, 2009, p.11).

De acordo com Veyne (2008), a História é uma narrativa de eventos e, enquanto tal, ela não faz reviver momentos ou eventos, já que “o vivido, tal como ressaí da mão do historiador, não é o dos autores; é uma narração” (VEYNE, 2008, p.28). Nesta direção, o nosso acesso ao passado ocorre somente através da narrativa construída pelos historiadores (MUNSLOW, 2009). Esse mesmo autor comenta que a narrativa histórica não possibilita um acesso objetivo à realidade do passado, considerando que ela é uma representação de eventos que já ocorreram. Sendo assim,

A história sempre nos chega destituída de muito do que ela realmente busca representar. Toda interpretação histórica é apenas mais uma de uma longa cadeia de interpretações, cada uma geralmente procurando estar mais próxima da realidade do passado, mas cada uma sendo apenas outra reinserção do mesmo acontecimento, com cada sucessiva descrição sendo um produto da imposição do historiador (MUNSLOW, 2009, p.54).

Diante disso, esta pesquisa não é a verdade sobre a inserção da enfermeira brasileira no campo da saúde pública, mas uma versão interpretativa sobre um evento inerente à História da Enfermagem e da Saúde Pública no Brasil. Isso implica considerar que a construção da narrativa nesse estudo foi orientada pelas escolhas metodológicas, teóricas e ideológicas do autor. Segundo Munslow (2009), a história, além de ser contemporânea, ou seja, orientada pelo presente, ela é um produto cultural que existe na sociedade como parte de um processo.

Em relação à história da enfermagem brasileira, é importante lembrar que esta História não é um resultado fatalista de desejos individuais, mas uma consequência do desenvolvimento das forças produtivas, do regime político vigente e da constituição social (MELO, 1986). Barreira (1999) afirma que ao estudar a trajetória do campo da enfermagem no Brasil é necessário compreender que a organização do campo da saúde e da enfermagem foi e é influenciada pelo jogo de forças econômicas, políticas e ideológicas inerentes ao desenvolvimento histórico da sociedade brasileira. Além disso, Melo (1986, p.87) destaca que “o desenvolvimento da Enfermagem deve ser estudado como resultado não de esforços individuais, mas da relação econômica, política e ideológica do setor saúde com a sociedade”.

À luz desses elementos, e partindo da compreensão de que os eventos históricos ocorrem em uma determinada conjuntura (VEYNE, 2008), para a construção deste estudo articulou-se a história da enfermagem brasileira, no período delimitado, à história do campo da saúde pública e da formação social brasileira. Esta articulação foi realizada no intuito de identificar os elementos históricos, ideológicos e políticos que desencadearam a inserção da enfermeira no campo da saúde pública entre 1920 e 1925.

Para a aproximação inicial com o objeto de estudo, realizou-se uma leitura minuciosa de obras de referência sobre a história do Brasil, do campo da enfermagem e do campo da saúde pública. Estas obras, que foram coletadas na Biblioteca Universitária de Saúde Professor Álvaro Rubim de Pinho, da Universidade Federal da Bahia, incluíram teses, dissertações, livros, capítulos de livros, artigos e um documentário. Após uma análise intensiva destas fontes, foi possível captar particularidades e indícios que possibilitaram refletir sobre o objeto de estudo e construir a problemática desta investigação.

No transcorrer do processo antes referido e nas demais etapas da pesquisa, considerou-se a sugestão contida em Marx (2008, p.28): “a investigação tem de apoderar-se da matéria em seus pormenores, de analisar suas diferentes formas de desenvolvimento e de investigar a

conexão íntima que há entre elas. Só depois de concluído este trabalho é que se pode descrever, adequadamente, o movimento real”.

Após esta aproximação inicial, aprofundou-se o contato com o objeto deste estudo através da busca de mais indícios em outras fontes textuais. Estas novas fontes foram coletadas no Centro de Documentação da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) da Universidade Federal do Rio de Janeiro, em maio de 2012. Vale destacar que este Centro de Documentação é um acervo que possui uma vasta gama de registros textuais sobre a história da enfermagem brasileira. Segundo Saulthier e Carvalho (1999), o Centro de Documentação da EEAN, além de ser um acervo de fontes primárias, permite aos pesquisadores assegurar a pertinência, consistência e a confiabilidade dos dados coletados para suas pesquisas.

Para esta investigação, a busca de indícios no referido Centro de Documentação ampliou os horizontes da pesquisa e possibilitou uma maior aproximação com o evento em análise. Isso ocorreu, principalmente, pelo fato desse acervo concentrar os documentos referentes à Missão de Cooperação Técnica para o Desenvolvimento da Enfermagem no Brasil. Como abordado na introdução, foi através desta Missão que ocorreu a gênese do campo da enfermagem profissional no Brasil e a constituição de um novo modelo de enfermeira no campo da saúde pública.

No processo de coleta das fontes localizadas no Centro de Documentação da EEAN, foi possível construir um *corpus* documental cuja finalidade principal foi “(...) aprimorar a intensidade em buscar e/ou valorizar indícios sobre o objeto pesquisado” (MOLESINI, 2011, p.47). Os documentos que compuseram este *corpus* foram:

- Documentos publicados pelo DNSP: decretos e panfleto de divulgação.
- Investigações sobre o objeto do estudo: dissertações, teses e artigos científicos.
- Discursos de dirigentes de Estado e de protagonistas da reforma sanitária.
- Imagens fotográficas

Para a construção da narrativa utilizou-se a Micro História, que é um campo relativamente recente da historiografia (BARROS, 2007). As formulações com a utilização da Micro História surgiram na década de 1970, na Itália, como parte de um movimento de crítica aos métodos e procedimentos tradicionais da história social. Esse movimento possibilitou a construção de uma prática historiográfica que privilegia um recorte mais circunscrito e

voltado para trajetórias individuais e de grupo, ao invés de uma abordagem esquemática e global centrada na análise de continuidades dentro de longos processos históricos (LIMA, 2006). Conforme Burke (2002), a Micro História permitiu a alguns historiadores passarem do telescópio para o ‘microscópio social’.

Segundo Levi (2009), a Micro História emergiu como uma possibilidade de recuperar a complexidade da análise, no intuito de compreender como se originam comportamentos, escolhas e solidariedades. Foi a partir dela que se formulou um pensamento historiográfico que pudesse ir além dos rótulos para “(...) aproximar-se do tecido para compreender como ele se trama para além de sua aparente homogeneidade” (LIMA, 2006, p.15).

A utilização da Micro História nas pesquisas históricas é uma maneira específica de se aproximar da realidade social e de construir um objeto historiográfico (BARROS, 2007). Esta especificidade ocorre, principalmente, porque o emprego do microscópio social possibilita mostrar o mundo em grão de areia e tirar conclusões gerais a partir de estudos que utilizam dados locais (BURKE, 2002). Para elucidar esta afirmação, esse mesmo autor afirma que a escolha por estudar uma trajetória individual em profundidade, por exemplo, pode ser motivada pelo fato desta trajetória representar a miniatura de uma situação que o historiador já sabe (por outros motivos e com base em outras fontes) que é predominante.

Nesta direção, “quando um micro-historiador estuda uma pequena comunidade, ele não estuda propriamente *a* pequena comunidade, mas estuda *através* da pequena comunidade” (BARROS, 2007, p.169). Na Micro História, essa pequena comunidade é um meio, um fragmento que possibilita a compreensão de alguns aspectos da sociedade mais ampla. Vale ressaltar que embora não seja possível enxergar a sociedade inteira a partir de um fragmento, é possível, a depender do objeto de estudo, identificar algo da realidade social mais ampla que envolve o fragmento examinado (BARROS, 2007).

Essa observação é essencial para esta investigação, pois através do objeto deste estudo procurou-se iluminar e evidenciar questões mais gerais como, por exemplo, a crescente participação do Estado brasileiro e a influência norte-americana, especialmente da Fundação Rockefeller, na conformação da política de saúde pública nos anos 1920; o controle estatal e o poder hegemônico dos médicos sobre o campo da enfermagem e da saúde pública; e as ideologias que permeavam a política de saúde nascente.

Diante dessas considerações, o desenho deste estudo, por utilizar a Micro História como método para a construção da narrativa, levou em consideração as especificidades desta

abordagem em relação ao campo de observação, ao modo como se utiliza as fontes históricas e à construção do texto que será oferecido ao leitor.

Em relação ao campo de observação, Barros (2007, p.170) esclarece que “a prática micro-históricográfica não deve ser definida propriamente pelo que se vê, mas pelo modo como se vê”. Neste sentido, o ‘modo como se vê’ um determinado evento na Micro História ocorre através da ‘redução da escala de observação’. E o que significa esta expressão? Na perspectiva de Barros (2008), reduzir a escala de observação significa utilizar uma ‘lupa ou microscópio’ para examinar o objeto de estudo, de modo a perceber particularidades e indícios ainda não observados ou que poderiam passar despercebidos.

Destaca-se que a aproximação do historiador com o seu objeto de estudo, por meio da redução da escala de observação, assemelha-se à prática de médicos e detetives, que utilizam indícios para reconstruir um crime, no caso do detetive, ou para diagnosticar uma determinada doença, no caso do médico. Sendo assim, a consciência da escala de observação é o núcleo da Micro História (GINZBURG, 1989; REVEL, 1998 *apud* MOLESINI, 2011).

Neste estudo, a redução da escala de observação foi um dos elementos da Micro História que possibilitou captar indícios e detalhes reveladores, os quais permitiram analisar representações, expectativas e motivações. Remontando à Barros (2007; 2008), pode-se afirmar ainda que os indícios e detalhes identificados foram fragmentos do processo de inserção da enfermeira brasileira no campo da saúde pública, entre 1920 e 1925, através dos quais foi possível enxergar aspectos sociais mais amplos.

Sobre o modo de utilizar as fontes textuais, destacam-se dois aspectos considerados nesta investigação: o primeiro refere-se ao significado de uma fonte textual; e o outro se refere ao tratamento analítico que é feito nestas fontes, que na Micro História é intensivo e exaustivo.

De um modo geral, as fontes textuais na pesquisa histórica, além de colocarem o historiador em contato com o problema de pesquisa, são simultaneamente um ‘objeto de significação’ e um ‘objeto de comunicação entre sujeitos’. Isso significa dizer que uma fonte textual pode ser analisada tanto pelos seus aspectos internos, como a organização ou estruturação do texto, quanto pelos seus aspectos externos, ou seja, como um objeto de comunicação que se estabelece entre um destinador e um destinatário (ou entre um destinador e muitos destinatários) (BARROS, 2008).

Mesmo que “a perspectiva mais útil para a História é considerar mesmo o texto a partir da dualidade que o define enquanto ‘objeto de significação’ e ‘objeto de comunicação’” (BARROS, 2008, p.136), nesta investigação priorizou-se a análise das fontes textuais como ‘objeto de comunicação’. Esta escolha ocorreu porque as fontes analisadas, especialmente os discursos dos dirigentes de Estado e os documentos publicados pelo DNSP, têm uma forte conotação política e ideológica para anunciar a implantação da reforma sanitária e o surgimento da nova profissão (enfermeira moderna/enfermeira de saúde pública) no campo da saúde pública; eliminar preconceitos sobre a profissão nascente e lutar simbolicamente para instituir a profissão de enfermeira de saúde pública.

Ao analisar as fontes textuais como ‘objeto de comunicação’, utilizou-se a contextualização. Segundo Barros (2008), a contextualização é um elemento da Micro História utilizado para relacionar o texto com a realidade mais ampla que envolve sua produção, atribuindo-lhe significados e sentidos. Este mesmo autor (p.162) complementa que contextualizar significa inserir o texto em um ‘texto’ maior- “que é precisamente esta realidade envolvente que lhe dará novos significados, ou que poderá ajudar a iluminar certos aspectos que você estará examinando” (BARROS, 2008, p.162).

A contextualização das fontes textuais foi um elemento da abordagem micro-historiográfica essencial para a construção deste estudo, pois foi contextualizando as fontes que os indícios foram situados em um cenário mais amplo, de modo a reconstruir o passado como ele realmente foi, interpretar as evidências (MUNSLOW, 2009) e identificar as intenções ou motivações pessoais do(s) autor(es) ou da instituição que produziu os textos ou discursos (BARROS, 2008).

Outro elemento da Micro História utilizado nesta pesquisa, e que também se refere ao modo de utilizar as fontes textuais, foi o tratamento intensivo e exaustivo destas. Segundo Barros (2007, p.178) “para empreender uma análise intensiva de suas fontes, o historiador deve estar atento a tudo, sobretudo aos pequenos detalhes.” Nesta direção, o emprego da análise intensiva na construção da narrativa significou atentar-se aos indícios, aos detalhes aparentemente insignificantes, às particularidades, às contradições, às rupturas e, como afirma Barros (2007), às ocorrências secundárias e às grandes conexões dos indícios com o contexto.

Além disso, ao analisar intensivamente as fontes, foi necessário utilizar a intertextualidade, ou seja, colocar as fontes para dialogar, “(...) deixar que uma ilumine a outra, permitir que seus silêncios falem e seus vazios se completem” (BARROS, 2007, p.184). Neste processo, seguiu-se a recomendação de Barros (2008, p.140): “o primeiro

contato do historiador com a sua fonte textual consiste, de qualquer modo, em fazer-lhes algumas perguntas fundamentais”. Estas perguntas foram: “de onde vens?”; “com quem falas?”; “do que falas?”; “sobre o que silencias?”.

Em relação ao modo como se constrói a narrativa utilizando a Micro História, Barros (2008) explicita três formas diferentes para a sua construção. Dentre estas formas, optou-se por construir um estudo que parte dos aspectos contextuais mais amplos e vai se aproximando do problema específico por círculos concêntricos (figura 1). Neste modo de construir uma narrativa, delimita-se uma realidade mais ampla, que será uma espécie de moldura de sustentação, para logo em seguida construir um quadro específico (BARROS, 2008).

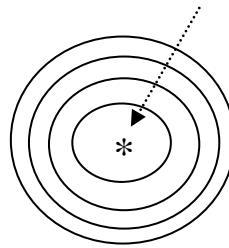


Figura 1- Matriz genérica da construção do estudo, conforme Barros (2008).

Apesar desse mesmo autor afirmar que alguns micro-historiadores têm experimentado outras formas de construir uma narrativa, considerou-se que esta seria a forma mais adequada para este estudo, principalmente por conta do primeiro contato do autor com a Micro História e com uma pesquisa desta natureza. Assim, após uma aproximação aprofundada com o objeto de estudo e com a Micro História, elaborou-se uma matriz gráfica que representou a construção deste estudo. Esta matriz está esboçada na figura 2.



Figura 2- Matriz gráfica da construção do estudo.

Ainda que esta matriz indique uma construção pautada genericamente ‘do geral para o específico’, isso não significa ausência de um movimento de idas e voltas, dado que a utilização da Micro História proporcionou um constante movimento de ir e vir, a reconstrução da narrativa e a análise intensiva das fontes. Além disso, o movimento ‘geral-específico’ foi importante para identificar os elementos que contribuíram para a inserção da enfermeira brasileira no campo da saúde pública e, conseqüentemente, para a gênese do campo da enfermagem no Brasil. Estes elementos são os conceitos guia que permearam a construção da narrativa, a saber: política, ideologia e gênero. Para fins analíticos, estes conceitos guia e o termo ‘enfermeira’ serão definidos.

O termo Política deriva da palavra *pólis* (*politikós*), cujo significado remete à cidade, ao que é urbano, civil, público, sociável e social (BOBBIO, 1998). Durante muitos séculos, esse termo foi utilizado para classificar obras de autores que estudavam a esfera de atividades humanas que se referiam às coisas do Estado. Entretanto, na época moderna, este termo

passou a significar “(...) a atividade ou conjunto de atividades que, de alguma maneira, têm como termo de referência a *pólis*, ou seja, o Estado” (BOBBIO, 1998, p.954). Na perspectiva deste mesmo autor, este conceito de Política está estritamente relacionado à noção de poder.

Em linhas gerais, o termo poder é tradicionalmente definido como um conjunto de meios que permite o alcance de algo ou dos efeitos desejados através da imposição da vontade de um sujeito sobre o outro. Neste sentido, o poder envolve uma relação de dominação entre sujeitos “(...) dos quais um impõe ao outro a própria vontade e lhe determina, malgrado seu, o comportamento” (BOBBIO, 1998, p.954). Cabe ressaltar que como esta relação de dominação entre sujeitos não é um fim em si mesmo, mas um meio para obter algo ou os efeitos desejados, compreende-se que o exercício do poder engloba a posse dos meios que permitem alcançar uma "vantagem qualquer" ou os "efeitos desejados" (BOBBIO, 1998).

Em nossa sociedade, o poder se expressa de várias formas e, dentre estas, destaca-se o poder econômico, o político e o ideológico. O poder econômico relaciona-se à posse de certos bens, necessários ou considerados como tais, que em situações específicas induzem os sujeitos que não os possuem a manter um determinado comportamento. Na posse dos meios de produção, por exemplo, “reside uma enorme fonte de poder para aqueles que os têm em relação àqueles que os não têm: o poder do chefe de uma empresa deriva da possibilidade que a posse ou disponibilidade dos meios de produção lhe oferece de poder vender a força de trabalho a troca de um salário” (BOBBIO, 1998, p.955).

Nesta investigação, o poder econômico é notório na relação entre o Estado brasileiro e a enfermeira de saúde pública. No período analisado (1920-1925), o Estado brasileiro detinha os meios de produção e a enfermeira de saúde pública, que emergiu no cenário brasileiro como uma trabalhadora assalariada, conforme explicita Alcântara (1963), tinha que vender a sua força de trabalho no interior de um aparelho estatal para em troca ganhar um salário, dado que o trabalho da enfermeira-visitadora e, posteriormente da enfermeira de saúde pública, foi estruturado por uma imposição do Estado, para exercer funções demandadas, direcionadas e controladas por este.

Em relação ao poder político, Bobbio (1998) afirma que esse se baseia na posse de instrumentos através dos quais se exerce a força; é o poder coator no sentido mais estrito da palavra. Como um tipo de poder cujo meio é o uso da força, o poder político, em toda sociedade de desiguais, é o poder supremo, ou seja, “(...) o poder ao qual todos os demais estão de algum modo subordinados: o poder coativo é, de fato, aquele a que recorrem todos os grupos sociais (a classe dominante)” (BOBBIO, 1998, p. 955-6). Por fim, este mesmo autor

afirma que não é qualquer grupo social, em condições de usar a força, que exerce um poder político; e que esse poder aparece em diversos tipos de relações, como por exemplo, na relação entre governantes e governados, entre Estado e cidadãos, entre autoridade e obediência.

Na história da saúde pública brasileira, especialmente na República Velha, os médicos e sanitaristas eram os protagonistas que tinham maior poder político dentro do aparelho de Estado. A posse desta forma de poder possibilitou que esses profissionais impusessem seus projetos de saúde pública, ascendessem ao interior do aparelho de Estado, como ocorreu em 1920, e ocupassem os lugares de comando e de formulação das políticas e ações de saúde pública. Além disso, nota-se que o poder político destes profissionais possibilitou a inserção de enfermeiras no DNSP e o estabelecimento de acordos com a Fundação Rockefeller para subsidiar a formação de enfermeiras profissionais pautada no modelo norte-americano.

No caso dos médicos, pode-se dizer que eles também detinham considerável poder ideológico. Segundo Bobbio (1998, p.955), o poder ideológico se baseia “(...) na influência que as ideias formuladas de um certo modo, expressas em certas circunstâncias, por uma pessoa (*ou grupo*) investida de certa autoridade e difundidas mediante certos processos, exercem sobre a conduta dos consociados”. Este mesmo autor destaca que através do poder ideológico alguns sujeitos, como intelectuais e cientistas, adquirem importância em grupos organizados e, por isso, se distinguem. Esta importância ocorre porque estes sujeitos difundem valores e conhecimentos que materializam a coesão e a integração do grupo social que pertencem.

À luz dos conceitos de poder político e ideológico, compreende-se que “a medicina é, desde suas origens institucionais na sociedade brasileira do século XIX, não só uma forma de conhecer - através do organismo humano - o corpo social, mas também uma forma específica de intervir politicamente neste corpo” (LUZ, 1982, p.13). Nesta direção, a análise da história da saúde pública brasileira possibilita compreender como médicos a exemplo de Carlos Chagas, Oswaldo Cruz, José Paranhos de Fontenelle, dentre outros, eram autoridades revestidas não somente de prestígio científico, mas também de poder político e ideológico, a ponto de garantir a coesão e a implantação dos projetos de saúde pública que eles submetiam ao Estado, do qual, como afirma Luz (1982), eram consultores, assessores, conselheiros e críticos.

Além disso, na relação entre médicos/sanitaristas e enfermeiras os poderes político e ideológico dos primeiros prevaleciam. Como abordado na introdução, o lugar ocupado pelas

enfermeiras e as práticas inerentes ao trabalho destas agentes sociais no campo da saúde pública foram conformados de acordo com os interesses dos médicos, dos sanitaristas e do Estado. Em consequência, médicos e sanitaristas, como intelectuais e cientistas, detinham os instrumentos de dominação (tanto políticos quanto ideológicos) que os mantinham em posição superior às enfermeiras. Sendo assim, como agente subordinada aos interesses de outros, a enfermeira deveria obedecer à ordem vigente e a autoridade de médicos e sanitaristas, dado que no campo da saúde pública ela era considerada uma trabalhadora secundária e subordinada.

Em relação ao termo ideologia, utilizou-se o conceito de Chauí (2008). De acordo com essa autora, a ideologia é um conjunto lógico, sistemático e coerente de representações (ideias e valores) e de normas ou regras (de conduta), socialmente construído, que indica e prescreve aos membros da sociedade o que devem pensar e como devem pensar, o que devem valorizar e como devem valorizar, o que devem sentir e como devem sentir, o que devem fazer e como devem fazer.

Partindo deste conceito, observa-se que a ideologia não é qualquer conjunto de representações e de normas; ela é histórica, social e política (CHAUÍ, 2008). Por conta disso, a ideologia é encontrada em todos os artefatos sociais, inclusive nas narrativas, sendo transmitida por vários mecanismos sociais e institucionais, como a mídia, a igreja, a educação e outros (MUNSLOW, 2009).

Na perspectiva marxista, a ideologia denota “(...) ideias e teorias que são socialmente determinadas pelas relações de dominação entre as classes e que determinam tais relações, dando-lhes uma falsa consciência” (STOPPINO, 1998, p.585). Em outras palavras, a ideologia mantém a hegemonia da classe social dominante através do mascaramento da realidade de exploração econômica, desigualdade e dominação social, assegurando, assim, que esta realidade pareça natural e legítima (CHAUÍ, 2008; MUNSLOW, 2009). Assim, ao naturalizar o que é socialmente construído, a ideologia é um instrumento de dominação, de conservação das relações sociais e de identidade social (CHAUÍ, 2008).

No campo da saúde pública, durante a República Velha, a ideologia que mais influenciou a conformação das suas políticas e práticas foi o higienismo. De acordo com Costa (1984, p.12), as proposições do higienismo, desde os primeiros anos do século XX, “ofereceram os argumentos básicos para o projeto burguês de civilidade e modernidade, configurando um projeto de controle da razão, moral e saúde das classes subalternas, em seu conjunto”. Este mesmo autor complementa que foi através do higienismo que as classes

dirigentes obtiveram os argumentos necessários para responder às consequências humanas acarretadas pela implantação da ordem capitalista no Brasil.

Depreende-se, assim, que o higienismo foi a ideologia utilizada pelas classes dominantes para impor uma visão de mundo às classes subalternas sem alterar o estado de dominação, de exploração e de desigualdade imperante na sociedade capitalista brasileira dos primeiros trinta anos do século XX. Neste contexto, a década de 1920 foi o momento em que a ideologia higienista encontrou ampla possibilidade de desenvolvimento no interior do aparelho de Estado e no campo da cultura (COSTA, 1984). Este mesmo autor (p.15) esclarece que “a prova de influência moralizadora e peso intelectual dos ideais da higiene nesses anos foi o regulamento sanitário de 1923”.

No Código Sanitário de 1923, a enfermeira de saúde pública aparece como uma agente privilegiada para o desenvolvimento da educação sanitária, que na ideologia higienista era a principal estratégia para a difusão das ideias, valores, normas e práticas inerentes a esta ideologia junto à população. Com isso, a enfermeira de saúde pública, ao normatizar comportamentos e higienizar as práticas dos membros da sociedade através da educação sanitária, era ao mesmo tempo uma protagonista da política de saúde pública que teve como fio condutor a ideologia higienista e, como afirma Passos (2012, p.68), “uma força para o poder constituído, pois lutava por questões de saúde que correspondiam aos interesses do momento”.

Destaca-se que no DNSP a enfermeira era considerada uma importante aliada dos médicos/sanitaristas. Isto ocorria porque estes consideravam que a enfermeira, por ser mulher, tinha o dom para educar, para propagandear e ser professora da higiene, conforme explicita Fontenelle (1941). Desta forma, constata-se que a enfermeira era uma agente que garantia a penetração dos dispositivos da higiene no cotidiano dos cidadãos; e que o processo de inserção da enfermeira no campo da saúde pública foi influenciado por determinantes de gênero.

Segundo Scott (1990), o gênero é um elemento constitutivo das relações sociais baseadas nas diferenças entre os sexos e uma primeira forma de significar as relações de poder. Louro (1996) complementa que o gênero é uma construção social e histórica que envolve corpos sexuados. Portanto, ao utilizar o termo gênero deve-se considerar que “(...) muitos dos atributos tidos como ‘naturais’ nas mulheres ou nos homens são, na verdade, características socialmente construídas” (LOURO, 1996, p.10).

A perspectiva sobre o conceito de gênero possibilitou visualizar outras expressões do poder no processo de inserção da enfermeira no campo da saúde pública e as relações desiguais estabelecidas entre os protagonistas da reforma sanitária, especialmente entre os médicos/sanitaristas e as enfermeiras. Além disso, optar pelo conceito de gênero possibilitou compreender que no contexto da reforma sanitária, a estruturação e a utilização da força de trabalho da enfermeira estão relacionadas aos atributos femininos inerentes a essa força de trabalho, que eram necessários para o desempenho da educação sanitária.

Sobre o termo enfermeira, é preciso esclarecer que não foi elaborado um conceito sobre este substantivo, mas definições relacionadas à enfermeira-visitadora de 1920, treinada por alguns médicos do DNSP, e à enfermeira moderna/enfermeira de saúde pública propagandeada por Ethel Parsons a partir de 1921. Neste sentido, o termo ‘enfermeira-visitadora’ referiu-se a uma trabalhadora sem qualificação (técnica e científica); que não possuía formação em enfermagem; que integrava o *staff* “subalterno” do DNSP e que era uma agente submissa ao poder médico. Sua prática era exclusivamente a visita domiciliar, que era uma estratégia para operacionalizar, a partir de conhecimentos elementares, a educação sanitária e a vigilância higiênica às pessoas acometidas pela tuberculose. Suas funções eram complementar o trabalho médico e ser o elo entre as famílias e os médicos. Ressalta-se que esta definição predominava no imaginário social e era a representação preponderante atribuída ao termo enfermeira.

Já os termos ‘enfermeira moderna’ e ‘enfermeira de saúde pública’ referiram-se a uma trabalhadora que foi inserida no campo da saúde pública após uma luta simbólica empreendida inicialmente por Ethel Parsons para desconstruir preconceitos, eliminar a enfermeira-visitadora do espaço público e anunciar a emergência de um novo modelo de enfermeira no Brasil. Este modelo de enfermeira, a enfermeira moderna/enfermeira de saúde pública, referiu-se a uma trabalhadora qualificada (moral, técnica, científica e intelectualmente), com formação específica em enfermagem e que, apesar de não ter sido formada para ser submissa ao médico, era uma agente submetida ao poder e ao olhar hierárquico deste profissional, representando a divisão social e técnica do trabalho em saúde. Suas práticas seriam executadas com base em conhecimentos técnico-científicos e englobariam a educação sanitária, a vigilância higiênica da população, o tratamento dos doentes e a assistência de enfermagem nos domicílios. Suas funções eram complementar o trabalho médico, ser o elo entre os médicos, os serviços de saúde e as famílias e prestar assistência de enfermagem.

À luz do aporte metodológico, das definições e dos conceitos guia elencados, construiu-se uma narrativa cronológica linear que se materializou em dois itens:

No item denominado *CONJUNTURA HISTÓRIA E O CAMPO DA SAÚDE PÚBLICA (1889-1919)*, delinear-se o contexto político, econômico e ideológico deste período e o caminho até a implantação do Departamento Nacional de Saúde Pública. Neste processo, focalizaram-se os aspectos predominantes da formação política e econômica brasileira, como também da trajetória da Saúde Pública e das propostas da elite médica, que foram fundamentais para a conformação da reforma sanitária nos anos 1920.

No item intitulado *CONJUNTURA HISTÓRICA, REFORMA SANITÁRIA E A ENFERMEIRA (1920-1925)*, descreveu-se analiticamente o processo de inserção da enfermeira no campo da saúde pública. Para isso, partiu-se da conjuntura econômica e política dos anos 1920-1925 e apresentou-se o desenvolvimento, o conteúdo e a política emanada da reforma sanitária iniciada após a publicação do decreto 3.987, de 02 de janeiro de 1920.

Neste ínterim, identificou-se o momento em que a enfermeira apareceu no âmbito da reforma sanitária e analisou-se o conteúdo da sua qualificação, sua prática, sua função e as relações estabelecidas entre esta trabalhadora e a política de saúde pública. Cabe salientar que na análise sobre a inserção da enfermeira no campo da saúde pública, procurou-se por explicações para a existência desta trabalhadora no campo da saúde pública e para a necessidade de se implantar um modelo profissional de enfermeira no Brasil.

3 CONJUNTURA HISTÓRICA E O CAMPO DA SAÚDE PÚBLICA (1889-1919)

Este capítulo foi construído no intuito de esboçar os aspectos predominantes da conjuntura histórica brasileira que possibilitaram a realização da reforma sanitária na década de 1920. Ao partir da compreensão de que a conjuntura dos anos 1920 está estritamente relacionada ao movimento histórico iniciado com a Proclamação da República, optou-se por articular o contexto político, econômico e ideológico do Brasil à trajetória do campo da saúde pública, no período de 1889 e 1919. Neste processo, identificou-se a contribuição de médicos/sanitaristas na conformação do campo da saúde pública. Como assinala Luz (1982), estes agentes sociais, durante a República Velha, contribuíram diretamente na institucionalização da ordem capitalista no País.

Inicialmente, optou-se por delinear o contexto econômico, político e ideológico do Brasil entre 1889 e 1919. Para isso, utilizou-se como referências Basbaum (1976); Fausto (1982); Singer (1982); Prado Junior (2008) e Fausto (2011). Posteriormente, e em articulação com a conjuntura delimitada, descreveu-se a trajetória do campo da saúde pública no mesmo período.

3.1 CONTEXTO ECONÔMICO, POLÍTICO E IDEOLÓGICO

Apesar da baliza cronológica deste capítulo iniciar em 1889, é preciso sinalizar que o século XIX é particularmente importante para a história da formação social brasileira (LUZ, 1982) e também mundial. Neste período ocorreram transformações nas relações de produção e na estrutura econômica, política e ideológica de diversos países. Essas transformações resultaram da expansão do capitalismo em âmbito mundial e tiveram como ponto de partida a Revolução Industrial, que se iniciou no último quartel do século XVIII, na Inglaterra. Essa Revolução marcou o início do capitalismo industrial (SINGER, 1982) e transformou a sociedade burguesa em sua totalidade (ENGELS, 2010).

Do início da Revolução Industrial até 1870, registrou-se a expansão do capitalismo industrial e o aprofundamento da divisão internacional do trabalho. Neste período, a Grã-Bretanha manteve uma posição hegemônica no mercado internacional e muitas ex-colônias espanholas, portuguesas e inglesas foram inseridas no sistema capitalista mundial. Estas ex-colônias, no âmbito da divisão internacional do trabalho, eram produtoras especializadas de

“artigos coloniais”, como o café, o algodão e o açúcar, que era trocados por produtos manufaturados ingleses (SINGER, 1982).

A partir de 1870 o capitalismo mundial adquiriu novos contornos. Neste contexto, o capital industrial tornou-se hegemônico; iniciou-se a expansão e as rivalidades imperialistas, cujos protagonistas eram a Grã-Bretanha, a Alemanha e os Estados Unidos e presenciou-se o fim da supremacia britânica no mercado mundial. Ressalta-se que a crescente rivalidade entre as grandes potências imperialistas desencadeou a Primeira Guerra Mundial, a partir da qual o modo de produção capitalista começou novamente a se modificar (SINGER, 1982).

Em relação ao Brasil, o século XIX foi um período com continuidades, como também de transformações e rupturas nos planos político, social e econômico. A segunda metade desse século foi o momento de maior transformação econômica da história brasileira, já que nesse período o País “inaugurava-se num novo plano que desconhecera no passado, e nascia para a vida moderna de atividades financeiras” (PRADO JUNIOR, 2008, p. 193). Era o capitalismo que modesta e incipientemente começava a penetrar e modificar a estrutura econômica do Brasil (PRADO JUNIOR, 2008).

No plano internacional, a participação do País na divisão internacional do trabalho, entre 1821-1889, aconteceu através da produção para a exportação do café, açúcar, borracha e algodão. Dentre estes produtos, o café foi a mercadoria que progressivamente mais contribuiu para a integração do Brasil na divisão internacional do trabalho e no mercado de trabalho mundial. Essa integração, através de uma incipiente economia urbana, era concentrada em algumas cidades portuárias, como o Rio de Janeiro, Santos, Recife e Belém, que estavam precariamente interligadas (SINGER, 1982).

Apesar de algumas mudanças no plano econômico, até 1888 as forças produtivas concentravam-se no sistema escravocrata. Essa situação limitou o desenvolvimento das forças produtivas, gerou “o problema da mão de obra no fim do século XIX” e impôs obstáculos à projeção do País no mercado capitalista mundial. Com efeito, “o sistema vigente era incapaz de expandir de modo intenso e eficaz mais de um ramo do Setor de Mercado Externo e acabou se concentrando no mais lucrativo: o café” (SINGER, 1982, p. 356).

As limitações impostas à economia brasileira pelo sistema escravocrata, juntamente com a necessidade de atender as demandas dos países centrais do capitalismo mundial, foram fatores decisivos para os acontecimentos ocorridos entre 1888 e 1889. Esses dois anos são marcos na história da formação social brasileira, pois se registrou a Abolição da Escravidão e

a Proclamação da República, respectivamente. Para o Brasil, esses eventos proporcionaram uma posição de maior destaque na divisão internacional do trabalho e “(...) no caminho dos fluxos de capital e de força de trabalho que se encaminhavam do Velho para o Novo Mundo” (SINGER, 1982, p.352). Assim, “não há dúvida que os acontecimentos de 1888/89 criam o quadro institucional adequado para a crescente integração do Brasil na economia capitalista mundial” (SINGER, 1982, p. 352).

Em linhas gerais, a abolição da escravidão no Brasil instituiu novas relações de produção, baseadas na compra e venda da força de trabalho, ao invés do próprio trabalhador, e possibilitou uma maior utilização da força de trabalho dos imigrantes (SINGER, 1982). Estas novas relações de produção alinhavam-se com as premissas do modo de produção capitalista, que necessitava de trabalhadores universais, livres e assalariados para a produção de capital.

É necessário destacar que o capitalismo que começou a se desenvolver no Brasil do século XIX diferia das formas clássicas do capitalismo europeu, pois quando esse modo de produção começou a se desenvolver no País ele já era o sistema econômico dominante na Europa e em parte da América (BASBAUM, 1976). Além disso, em um contexto de hegemonia do capitalismo industrial, a economia brasileira era essencialmente agrária, exportadora e dependente das demandas externas, o que se tornou cada vez mais evidente após a Proclamação da República.

A Proclamação da República, ocorrida em 15 de novembro de 1889, é um evento particular da formação social brasileira, pois apesar da sua importância, o contexto político da época indica que esse foi um evento controverso. Segundo Fausto (2011, p.139) “os anos posteriores ao 15 de novembro se caracterizaram por uma grande incerteza. Os vários grupos que disputavam o poder tinham interesses diversos e divergiam em suas concepções de como organizar a República”. Luz (1982, p.45) complementa que “a República é introduzida no Brasil sob pressão de lutas sociais. Não só das ‘massas populares’, mas também de lutas no interior do bloco de poder”.

O contexto que marcou a Proclamação da República é intitulado por Basbaum (1976) de *comédia de absurdos*. Segundo esse autor, o primeiro dos absurdos é o fato da República não ter sido proclamada pelo Partido Republicano existente, mas por um grupo de militares do exército que, em seu conjunto, não eram republicanos. Esta observação indica que a república brasileira foi proclamada sob a égide da influência militar, da força das armas na arena política.

Imediatamente após a Proclamação da República, instalou-se o Governo Provisório (1889-1891), cujo chefe foi o marechal Deodoro da Fonseca. O Governo Provisório foi um momento de instabilidade política, marcado por rivalidades entre o Exército e a Marinha, pela luta de classes no interior do bloco de poder e pela postura conservadora de Deodoro, que manejava arbitrariamente as críticas da imprensa, o embate com os políticos que questionavam suas ações e o Parlamento hostil que compunha seu governo (BASBAUM, 1976; FAUSTO, 2011).

Apesar do contexto de instabilidade na arena política, em fevereiro de 1891 foi promulgada a Constituição Republicana. Nas palavras de Basbaum (1976), essa Constituição representou um conjunto de interesses imediatos e momentâneos de um processo político heterogêneo, no qual o que menos havia era uma consciência jurídica e conhecimento da realidade nacional. O principal responsável pela elaboração desse documento foi Ruy Barbosa.

Em relação ao conteúdo da Constituição de 1891, observa-se que sua construção teve como base a Constituição norte-americana (BASBAUM, 1976; FAUSTO, 2011), consagrando uma República federativa liberal (FAUSTO, 2011). Conforme sinaliza Basbaum (1976, p.183) “a nova Constituição, como seria de esperar, trouxe grandes inovações, algumas das quais satisfaziam velhas aspirações, e outras inventadas ou imaginadas a propósito”. Dentre essas inovações, destacam-se: federalismo; Estado laico; voto direto e universal para maiores de 21 anos, excetuando mulheres, analfabetos e praças militares; senado temporário; regime presidencial; e governo de três poderes independentes: o executivo, o legislativo e o judiciário (BASBAUM, 1976).

Outra inovação suscitada pela Constituição de 1891 foi a modificação da nomenclatura das províncias, que a partir daquele momento seriam denominadas estado. Para além da mudança na nomenclatura, os estados adquiriram novas atribuições e estavam autorizados, por exemplo, a contrair empréstimos no exterior e decretar impostos sobre a exportação de suas mercadorias. Estas inovações interessavam aos estados produtores de café, especialmente São Paulo, possibilitando à burguesia paulista expandir ainda mais os negócios do café, como observado nos anos posteriores (FAUSTO, 2011).

Ainda com relação à Constituição de 1891, sinaliza-se que esse documento consagrou o direito de brasileiros e estrangeiros à liberdade, à segurança individual e à propriedade privada (FAUSTO, 2011). Contudo, ao analisar a sociedade brasileira do século XIX, depreende-se que este direito beneficiou sobremaneira os detentores dos meios de produção,

ou seja, os latifundiários e fazendeiros do café, cujos interesses foram progressivamente se tornando os interesses do Estado brasileiro.

Por fim, a Constituição de 1891 também redefiniu o lugar do governo federal (União), tornando-o responsável, por exemplo, pelos impostos de importação, pela formulação da política econômica nacional e pela manutenção da ordem republicana nascente (FAUSTO, 2011). Apesar de possuir certos poderes, o lugar e o poder do governo federal no bojo da recém-criada República Federativa do Brasil foi alvo de divergências e disputas entre as classes dirigentes. Essas divergências, além de determinarem os rumos da política brasileira, revelam a luta de classes na gênese da República (BASBAUM, 1976) e acentuaram-se após a ascensão de Floriano Peixoto à Presidência da República.

O governo de Floriano Peixoto (1891-1894) “teve o mais agitado período presidencial da nossa História, até 1930, só comparável ao de Artur Bernardes” (BASBAUM, 1976, p.26). Iniciado sob forte oposição, especialmente de alguns setores militares, que considerava ilegal e inconstitucional a sua sucessão, o governo de Floriano foi “(...) um período verdadeiramente excepcional” (BASBAUM, 1976, p.27), marcado por uma crise econômica; pela frágil base política; pelo declínio da atividade política dos militares; e pela aproximação do presidente da República com a *burguesia do café*¹⁰ paulista.

Salienta-se que este último fato foi decisivo para a ascensão de Prudente de Moraes (representante da burguesia cafeeira paulista) à Presidência da República, em 1894, pois demarcou o fim da presença militar na Presidência durante a República Velha, à exceção do marechal Hermes da Fonseca, eleito para o período de 1910 a 1914 (FAUSTO, 2011), e a abertura de um novo período na História do Brasil, o *Reinado do Café*, que se estendeu até 1930 (BASBAUM, 1976).

Em linhas gerais, o Reinado do Café foi um período marcado pela concentração dos poderes político, econômico e ideológico nas mãos da burguesia do café; pela expansão e crise da economia cafeeira; e pelo incremento do capital estrangeiro no País. Basbaum (1976) complementa que nesse período se registrou também um relativo progresso material, revelado na construção de novas rodovias e estradas de ferro; na criação de grandes empresas; no crescimento das cidades; no saneamento e na modernização da Capital Federal; e no aperfeiçoamento de portos marítimos, como os do Rio de Janeiro e Santos.

¹⁰ Classe social composta pelos latifundiários/fazendeiros do café.

Na arena política, o Reinado do Café caracterizou-se pelo domínio do Partido Republicano Paulista (PRP) e pela união das oligarquias paulista e mineira. Essa união configurou um sistema político estável, controlado pela burguesia do café, que se mantinha no poder graças a uma máquina eleitoral que se estendia por todo País (BASBAUM, 1976; FAUSTO, 2011). Cabe ressaltar que neste contexto histórico, a burguesia do café, além de governar o País em prol dos seus interesses particulares, era hegemônica no âmbito nacional e dependente/subordinada ao capitalismo internacional no plano externo (FAUSTO, 1982).

Ademais, o Reinado do Café foi um momento onde prevaleceu a continuidade no plano político, já que apesar da mudança de presidentes a cada quatro anos, alternando-se representantes da burguesia (cafeeira) paulista e mineira, “nada a não ser os seus respectivos nomes os distingue uns dos outros” (BASBAUM, 1976, p.54). Possivelmente, por conta deste fato é que Basbaum (1976, p.54) afirma que os governantes do Reinado do Café “não chegaram a alterar o curso da História”.

Com relação à economia brasileira no Reinado do Café, os aspectos gerais que a caracterizam são: momentos de expansão e crise; incremento progressivo de capital estrangeiro; e apoio do governo federal às políticas de valorização do café formuladas pela burguesia paulista. O contexto de expansão da economia brasileira está associado à conformação de uma conjuntura interna e externa favorável, desencadeada pela crescente demanda nos mercados externos; pela expansão das plantações de café, registrada desde 1850 em São Paulo, Minas Gerais e no Rio de Janeiro; pelo incremento da mão de obra imigrante à produção cafeeira; pela abolição do trabalho escravo; e pela Proclamação da República (FAUSTO, 1982; PRADO JUNIOR, 2008; FAUSTO, 2011).

Essa conjuntura favorável possibilitou a plantação em larga escala de café nos primeiros anos da República, resultando em grandes colheitas nos anos de 1896 e 1897 (FAUSTO, 2011). No entanto, mesmo em um contexto de expansão das plantações de café, a economia brasileira era frágil, vulnerável e essencialmente subordinada/dependente do mercado internacional (PRADO JUNIOR, 2008). Com isso, “no auge da prosperidade começaram a abater-se sobre o Brasil as primeiras crises e desastres graves que comprometerão irremediavelmente o futuro da sua organização econômica” (PRADO JUNIOR, 2008, p.211-2).

No caso do café, as colheitas dos anos 1896 e 1897 ocorreram num momento de ampliação da oferta do produto no mercado internacional, o que gerou uma superprodução e queda de preços. Esta situação contribuiu para o aumento da dívida externa brasileira, a

redução das receitas de exportação e o agravamento da crise em curso. Em consequência, um conjunto de medidas de contenção foi adotado pelo Estado, para controlar a crise econômica que se arrastava desde o início dos anos 1890. Sem obter êxito, em 1898 o Brasil estava à beira de um colapso financeiro (FAUSTO, 1982; FAUSTO, 2011).

No intuito de contornar a crise econômica, Prudente de Moraes estabeleceu um acordo com credores externos, denominado *Funding-Loan*. Através deste acordo foi realizado um novo empréstimo para pagar os juros e as dívidas anteriores. Em contrapartida, o Brasil foi proibido de contrair novos empréstimos até junho de 1901 e obrigado a retirar de circulação parte do papel moeda, equivalente ao valor do empréstimo. Além disso, as rendas das alfândegas brasileiras foram cedidas aos credores externos, o que possibilitou o controle da economia brasileira pelos banqueiros internacionais (FAUSTO, 1982; FAUSTO, 2011).

Apesar dos resultados alcançados pelo *Funding-Loan*, os efeitos da crise econômica no início do século XX continuavam a gerar problemas à burguesia do café paulista. Com isso, objetivando reduzir os efeitos da crise e atender seus interesses imediatos, a burguesia cafeeira paulista formulou diversas propostas em que o governo federal deveria apoiá-las e intervir diretamente no setor cafeeiro. Vale lembrar que o apoio do governo federal era fundamental para o alcance dos objetivos da burguesia do café, pois com a promulgação da Constituição de 1891 “cabia à União o papel fundamental de definir a política monetária e cambial, que além de decidir os rumos financeiros do país tinha reflexos na sorte dos negócios cafeeiros” (FAUSTO, 2011, p. 150).

A partir destas propostas, o governo federal e a burguesia do café paulista iniciaram um programa de valorização e defesa permanente do café. Este programa determinava, dentre outras medidas, que o governo federal comprasse com recursos externos os excedentes das safras de café e estocasse a mercadoria para vendê-la ao mercado internacional em momento oportuno (FAUSTO, 2011). Como resultado desta manobra, registrou-se no período 1909-1912 um aumento nos preços do café e retração da sua oferta, graças à diminuição do volume das safras provocada pela estocagem (FAUSTO, 2011).

O contexto favorável à economia cafeeira foi interrompido após a deflagração da Primeira Guerra Mundial, em 1914. Com o início deste evento, paralisou-se a entrada de capitais estrangeiros e reduziu-se abruptamente o preço do café no mercado internacional, a capacidade de importação do País e a arrecadação do governo federal. Para agravar este quadro, o Brasil era obrigado a pagar sua dívida externa (FAUSTO, 1982).

Em 1917, a conjuntura desfavorável à economia cafeeira foi acentuada, pois era esperada uma volumosa safra de café para o período 1917-1918. Esta situação seria deletéria para a economia brasileira, já que no transcorrer da Primeira Guerra Mundial as condições do mercado internacional eram adversas e o consumo do café havia declinado. Diante disso, um novo plano de valorização do café, envolvendo o governo federal e os estados produtores foi conformado. Este novo plano de valorização obedeceu aos mesmos princípios do primeiro e vigorou até 1920 (FAUSTO, 1982).

Com o término da Primeira Guerra Mundial, em 1918, “(...) um novo fator inicia a sua penetração e intervenção na História do Brasil: o imperialismo americano” (BASBAUM, 1976, p.241). Salienta-se que no pós-guerra, os EUA se projetaram como uma potência mundial duplamente vitoriosa, militar e financeiramente, ao contrário da Inglaterra, França e Alemanha, que estavam endividadas e com reduzida capacidade de expansão do setor econômico. Essa situação provocou uma mudança na correlação de forças entre os países controladores do capitalismo mundial, impulsionando o controle da economia capitalista pelos EUA e abrindo caminho para a supremacia do dólar em âmbito mundial, especialmente nos países Latino-Americanos (BASBAUM, 1976).

Para o Brasil, a conjuntura do pós-guerra significou o início de um período de desenvolvimento industrial, de grande impulso à indústria nacional (PRADO JUNIOR, 2008), e de relações político-econômicas cada vez mais estreitas com os Estados Unidos. Não é por acaso que após a guerra “nossa economia passou na realidade a depender dos dólares *norte-americanos* e dos humores e interesses dos trustes importadores *norte-americanos*” (BASBAUM, 1976, p.247).

Cabe destacar que a partir de 1918, ‘a invasão *norte-americana*’ (BASBAUM, 1976) no Brasil ocorreu não apenas no setor econômico, mas também em outros campos da sociedade brasileira, como o político, o cultural e o ideológico. Como será discutido, a influência norte-americana ocorreu em diversos setores sociais, podendo ser evidenciada na análise dos debates em torno das questões de higiene e saúde pública no final dos anos 1910 e das transformações ocorridas no campo da saúde pública na década de 1920.

Por fim, com o encerramento da Primeira Guerra Mundial,

(...) ganhou forças no país o ponto de vista de que o Estado deveria intervir permanentemente na economia para defender os preços dos produtos agrícolas. Esta perspectiva aumentou a importância do controle do Estado

por parte dos diferentes setores da classe dominante, dispostos a dar rumos até certo ponto excludentes ao intervencionismo estatal (FAUSTO, 1982, p.235).

O campo da saúde pública, inserido nesta trama histórica, política e econômica, foi um dos setores sociais utilizados pela classe dominante para ampliar o controle e a intervenção do Estado na sociedade brasileira. Esse fato incidiu sobre a História da Saúde Pública no Brasil, transformando a década de 1920 num marco histórico. No intuito de compreender a conformação deste campo e as transformações ocorridas nos anos 1920, esboçar-se-á a trajetória do campo da saúde pública no período em análise.

3.2 O CAMINHO ATÉ A IMPLANTAÇÃO DO DEPARTAMENTO NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA

Conforme se discutiu no tópico anterior, a Proclamação da República foi um evento que produziu profundas mudanças na formação social brasileira. Essas mudanças ocorreram tanto no arcabouço jurídico-constitucional do País, como nos planos econômico, político, ideológico e em diversos setores sociais. Um dos setores que teve sua organização e estrutura modificada foi o campo da saúde pública.

Segundo Pires (1989), a conjuntura instalada após a Proclamação da República impulsionou uma reorganização dos serviços de saúde pública no Brasil. Essa reorganização é relacionada ao movimento iniciado com a promulgação da Constituição de 1891, que dentre outros aspectos, institucionalizou a descentralização administrativa e o federalismo. Apesar de no texto constitucional não existir menção ao campo da saúde, estabeleceu-se a interpretação de que a responsabilidade pelas ações de saúde pública caberia aos municípios e estados. Essa interpretação foi confirmada após a sanção da lei orçamentária de 1892, que reiterou a responsabilidade dos estados para com o cuidado à saúde da população em seus respectivos territórios e do Governo federal, que seria responsável pelas ações de saúde na Capital Federal, pela vigilância dos portos e pela assistência aos estados em casos excepcionais (HOCHMAN, 1998).

A despeito dessas mudanças, Luz (1982) adverte que a preocupação do Estado brasileiro era objetivamente restrita à Capital Federal e, secundariamente, ao estado de São

Paulo e outras regiões portuárias. Isto ocorria porque nos primórdios da República, o Rio de Janeiro – centro político-decisório do País – era uma cidade assolada por epidemias de doenças infectocontagiosas, o que impedia a expansão da ordem republicana/capitalista. Desta forma, como afirma Rizzotto (1995), as epidemias de doenças infectocontagiosas, que não eram novidade no Brasil, adquiriram novos significados após a Proclamação da República, impondo a necessidade de medidas imediatas por parte das classes dirigentes.

Por outro lado, é preciso considerar também que o Estado, além de não estar preparado, optou por operacionalizar algumas ações de saúde pública na Capital Federal e nas cidades responsáveis pela produção e escoamento de mercadorias ligadas à economia cafeeira. Esta foi uma forma utilitária e imediata de atender aos interesses político-econômicos das classes dominantes, de modo a controlar “(...) um conjunto de doenças que ameaçava a manutenção da força de trabalho e a expansão das atividades econômicas capitalistas no espaço da cidade” (COSTA, 1985, p.12).

Dentre as medidas adotadas pelo Estado brasileiro para solucionar os problemas imediatos de saúde pública, após a Proclamação da República, destacam-se: a criação do Conselho de Saúde Pública, em 1890, cujas ações concentravam-se nos portos marítimos e no espaço urbano da Capital Federal; a regulamentação do Laboratório de Bacteriologia, em 1892, cuja finalidade era estudar a natureza, etiologia, tratamento e profilaxia das moléstias infectocontagiosas, e do Serviço Sanitário dos Portos da República, em 1893; e a criação, em 1894, do Instituto Sanitário Federal, cujas funções eram idênticas ao do Laboratório de Bacteriologia (COSTA, 1985).

Além destas medidas, o Estado criou, em 1897, a Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP), que unificou os serviços de saúde pública sob sua responsabilidade e instituiu, em 1902, após uma epidemia de peste bubônica no Rio de Janeiro, em que as medidas de isolamento dos enfermos e desinfecção das moradias não tiveram efeito, a notificação obrigatória de algumas doenças transmissíveis, como febre amarela, peste bubônica, varíola, cólera, dentre outras (COSTA, 1985).

Não obstante esse conjunto de ações, no início do século XX a estrutura arquitetônica da Capital Federal era decadente e as condições de vida e saúde da população eram péssimas. Basbaum (1976, p.124-5) exemplifica esta situação:

Até fins do século passado (*século XIX*), e princípios deste (*século XX*), era o Rio uma cidade de ruas tortas, estreitas e mal calçadas, traçadas ao acaso por entre os vales, que nas épocas chuvosas se transformavam em lamaçais com as águas que desciam dos morros. Não tinha esgotos, a luz de gás, precária, fazia das ruas lugares perigosos à noite. Os bondes puxados a burro e os tálburis eram os únicos meios de transporte urbano. A cidade, ao começar do século XX, conservava ainda o mesmo aspecto – apenas crescera um pouco, - de duzentos anos atrás.

Em relação às epidemias que assolavam o Rio de Janeiro, em princípios do século XX, Basbaum (1976, p.125) afirma que no Rio de Janeiro

as condições sanitárias eram as piores possíveis. A varíola e a febre amarela (...) dizimavam a população e afugentavam os estrangeiros. A fama de “país dos escravos” tinha desaparecido. Em seu lugar surgira a fama de “país da febre amarela”.

Escorel e Teixeira (2008, p.346) complementam:

Anualmente a cidade era atacada por diversas epidemias que causavam milhares de mortes. A febre amarela era a doença que mais castigava a cidade. As epidemias eram tão violentas e constantes, que muitos navios preferiram passar distante de seu porto e desembarcar suas mercadorias e seus imigrantes em Buenos Aires. Não era sem motivo que o Rio de Janeiro ficou conhecido como o “túmulo dos imigrantes”.

Em consequência, a expansão da economia cafeeira e as relações econômicas com outros países foram prejudicadas. Singer, Oliveira e Campos (1981, p.108) elucidam esta afirmação: “as várias endemias que assolavam a Capital Federal e outras cidades tornavam perigosa a vida dos estrangeiros e provocavam a recusa dos navios de aportarem em nossas cidades, desviando-se para outros países, com visíveis prejuízos para a vida econômica da nação”.

Observa-se, assim, que os problemas de saúde pública no início do século XX, ao comprometerem a expansão do capitalismo no Brasil, impuseram a necessidade de instituir uma nova ordem social e sanitária (LUZ, 1982), que começou a ser implantada a partir de 1902, no governo do presidente Rodrigues Alves.

Ao assumir a Presidência da República, em 15 de novembro de 1902, após realizar uma campanha eleitoral baseada em um projeto de modernização do País, Rodrigues Alves tinha o desafio de transformar a Capital Federal em uma cidade moderna, limpa, saudável e bem vista no cenário internacional (PIRES, 1989). Com efeito, iniciou-se em 1902 a implantação de um amplo programa de obras públicas e de saneamento no Rio de Janeiro, cujos objetivos eram melhorar as condições da Capital Federal para a circulação de mercadorias e erradicar ou controlar as enfermidades que prejudicavam as relações comerciais (BRAGA; PAULA, 1981).

É neste momento que o médico Oswaldo Cruz foi nomeado para o cargo de Diretor-Geral de Saúde Pública, em 1903. Cabe salientar que a ascensão de Oswaldo Cruz à DGSP significou a imposição de um modelo médico de saber na sociedade brasileira. Esse modelo incorporava os conceitos da “medicina científica” e revelava tanto o discurso médico sobre a produção da saúde e da doença, como as propostas de intervenção médica para sanear o espaço físico das cidades portuárias e higienizar, disciplinar a vida da população para o tipo de relações sociais impostas pela ordem republicana/capitalista nascente (LUZ, 1982).

Outrossim, nesse modelo considerava-se que a (re)produção de doenças estava estritamente relacionada ao “meio ambiente”, à cidade, que portava e produzia doenças. Conseqüentemente, para eliminar as enfermidades supostamente produzidas pelo “meio ambiente” era necessário transformar e esquadrihar o espaço urbano, desconsiderando as condições estruturais que produziam as péssimas condições de vida e saúde da população, e respondendo às demandas das classes dirigentes num momento em que a ordem social estava em jogo (LUZ, 1982).

Ao assumir a direção da DGSP, em 23 de março de 1903, Oswaldo Cruz definiu como prioridade a erradicação da febre amarela urbana na Capital Federal. Para isso, ele contava com o apoio do representante do Estado brasileiro, Rodrigues Alves, e do prefeito do Rio de Janeiro, Pereira Passos. Com esta base política, “Oswaldo Cruz vê realizadas as pré-condições para impor critérios racionalizadores científicos na ação de combate à febre amarela” (LUZ, 1982, p. 197).

O plano de ação elaborado por Oswaldo Cruz, para o combate da febre amarela urbana, baseou-se no modelo adotado pelos norte-americanos em Cuba, o método Finlay (SINGER; OLIVEIRA; CAMPOS, 1981), e incluía intervenção nos domicílios, isolamento de focos, destruição de nichos reprodutivos de mosquitos e vacinação compulsória de toda população (LUZ, 1982). Para operacionalizar essas ações, utilizaram-se as campanhas

sanitárias, que eram essencialmente autoritárias, impositivas, uma forma específica de exercício do poder: a polícia sanitária (SCLIAR, 2005).

De acordo com Costa (1985), foi por meio das campanhas sanitárias e da organização militarizada em saúde que o Estado procurou adequar a estrutura urbana do Rio de Janeiro aos novos interesses financeiros, comerciais e industriais das classes dominantes. Além disso, é necessário considerar que se por um lado as campanhas sanitárias eram autoritárias e impositivas, por outro foi através delas que se utilizaram novos conceitos e práticas médicas (LUZ, 1982), além de novos instrumentais técnicos e organizativos da saúde pública baseados na medicina experimental/científica (COSTA, 1985).

Na Capital Federal, o combate à febre amarela urbana ocorreu no período de maio a dezembro de 1903. No transcorrer desse ano, os serviços de higiene do Rio de Janeiro foram transferidos para o Estado; brigadas de mata-mosquitos foram instaladas; domicílios foram invadidos, inclusive sem o consentimento de seus proprietários; medidas repressivas foram aplicadas; habitações coletivas e casas populares foram demolidas; latas, garrafas, cacos, dentre outros possíveis reservatórios de água, foram removidos das ruas; e enfermos com febre amarela foram arbitrariamente isolados do convívio familiar e social (COSTA, 1985).

Por ser um conjunto de medidas impostas de cima para baixo, que intervinha de modo autoritário na vida das pessoas e no cotidiano da cidade, não é de se estranhar que Oswaldo Cruz teve que enfrentar “(...) outra luta tão árdua quanto o combate à febre amarela” (LUZ, 1982, p. 86): o descrédito e as resistências às suas ações, por parte de médicos, da população, de políticos e da imprensa.

O descrédito da corporação médica em relação às ações de combate à febre amarela urbana decorria do fato de que “as medidas preconizadas por Cruz eram ainda pouco conhecidas da classe médica que seguia acreditando no contágio direto, desconhecendo o papel do mosquito na transmissão do agente etiológico da doença” (SINGER; OLIVEIRA; CAMPOS, 1981, p.109).

Paralelamente, a população, a imprensa, positivistas e alguns parlamentares organizavam-se para resistir à arbitrariedade das ações de saúde pública impostas pelo Estado e por Oswaldo Cruz (SINGER; OLIVEIRA; CAMPOS, 1981; LUZ, 1982; COSTA, 1985). Mergulhado neste contexto hostil, Oswaldo Cruz prosseguiu com seu plano de ação, impondo à sociedade uma nova ordem sanitária e combatendo posteriormente as epidemias de peste bubônica e varíola.

Concluída a campanha de combate à febre amarela urbana, iniciou-se o combate à peste bubônica, que também era uma doença epidêmica no Rio de Janeiro. Dentre as ações realizadas nesta campanha, destacam-se: notificação dos casos; isolamento dos doentes; e desinfecção de locais tidos como “zona empestada”, extinguindo-se ratos e pulgas transmissoras desta doença. Além disso, para o extermínio dos agentes propagadores desta enfermidade, a DGSP obteve a liberação de um crédito especial, pelo Estado, para criar um serviço de compra de ratos. Salienta-se que as bases científicas para o combate da peste bubônica já estavam assentadas desde 1894, o que gerou menos resistência por parte da população e dos médicos (COSTA, 1985).

A última campanha executada por Oswaldo Cruz, durante sua gestão na DGSP (1903-1909), foi a de combate à varíola. Para controlar a epidemia dessa doença, utilizou-se como estratégia a intervenção direta no corpo, que ocorreu através da vacinação da população (COSTA, 1985; SCLIAR, 2005). Como um meio de garantir que toda população fosse vacinada, o Congresso Nacional aprovou, em 31 de outubro de 1904, uma lei que instituiu a obrigatoriedade da vacinação contra a varíola na Capital Federal e em outras cidades populosas. Essa medida acentuou ainda mais a resistência popular, culminando na organização da *Liga contra a Vacinação Obrigatória*, em 05 de novembro de 1904, e na deflagração da Revolta da Vacina, em 10 de novembro de 1904 (COSTA, 1985).

Apesar da forte oposição às ações implementadas pelo Estado na gestão de Oswaldo Cruz, em 1906 era perceptível que a estrutura urbana e o perfil epidemiológico da Capital Federal haviam melhorado. Como resultados alcançados, destacam-se o controle das epidemias de febre amarela e peste bubônica e, por conseguinte, a redução dos índices de morbi-mortalidade por estas enfermidades na Capital Federal (SCOREL e TEIXEIRA, 2008); a extinção da febre amarela urbana no Rio de Janeiro; e o aumento da regulação estatal em assuntos de saúde pública e higiene da população (HOCHMAN, 1998).

Ao final de sua gestão, em 1908, uma epidemia de varíola afligiu a Capital Federal e comprometeu a estabilidade institucional. Oswaldo Cruz atribuiu o recrudescimento desta epidemia ao não cumprimento da lei de vacinação obrigatória e, neste ínterim, solicitou sua demissão do cargo de diretor da DGSP, o que lhe foi negado (LUZ, 1982). Com isso, ele prosseguiu no combate da febre amarela, da varíola e da peste bubônica, até que em 1909 ele renunciou à chefia da DGSP para se dedicar integralmente às atividades do Instituto Oswaldo Cruz (SINGER; OLIVEIRA; CAMPOS, 1981).

À luz das ações empreendidas pelo Estado brasileiro no campo da saúde pública, durante a gestão de Oswaldo Cruz, depreende-se que apesar da forma intransigente e arbitrária em que se tentou instituir uma nova ordem sanitária na Capital Federal, alguns avanços foram obtidos, a saber: reorganização dos serviços de saúde pública no Rio de Janeiro, mesmo que de forma incipiente; reforma dos regulamentos sanitários; utilização da epidemiologia e da profilaxia sob uma nova perspectiva (LUZ, 1982); e a estruturação das bases de ação do Estado no campo da saúde pública (HOCHMAN, 1998).

Contudo, o alcance desses resultados positivos não foi suficiente para conter a crise social em curso, que foi aprofundada na década de 1910. No início desta década, a população do Rio de Janeiro estava imersa em um processo de pauperização coletiva, caracterizado por carestia, desemprego, fome, aumento da miséria, e péssimas condições de habitação e transporte (COSTA, 1985). Essa situação atingia principalmente a classe trabalhadora, que “como parte integrante de uma história global do país” (FAUSTO, 1977, p.5) estava imersa nesse contexto de precárias condições de vida e trabalho. Rodrigues (1975, p.73-4) ilustra esta afirmação:

Sujeitos a longos horários de trabalho, viviam os operários numa penúria capaz de impressionar ao mais insensível dos observadores. O baixo nível salarial, a renda por chefe de família, não era tudo. Outras desgraças desabavam sobre a cabeça do proletariado: tinha que sobreviver longas semanas sem receber salário; trabalhar em locais que lembravam masmorras, sem luz nem ar suficientes, onde contraía doenças fatais; aceitar passivamente a repressão e a vingança; aplicação de multas por enganos cometidos durante o exercício profissional; delação à Polícia e expulsões imediatas.

Além de trabalhar em condições insalubres, homens, mulheres e crianças eram cotidianamente explorados pela burguesia, sendo submetidos a jornadas de trabalho de 14 a 16 horas por dia e repreendidos pela força policial caso reivindicassem algo. Tudo isso, em troca de ínfimos salários, que mal garantiam a subsistência (RODRIGUES, 1975). Sendo assim, “é evidente que uma classe que vive nas condições anteriormente descritas, desprovida dos meios para satisfazer as necessidades vitais mais elementares, não pode gozar de boa saúde nem chegar a uma idade avançada” (ENGELS, 2010, p.136).

Em face disso, registrou-se um crescimento da mortalidade infantil no subúrbio do Rio de Janeiro, em 1912, e da mortalidade por tuberculose, em 1913 (COSTA, 1985). Doenças como difteria, hanseníase, doenças venéreas e as endemias rurais eram responsáveis por um

considerável número de mortes nas cidades e no campo, apesar de não se manifestarem de forma epidêmica e, assim, serem negligenciadas pelas classes dirigentes. Essa situação era agravada pela forma de atuação do Estado no campo da saúde pública, que continuava limitada aos surtos de febre amarela, varíola e peste bubônica, e restrita à Capital Federal e aos portos marítimos (HOCHMAN, 1998).

Em 1913, após o encerramento de um período de expansão da economia cafeeira, um contexto de recessão atingiu diretamente a população e a classe trabalhadora, que sofreram com os efeitos do desemprego, da redução progressiva dos salários, da perda de pequenas conquistas e do aumento dos preços dos produtos que garantiam a subsistência (FAUSTO, 1977). Essa conjuntura foi agravada após o início da Primeira Guerra Mundial, o que suscitou intensa mobilização popular no Rio de Janeiro e em São Paulo. Neste momento, a luta operária ganhou força no Brasil e muitas greves foram deflagradas, a exemplo da greve geral de julho de 1917, em São Paulo (RODRIGUES, 1975).

Diante deste quadro, houve o desenvolvimento “de uma consciência entre as elites em relação aos graves problemas sanitários do país e de um sentimento geral de que o Estado nacional deveria assumir mais a responsabilidade pela saúde da população e salubridade do território” (HOCHMAN, 1998, p. 40). O desenvolvimento desta “consciência” está relacionado à percepção, por parte das elites brasileiras, de que a transmissibilidade da doença extinguiu sua suposta imunidade social e conectou toda sociedade em uma ampla rede de interdependência social, o que exigia a intervenção do Estado para eliminar um “mal” público e nacional, que atingia a todos, indiscriminadamente: a doença (HOCHMAN, 1993; 1998).

Partindo desta compreensão, no transcorrer da década de 1910 as elites brasileiras começaram a se movimentar no sentido de elaborar soluções que melhorariam a situação daqueles em estado de privação e atenuariam a ameaça aos poderosos, ricos e sadios. Neste ínterim, conformou-se um movimento em prol do saneamento do Brasil, que foi um dos mais importantes canais utilizado pelas elites para articular sua consciência social e seus interesses materiais (HOCHMAN, 1998). As origens deste movimento remontam a 1916, ano em que foi publicado o relatório de viagem dos médicos Arthur Neiva e Belisário Penna.

Quando publicado, o relatório Neiva-Penna (como ficou conhecido) teve grande repercussão nos meios intelectuais, médicos e políticos brasileiros e permitiu às elites urbanas uma visão contundente das condições sociais e de saúde dos sertões (CASTRO-SANTOS, 1985; SÁ, 2009). Sua construção teve por objetivo conhecer e mapear o quadro nosológico do norte da Bahia, sudoeste de Pernambuco, sul do Piauí e do estado de Goiás. Para tanto, Arthur

Neiva e Belisário Penna estudaram, durante os meses de abril a outubro de 1912, a fauna, a flora, a geografia, as condições de vida e a história dos locais por onde passaram (SÁ, 2009).

Com base nas informações coletadas, os autores concluíram que a população dos sertões era abandonada, doente e com baixa capacidade produtiva, pois sofria de doenças plenamente evitáveis, como ancilostomose, impaludismo e doença de Chagas. Essa situação era agravada pela ausência de médicos e do Poder Público nestas regiões. Além disso, para Neiva e Penna a doença era a principal causa dos problemas sociais vivenciados pelos sertanejos e o principal obstáculo ao progresso do País. Não é por acaso que os membros do movimento em prol do saneamento do Brasil consideravam que para constituir e fortalecer a nação brasileira era necessário eliminar ou controlar as doenças endêmicas e (re) integrar os sertões à civilização do litoral (CASTRO SANTOS, 1985; HOCHMAN, 1998; SÁ, 2009).

Após a publicação desse relatório, temas relacionados ao saneamento dos sertões e ao campo da saúde pública começaram a ocupar lugar de destaque no debate político nacional, o que expressava a preocupação das elites brasileiras com o quadro sanitário vigente. Além disso, o impacto da publicação do relatório Neiva-Penna entre as elites impulsionou a construção de uma nova bandeira de luta, o saneamento dos sertões; a consolidação do pensamento nacionalista no campo médico-sanitário; e a fundação da Liga Pró-Saneamento do Brasil, em 11 de fevereiro de 1918 (CASTRO-SANTOS, 1985; COSTA, 1985; HOCHMAN, 1998).

A Liga Pró-Saneamento do Brasil foi um movimento nacionalista fundado por membros das elites, que congregou médicos, políticos, jornalistas e cientistas. Sua criação foi um meio de alertar as elites políticas, intelectuais e econômicas para as precárias condições de vida e saúde nos sertões, e obter apoio para o saneamento do interior do País. No âmbito desse movimento, firmou-se como bandeira de luta o saneamento dos sertões, que deveria ser assumido pelo Estado nacional e operacionalizado através de uma reforma sanitária que iria unificar, centralizar e uniformizar os serviços de saúde em uma agência estatal, o Ministério da Saúde Pública. Para a elite médica, esse Ministério deveria ter autonomia política, técnica, financeira e administrativa (HOCHMAN, 1993). Esse mesmo autor destaca que a referida proposta está claramente descrita no Programa da Liga-Pró Saneamento do Brasil:

Estamos convencidos de poder a União intervir livremente nos estados em questões de higiene, indissolivelmente ligadas a todos os problemas de ordem econômica, política e social. Não compreendemos autonomias

estaduais e municipais em matéria de saúde pública (...) Nesse assunto não pode, nem deve haver simples interesse regional ou local, porque ele é nacional, devendo haver uma só orientação e uma só ação, embora auxiliada essa pelos estados e municípios, que participarem dos benefícios (PENNA, 1918, p.295-6 *apud* HOCHMAN, 1998, p.49).

Cabe ressaltar que a defesa de uma intervenção vigorosa do Estado sobre as condições de vida e saúde da população, ao tempo em que realizaria uma reforma do Estado, era contrária ao arcabouço jurídico-constitucional do Brasil, ou seja, à estrutura federativa e descentralizadora inaugurada com a Constituição de 1891. Por outro lado, é preciso considerar que a proposta de estatização do campo da saúde pública era contemporânea aos debates sobre reforma sanitária que ocorriam em outros países, como Inglaterra, França e EUA, e inseriu-se no contexto político mais amplo do pós-guerra, em que diversos movimentos de caráter nacionalista, tanto no Brasil como no exterior, atuaram no sentido de “(...) descobrir, afirmar e reclamar os princípios da nacionalidade e realizá-los através do Estado Nacional” (HOCHMAN, 1993, p. 48).

Apesar da importância política adquirida pela Liga Pró-Saneamento do Brasil, no final de 1918, especificamente entre outubro e dezembro, um fato pontual e trágico foi mais decisivo do que as demandas do movimento pelo saneamento do Brasil: a pandemia de gripe espanhola (HOCHMAN, 1993). Segundo Costa (1985), a conformação dessa pandemia na Capital Federal aprofundou a crise social em curso e colocou a sociedade carioca à beira de um colapso. Fontenelle (1922, p.439) complementa que essa pandemia foi “a mais tremenda de todas as epidemias de que ha noticia”, sendo que “tal pandemia, sem exaggero, sobrelevou-se, em extensão e intensidade, a quantas outras tenham flagellado o nosso paiz”.

Em termos quantitativos, a gripe espanhola vitimou de 20 a 30 milhões de pessoas no mundo, sendo que no Rio de Janeiro milhares de pessoas morreram em domicílio, no trabalho e nas ruas (AYRES e cols, 2010). Essa enfermidade teve um considerável impacto na população carioca, já que em dois meses de pandemia foram registradas 12.830 mortes, relevando grande virulência e alta letalidade (COSTA, 1985).

Ainda que essa pandemia tenha se configurado rápida e violentamente na Capital Federal, a *influenza* espanhola era desconhecida pelos médicos brasileiros e os aparelhos estatais de saúde não tinham capacidade e estavam despreparados para controlar esta enfermidade. Neste sentido, Fontenelle (1922, p.40) assinala que

nos primeiros dias de Outubro (*de 1918*), campeava elle no Rio de Janeiro, especialmente nas aglomerações militares, mas a situação não era confessada com a gravidade real. De subito, eis que se diffunde a epidemia por toda a cidade, desorganizando serviços, atemorizando o povo e levantando clamores, quando as autoridades sanitárias declararam toda sua extensão. Tamanha foi a celeuma provocada, tão grandes foram os ataques dirigidos contra a Saude Publica, que decidiu o dr. Carlos Seidl, director da repartição (*DGSP*), demittir-se do cargo em meados de Outubro.

Diante disso, instalou-se um caos na Capital Federal que modificou a vida das pessoas, paralisou diversas atividades e evidenciou a fragilidade (ou a ausência) das políticas de saúde pública do Estado brasileiro (GOULART, 2005; AYRES e cols, 2010). Costa (1985, p.87) exemplifica esta situação:

Em 16 de outubro (*de 1918*), a epidemia de gripe paralisava as atividades fabris: a quase totalidade da classe operária foi atingida pela doença. Nos subúrbios a situação tornara-se desoladora. A população estava tomada de pânico. Os recursos médicos e farmacêuticos eram insignificantes. O povo, sem saber onde suprir-se de medicamentos para combater a enfermidade, desesperava-se.

No decorrer da segunda metade de outubro de 1918 e do mês de novembro, faltaram alimentos, remédios, médicos e serviços de saúde que pudessem acolher os doentes. Pessoas morriam a todo o momento. As ruas da cidade se transformaram em um mar de insepultos, pela falta de coveiros e de caixões. A fome e as péssimas condições de vida dizimavam o operariado. Tudo isso contribuiu para que uma atmosfera de medo e desespero envolvesse a população da Capital Federal (COSTA, 1985; GOULART, 2005).

Nesta conjuntura de medo e terror, o médico Carlos Chagas emergiu como o “herói da espanhola”, sendo considerado pela imprensa e população o único homem capaz de controlar a gripe pandêmica. A mitificação da figura de Carlos Chagas decorria do reconhecimento social do seu capital científico, acumulado após a descoberta do *Tripanossoma cruzi*, em 1912. Tamanho era o seu prestígio que a população carioca e a imprensa exigiram a presença desse médico à frente dos serviços de combate à *influenza* espanhola, o que foi acatado pelo governo (GOULART, 2005).

A atuação de Carlos Chagas durante a pandemia reforçou sua autoridade científica e incrementou poder político e ideológico à sua figura. Do mesmo modo, o grupo de médicos envolvido com o movimento em prol do saneamento do Brasil também expandiu sua

autoridade política, ideológica e científica na sociedade brasileira, a ponto de se tornarem agentes indispensáveis ao bom andamento da sociedade, ao desenvolvimento das políticas de saúde pública e para administrar os efeitos negativos oriundos da doença coletiva. Sendo assim, pode-se afirmar que a conjuntura pandêmica do final de 1918 legitimou as propostas reformistas defendidas pelos membros da Liga Pró-Saneamento do Brasil (GOULART, 2005) e reforçou o papel dos médicos como agentes fundamentais para a institucionalização da ordem capitalista no Brasil.

O ano de 1919 iniciou sob o efeito do caos causado pela gripe pandêmica na Capital Federal e com a morte do presidente eleito Rodrigues Alves, vítima da *influenza* espanhola. Apesar de ser um evento trágico, a morte do presidente foi um fator que contribuiu decisivamente para as transformações ocorridas no campo da saúde pública a partir de 1919. Conforme afirma Hochman (1993, p.50), com a morte de Rodrigues Alves, em 16 de janeiro de 1919, “(...) representantes de ambos os lados do debate teriam razões suficientes para desconfiar e considerar falida a atuação federal na área de saúde”.

Neste sentido, a gripe pandêmica e a morte do presidente da República foram os fatos imediatos que levaram as elites médica e política a formularem propostas para modificar a organização dos serviços de saúde no Brasil. Além disso, diante dos fatos apresentados depreende-se que não foram as endemias rurais – lembrando aqui o relatório de viagem de Neiva e Penna – que mobilizou as elites brasileiras para a urgência de uma reforma sanitária, mas uma pandemia urbana que vitimou o presidente eleito, igualou ricos e pobres, e decretou a falência da saúde pública brasileira.

Considerando a pressão social causada por este conjunto de fatos, as classes dirigentes não tiveram saída: era preciso conformar uma reforma do campo da saúde pública, o que se tornou viável após a posse do presidente Epitácio Pessoa, em 28 de julho de 1919. Segundo Hochman (1998), a gestão de Epitácio foi palco da primeira grande reforma na saúde pública brasileira, inaugurando um novo momento de ampliação do Poder Público.

O movimento presidencial em torno da reforma sanitária iniciou formalmente em setembro de 1919, quando Epitácio Pessoa enviou uma mensagem ao Congresso Nacional propondo uma ampla reorganização dos serviços de saúde no Brasil (FONTENELLE, 1922; HOCHMAN, 1998). Nessa mensagem, as palavras iniciais do Presidente da República lembraram os resultados obtidos na gestão de Oswaldo Cruz na DGSP e “accentuava depois a necessidade de serem resolvidos outros problemas que haviam surgido, pelo desenvolvimento progressivo do país, pelo incremento de nossas relações internacionais e

pelo conhecimento mais exacto das condições sanitarias das zonas ruraes” (FONTENELLE, 1922, p. 442).

Ao considerar as endemias rurais um problema nacional e enfatizar a necessidade de combatê-las, Epiácio Pessoa destacou que

seria injustificavel que a União continuasse indifferente aos prejuizos de toda ordem dellas decorrentes e estimulasse com essa indifferença o desenvolvimento de um dos factores mais perniciosos da inferioridade da nossa raça, em algumas regiões. O homem dos campos, privado, nas zonas devastadas pelas endemias, da robustez e da normalidade organica necessarias, resente-se de considerável diminuição no seu coefferiente de trabalho produtivo. Além disso, a lethalidade determinada por doenças evitaveis attinge, em algumas localidades do interior, a proporções assustadoras. Torna-se, pois, urgente e necessario encarar de frente a questão, e organizar os serviços de prophylaxia rural nos Estados sobre bases uniformes, que possam ampliar de accôrdo com as possibilidades financeiras e as indicações regionaes (FONTENELLE, 1922, p. 442)¹¹.

Além do combate às endemias rurais, na perspectiva do Presidente também era urgente a necessidade de estruturar ações mais vigorosas de combate a outros problemas de saúde pública, como a lepra, a tuberculose, as doenças venéreas, a varíola, a febre amarela, e os relativos à higiene infantil e à defesa sanitária marítima e fluvial. Sendo assim, após afirmar que seria impossível solucionar os problemas imediatos de saúde pública com a organização sanitária vigente em 1919, Epiácio Pessoa solicitou ao Congresso Nacional uma autorização para reorganizar os serviços de saúde e higiene pública, que seria efetuada a partir da criação de um Ministério da Instrução e da Saúde Pública (FONTENELLE, 1922).

Cabe salientar que a proposta do Presidente da República revela a intenção explícita do Estado brasileiro em unificar, centralizar e uniformizar as ações do campo da saúde pública. Essa foi uma forma de responder aos problemas imediatos do campo da saúde pública que impediam o avanço da ordem republicana e capitalista, e diminuían a capacidade produtiva de brasileiros e brasileiras. Ademais, como afirma Hochman (1998), as ideias e a proposta defendida por Epiácio revelam também a incorporação e a legitimação das ideias apresentadas ao Congresso Nacional e ao Governo Federal, desde 1916, por médicos da Academia Nacional de Medicina e da Liga Pró-Saneamento do Brasil.

¹¹ Provavelmente, este trecho é uma parte do discurso construído por Epiácio Pessoa e exposto no Congresso Nacional em setembro de 1919. No entanto, por não estar referenciado no texto de Fontenelle (1922), subentendeu-se que o fragmento foi retirado do discurso original e optou-se por referenciar apenas Fontenelle (1922).

Após a exposição dessa mensagem presidencial no Congresso Nacional, os assuntos referentes à saúde pública foram discutidos no parlamento, na imprensa e nas associações científicas (médicas). Os interessados por estes assuntos começaram a refletir, estudar e publicar artigos sobre a ‘questão da Saúde Pública’. O próprio J. P. Fontenelle publicou uma série de artigos n’*O Jornal*, do Rio de Janeiro, que analisava os principais problemas de saúde pública do Brasil e contribuía com sugestões para a formulação da reforma sanitária (FONTENELLE, 1922). Dentre essas sugestões, J. P. Fontenelle defendia em seus artigos de 1919 que era inadiável

modificar profundamente a organização básica dos nossos serviços sanitários, evitando a ampliação do quadro de funcionarios superiores, especialmente medicos, para dar o necessario desenvolvimento ao serviço dos subalternos, como guardas sanitarios e auxiliares technicos, instruindo-os convenientemente; **introduzir no quadro desses technicos subalternos as enfermeiras-visitadoras ou enfermeiras de Hygiene (grifo meu)**; crear uma secção especializada de propaganda e educação sanitaria; incluir a lucta contra a tuberculose no programma sanitario do Rio de Janeiro, organizando-a com o emprego de medidas directas de combate ao contagio; modificar muitas das nossas normas sanitarias, já em desaccôrdo com a Hygiene moderna (...); crear serviços autonomos, mas coordenados entre si, dentro da repartição de Saude Publica do Distrito Federal, especializando o pessoal para os trabalhos de policia sanitaria, de exames de laboratorio, de engenharia sanitaria, de propaganda e educação hygienica, de tuberculose, de doenças venereas, de prophylaxia geral, etc (FONTENELLE, 1922, p. 443).

Por conseguinte, a mensagem presidencial transformou-se no Projeto n. 576, de outubro de 1919, que criava o Ministério de Instrução e Saúde Pública e tinha como relator o deputado sergipano Rodrigues Dória. Neste ínterim, após a oposição de alguns parlamentares, apoio do Legislativo, vários pedidos de urgência, reencaminhamento de projetos substitutivos, formulação de algumas emendas e rápida votação no Senado, aprovou-se no penúltimo dia do ano de 1919 o projeto que originou o Departamento Nacional de Saúde Pública, inaugurando deste modo uma nova etapa na história do desenvolvimento da política de saúde no Brasil (HOCHMAN, 1998). Com esta política emergiu uma nova categoria de trabalhadoras e abriu-se um novo campo de trabalho para as mulheres.

4 CONJUNTURA HISTÓRICA, REFORMA SANITÁRIA E A ENFERMEIRA (1920-1925)

“Precisamos ter uma organização nacional e unitaria de Saude Publica, como é nacional e unitario o nosso Exército”.
(J. P. Fontenelle)

“A Saude Publica precisa de Enfermeiras Visitadoras!”
(J. P. Fontenelle)

A década de 1920 é apontada por alguns historiadores como o período do auge da economia cafeeira, e o café era a mercadoria base do sistema agroexportador brasileiro. Neste momento, a burguesia cafeeira, juntamente com o governo federal, optou por manter o esquema de valorização e defesa do café, o que impulsionou uma considerável expansão do plantio de cafezais entre 1920 e 1924. Contudo, o incremento no plantio de café provocou um crescente desequilíbrio na balança comercial brasileira, culminando na crise do sistema cafeeiro (FAUSTO, 1982).

Essa crise, que iniciou na segunda metade de 1920 e perdurou até 1922, inseriu-se na conjuntura imediata do pós-guerra, momento em que se registrou o *boom* e a recessão da economia capitalista mundial. O contexto de recessão econômica, iniciado em 1920, suscitou mudanças conservadoras na política econômica dos países centrais do capitalismo e a interrupção do fluxo de capitais estrangeiros, especialmente norte-americanos, para o Brasil. Com efeito, registrou-se uma queda considerável da demanda e do preço do café no mercado internacional, e a progressiva desvalorização da moeda brasileira a partir do final de 1920 (FRITSCH, 1993).

Nas palavras deste mesmo autor, os efeitos da crise econômica mundial e nacional foram devastadores para a economia cafeeira e para o Brasil, já que além da crise cambial em curso, registrou-se o declínio das importações, a redução das receitas do governo federal e o aumento da inflação. Para agravar esta situação, o Presidente da República, Epitácio Pessoa, havia iniciado um programa de metas que implicou em importantes compromissos políticos que não poderiam ser suspensos. Um destes compromissos era a preparação da Capital Federal para a Exposição do Centenário da Independência, que ocorreria em 1922, e o outro era a continuidade do programa de obras contra as secas no nordeste iniciado após sua posse (FRITSCH, 1993).

Diante desta crise econômica, a burguesia cafeeira paulista começou a pressionar o governo federal para que este agisse permanentemente em favor da defesa do café. Com isso, na tentativa de “defender” o Estado brasileiro, o presidente da República cedeu às pressões e decidiu atender aos interesses corporativos da burguesia cafeeira. Este fato significa que entre 1921 e 1922, o presidente Epitácio Pessoa passou a identificar os interesses da cafeicultura com os interesses do Estado brasileiro (FAUSTO, 1982; FRITSCH, 1993).

No final da gestão de Epitácio, a economia brasileira apresentava um acentuado desequilíbrio cambial, consequência da maciça emissão de moeda realizada entre 1921 e 1923 para operar o programa de defesa permanente do café. Esse desequilíbrio foi uma herança repassada ao próximo presidente da República, Arthur Bernardes (1922-1926), cuja posse ocorreu em 15 de novembro de 1922, em meio a um contexto político e econômico adverso (FRITSCH, 1993).

Em seu governo, Arthur Bernardes priorizou a operacionalização de uma política de austeridade fiscal e de redução da emissão de moeda. Essa política desagradava à burguesia cafeeira, cujo interesse era manter a colaboração financeira da União no programa de defesa permanente do café. Assim, no intuito de minorar as pressões da burguesia, Bernardes entrou em acordo com o governo paulista e entregou o controle da defesa do café para o estado de São Paulo. Ao mesmo tempo, ele prosseguiu com sua política de austeridade que em dois anos restaurou o equilíbrio fiscal e reestabeleceu o fluxo de capitais do Brasil (FAUSTO, 1982; FRITSCH, 1993).

À luz destes fatos, cabe ressaltar que o contexto de crise econômica que caracterizou o período 1920-1924 não impediu a conformação de uma ampla reforma no campo da saúde pública. Ao contrário, este foi um período marcado por muitas mudanças na organização dos serviços e das práticas de saúde pública em relação ao período anterior. Essas mudanças iniciaram-se com a sanção do decreto n. 3.987, no dia 02 de janeiro de 1920.

O decreto 3.987 foi o ponto de partida da reforma sanitária e criou o Departamento Nacional de Saúde Pública. Esse Departamento emergiu como um aparelho institucional subordinado ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores (BRASIL, 1920a), o que não correspondeu aos anseios dos médicos ligados a Liga Pró-Saneamento do Brasil e do presidente da República. Segundo Fontenelle (1922, p.500)

A sugestão do Governo de criar-se um Ministério da Instrução e da Saúde Pública não logrou êxito, tendo optado o Congresso por uma grande remodelação da Directoria Geral de Saúde Pública, de modo a torna-la muito mais ampla e a dar-lhe autonomia administrativa, ficando apenas subordinada ao ministro do Interior.

Apesar de não ter sido criado um Ministério de Instrução e Saúde Pública, como pretendiam as elites médicas e o presidente Epitácio Pessoa, a conformação do DNSP significou a ampliação da presença estatal no campo da saúde e possibilitou que algumas ações de saúde pública fossem operacionalizadas pelo Estado nacional para além da Capital Federal. Dentre estas ações, cabia ao DNSP operacionalizar os serviços de higiene da Capital Federal; a polícia sanitária nos domicílios e nos estabelecimentos (comerciais e de saúde); a vigilância sanitária dos portos; a construção de pesquisas de interesse no campo da saúde pública; a organização de estatísticas demográfico-sanitárias; a profilaxia rural em todo o País; a organização do Código Sanitário que seria submetido ao Congresso Nacional; e a fiscalização do exercício da medicina, obstetrícia e arte dentária, bem como do sistema de esgotos da Capital Federal e dos produtos farmacêuticos expostos à venda (BRASIL, 1920a).

O campo de ação do DNSP englobava predominantemente os domicílios, as indústrias, os estabelecimentos comerciais e os serviços de saúde da Capital Federal. No entanto, este Departamento também poderia atuar em outros estados do território nacional, conforme consta nos artigos 3º e 9º do Decreto. Esta atuação somente ocorreria após o estabelecimento de um acordo entre o DNSP e os governos estaduais e municipais, tendo por objetivo implementar as ações de profilaxia rural, de prevenção e combate às endemias nas cidades e nas zonas rurais do interior do Brasil.

Em termos estruturais, o DNSP seria dividido em três diretorias: a Diretoria dos Serviços Sanitários Terrestres na Capital Federal, a Diretoria de Defesa Marítima e Fluvial, e a Diretoria de Saneamento e Profilaxia Rural. A primeira Diretoria concentraria os serviços de polícia sanitária; de prevenção contra doenças transmissíveis, especialmente a tuberculose; de vigilância sanitária; e de fiscalização da medicina, arte dentária e obstetrícia na Capital Federal. A segunda seria responsável pela vigilância e polícia sanitária dos portos; pela inspeção dos passageiros que aportassem nos portos brasileiros; e pela vacinação dos passageiros nos portos. Por fim, à terceira Diretoria caberia o combate às endemias rurais no interior do País; a propaganda dos preceitos da higiene; e a promoção de acordos com os estados e municípios para operar estas ações em seus respectivos territórios (BRASIL, 1920a).

Diante disso, afirma-se que a criação do DNSP visou centralizar o comando da saúde pública brasileira, uniformizar as ações de higiene e saúde pública, e ampliar a presença do Estado tanto no corpo social como no território nacional. Costa (1985) complementa que a conformação do DNSP possibilitou às classes dominantes enquadrar, em um único aparelho de Estado, os instrumentos capazes de eliminar ou controlar os entraves sanitários que impediam a expansão do capitalismo e da ordem republicana no Brasil. Ademais, é possível observar que o foco das ações sob a responsabilidade do DNSP, no momento de sua criação, era a prevenção de doenças transmissíveis, a polícia sanitária e a vigilância sanitária dos portos, o que indica a incorporação de algumas características, como a coerção e a verticalização das ações, oriundas do modelo campanhista implementado por Oswaldo Cruz no início do século XX.

Um elemento inerente ao processo de criação do DNSP é o que consta no artigo 2º do decreto 3.987: a direção do Departamento Nacional de Saúde Pública seria ocupada por médicos de reconhecido saber, nomeados pelo Presidente da República (BRASIL, 1920a). Esta evidência indica que a criação do DNSP possibilitou a ascendência política dos médicos e, ao mesmo tempo, incrementou poder político à figura destes profissionais, permitindo-os interferir amplamente na conformação do campo da saúde pública e na sociedade brasileira. Neste sentido, Costa (1985, p.105) comenta que “a convergência entre os interesses imediatos da ordem republicana e as práticas sanitárias tornaria possível também a inusitada ascendência política do círculo intelectual médico-sanitário na década de (19)20”, aproximando-os dos destinos políticos da República Velha.

Após a criação do DNSP, este foi regulamentado em 26 de maio de 1920, através do decreto 14.189. Esse regulamento sanitário entraria em vigor a partir de 01 de junho de 1920, “(...) mas as reclamações apresentadas e as modificações sugeridas levaram o Governo a mandar fazer as alterações necessárias, pelo que foi o início da execução do regulamento adiado para 1 de Julho e, depois, novamente, adiado indefinidamente” (FONTENELLE, 1922, p. 444).

Em relação a este fato, não se encontraram indícios que apontassem quais os motivos, reivindicações e modificações foram apresentadas ao governo após a publicação do decreto 14.189, em 26 de maio de 1920. Apesar disso, ao retomar o conjunto de fatos no campo da saúde pública no período anterior (1889-1919), pode-se afirmar que muitas das propostas construídas e defendidas pelos membros da Liga Pró-Saneamento do Brasil não foram

incluídas no decreto que criou o DNSP, gerando um clima de insatisfação entre os médicos/sanitaristas envolvidos com a formulação da política de saúde pública.

Para elucidar esta afirmação, vale resgatar as sugestões apresentadas em 1919 pelo médico J. P. Fontenelle, que era um dos principais interlocutores e protagonistas do movimento em prol do saneamento do Brasil e da reforma sanitária, a saber: introdução das enfermeiras-visitadoras no quadro de funcionários ‘subalternos’ do DNSP; criação de uma seção especializada de propaganda e educação sanitária; organização de ações de combate à tuberculose na Capital Federal; adequação das normas sanitárias brasileiras aos padrões da higiene moderna; e a especialização de profissionais para trabalhos de polícia sanitária, de educação e propaganda sanitária, de tuberculose, de doenças venéreas, de profilaxia geral, dentre outras doenças transmissíveis (FONTENELLE, 1922).

Diante da amplitude das propostas defendidas pela elite médica envolvida com a formulação da política de saúde pública nos anos 1920, o decreto 3.987 era genérico e não incluía os anseios imediatos dos formuladores da política. Isto certamente gerou um clima de insatisfação. Com isso, era imprescindível que fosse aprovado um regulamento sanitário cujo conteúdo fosse o mais próximo possível das propostas defendidas pelos protagonistas da reforma sanitária. Para tanto, adiar indefinidamente a regulamentação e o início das atividades do DNSP foi uma estratégia encontrada para a construção de um regulamento sanitário pautado nos interesses e nas ideologias da elite médica nos anos 1920.

A aprovação de um novo regulamento sanitário ocorreu em 15 de setembro de 1920, dia em que foi sancionado o decreto 14.354, aprovando o regulamento para o Departamento Nacional de Saúde Pública e substituindo o decreto 14.189, de 26 de maio de 1920 (BRASIL, 1920b). Este novo regulamento sanitário, aqui considerado como o Código Sanitário de 1920, é dividido em sete partes, constando de 111 capítulos e 1.195 artigos.

Genericamente, o texto do Código Sanitário de 1920 abordou os seguintes aspectos: organização administrativa da diretoria geral do DNSP, na primeira parte; organização, funções e estrutura das diretorias e das Inspetorias que compõe a diretoria geral, na segunda parte; organização, estrutura e funções da Diretoria dos Serviços Sanitários Terrestres e das Inspetorias que a compõe, na terceira parte; organização, estrutura e funções da Diretoria de Defesa Sanitária Marítima e Fluvial, na quarta parte; organização administrativa, funções e estrutura da Diretoria de Saneamento e Profilaxia Rural, na quinta parte; informações sobre penas administrativas, na sexta parte; e por último, os aspectos relativos ao Conselho Superior de Higiene (BRASIL, 1920b).

Na perspectiva de Fontenelle (1922, p.444), o Código Sanitário de 1920 foi “(...) a mais longa e mais completa regulamentação sanitária do Brasil”, pois representou

um sensível adiantamento sobre as anteriores: procurou atender ao grande problema do saneamento rural; aperfeiçoou o serviço dos portos, melhorou a higiene urbana do Rio de Janeiro, atendeu a prementes questões como a tuberculose, a lepra e as doenças venereas e, em conjunto, adoptou normas e processos mais de accôrdo com a moderna Hygiene pública (FONTENELLE, 1922, p. 446).

A análise do conteúdo do decreto 14.354 permite afirmar que o DNSP, como expressão da política de saúde nascente, era um aparelho institucional complexo, responsável por uma vasta gama de ações de saúde pública no território brasileiro. Além de materializar boa parte das propostas e interesses da elite médica, o Código Sanitário de 1920 ampliou a responsabilidade estatal no campo da saúde pública e possibilitou maior interferência dos médicos e do Estado na vida dos (as) brasileiros (as) através do DNSP.

Ao relacionar o Código Sanitário de 1920 com o decreto 3.987, de 02 de janeiro de 1920, o primeiro detalhou o conteúdo do decreto 3.987 e incorporou novos elementos em seu texto. Apesar de reconhecer a importância do conjunto de elementos que compõem o Código Sanitário de 1920, para o campo da saúde pública, a partir daqui serão destacados e analisados os aspectos desse documento que interessam diretamente ao objeto deste estudo.

Destarte, é preciso destacar que as sugestões do médico J. P. Fontenelle, publicadas em 1919, foram incorporadas ao decreto 14.354. Dentre estas, a inclusão da enfermeira-visitadora no texto do Código Sanitário de 1920 é um fato que merece ser discutido, dado que num contexto de hegemonia médica no campo da saúde pública, a inserção de uma nova trabalhadora no DNSP não ocorreu por acaso ou por qualquer motivo.

Ao analisar o Código Sanitário de 1920, identifica-se que no âmbito do DNSP, a enfermeira-visitadora seria alocada na seção de *Higiene Infantil e de Assistência à Infância* e na *Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose* (BRASIL, 1920b). No artigo 463 desse mesmo documento, delimitam-se as características e as atribuições da prática dessa trabalhadora, a saber:

- Exercer a vigilância higiênica nos domicílios onde residem pessoas com tuberculose, visitando-as frequentemente.

- Instruir os doentes e suas famílias sobre a natureza da doença e as precauções a serem tomadas.
- Aconselhar o doente sobre o seu tratamento e os modos de vida apropriados à sua cura, tendo por base as informações repassadas pelos médicos.
- Fornecer à Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose as informações referentes aos doentes, como o tratamento, as condições de trabalho, os recursos pessoais, as condições do domicílio onde residem e as medidas preventivas em execução ou a executar.
- Corrigir as anomalias encontradas com determinação, benevolência, discrição e suavidade.
- Prestar ao doente os serviços de enfermeira sempre que houver necessidade.
- Distribuir e explicar, nos domicílios visitados, as publicações de propaganda higiênica e de combate à tuberculose.
- Comunicar à Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose os casos suspeitos de tuberculose identificados durante a visita domiciliar.
- Requisitar as medidas de desinfecção, quando necessário.
- Colher e enviar à Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose as amostras de escarro das pessoas em observação, para fins diagnósticos (BRASIL, 1920b).

Sobre a prática da vigilância higiênica, por parte das enfermeiras-visitadoras, os formuladores do Código Sanitário de 1920 foram categóricos: esta prática teria por objetivo verificar o cumprimento das normas regulamentares a partir das visitas domiciliares e sob a supervisão dos médicos, para os quais a enfermeira-visitadora deveria ser uma auxiliar.

Diante destes elementos, compreende-se que no momento da formulação da política de saúde pública, em 1920, a enfermeira-visitadora foi definida como uma agente da mesma, ainda que a enfermeira não existisse como profissão no Brasil. O lugar reservado para esta trabalhadora, no campo da saúde pública, foi o domicílio por meio da visita domiciliar. O objetivo do seu trabalho era impedir a propagação da tuberculose, através da vigilância higiênica e da educação sanitária, e complementar o trabalho dos médicos que atuavam nos serviços de saúde e no âmbito do DNSP.

Ademais, a enfermeira-visitadora, por estar em contato direto com as pessoas no seu cotidiano, seria o elo entre as famílias e os médicos que atuavam nos serviços de saúde, e uma porta-voz dos médicos e do Estado junto às famílias. Em razão das suas atribuições, o trabalho da enfermeira-visitadora era estratégico e utilitário, pois além de permitir que as ações formuladas pela elite médica chegassem nos domicílios, atendia as demandas imediatas impostas pelo início da reforma sanitária no controle das doenças transmissíveis prevalentes na época.

Os motivos que levaram os formuladores da política de saúde a inserirem a enfermeira-visitadora no âmbito do DNSP relacionam-se ao contexto histórico e às ideologias do pensamento médico no momento inicial da reforma sanitária. Em primeiro lugar, cabe destacar que o modelo ideológico/assistencial da reforma sanitária dos anos 1920 foi o higienismo. Na perspectiva de Costa (1984), esta ideologia, a partir do início do século XX, ofereceu os argumentos necessários para o projeto burguês de civilidade e modernidade, cujo objetivo era o controle da razão, moral e saúde das classes subalternas.

No âmbito desse projeto burguês, “cultivar a saúde física e mental do homem, de modo a permitir sua eficiência máxima no trabalho” (FONTENELLE, 1922, p.446-7) era o principal objetivo a ser alcançado por uma moderna organização sanitária, cuja preocupação não era mais restrita “aos cuidados com o meio ambiente, tido, então, como causa de todos os males que atormentam o homem” ou com “os cuidados com as pessoas infectantes, fonte das doenças transmissíveis, de onde se difundem, por vários modos, para alcançar os indivíduos sãos”, mas com “a necessidade de pôr os indivíduos nas melhores condições de saúde e de capacidade de trabalho, ensinando e propagando as normas da Higiene perfeita e prophylactica” (FONTENELLE, 1922, p.447). Como se pode notar, a pretensão do projeto burguês de civilidade e modernidade era, dentre outras coisas, implantar uma nova cultura - a do corpo saudável e produtivo -, encontrando na ideologia higienista os argumentos e os instrumentos necessários para o alcance deste objetivo.

Nota-se também que para uma política de saúde pública ser considerada moderna, era preciso pautá-la nos modernos dispositivos da higiene, o que ao mesmo tempo implicava em operacionalizar uma estratégia que higienizasse comportamentos, obtivesse a colaboração coletiva e, como afirma Costa (1984), disciplinasse e domesticasse os cidadãos para colocá-los à disposição do projeto político das elites. Nesta direção, a educação sanitária, ao tentar “(...) regulamentar, enquadrar, controlar todos os gestos, atitudes, comportamentos, hábitos e discursos das classes subalternas” (COSTA, 1984, p.7) emergiu como uma estratégia para ‘modernizar’ as práticas de saúde pública e conformar um novo modo de intervir no cotidiano das pessoas.

Por ser um instrumento essencial ao alcance dos objetivos higiênicos das modernas organizações de saúde pública, no contexto dos anos 1920, a educação sanitária foi um eixo estruturante na conformação da reforma sanitária. Este fato é evidente no texto de Fontenelle (1922), principalmente quando o mesmo destaca que a educação é o problema central da moderna saúde pública. Não por acaso, no decorrer dos anos 1920 “os dispositivos de

normatização higiênica encontraram ampla possibilidade de desenvolvimento no aparato de Estado e no campo da cultura” (COSTA, 1984, p. 15).

No entanto, assumir a educação sanitária como um eixo estruturante de uma política de saúde, resultou na reestruturação das bases organizativas do campo da saúde pública, como também na necessidade de atender as demandas imediatas oriundas da incorporação da moderna higiene ao pensamento médico-sanitário, à prática médica e à política de saúde pública dos anos 1920. Neste sentido, a análise dos textos escritos por Fontenelle (1922; 1930a; 1930b) permite compreender que a partir do momento em que se assumisse a educação sanitária como um dos pilares do campo da saúde pública, haveria “(...) uma grande reviravolta nos objectivos da acção de saude publica”, pois seria necessário penetrar no cotidiano das pessoas para “(...) educar os indivíduos, para melhoramento da saúde” e obter a colaboração destes, já que sem isso “(...) falha a sciencia nas suas pretenções, ficando o saneamento inutil ou muito limitado no seu valor” (FONTENELLE, 1930a, p.1).

Além disto, para a resolução dos “grandes problemas da moderna saude publica”, como a mortalidade infantil e a tuberculose, seria necessário “(...) o auxilio da hygiene individual, estabelecendo-se amplo contacto entre a organização sanitaria e o publico”, ou seja, o “ (...) contacto pessoal directo com as condições intimas da vida do povo” para “(...) permitir a applicação de recursos da sciencia medica” e obter “(...) o exito em assumpto tão individual quanto é a hygiene” (FONTENELLE, 1930a, p.2). Este mesmo autor (p.2) exemplifica as afirmações anteriores:

Na campanha contra a mortalidade infantil, não basta assegurar o fornecimento de leite limpo e pasteurizado, nem proteger a criancinha contra o contagio de doenças infectuosas; é ainda indispensável instruir todas as mães na technica dos cuidados com os infantes, na sua alimentação, no seu vestuario, no seu banho, no seu arejamento, reformando, por assim dizer, velhos habitos enraizados pela acção das comadres, das madrinhas e das avós.

Na tuberculose, o ponto principal é tambem a hygiene individual, para assegurar ao individuo um regimen diario de vida que torne possivel ao proprio corpo vencer a luta contra o bacillo, garantir que o doente não se constituirá em centro de contagio para o individuos que estão ao redor e permitir descobrir nestes os primeiros signaes de suspeita, encaminhando-os para os recursos de diagnostico precoce.

Em relação à mortalidade infantil, Fontenelle (1922) aponta que a ignorância das mães e a falta dos conhecimentos elementares da higiene infantil por parte destas seriam as principais causas dos altos índices de mortalidade infantil observados na Capital Federal. Com isso, cabia ao Estado eliminar esta lacuna através do combate à ignorância das mães (FONTENELLE, 1922).

Diante da necessidade de promover o contato direto com a vida do povo para “(...) modelar a conducta dos indivíduos pelas indicações da sciencia”, conformou-se a ideia dentre os “obreiros” da saúde pública de enviar aos domicílios os “missionarios da acção sanitária”. Neste ínterim, “(...) surgiu a idéa de utilizar as estupendas qualidades da mulher, como missionária de saúde”, que seriam as “(...) professoras de hygiene individual” (FONTENELLE, 1930a, p. 2-3).

A concepção de que a mulher seria uma agente indispensável na penetração dos dispositivos da higiene no cotidiano da população inseriu-se num contexto mais amplo em que, conforme defendia J. P. Fontenelle, não se podia conceber “um grande serviço sanitário sem pessoal inferior convenientemente instruido, para os differentes misteres, e de cujos esforços, limitados e parciaes, provirá a grande obra, pela articulação, orientação e fiscalização devidas aos funcionarios superiores” (FONTENELLE, 1922, p.455). Sobre este aspecto, J. P. Fontenelle destacou, em 1919, que

A nossa Saude publica era do typo << guarda nacional >>, isto é, só tinha officiaes – que eram os medicos – quando deveria ser do typo << exercito >>, – dispondo para tanto de subalternos instruídos e numerosos, soldados esses principalmente representados pelas enfermeiras de saude publica (FONTENELLE, 1930b, p. 2).

Estas afirmações apontam que a enfermeira-visitadora foi inserida no DNSP como parte integrante do corpo de trabalhadores “subalternos”, que deveriam ser numerosos e submetidos ao poder (político e ideológico) e ao olhar hierarquicamente superior dos médicos, os profissionais considerados como exercendo a função de ‘oficiais’. Ademais, a mulher/enfermeira-visitadora seria o ‘soldado’ preferencial para compor o exército dos comandantes (médicos), pois como missionária da ação sanitária, este soldado “(...) vae de casa em casa, assegurando a acção directa da repartição sanitaria sobre os proprios individuos” (FONTENELLE, 1930a, p.3).

É evidente que “foram as exigências dos sanitaristas do DNSP, empenhados na obtenção do pessoal especializado para o funcionamento dos novos e modernos serviços, que determinaram a emergência da nova categoria profissional” (ALCÂNTARA, 1963, p.26), neste caso a enfermeira-visitadora. Os elementos até aqui elencados indicam que os médicos não estavam interessados em ser missionários da ação sanitária e, muito menos, desempenhar um trabalho que para eles era conveniente e adequado aos trabalhadores ‘inferiores’ cuja força de trabalho dispusesse de características pessoais que pudessem penetrar no cotidiano das pessoas, complementar o trabalho médico e responder às demandas imediatas impostas pela reforma sanitária.

Nesta direção, a ideia de que a enfermeira-visitadora era “(...) a melhor propagandista, a professora mais ouvida, a instrutora mais agradável” (FONTENELLE, 1930b, p. 2) sustentou os discursos de J. P. Fontenelle, desde 1919, e reforçou a constatação de que o caráter educativo-higiênico das ações do DNSP engendrou a necessidade de trabalhadores, que não fosse o médico, para desempenhar o trabalho de educação sanitária. Vale comentar que como na Inglaterra de Florence Nightingale, o modo de produção adequou as qualidades do feminino para obter resultados favoráveis ao seu desenvolvimento, inserindo-as como mão de obra em ações para os quais os atributos do feminino eram úteis.

Ainda que a educação sanitária tenha sido inicialmente operacionalizada pelos médicos (ALCÂNTARA, 1963; BARREIRA, 1992), no momento da formulação da política de saúde pública dos anos 1920 ela foi repassada à mulher/enfermeira-visitadora. De um modo geral, este fato é relacionado também às mudanças ocorridas na organização do trabalho médico do início do século XX. No intuito de esclarecer esta afirmação, destaca-se a seguinte assertiva:

Mourejava todas as manhãs... entrando naquelas enormes casas de cômodos... nessa peregrinação - de rua em rua, de casa em casa, de quarto em quarto, de pessoa em pessoa - com paciência e bondade, que comecei a perceber que, de certo, isso não era propriamente serviço para médico (FONTENELLE, 1941, p.5, apud BARREIRA, 1992, p.50).

A afirmação de que “isso não era propriamente um serviço para médico” remete à constatação de que em meados do século XX existiam outras formas de ser médico no Brasil (PEREIRA NETO, 2001) e que a visita domiciliar era considerada uma atividade imprópria aos médicos. Salienta-se que a organização do trabalho médico no Brasil passou por lentas e

profundas transformações desde o início do século XX. Essas transformações impulsionaram a especialização e a compartimentação do conhecimento, segundo a área do corpo ou o tratamento de doenças, permitindo aos médicos a utilização de um arsenal técnico que tornava o diagnóstico e a terapêutica mais precisos (PEREIRA NETO, 2001).

Como afirma este mesmo autor, o trabalho médico assumiu paulatinamente um caráter parcelar, como forma de expandi-lo e, ao mesmo tempo, torná-lo menos oneroso ao Estado, o que ensejou a necessidade da atuação de outros trabalhadores no campo da saúde pública. Prova disso é o que afirma Fontenelle (1922, p. 457), quando o mesmo evidencia a compreensão de que para uma organização de Saúde Pública ser eficiente, era preciso “(...) que os trabalhos básicos sejam entregues a subalternos adestrados” e que “(...) a chefia das várias seções e serviços tenha de caber a superiores especializados”, neste caso os médicos.

Deste modo, compreende-se que o trabalho da enfermeira-visitadora, diante das novas configurações do trabalho médico, abarcou uma parcela de práticas em saúde pública não valorizada intelectual e tecnicamente pelos médicos, e que não era considerada como parte do trabalho desses. Isto era um reflexo do avanço da divisão social e técnica do trabalho no campo da saúde pública, que dividiu o trabalho neste campo entre as atividades ditas científicas e intelectuais (exercidas pelos homens/médicos, os quais dispunham de poder político e ideológico) e àquelas consideradas pouco produtivas e intelectualmente inferiores (delegadas e exercidas pelas mulheres/enfermeiras).

É preciso reafirmar, assim, que a emergência da educação sanitária como eixo estruturante das práticas de saúde pública reforçou a necessidade de trabalhadores que pudessem complementar o trabalho dos médicos e operar o trabalho de visita domiciliar para normatizar comportamentos e higienizar a vida dos membros da sociedade, em particular de mulheres e crianças. Para isso, o trabalho da mulher/enfermeira foi estratégico e utilitário à política de saúde pública conformada por um grupo de homens, médicos/sanitaristas que ocupavam os lugares de comando, formulação e direcionamento das ações em saúde pública.

À luz dessas considerações, compreende-se em que circunstâncias e quais os motivos que levaram médicos como J. P. Fontenelle, que em suas próprias palavras foi o “pioneiro dessas idéas (*sobre as funções, utilidades e inserção da enfermeira visitadora*) entre nós”, a defender publicamente “o emprego das enfermeiras visitadoras pela nossa Saúde Pública” (FONTENELLE, 1930a). Como resultado desse processo, encontra-se no texto do Código Sanitário de 1920 tanto a presença da enfermeira-visitadora na estrutura do DNSP como um esboço para a formação destas novas trabalhadoras.

No Código Sanitário de 1920, através do artigo 465, identifica-se que as enfermeiras-visitadoras só seriam admitidas no DNSP quando possuíssem um diploma emitido pela Escola de Enfermeiros do Departamento ou após aprovação em um exame aplicado pela Inspeção de Profilaxia da Tuberculose. Este exame versaria sobre a arte de enfermeiro em geral e, especialmente, sobre os conhecimentos teóricos e práticos da profilaxia da tuberculose (BRASIL, 1920b).

As atividades da Escola de Enfermeiros iniciaram em dezembro de 1920, quando J. P. Fontenelle respondia pela direção da Inspeção de Profilaxia da Tuberculose, em substituição ao diretor desta repartição, o médico Plácido Barbosa, que estava nos Estados Unidos desde o final de novembro, a serviço do DNSP. Neste momento, foi iniciado um curso para formação de enfermeiras visitadoras, direcionado para um grupo de oito mulheres. Este curso foi ministrado pelos médicos J. P. Fontenelle, que acompanhou as alunas durante as visitas domiciliares, José Paes de Carvalho, que ministrou o conteúdo teórico, e Mario Magalhães, que contribuiu na parte prática (FONTENELLE, 1922).

O ensino foi intensivo, introdutório e abrangeu aspectos da anatomia, fisiologia, patologia, microbiologia, higiene e tuberculose (FONTENELLE, 1922). Chama atenção o fato de que uma escola direcionada para a formação de enfermeiras (visitadoras) não tenha incluído conteúdos específicos ao campo da enfermagem, que inclusive seriam importantes para que estas trabalhadoras pudessem prestar seus “serviços de enfermeira”, conforme se observa no conjunto de atribuições da enfermeira-visitadora contidas no Código Sanitário de 1920. Assim, o que faziam as trabalhadoras denominadas ‘enfermeiras-visitadoras’ no campo da saúde pública?

Para responder essa pergunta, destaca-se que o ensino ministrado ao primeiro grupo de mulheres da Escola de Enfermeiros visou formar trabalhadoras (subalternas) que pudessem executar unicamente a educação sanitária e a vigilância higiênica às pessoas acometidas pela tuberculose, o que atendia integralmente ao papel complementar ao trabalho médico e de adentrar no cotidiano das pessoas (doentes e sadias), para vigiar e higienizar suas vidas.

Desta maneira, a denominação ‘enfermeira-visitadora’ - comumente utilizada por J. P. Fontenelle em seus discursos - referia-se ao conjunto de trabalhadoras subalternas que seria submetido ao poder (político e ideológico), às ordens e ao olhar hierárquico dos médicos, possuindo conhecimentos elementares, pouca ou nenhuma formação técnico-científica, e as características pessoais que seriam utilizadas para operar tacitamente aquilo que os médicos e o Estado demandavam.

Retomando os fatos, após três meses de curso, seis mulheres foram contratadas pelo DNSP para iniciar as atividades de enfermeira-visitadora de tuberculose (FONTENELLE, 1922). Cabe destacar que no Código Sanitário de 1920 se registra a palavra enfermeiro, mas o curso promovido pela Escola de Enfermeiros não capacitou homens para exercer a educação sanitária (AYRES e cols, 2010). Ressalta-se também que a formação desse primeiro grupo de enfermeiras-visitadoras visou “(...) abrir caminho á idéa, entre nós, a despeito das muitas opiniões em contrario, que davam a nossa mulher como despida dos attributos de intelligencia e de coração necessarios ao mistér em que já triumphavam principalmente as inglezas e norte-americanas” (FONTENELLE, 1930b, p.2-3).

Essa assertiva é um indício de que o curso para formação de enfermeiras-visitadoras, sob a responsabilidade de Fontenelle, objetivou atender as demandas imediatas do DNSP, como também explicitar a utilidade das mulheres e das trabalhadoras, consideradas como subalternas, para o campo da saúde pública. Vale lembrar que em 1920, a contribuição da mulher/enfermeira-visitadora no campo da saúde pública era conhecida apenas pelos poucos médicos que tiveram contato com o modelo norte-americano de saúde pública no final dos anos 1910. Portanto, era fundamental para o principal propagandista da inserção da enfermeira-visitadora no DNSP, evidenciar as vantagens da utilização da força de trabalho feminina no campo da saúde pública.

Apesar da conclusão de uma turma, J. P. Fontenelle reconheceu que o curso para a formação de enfermeiras-visitadoras foi bastante elementar, sendo que a Escola de Enfermeiros não teve o suporte suficiente para formar “(...) funcionarios inferiores adestrados para os trabalhos de Saude Publica” (FONTENELLE, 1922, p. 446). Esta situação começou a mudar em 1921, especialmente após o retorno de Plácido Barbosa e a ida de Carlos Chagas aos Estados Unidos.

Plácido Barbosa voltou ao Brasil em março de 1921, retomando a direção da Inspeção de Profilaxia da Tuberculose e responsabilizando-se diretamente pelo curso de formação de enfermeiras-visitadoras (FONTENELLE, 1922). Antes disto, em janeiro de 1921, ele contatou o diretor-geral do *International Health Board* (IHB) da Fundação Rockefeller, Wickliffe Rose, para consultar sobre a possibilidade de implantar um serviço de enfermagem no Brasil, de maneira organizada e oficial (ROSE, 1921 *apud* MOREIRA, 1999). Isso possivelmente ocorreu após Barbosa ter conhecido o modelo de saúde pública implantado nos EUA e o trabalho das enfermeiras de saúde pública que aí atuavam, levando-o

a solicitar apoio do IHB para institucionalizar um serviço de enfermeiras nos moldes norte-americanos.¹²

Após a solicitação de Plácido Barbosa, Wickliffe Rose enviou uma carta-convite à enfermeira norte-americana Ethel Parsons, comunicando-lhe o interesse do governo brasileiro em criar um centro de treinamento para enfermeiras-visitadoras na Capital Federal. Com a volta de Barbosa ao Brasil, seriam tomadas as providências relativas à dotação orçamentária para empreender tal solicitação (ROSE, 1921 apud MOREIRA, 1999). Neste ínterim, o diretor do DNSP, Carlos Chagas, foi convidado pela Fundação Rockefeller para passar alguns meses (em 1921) nos Estados Unidos. O objetivo desta viagem foi conhecer o modelo norte-americano de saúde pública (FONTENELLE, 1922).

Segundo este mesmo autor (p.446), Carlos Chagas declarou que essa viagem o permitiu conhecer profundamente a organização da Saúde Pública norte-americana, “(...) principalmente do valor das enfermeiras de saúde pública e dos serviços de propaganda sanitária”. Neste mesmo documento (p. 457), Fontenelle explicita que

Um dos mais importantes fructos da viagem do dr. 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.

Com a ida de Carlos Chagas aos Estados Unidos, “(...) desenhou-se a possibilidade magnifica de uma cooperação da benemerita Fundação Rockefeller” (FONTENELLE, 1930, p.3), o que ocorreu em maio de 1921, mês em que Chagas formalizou junto ao IHB um acordo de cooperação técnica para conformar um serviço de enfermagem no Brasil (MOREIRA, 1999). Contudo, diante do contexto de crise da economia brasileira que caracterizou o período 1921-1922, e do veto presidencial ao orçamento de 1922, que acarretou no corte geral de despesas em todos os órgãos governamentais, como assinala Moreira (1999), o Estado brasileiro não teria condições financeiras de imediato para assumir os custos

¹² Na documentação analisada neste estudo não se encontraram indícios sobre este fato. Além disto, o documento utilizado por Moreira (1999) não foi localizado no transcrito deste estudo. Contudo, os fatos inerentes ao processo de inserção da enfermeira no campo da saúde pública permitem comentar que esta afirmação justifica a solicitação feita por Plácido Barbosa ao IHB. Em razão disso, seria interessante para futuras pesquisas investigar quais os objetivos e o que foi feito na viagem realizada por Barbosa aos EUA, em novembro de 1920.

referentes ao convênio assinado por Chagas. Agrega-se a este fato que a defesa do café era a prioridade do Estado nacional.

Assim, após receber uma confirmação pessoal de Eptácio Pessoa, sinalizando apoio ao programa, o médico norte-americano Lewis Wendell Hackett, diretor do IHB no Brasil, optou por assumir as despesas provenientes do pagamento de salários e treinamento das enfermeiras de saúde pública até que um novo orçamento fosse apresentado pelo Congresso Nacional, garantindo assim as verbas prometidas pelo governo brasileiro (HACKETT, 1922c; STRODE, 1923 *apud* MOREIRA, 1999).

As manobras executadas por Carlos Chagas e pelo representante da Fundação Rockefeller no Brasil, consubstanciadas pelo apoio do presidente da República brasileira, tiveram êxito, resultando no início do convênio em julho de 1921, com a nomeação de Ethel Parsons para organizar uma escola e implantar um serviço de enfermeiras de saúde pública no Brasil (MOREIRA, 1999).

Todo este processo contou com o apoio de Lewis Hackett, que de acordo com Barcellos (1946, p.1), foi efetivamente “(...) o inspirador da organização de um serviço de enfermeiras, na saúde pública, instigando o sanitarista patricio (*Carlos Chagas*) a procurar conhecer de perto o valor da contribuição das enfermeiras nas campanhas profiláticas dos Estados Unidos”. Esta mesma autora complementa que Hackett ajudou Carlos Chagas a conseguir o apoio da Fundação Rockefeller, aplainando dificuldades e facilitando o início do convênio.

A viagem de Carlos Chagas aos EUA e os resultados dela oriundos também foram frutos da estreita relação que existia entre a Fundação Rockefeller e o representante máximo da Saúde Pública brasileira, no período 1920-1926. Esta relação pode ser um indício de que a ida de Plácido Barbosa aos Estados Unidos e as decisões tomadas por este durante a viagem, foram influenciadas pela convergência de interesses entre a Fundação Rockefeller e alguns membros da elite médica que foram protagonistas da reforma sanitária.

Paralelamente ao início do convênio, Carlos Chagas introduziu algumas modificações no Código Sanitário de 1920 (FONTENELLE, 1922), sendo respaldado pelo artigo 1.194 do referido documento, que possibilitava ao Governo alterar o conteúdo do Código Sanitário de 1920 até um ano após a data de sua publicação, no intuito de garantir maior eficiência aos serviços executados pelo DNSP (BRASIL, 1920b).

Baseado neste dispositivo, em 15 de setembro de 1921 Carlos Chagas reduziu o quantitativo de inspetores sanitários do DNSP, de 75 para 60; alterou a nomenclatura da Inspeção de Estatística Demográfico-Sanitária, que passou a denominar-se Inspeção de Demografia Sanitária, Educação e Propaganda; ampliou as atribuições desta Inspeção, que também ficou responsável pela organização das ações de educação e propaganda sanitária na Capital Federal e em outros Estados; e autorizou a organização de um quadro de enfermeiras de Higiene, aproveitando-se para este fim da redução das despesas provenientes da diminuição do quantitativo de inspetores sanitários (FONTENELLE, 1922).

Esta última alteração possibilitou a ampliação do número de enfermeiras no campo da saúde pública a partir de 02 de setembro 1921, dia em que a enfermeira norte-americana Ethel Parsons aportou no Brasil. Este fato demarcou o início da Missão de Cooperação Técnica para o Desenvolvimento da Enfermagem no Brasil, também conhecida como Missão Parsons, e o aprofundamento das relações políticas, econômicas e culturais estabelecidas entre o Estado brasileiro e os Estados Unidos da América.

A atividade inicial de Ethel Parsons, ao aportar no Brasil, foi desenvolver um estudo sobre a situação da enfermagem e elaborar um programa a ser implantado após a construção de um relatório. Para além de um delineamento da realidade, o desenvolvimento deste estudo partiu da compreensão de que “(...) as condições locais teriam grande influência na forma de organização da enfermagem de saúde pública”, já que “(...) paiz algum, com as suas tradições especiais, preconceitos e necessidades, pode aceitar, sem modificação, os planos de um outro paiz” (PARSONS, 1927, p. 201-2). Em outras palavras, era preciso conhecer os aspectos da sociedade brasileira antes de iniciar a implantação dos valores, ideologias e cultura norte-americanos.

Com o desenvolvimento do estudo, Ethel Parsons constatou que no Brasil inexistiam escolas de enfermagem que atendessem aos padrões norte-americanos, pois a que estava subordinada ao DNSP (a Escola de Enfermeiros) oferecia uma formação teórica que não incluía assuntos da área de enfermagem, apenas os da área médica, e cujas alunas não sabiam ler nem escrever. Em relação aos hospitais da Capital Federal, Parsons os caracterizou como bem construídos, em sua maioria; porém, o pessoal que exercia a enfermagem nestes locais eram atendentes, homens e mulheres ignorantes e sem treinamento adequado (MINER, 1925 *apud* MOREIRA, 1999).

Outrossim, no DNSP havia um grupo de quarenta e quatro jovens mulheres que atuavam como enfermeiras-visitadoras. Estas trabalhadoras, para atuar como enfermeiras-

visitadoras, realizaram um curso puramente teórico, com carga horária de doze horas. Nas palavras de Ethel, estas mulheres provinham de uma classe ignorante e não tinha qualquer formação, conhecimento ou treinamento prático em enfermagem, o que tornava o trabalho que desenvolviam insatisfatório e pouco eficiente diante dos padrões norte-americanos (PARSONS, 1925 *apud* SAUTHIER, 1996).

Ethel constatou também que “(...) o povo tinha das enfermeiras, uma concepção atrasada de um século; igualmente á da Inglaterra antes de Florence Nightingale, isto é, mais ou menos em 1820 época em que essa profissão era ainda de tipo servil”; e que “(...) poucas pessoas no Brasil conheciam e compreendiam o desenvolvimento e o progresso da enfermagem” (FRAENKEL, 1934, p.14). Neste sentido,

Comparando-se a sociedade brasileira no início da década dos vinte com a inglesa e norte-americana, na segunda metade do século XIX, época em que foi introduzida a escola Nightingale, havia um aspecto comum a ambas: o conceito desfavorável atribuído à enfermagem, como ocupação (ALCÂNTARA, 1963, p.26).

Agregado a este fato, em meados de 1921 não havia a compreensão (ou interesse) de que o Brasil poderia ter enfermeiras qualificadas, como as que alguns médicos brasileiros tinham observado no exterior. A falta desta compreensão gerou uma polêmica entre os médicos que tinham pressa na formação de “enfermeiras” (PARSONS, 1925 *apud* SAUTHIER, 1996).

Diante deste contexto desfavorável, não é sem motivo que o discurso construído por Ethel Parsons enfatizou a precariedade das práticas de enfermagem no Brasil, quando comparadas aos padrões norte-americanos, e a urgência de revê-las e profissionalizá-las, de modo a introduzir elementos que as diferenciassem, perante o público médico e leigo, dos padrões até então vigentes (MOREIRA, 1999).

Na compreensão de Parsons, era necessário demonstrar para a sociedade brasileira, especialmente para os médicos do DNSP, que o padrão da enfermagem norte-americana era essencial e possível de ser implantado no Brasil (PARSONS, 1925 *apud* SAUTHIER, 1996). Entretanto, os desafios a serem enfrentados não eram poucos, já que o sucesso do seu empreendimento dependia tanto de uma atuação competente quanto do reconhecimento da profissão de enfermeira pelo público (MOREIRA, 1999).

De posse destes achados, Ethel Parsons sugeriu que “o primeiro passo para a adaptação do systema norte-americano, no Brasil” seria a conformação de um “(...) Serviço de Enfermeiras no Departamento Nacional de Saude Publica, de igual categoria ás demais Inspectorias do Departamento e abraçando todas as actividades de enfermagem” (PARSONS, 1927, p. 202). Considerando que no Brasil não havia escolas de enfermagem que pudessem formar adequadamente enfermeiras, ela também sugeriu “(...) a installação e organização de um curso de instrucção adequado” (PARSONS, 1927, p. 203).

As propostas de Ethel Parsons revelam que sua intenção era centralizar o comando e uniformizar as ações do campo da enfermagem no Brasil, de acordo com as bases que ela considerava adequada e com o apoio do Estado nacional. Ademais, a sugestão de organizar uma nova escola de enfermagem era uma estratégia para formar e implantar um tipo de enfermeira diferente daquele que se concebia na sociedade brasileira.

Partindo da compreensão de que era necessário desconstruir preconceitos e anunciar publicamente as mudanças que ocorreriam em relação à enfermagem, Ethel Parsons e Carlos Chagas elaboraram e divulgaram um panfleto, ainda em 1921¹³, fazendo um apelo às moças brasileiras (figuras 4 e 5).

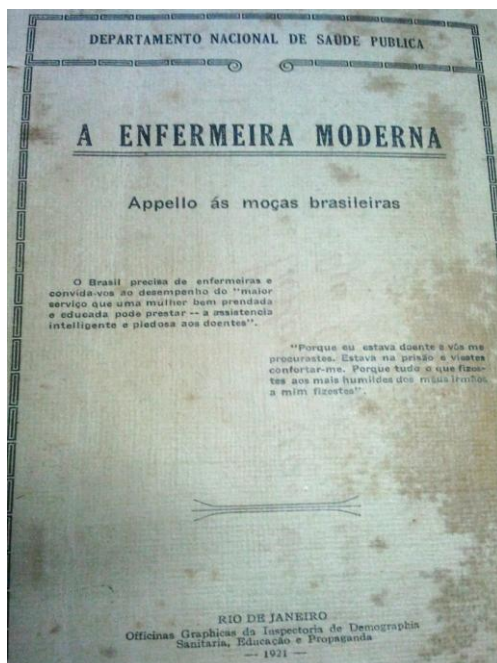


Figura 3: Capa do panfleto “A enfermeira moderna- appello às moças brasileiras”. Brasil (1921).



Figura 4: Contra-capa do panfleto “A enfermeira moderna- appello às moças brasileiras”. Brasil (1921).

¹³ Segundo o catálogo construído por Sauthier e Carvalho (1999), este documento foi publicado em 1922. Entretanto, considerar-se-á neste estudo o ano que consta na fonte (1921).

Esse documento demarca a emergência e o anúncio público de um novo modelo de enfermeira, a enfermeira moderna, que seria implantado com o apoio e a colaboração do Estado nacional. As palavras iniciais do apelo às moças brasileiras evidenciam a ideologia, as características e o tipo de trabalho que as mulheres executariam, a saber: “o Brasil precisa de enfermeiras e convida-vos ao desempenho do ‘maior serviço que uma mulher bem prendada e educada pode prestar -- a assistencia intelligente e piedosa aos doentes’”; “Porque eu estava doente e vós me procurastes. Estava na prisão e viestes confortar-me. Porque tudo o que fizestes aos mais humildes dos meus irmãos a mim fizestes” (BRASIL, 1921).

Nestas duas citações é explícito o apelo patriótico e religioso que envolve a imagem da enfermeira moderna. Se, de um lado, esta nova enfermeira não seria qualquer mulher, já que ela deveria ser “bem prendada e educada”, por outro, esta mesma mulher não exerceria qualquer trabalho. No decorrer do apelo, observa-se que além das ações de prevenção, educação sanitária, visita domiciliar e vigilância higiênica, a enfermeira moderna seria uma profissional tecnicamente formada para executar também o tratamento e a assistência direta aos enfermos, tanto nos domicílios quanto em hospitais, conforme é explicitado nas palavras de Carlos Chagas:

“(…) não só á prevenção da doença aproveitam os serviços da enfermeira tecnicamente educada; beneficiam ainda, e de modo primordial, a assistencia aos enfermos, tanto nos hospitaes quanto em domicilios privados”. (...) “não só abnegação e piedade exige agora o delicado mister de cuidar de enfermos; exige ainda conhecimentos technicos exactos”. (BRASIL, 1921, p. I).

Neste mesmo documento, Ethel Parsons complementa que cabia à enfermeira moderna “(...) não somente cuidar dos doentes e desamparados, como tambem melhorar a saúde e evitar doenças” (BRASIL, 1921, p. 6), podendo esta trabalhadora “(...) assumir varias posições administrativas que requeiram instrucção e habilidade de execução” (BRASIL, 1921, p.7), e atuar como enfermeira de saúde pública ou como enfermeira nos lares e no hospital.

No discurso de Parsons, o trabalho da enfermeira de saúde pública tinha por objetivo “(...) não somente evitar as doenças, como tambem trata-las”, ensinando as “(...) mães o melhor meio de criarem seus filhos” e sendo “(...) a inimiga constante e implacavel da tuberculose, das doenças venereas e das doenças epidêmicas”. Esta mesma trabalhadora “(...) a todos tem que ensinar os principios da boa saude”, de modo a procurar “atingir as mães que

não leem”; traduzir “a linguagem tecnica dos medicos e das repartições sanitarias, por palavras e actos de uso commum no lar”; confortar “os desconsolados”; instruir “os ignorantes”; e preparar “terreno para qualquer outro socorro de que necessite a familia” (BRASIL, 1921, p. 6).

O trabalho da enfermeira no lar ou no hospital englobaria os cuidados aos doentes; a execução das ordens médicas, “(...) relativamente aos remédios, aos cuidados e á dieta”; a conservação de um adequado estado mental do doente; a prevenção de infecções; e “informar convenientemente o medico de tudo quanto acontecer ao doente” (BRASIL, 1921, p. 6). Em suma, ao atuar no lar ou no hospital, a enfermeira moderna exerceria o controle geral do estado de saúde dos doentes e seria uma intermediária entre os enfermos e os médicos.

O perfil da enfermeira moderna propagandeado por Ethel Parsons e Carlos Chagas revela que esta trabalhadora seria uma intérprete dos ‘homens da ciência’; uma disciplinadora de condutas e de corpos (enfermos e sadios); e uma agente que frequentaria o cotidiano das pessoas e complementaria o trabalho médico, de modo a garantir o cumprimento das suas ordens (PEREIRA NETO, 2001). Assim, a divisão entre trabalho manual e trabalho intelectual ficava cada vez mais evidente, pois

A hegemonia da atividade médica ficava garantida para a parte nobre da tarefa: a cirurgia, o exame, o diagnóstico e a prescrição. A face rotineira dos curativos e demais cuidados diários e braçais com o doentes ficariam sob a responsabilidade da enfermeira. Assim sendo, o trabalho da *enfermeira moderna* tornar-se-ia indispensável para o pleno funcionamento do sistema de saúde pública quanto para o pleno cumprimento das determinações do médico (PEREIRA NETO, 2001, p.75).

Nota-se que a enfermeira moderna, além de exercer qualificadamente o controle social, diferia da enfermeira-visitadora dos anos 1920, pois além de atuar em diferentes serviços de saúde, ela poderia ocupar outras funções, como os cargos administrativos, por exemplo. A distinção entre ambos os tipos de enfermeira se expressa também na natureza e no tipo de trabalho por elas executado.

Em linhas gerais, o trabalho da enfermeira-visitadora dos anos 1920 era orientado por conhecimentos elementares, não técnicos, que seriam úteis unicamente para a aplicação da educação sanitária aos pacientes com tuberculose. Já o trabalho da enfermeira moderna seria tecnicamente orientado para prestar assistência aos enfermos (em domicílios e hospitais),

ensinar os princípios da boa saúde, executar as ordens médicas e prevenir a disseminação de doenças através da educação sanitária.

Observa-se, assim, que a enfermeira moderna, por executar um trabalho pautado em conhecimentos técnicos, seria uma trabalhadora qualificada para operacionalizar a educação sanitária e outras práticas que complementariam o trabalho médico. Além disto, a enfermeira moderna incorporava ao seu trabalho as práticas inerentes ao trabalho da enfermeira-visitadora dos anos 1920. Contudo, por possuir atribuições mais amplas e específicas em relação à enfermeira-visitadora dos anos 1920, a enfermeira moderna foi inserida no cenário brasileiro com *status* profissional.

Apesar de ser uma trabalhadora tecnicamente qualificada, o trabalho da enfermeira moderna seria uma “vida de devotamento”, pois “(...) em nenhum outro labor, como na enfermagem, pode a moça encontrar satisfação maior”. Em seu processo de trabalho, a enfermeira moderna poderia “(...) praticar a mais meiga de todas as artes da vida, encontrando ventura e propicio ensejo de revelar os proprios dons e esquecer-se de si mesma”, tendo “(...) a visão de todos os que soffrem, para os quaes somente a enfermeira pode trazer allivio”. Enfim, “(...) compreendendo, nessa visão, a parte que lhe cabe mitigar no soffrimento da grande familia humana, passa pela maior prova espiritual de toda a vida” (BRASIL, 1921, p. 6).

Escritas por Ethel Parsons, estas palavras revelam que o trabalho da enfermeira moderna seria missionário e imbuído de piedade, abnegação, religiosidade, docilidade, conformismo e pelo espírito de servir. Segundo Passos (2012), estas características permearam a gênese do campo da enfermagem profissional no Brasil e contribuíram para que a enfermeira fosse uma espécie de anjo, ou seja, “(...) um ser intermediário entre Deus e o mundo, puramente espiritual, destituída de uma vida particular, de necessidades pessoais, de desejos e imune ao cansaço” (PASSOS, 2012, p.47). Neste sentido, a enfermeira moderna ultrapassaria os limites da condição humana, colocando-se como guardiã, mensageira, protetora e convencendo-se de que a tarefa de cuidar é sagrada (PASSOS, 2012).

Ao tempo em que estas características constituíam o trabalho da enfermeira moderna, este mesmo trabalho “(...) virá constituir para a mulher brasileira um vasto campo de actividade produtiva, na qual se exercitem todas as excellencias de su'alma piedosa e althruistica, na qual se effectivem seus altos ideaes de emancipação pelo trabalho nobilitante”. Desta forma, “(...) urge antes de tudo prestigiar em nossa terra aquella função, tornando-a

preferida da mulher de intelligencia e de cultura, della fazendo uma missão feminina de alta dignidade e nobres designios utilitarios” (BRASIL, 1921, II).

O discurso acima explicita que a implantação da nova categoria profissional possibilitaria às mulheres das classes médias e altas ingressarem no mercado de trabalho formal e fazer deste trabalho uma missão impregnada de piedade, altruísmo e idealização. Neste caminho, cabe afirmar que no contexto dos anos 1920, as mulheres das classes média e alta urbanas foram convocadas para assumir múltiplos e diversificados papéis, como o de trabalhadora assalariada (FREIRE, 2009).

Na esfera pública, a força de trabalho feminina era aproveitada em razão das características ‘biológicas’ do sexo feminino, como paciência, sensibilidade, concentração e destreza manual, e em atividades que demandavam ‘habilidades femininas’. Dentre estas, o campo da enfermagem emergiu como um espaço pioneiro de ocupação da esfera pública pelas mulheres, pois ao ser considerado um campo de atividade essencialmente feminina, ele possibilitaria à bela, boa e sábia mulher moderna construir uma carreira profissional e ampliar o seu instinto maternal e espiritual (FREIRE, 2009).

Com a inserção da mulher na esfera produtiva, o Estado passou a utilizar os componentes biológicos e socialmente construídos da força de trabalho feminina em prol do atendimento das suas demandas imediatas. Em seu apelo às moças brasileiras, Carlos Chagas reforça esta constatação, ao convocar as mulheres brasileiras para servir ao Estado e estender seu papel de mulher e mãe à esfera pública:

(...) cabe ao Estado o dever irrecusavel de aproveitar, em beneficio colectivo, as mesmas virtudes da mulher, que fazem o encanto de nossos lares, e cuja influencia não deverá limitar-se ao ambiente restricto da familia, senão expandir-se em elevados intuitos de aperfeiçoamento e de felicidade humana (BRASIL, 1921, II).

Outro trecho deste panfleto refere-se às qualificações definidas como constitutivas da enfermeira moderna. Sobre isto, Ethel Parsons afirmou que “por causa de seu trabalho tecnico, relativo á vida e á morte, deve a enfermeira possuir boa base educativa, saúde perfeita e personalidade moral que a faça digna de confiança, criteriosa, compassiva, resoluta e corajosa” (BRASIL, 1921, p. 7).

Depreende-se que a enfermeira moderna emergiu no Brasil sob o signo do elitismo e do preconceito (GERMANO, 2007), já que para ingressar no mercado de trabalho como enfermeira seria necessário possuir “boa base educativa”, situação que nos anos 1920 era restrita às mulheres de elevado nível socioeconômico (ALCÂNTARA, 1963). Por outro lado, estas qualificações indicam a intenção dos dirigentes brasileiros em constituir uma elite profissional no campo da enfermagem e legitimar a profissão nascente (CASTRO SANTOS; FARIA, 2004) em uma sociedade patriarcalista e dividida em classes sociais.

Ainda no apelo às moças brasileiras, Parsons e Chagas anunciaram o surgimento da Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública. O objetivo desta Escola era “(...) preparar moças brasileiras que queiram ocupar posições de responsabilidade no Departamento, nos hospitais do Brasil e nos domicílios onde houver doentes” (BRASIL, 1921, p.7). Os requisitos para ingressar nesta Escola eram: ser mulher; ter entre 20 e 35 anos; ser diplomada por uma Escola Normal, ou possuir estudos equivalentes; estar em perfeito estado físico, mental e de saúde; e apresentar referências que atestassem boa conduta, sendo também consideradas experiências em direção de casa, em serviço educativo ou comercial (BRASIL, 1921).

A duração do curso seria de dois anos e quatro meses. Os campos de prática seriam os hospitais e dispensários da Capital Federal. O conteúdo curricular englobaria conhecimentos da área de medicina, como também os específicos da área de enfermagem. Nos últimos meses do curso, a aluna poderia optar por uma das especialidades da enfermagem, a saber: saúde pública, hospital e prática privada. Durante a formação, as alunas deveriam trabalhar oito horas diárias e, em troca, receberiam uma ajuda de custo, lavagem de roupa, alimentação. Além disso, as alunas residiriam na casa das enfermeiras, que estaria sobre a direção e controle da superintendente de enfermeiras. Esta superintendente zelaria pela “(...) manutenção de conveniente disciplina e de elevada moral e atmosfera social, tal como se observa nos melhores collegios de moças” (BRASIL, 1921, p.10).

Note-se que a Escola de Enfermeiras do DNSP incorporou profundas mudanças em relação à Escola de Enfermeiros do Código Sanitário de 1920. A começar pela nomenclatura, que foi flexionada para o gênero feminino, explicitando que esta era uma escola conformada exclusivamente para mulheres. Posteriormente, observa-se a assimilação de diversos critérios para o ingresso das alunas. Estes critérios eram rígidos, preconceituosos e elitistas, a ponto de direcionar a seleção de alunas para um universo de mulheres ‘nobres’, sem deformidades físicas e com moral publicamente comprovada.

Um dos aspectos que chama atenção no anúncio da Escola de Enfermeiras do DNSP é o rompimento com a formação elementar da Escola de Enfermeiros e a ênfase na especialização e tecnificação do trabalho da enfermeira moderna. Neste sentido, Castro Santos e Faria (2004) afirmam que um dos objetivos da Missão Parsons era realmente profissionalizar o campo da enfermagem de saúde pública e implantar um modelo de ensino que formasse uma profissional completa, apta para atuar nas várias frentes de assistência em saúde que se abriam no Brasil.

Após a divulgação do apelo às moças brasileiras, um fato marcante foi a criação do Serviço de Enfermeiras do DNSP, no início de 1922. A implantação deste Serviço significou a centralização do comando do campo que começaria a ser implantado no Brasil (a enfermagem moderna/enfermeira de saúde pública) e a ampliação do controle estatal e médico sobre o processo de inserção da enfermeira no campo da saúde pública. No âmbito do DNSP, o Serviço de Enfermeiras tinha o mesmo nível hierárquico das demais inspetorias do DNSP, conforme se observa na figura 05.

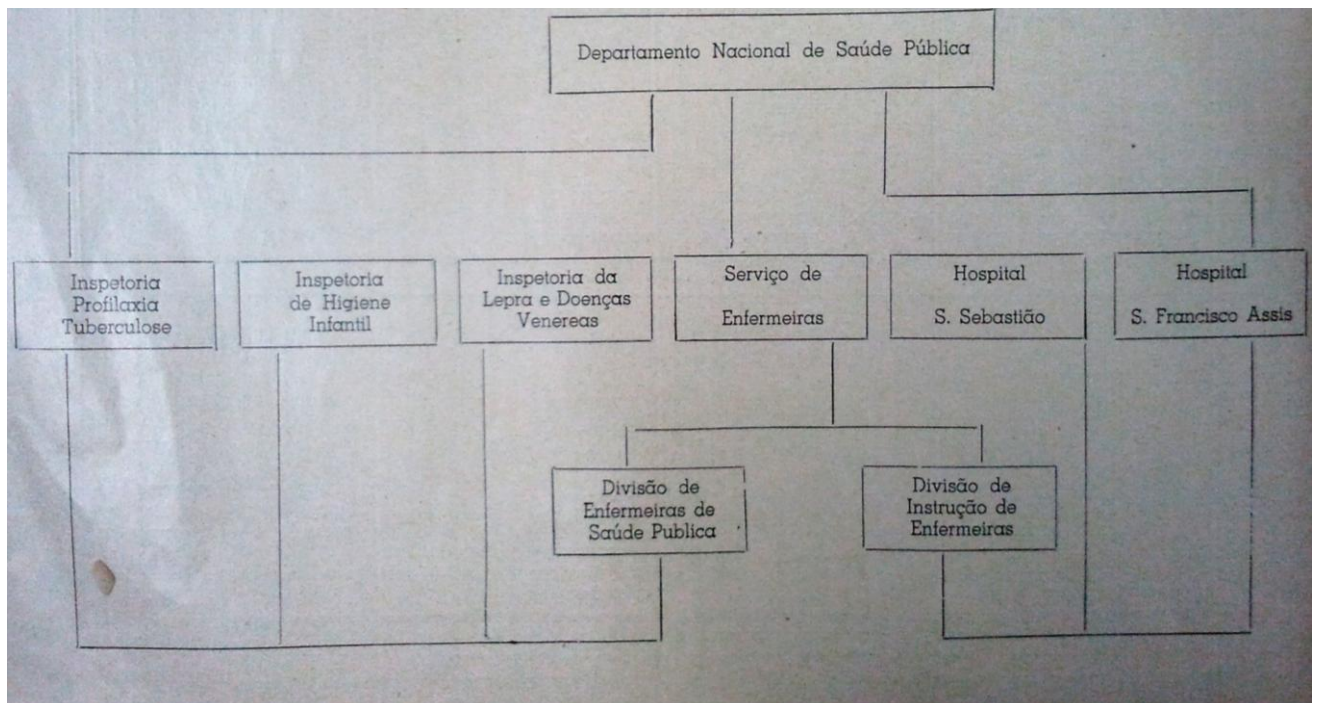


Figura 5: Diagrama elaborado por Edith Fraenkel, que ilustra genericamente um organograma do DNSP. (FRAENKEL, 1934).

O fato do Serviço de Enfermeiras surgir no bojo de um aparelho de Estado nacional gerou comentários no exterior, pois não era comum que este tipo de serviço compusesse a estrutura de departamentos nacionais de saúde. Segundo Parsons (1927, p. 202), “(...) comquanto sejam comuns, nos Estados Unidos, as inspeções de enfermeiras de saúde pública, em Departamentos de Saúde Estaduais, o Brasil foi o primeiro país do mundo que estabeleceu essa inspeção em um Departamento de Saúde Nacional”.

A gestão do Serviço de Enfermeiras do DNSP foi entregue à Ethel Parsons, que também passou a coordenar uma equipe de sete enfermeiras norte-americanas que aportaram no Brasil, em fevereiro de 1922. Estas enfermeiras foram contratadas, a priori, para atuarem na direção e no ensino da Escola de Enfermeiras do DNSP, indicando que no início de 1922 havia a intenção de iniciar as atividades da Escola de Enfermeiras do DNSP. No entanto, esta Escola só funcionaria a partir do ano seguinte.

Não se sabe ao certo quais motivos contribuíram para este fato. A análise das fontes textuais indica que dois fatores podem ter contribuído para isto: a limitação financeira do projeto de implantação da Escola e a pressão exercida pelos médicos do DNSP. Sobre o primeiro fator, Ethel Parsons (1927, p. 204) esclarece que “(...) os fundos existentes para a Escola de Enfermeiras eram extremamente limitados, e tanto por motivos financeiros como de prudência, achou-se preferível começar com modestia”. Esta limitação financeira era consequência da crise econômica que se arrastava desde a segunda metade de 1920, levando o governo federal a cortar gastos para manter a defesa do café a adotar uma política de austeridade fiscal para controlar o déficit na balança comercial, como foi observado no governo de Arthur Bernardes (FRITSCH, 1993).

Supõe-se, assim, que os responsáveis pelo projeto de implantação da Escola de Enfermeiras do DNSP optaram por agir com mais cautela e procurar outras saídas para contornar o impasse financeiro. Foi neste momento que a Fundação Rockefeller entrou mais uma vez em cena:

Havendo necessidade de uma direção para essa Escola, e devendo o ensino da técnica de enfermagem ser feito por enfermeiras, foi ainda pedida a cooperação do International Health Board, tendo-se concordado na colocação de um corpo de enfermeiras americanas contratadas, servindo uma como directora, e as outras como instructoras de enfermagem teórica e prática, assim como enfermeiras-chefes de enfermarias, na nova escola (PARSONS, 1927, p.203).

Com isso, a cooperação internacional entre o Estado brasileiro e a Fundação Rockefeller, em um contexto de acentuada crise econômica e austeridade fiscal, foram cruciais para a conformação da Missão de Cooperação Técnica para o Desenvolvimento da Enfermagem no Brasil, para a vinda do primeiro grupo de enfermeiras norte-americanas e para o início da implantação do novo modelo de enfermeira no Brasil.

Em relação à pressão exercida pelos médicos do DNSP sobre a proposta de Ethel Parsons, um fator principal foi identificado na análise documental: os médicos do DNSP não compreendiam ou tinham uma compreensão muito limitada acerca do trabalho da enfermeira moderna. Esta afirmação é reforçada por Alcântara (1963, p.26): “mesmo no próprio campo de saúde pública não havia muita compreensão acerca do significado das atividades da enfermeira diplomada”.

É preciso lembrar que em 1922, o modelo de enfermeira propagandeado por Ethel Parsons, poucos meses antes da conformação do Serviço de Enfermeiras do DNSP, era conhecido apenas pelo grupo de médicos/sanitaristas envolvido diretamente com a reforma sanitária. Conseqüentemente, entre a maior parte dos médicos do DNSP predominava a concepção de que a enfermeira era uma trabalhadora subalterna, com pouca ou nenhuma qualificação e cujo trabalho era imprescindível para promover o elo entre eles (os médicos) e as famílias, o que justifica a pressão exercida por eles sobre Ethel Parsons para manter e ampliar o quantitativo de enfermeiras-visitadoras.

Esta pressão foi tamanha que Ethel teve que modificar seu plano de ação, adiando o início das atividades da Escola de Enfermeiras do DNSP e reduzindo o tempo de duração do curso, conforme ela mesma explicita: “devido ao problema premente de se obterem, o mais depressa possível, enfermeiras para trabalharem no campo de saúde pública, o curso foi reduzido ao tempo mínimo (dois anos e quatro meses)” (PARSONS, 1927, p. 204). Além disto, diante da impaciência dos médicos, ela teve que também assumir a responsabilidade pela formação das enfermeiras-visitadoras que atuavam no DNSP:

(...) os chefes das Inspectorias do Departamento Nacional de Saúde Pública mostravam-se impacientes com a demora. Havia grande necessidade de cuidados de vigilância aos doentes que frequentavam os diversos consultórios e dispensários, achando os médicos de saúde pública impossível esperarem ainda dois anos antes de poderem obter esse serviço. (...) Afim de atender a essa necessidade imediata, e para melhorar o serviço já existente, resolveu-se, como medida temporária, dar a essas senhoras já

empregadas (40 enfermeiras visitadoras que atuavam no DNSP), um <<Curso de Emergencia de Seis Mezes para Visitadoras de Hygiene>> (PARSONS, 1927, p. 204).

Note-se que neste discurso, o termo ‘enfermeira-visitadora’ foi substituído por ‘visitadora de higiene’. Segundo Moreira (1999), esta substituição significa a demarcação inicial de um símbolo que distinguisse as trabalhadoras sem formação adequada das futuras profissionais, as enfermeiras modernas, que seriam reconhecidas por seleção, formação escolar e por códigos de exercício profissional baseados em padrões científicos e vocacionais.

O curso ministrado emergencialmente para complementar a formação das quarenta visitadoras de higiene, também conhecidas como visitadoras de saúde, iniciou em 24 de abril de 1922 e teve por objetivo oferecer “(...) pequenas noções a essas moças, criando-se um serviço mais uniforme, não as preparando, no entretanto, para prestarem os serviços de elevado padrão, que eram desejados” (PARSONS, 1927, p. 205).

A operacionalização do curso contou com a colaboração das sete enfermeiras norte-americanas, que foram as “instructoras na technica da enfermagem de saude publica” e “enfermeiras-chefes no campo de acção” (PARSONS, 1927, p. 205). O conteúdo abrangeu anatomia, fisiologia, matéria médica, higiene infantil, alimentação e cozinha, tuberculose, doença venérea, higiene e saúde pública, arte da enfermeira e doenças epidêmicas (AYRES e cols, 2010).

Em 21 de outubro de 1922, após seis meses, “das 40 alumnas admittidas a esse curso, 27 receberam certificados, e foram designadas para os districtos” (PARSONS, 1927, p. 205).



Figura 6: Primeira turma de visitadoras de higiene. Brasil (1922).

Vale destacar que durante a realização do curso emergencial, os médicos responsáveis pelas divisões de Tuberculose, Doenças Contagiosas e Higiene Infantil exigiram que cada divisão possuísse um serviço de enfermagem próprio, o que gerou um problema (MOREIRA, 1999). Ao final, convencionou-se que “a cidade *seria* dividida em Zonas, dirigida cada zona por uma enfermeira-chefe americana. As zonas subdividiram-se em distritos, com uma visitadora em cada um, a qual era incumbida de visitar os tuberculosos e as crianças até 2 anos” (FRAENKEL, 1934, p. 4).

Um pouco antes da conclusão do curso emergencial, especificamente no início do mês de outubro, Ethel Parsons participou do Congresso Nacional dos Práticos, que ocorreu entre os dias 30 de setembro e 08 de outubro de 1922. O referido Congresso não foi um evento qualquer, já que “ele foi o primeiro encontro, na história da profissão médica no Brasil, em que os interesses profissionais assumiram maior destaque e relevância na pauta de debates do que as questões estritamente clínicas, científicas ou higiênicas” (PEREIRA NETO, 2001, p.41).

Dentre os temas debatidos na arena do Congresso, ressalta-se o que se referiu ao conflito entre os médicos e seus “auxiliares” (farmacêuticos, enfermeiras-visitadoras e parteiras). Apesar de cada conflito (médicos e farmacêuticos; médicos e enfermeiras-visitadoras; médicos e parteiras) ter suas especificidades, havia um objetivo comum: “limitar o campo de prática destas alteridades para garantir a soberania e a autoridade do médico no mercado de serviços da saúde” (PEREIRA NETO, 2001, p.63). Em outras palavras, os médicos lutavam pela manutenção da hegemonia e do poder (político e ideológico) no mercado de trabalho em saúde e na divisão social e técnica do trabalho em saúde.

Neste Congresso, Ethel expôs um relatório intitulado “as enfermeiras de saúde pública”. As palavras iniciais deste relatório resgataram a história da enfermagem no mundo, estabelecendo como marco inicial o período em que a prática de enfermagem era exercida sem “dignidade” até o advento Florence Nightingale, que na perspectiva de Ethel, lançou as bases da enfermagem moderna. Após estas considerações históricas, a autora do relatório versou sobre as atribuições da enfermeira moderna (PEREIRA NETO, 2001).

De um modo geral, Ethel Parsons reafirmou as considerações do panfleto que fez um apelo às moças brasileiras, acrescentando que “(...) ‘devidamente instruída’, a enfermeira moderna não deveria ser uma ‘distribuidora de esmolas’, nem ‘camareira’, mas sim uma ‘reformadora social’, colocada entre ‘os homens de ciência e os milhões de necessitados de saúde’” (PARSONS, 1923, p.391 e p.342 *apud* PEREIRA NETO, 2001, p. 74). Ethel também

teceu considerações sobre a Escola de Enfermeiras do DNSP, que estava para ser instituída, enfatizando a necessidade de reconhecê-la; da garantia do monopólio dos serviços de enfermagem às futuras enfermeiras; e a ampliação do mercado de trabalho através da organização e implantação dos serviços de enfermagem em cada distrito da Capital Federal (PEREIRA NETO, 2001).

Neste sentido, este mesmo autor questiona como os participantes do Congresso (os médicos) se posicionaram diante das considerações de Ethel Parsons. Após a análise dos discursos dos médicos que comentaram a exposição de Ethel, Pereira Neto (2001) identificou dois posicionamentos: um que enaltecia a existência das futuras enfermeiras de saúde pública e outro que as considerava concorrentes dos médicos.

Os médicos que enalteceram a existência das futuras enfermeiras de saúde pública defenderam a importância desta agente na área de profilaxia das doenças contagiosas e da educação higiênica, considerando que “o domínio do conhecimento, que estava reservado à futura enfermeira-visitadora, tinha pelo menos estas duas faces, que se complementavam: cuidar e convencer” (PEREIRA NETO, 2001, p.77). Para estes médicos, a futura enfermeira de saúde pública seria ainda uma ferramenta imprescindível para o êxito da política de saúde pública em curso naquele momento (PEREIRA NETO, 2001).

Já os médicos que se posicionaram desfavoráveis à existência das futuras enfermeiras de saúde pública, defenderam e exigiram maior rigor no controle do processo de trabalho das futuras trabalhadoras e a submissão destas às determinações do médico. Estes médicos encaravam a formação da enfermeira moderna como uma ameaça ao monopólio do médico na arte de curar, posicionando-se no sentido de reiterar o papel da futura enfermeira de saúde pública como auxiliar submissa aos médicos (PEREIRA NETO, 2001).

A divergência de opiniões em torno da existência das futuras enfermeiras de saúde pública reforça a constatação de que o trabalho das enfermeiras era utilitário ao processo de trabalho médico e ao projeto de saúde pública formulado pela elite médica. Por outro lado, esta mesma divergência revela que a possibilidade de se ter uma trabalhadora qualificada técnica e cientificamente no campo da saúde pública era uma ameaça à hegemonia médica e ao poder (político e ideológico) que permitiam aos médicos definir estratégias, controlar e intervir na vida e saúde dos cidadãos.

Através da participação de Ethel Parsons no Congresso Nacional dos Práticos, observa-se que esta enfermeira enfrentou considerável resistência durante a implantação de

suas propostas. Mesmo contando com o apoio do Estado brasileiro, aqui representado por Epitácio Pessoa e Carlos Chagas, e de alguns importantes membros da elite médica (J. P. Fontenelle, Plácido Barbosa, Theophilo Torres, dentre outros), Parsons precisou difundir e defender publicamente suas propostas para ampliar a aceitação das futuras enfermeiras de saúde pública, tanto no meio médico como na sociedade.

Considerando o conjunto de elementos discutidos até o momento, conclui-se que Ethel não estava buscando apoio para suas propostas, mas anunciando o surgimento de um novo campo profissional no Brasil e enfrentando politicamente as divergências ao seu projeto. As estratégias utilizadas por esta enfermeira e superintendente de uma repartição estatal não tiveram êxito imediato, mas foram eficazes para que em pouco mais de um ano, suas propostas fossem conhecidas, debatidas, criticadas e implantadas.

Assim, mesmo num contexto em que havia oposição e incertezas em torno destas propostas, Ethel Parsons e Carlos Chagas conseguiram garantir a inclusão da Escola de Enfermeiras do DNSP no texto do decreto 15.799, de 10 de novembro de 1922. Este documento aprovou o regulamento do Hospital Geral de Assistência do DNSP e estabeleceu que a Escola fosse construída em anexo ao referido Hospital (BRASIL, 1922). Neste mesmo decreto, chama atenção o conteúdo do artigo 57, onde se estabeleceu que nas enfermarias não cobertas pela Escola de Enfermeiras do DNSP, o serviço de enfermagem seria realizado por enfermeiras práticas.

Esse fato indica que no campo hospitalar, dois modelos de enfermeira conviveriam no mesmo espaço institucional: a futura enfermeira moderna, trabalhadora qualificada, formada pela Escola de Enfermeiras do DNSP (que ainda não havia iniciado suas atividades); e as enfermeiras práticas, que seriam as trabalhadoras sem formação técnica e cujo trabalho seria realizado com base no empirismo e submetido integralmente às ordens médicas.

Ao estabelecer que as enfermeiras práticas poderiam executar os serviços de enfermagem, o governo indicava sua opção em priorizar a mão de obra disponível para atuar no hospital, além das enfermeiras-visitadoras e visitadoras de higiene, ao mesmo tempo em que demonstrava que a profissionalização da enfermeira mal começava. Nesta direção, mesmo com a implantação da Escola de Enfermeiras do DNSP, “ser enfermeira” era uma designação genérica, significando uma trabalhadora secundária, submissa, cumpridora de tarefas e sem qualificação. Em razão disso, considera-se que este é um fator importante a se considerar, já que esta era a representação da enfermeira predominante na sociedade brasileira

desde a gênese e no desenvolvimento do campo da enfermagem profissional no Brasil, e ainda hoje existente.

O início das atividades da Escola de Enfermeiras do DNSP ocorreu em 19 de fevereiro de 1923. Para atrair candidatas ao curso, “(...) fez-se activa propaganda pelos jornaes, revistas, radio, conferencias a pequenos grupos, assim como um cortejo da Historia das Enfermeiras, de grande effeito” (PARSONS, 1927, p. 204). A seleção das primeiras alunas foi baseada nos critérios elitistas e preconceituosos anunciados no apelo às moças brasileiras. Ao final, 13 alunas foram escolhidas. Salienta-se que a direção desta Escola foi entregue à enfermeira norte-americana Clara Louise Kieninger.

Não obstante o início das atividades da Escola de Enfermeiras do DNSP, os médicos do Departamento continuavam impacientes e pressionando a superintendente do Serviço de Enfermeiras do DNSP, o que a levou mais uma vez a ceder às pressões dos médicos, conforme ela própria explicita: “(...) afim de se procurar satisfazer aos pedidos cada vez mais insistentes dos inspectores, resolveu-se fazer, concorrentemente a esse curso (que confere o diploma de enfermeira), um Curso de Emergencia de dez mezes para Visitadoras de Hygiene” (PARSONS, 1927, p. 205).

Apesar de Ethel afirmar que “(...) esse número (*referindo-se às 13 alunas selecionadas*) era realmente pequeno demais para que se pudesse, depois de 2 annos e 4 mezes de estudos, pensar em attender ás necessidades da intensa frequencia nos dispensários” (PARSONS, 1927, p.205), o fato de se ter um número reduzido de futuras trabalhadoras qualificadas, para enfrentar os inúmeros problemas de saúde pública, não justifica por si só a insistência e a pressão exercida pelos médicos do DNSP sobre a superintendente do Serviço de Enfermeiras.

Para além desta justificativa, reafirma-se que no início da implantação da enfermagem moderna no Brasil, predominava no imaginário social a representação de que a enfermeira era uma trabalhadora inferior, submissa ao médico e sem qualificação. Por outro lado, a pressão exercida pelos médicos sobre Ethel indica que a formação da enfermeira moderna no País não era um interesse do Estado ou da totalidade dos médicos do DNSP, mas de uma parte da elite médica que ascendeu ao interior do aparelho de Estado e interferia nos rumos do campo da saúde pública, de modo a impor seu projeto de saúde pública sem um consenso. Isto remonta à observação de Alcântara (1963): a fundação da Escola de Enfermeiras do DNSP, por exemplo, foi consequência de uma medida governamental, por influência da elite de sanitaristas, e não produto de um consenso social.

O curso de emergência de dez meses iniciou em 19 de fevereiro de 1923 e findou em 15 de dezembro deste mesmo ano. Em paralelo ao curso, ocorreram as aulas da Escola de Enfermeiras do DNSP (AYRES e cols, 2010). Após o encerramento das aulas teóricas-práticas, as aspirantes à visitadora de higiene receberam um certificado, “(...) tendo a alumna o privilegio de contar esses dez mezes para o curso de enfermeiras, caso desejasse, mais tarde, completar o curso mais longo para obter o seu diploma (*de enfermeira*)” (PARSONS, 1927, p. 205).

Com a justificativa de atender “às necessidades constantes e urgentes”, Ethel afirmou que “(...) esse curso de emergencia de dez meses foi repetido mais duas vezes, tendo sido matriculadas, nos 3 turnos, 60 alumnas”. Ao total, “(...) dezenove alumnas completaram esses cursos, sendo designadas para os districtos como visitadoras de hygiene”, sendo que “algumas das mais inteligentes, compreendendo logo não ser completo o curso de emergencia, pediram para serem transferidas para a Escola de Enfermeiras, antes de receberem os seus certificados” (PARSONS, 1927, p. 205-6).

Os cursos de emergência de dez meses preocupavam Ethel Parsons, pois em sua perspectiva “esse processo de fazer-se um curso resumido em um novo paiz, poderia ter posto em perigo, por muitos annos, os padrões de educação da profissão de enfermeiras” (PARSONS, 1927, p.206). De fato, a preocupação de Ethel era fundamentada, pois as visitadoras de higiene (antigas enfermeiras-visitadoras) eram consideradas trabalhadoras subalternas e com precária formação técnico-científica. Ao tempo em que este era o modelo de enfermeira predominante no imaginário dos(as) brasileiros(as), especialmente dos médicos, ela lutava para implantar um modelo de enfermeira profissional, cuja formação ofereceria conhecimentos técnicos e científicos. Com isso, a presença e a permanência das visitadoras de higiene, no campo da saúde pública, reforçavam ainda mais a concepção de que ser enfermeira significava ser subalterna e desqualificada (moral, intelectual, técnica e cientificamente).

Não é sem motivo que Ethel enfatizou em seu discurso que “os medicos e as autoridades reconheceram claramente ter sido o plano do Curso de Emergencia de dez mezes, realmente uma medida temporaria e de emergencia, para attender ás necessidades de momento” e que “(...) as visitadoras de hygiene, não tendo o preparo necessario para cargos de responsabilidade, só poderiam trabalhar como auxiliares de enfermeiras de saude publica diplomadas” (PARSONS, 1927, p. 206). Desta maneira,

(...) logo que fosse diplomado pela Escola de Enfermeiras um numero sufficiente de enfermeiras, as visitadoras de hygiene seriam substituidas, tendo essas, por sua vez, a oportunidade de completarem o seu curso, sendo-lhes contados os dez mezes de curso para a obtenção do diploma (PARSONS, 1927, p. 206).

As palavras de Ethel Parsons evidenciam que sua preocupação também era garantir o monopólio das atividades de enfermagem para uma única trabalhadora, a futura enfermeira de saúde pública e, ao mesmo tempo, desconstruir a imagem socialmente negativa atribuída ao trabalho da enfermeira. Certamente, substituir o nome das ‘enfermeiras-visitadoras’ por ‘visitadoras de higiene’, retirar estas trabalhadoras do mercado de trabalho e implantar um modelo de enfermeira cujo trabalho seria qualificado, não foram medidas suficientes para apagar o conceito de enfermagem e enfermeira, construído durante séculos, do imaginário social. Contudo, as estratégias utilizadas por Ethel foram importantes para iniciar a desconstrução da imagem submissa e desqualificada da enfermeira e incutir mudanças e rupturas no processo de inserção da enfermeira brasileira no campo da saúde pública.

Retomando os fatos, em 31 de dezembro de 1923 foi aprovado o novo regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública. Nesta nova versão, foram incluídas as modificações realizadas por Carlos Chagas, dentre elas, as disposições sobre o Serviço e a Escola de Enfermeiras do DNSP. Em relação ao Serviço de Enfermeiras, o texto do decreto explicitou o objetivo, a organização e as responsabilidades desta repartição. Dentre as responsabilidades deste Serviço, estabeleceu-se que enquanto não houvesse um número suficiente de enfermeiras diplomadas, deveriam ser organizados cursos intensivos para formar visitadoras de higiene. O objetivo disto era garantir o bom andamento dos serviços do DNSP (BRASIL, 1923), significando que o Estado brasileiro legitimou a presença das visitadoras de higiene no campo da saúde pública.

Sobre a Escola de Enfermeiras, o texto do decreto versou sobre a organização e os objetivos desta repartição, além dos requisitos, regime escolar, exames, corpo docente e currículo do curso para formação de enfermeiras profissionais. Em relação ao currículo do curso, os componentes do mesmo eram (BRASIL, 1923):

Parte Geral

Princípios e métodos da arte de enfermeira; Bases históricas, éticas e sociais da arte de enfermeira; Anatomia e fisiologia; Higiene individual; Administração hospitalar; Terapêutica, farmacologia e matéria médica; Métodos gráficos na arte de enfermeira; Física e química aplicadas; Patologia elementar; Parasitologia e microbiologia; Cozinha e nutrição; Higiene e saúde pública; Radiografia; Campo de ação da enfermeira - Problemas sociais e profissionais; Arte de enfermeira: em clínica médica; em clínica cirúrgica; em doenças epidêmicas; em doenças venéreas e da pele; em tuberculose; em doenças nervosas e mentais; em ortopedia; em pediatria; em obstetria e ginecologia; em otorrinolaringologia; em oftalmologia.

Parte especializada (quatro últimos meses)

Serviço de saúde pública; Serviço administrativo hospitalar; Serviço de dispensários; Serviço de laboratórios; Serviço de sala de operações; Serviço privado; Serviço obstétrico; Serviço pediátrico.

Este currículo englobou conhecimentos da área médica, das ciências naturais, como também os específicos ao campo da enfermagem profissional. Nota-se que também foram incluídos conhecimentos da área de administração hospitalar, indicando que o trabalho da enfermeira moderna também tinha como função gerenciar serviços de saúde. Essas características demarcaram uma ruptura com a formação elementar da Escola de Enfermeiros do Código Sanitário de 1920 e denotam que a intenção de Ethel Parsons era implantar um modelo de enfermeira generalista, que pudesse atuar tecnicamente embasada em diversas áreas do campo da saúde.

Segundo Carvalho (1972), este currículo foi transplantado dos Estados Unidos, num momento em que este possuía cinquenta anos de utilização no meio estadunidense e havia passado por inúmeras modificações para adequá-lo às conveniências das instituições mantenedoras das Escolas de Enfermagem dos EUA, hospitais particulares em sua grande maioria. Freire e Amorim (2010) complementam que a organização do currículo da Escola de Enfermeiras do DNSP foi influenciada pelo Relatório Goldmark.

A elaboração deste relatório ocorreu no final dos anos 1910, num contexto de debates em torno do papel da enfermeira de saúde pública e em que a educação sanitária era estratégia, princípio e fundamento do movimento de saúde pública dos EUA. No âmbito deste movimento, conformou-se a ideia de que a enfermeira de saúde pública seria a missionária ideal para promover o contato direto do serviço de saúde com o cotidiano das pessoas e para levar a mensagem de saúde para o interior dos domicílios (FREIRE; AMORIM, 2010).

Neste sentido, no texto do Relatório defendeu-se que para se ter um serviço de enfermagem eficiente e adequado às novas demandas, era imprescindível priorizar a enfermagem geral, em detrimento da enfermagem especializada, pois assim se conjugaria o tratamento das doenças com a “instrução” dos cidadãos e permitira às enfermeiras atuar sobre qualquer problema ou assunto (FREIRE; AMORIM, 2010).

Esse conjunto de ideias impulsionou a formulação de diretrizes para o ensino de enfermagem, de modo a adequá-lo às novas demandas do campo da saúde pública. Dentre estas, estabeleceu-se que o requisito para ingresso nas escolas de enfermagem seria a conclusão do ensino secundário ou equivalente; que o tempo de curso ideal era vinte e oito meses; e que o currículo para formação de enfermeiras deveria acoplar teoria e prática. Além destas diretrizes, definiram-se as características específicas da enfermeira de saúde pública (FREIRE; AMORIM, 2010), que de um modo geral correspondiam ao perfil da enfermeira de saúde pública propagandeado por Ethel Parsons no Brasil.

Observa-se que a organização do currículo para formação da enfermeira moderna, além de representar uma “assimilação de técnicas e valores sociais importados dos Estados Unidos” (ALCÂNTARA, 1963, p.26), foi influenciada diretamente pelas diretrizes contidas no Relatório Goldmark. Na perspectiva de Freire e Amorim (2010), a atuação de Ethel Parsons e Clara Louise Kieninger, na organização do campo da enfermagem no Brasil, garantiu que recomendações do Relatório fossem incluídas no currículo da Escola de Enfermeiras do DNSP.

Considerando as afirmações sobre o currículo da Escola de Enfermeiras do DNSP, é possível afirmar que havia uma formação multidisciplinar, num padrão universalista, que permitira à enfermeira “capacitar-se para o atendimento hospitalar, como se equiparar para o trabalho num centro de saúde ou integrar uma campanha sanitária contra a ancilostomíase” (CASTRO SANTOS; FARIA, 2004, p.132).

Apesar de se identificar conteúdos que, *a priori*, remetem a área hospitalar, Castro Santos e Faria (2004) sinalizam que estes mesmos conteúdos eram relevantes para o trabalho das enfermeiras de saúde pública na época. Lembrando que o trabalho destas agentes englobaria as práticas educativas/higiênicas, as preventivas, como também o tratamento das pessoas que necessitassem da assistência de enfermagem nos domicílios.

Deste modo, a perspectiva de que as enfermeiras formadas pela Escola de Enfermeiras do DNSP não eram preparadas para atuar no campo da Saúde Pública, mas “(...) para serem

coadjuvantes da prática médica hospitalar que privilegiava uma ação curativa” (RIZZOTTO, 1995, p.7), deve ser contestada, pois o contexto histórico que envolveu a implantação da Escola de Enfermeiras do DNSP revela que a gênese do campo da enfermagem profissional e a institucionalização da profissão de enfermeira no Brasil ocorreram dentro de um projeto estatal de saúde pública. Cabe lembrar que foi no contexto da reforma sanitária que o Estado investiu na formação da força de trabalho da enfermeira, com o intuito explícito de utilizar esta força de trabalho no campo da saúde pública e não no campo hospitalar, o qual se expandiu a partir da década de 1950, como parte do desenvolvimento capitalista no País.

A formatura da primeira turma da Escola de Enfermeiras do DNSP ocorreu em junho de 1925. Este evento foi comemorado através de eventos religiosos, profissionais e sociais, congregando autoridades políticas, civis, religiosas e militares. Nesta direção, no dia 19 de junho de 1923, foi celebrada uma missa solene, na matriz da Candelária, pelo arcebispo da Capital Federal. O ritual de colação de grau englobou diversos momentos, a saber: execução do hino das enfermeiras e do hino nacional; discurso de Carlos Chagas e da oradora da turma; e a benção dos diplomas e distintivos. Por fim, houve um baile de gala em um clube da elite carioca (PULLEN, 1925 *apud* SANTOS e cols, 2010).

O evento da formatura simbolizou a concretização de parte dos objetivos da Missão Parsons no Brasil e conferiu maior visibilidade ao projeto de enfermagem propagandeado por Ethel Parsons e Carlos Chagas. Além disso, foi através deste evento que se demarcou publicamente a inserção de um novo modelo de enfermeira no Brasil, a enfermeira de saúde pública, cuja formação assentou-se em bases científicas, técnicas e políticas. Sendo assim, abriu-se o caminho para que o trabalho da enfermeira assumisse novas conotações e configurações no campo da saúde pública. Mas, conforme ressalta Parsons (1927, p. 215),

Embora haja todos os motivos para se ter confiança no futuro do progresso da enfermagem no Brasil, - um prudente conselho de Florence Nightingale diz - <<Nunca falleis sobre os vossos projectos. Dizei o que tiverdes realizado>>. E isso, conforme disse Kipling, <<é uma outra historia>>, e essa deverá ser escripta mais tarde, pelos medicos, enfermeiras e doentes que se seguirem.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo, pela sua natureza histórica, não permite afirmações conclusivas generalizantes, principalmente porque o evento analisado foi uma versão interpretativa de um momento da história da enfermagem e da saúde pública brasileira. Entretanto, a partir da análise da inserção da enfermeira brasileira no campo da saúde pública, entre 1920 e 1925, constataram-se aspectos predominantes da trajetória do campo da saúde pública e da gênese do campo da enfermagem profissional no Brasil.

Em relação ao campo da saúde pública, constatou-se que sua organização, no período de 1889-1925, foi diretamente influenciada pelos projetos que a elite médica brasileira submeteu ao Estado nacional. Se, por um lado, os médicos foram convocados pelo Estado para implantar ações que restabelecessem e mantivessem a ordem republicana e capitalista, como na época de Oswaldo Cruz, por outro, estes mesmos agentes submeteram ao Estado seus projetos de saúde pública. Um desses projetos foi o que fundamentou a reforma sanitária dos anos 1920 e resultou na conformação do DNSP.

O Departamento Nacional de Saúde Pública, como uma expressão da política de saúde pública nascente, centralizou o comando da saúde pública brasileira e ampliou a responsabilidade estatal neste campo. Após sua conformação, constatou-se o aumento da presença estatal no território nacional e a ascensão de alguns membros da elite médica higienista brasileira ao interior do aparelho de Estado, permitindo-os interferir politicamente nos rumos do campo da saúde pública e no cotidiano dos(as) brasileiros(as).

A conformação do DNSP também suscitou um contexto de inovações no campo da saúde pública brasileira. Este contexto ensejou a necessidade de trabalhadores qualificados para operacionalizar a política de saúde nascente, cuja base era o moderno higienismo e cujo eixo operativo era a educação sanitária. Neste sentido, era preciso inserir trabalhadores no DNSP que adentrassem nos domicílios das pessoas e disseminassem os preceitos da moderna higiene através da educação sanitária. Foi neste momento que a enfermeira começou a ser inserida no interior do aparelho de Estado.

Sobre a inserção da enfermeira brasileira no campo da saúde pública, entre 1920 e 1925, constatou-se inicialmente que este processo foi permeado por determinantes políticos, ideológicos e de gênero. Conforme anunciado no primeiro pressuposto deste estudo, verificou-se que a enfermeira foi inserida no DNSP para operacionalizar o projeto de saúde

pública do Estado, formulado por alguns membros da elite médica higienista brasileira; e que através da inserção da enfermeira no campo da saúde pública ocorreu a gênese do campo da enfermagem profissional e a institucionalização da profissão de enfermeira no Brasil. Portanto, a gênese do campo da enfermagem profissional e do trabalho da enfermeira, no Brasil, não ocorreu no campo hospitalar, conforme defende Rizzotto (1995), mas no âmbito da saúde pública, das comunidades e dos domicílios.

Outro aspecto apreendido no processo de análise das fontes textuais foram as características do trabalho da enfermeira no contexto da reforma sanitária. Neste sentido, identificou-se que foram inseridos dois modelos de enfermeira no campo da saúde pública: a enfermeira-visitadora de 1920 e a enfermeira moderna/enfermeira de saúde pública, que começou a ser implantado após a chegada da enfermeira norte-americana Ethel Parsons. Além destes dois modelos, existiam também as visitadoras de saúde/visitadoras de higiene, que seriam as substitutas da enfermeira-visitadora de 1920.

Em relação à enfermeira-visitadora de 1920, confirmou-se o pressuposto de que no campo da saúde pública esta trabalhadora era secundária e subordinada/submissa ao poder médico. Além disto, constatou-se que esta trabalhadora não possuía qualificação profissional nem formação em enfermagem; integrava o *staff* “subalterno” do DNSP; era um elo entre os médicos do DNSP e as pessoas nos domicílios; e o seu trabalho era exclusivamente a visita domiciliar às pessoas acometidas pela tuberculose, que era uma estratégia para operacionalizar, a partir de conhecimentos elementares, a educação sanitária e a vigilância higiênica.

Em razão disso, conclui-se que a enfermeira-visitadora de 1920, e posteriormente a visitadora de higiene/visitadora de saúde, foram inseridas no campo da saúde pública para operacionalizar tacitamente o que era demandado pela elite médica higienista brasileira, pelos demais médicos do DNSP e pelo Estado. Acrescenta-se que a existência destas trabalhadoras no campo da saúde pública teve um papel estritamente utilitário ao controle dos corpos e das doenças endêmicas na época, no particular a tuberculose.

Ao traçar um paralelo com o momento atual, depreende-se que as características do trabalho da enfermeira-visitadora de 1920 assemelham-se às do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que hoje atuam no âmbito do Sistema Único de Saúde. Resguardando as especificidades da organização do campo da saúde pública em cada momento histórico, pode-se afirmar que as raízes do trabalho dos ACS encontram-se na

década de 1920, época em que as enfermeiras-visitadoras executavam funções que remetem em essência às suas.

Ao contrário da enfermeira-visitadora de 1920, observou-se que a enfermeira moderna/enfermeira de saúde pública foi inserida no campo da saúde pública como uma trabalhadora qualificada (técnica, científica, moral e intelectualmente) e com formação em enfermagem. Sua formação era baseada em conhecimentos técnicos e científicos, que possibilitariam a esta trabalhadora operacionalizar qualificadamente a educação sanitária, a vigilância higiênica e a assistência de enfermagem nos domicílios.

Desta maneira, a enfermeira moderna/enfermeira de saúde pública era uma trabalhadora distinta da enfermeira-visitadora de 1920 e das visitadoras de higiene/visitadoras de saúde, já que sua formação profissional a separava das demais trabalhadoras citadas. Ademais, conclui-se que as enfermeiras de saúde pública constituiriam o *staff* técnico qualificado do DNSP que complementaria o trabalho médico, disseminaria os preceitos da higiene junto à população e prestaria assistência de enfermagem nos domicílios.

Um aspecto que mereceu destaque foi o processo de inserção da enfermeira moderna/enfermeira de saúde pública no DNSP. A partir da análise dos discursos de Ethel Parsons, constatou-se que a enfermeira moderna foi inserida no campo da saúde pública após uma luta simbólica empreendida por Ethel e por alguns membros da elite médica higienista brasileira, envolvidos com a reforma sanitária, para anunciar o surgimento de um novo modelo de enfermeira no País e desconstruir preconceitos com relação à enfermagem. Neste momento, os acordos estabelecidos entre Estado brasileiro e a Fundação Rockefeller foram cruciais para a inserção da enfermeira moderna/enfermeira de saúde pública no Brasil.

Ainda em relação à luta simbólica empreendida por Ethel Parsons, verificou-se também que esta luta teve como objetivo eliminar os obstáculos encontrados durante a implantação do seu projeto de enfermagem profissional. Dentre estes obstáculos, Ethel teve que enfrentar publicamente a resistência dos médicos do DNSP ao seu projeto de enfermagem e o contexto desfavorável à implantação da enfermagem moderna/profissional no Brasil dos anos 1920, que estava relacionado ao conceito negativo atribuído socialmente ao termo enfermeira.

Assim, apesar de contar com o apoio do diretor do DNSP, da Fundação Rockefeller, de alguns médicos protagonistas da reforma sanitária e, em certa medida, do governo federal, o projeto de enfermagem profissional formulado e implantado por Ethel Parsons, no Brasil,

“batia de frente” com os interesses da corporação médica e com os interesses do próprio governo federal, que através do Código Sanitário de 1923 optou por legitimar a presença de enfermeiras práticas (no hospital) e manter as visitadoras de higiene no DNSP, mesmo com o início das atividades da Escola de Enfermeiras do DNSP, em 1923.

Atribui-se estas resistências a dois fatos: 1) o projeto de enfermagem profissional construído por Ethel Parsons interessava apenas a ela e a poucos membros da elite médica higienista envolvidos com a reforma sanitária; 2) predominava no imaginário social a representação de que a enfermeira era uma trabalhadora subalterna, sem qualificação profissional e submissa ao poder e ao olhar hierárquico do médico, o que desvalorizava socialmente o trabalho da enfermeira.

Outra constatação deste estudo refere-se aos aspectos da divisão social e técnica do trabalho no campo da saúde e da enfermagem, no contexto da reforma sanitária. Em primeiro lugar, confirmou-se a pressuposição de que o trabalho desenvolvido pela enfermeira-visitadora de 1920 e pela enfermeira de saúde pública abarcou uma parcela das práticas em saúde pública vinculadas ao trabalho manual e não valorizadas pelos médicos. Estas práticas eram a visita domiciliar e a educação sanitária, que foram repassadas à mulher/enfermeira no momento da formulação da política de saúde dos anos 1920, como forma de utilizar os dispositivos pessoais da força de trabalho feminina para o alcance de parte dos objetivos da reforma sanitária.

Cabe salientar que a divisão social e técnica do trabalho no campo da saúde pública reproduziram no âmbito público as relações desiguais, social e historicamente construídas, entre homens e mulheres, já que a mulher/enfermeira era submetida ao poder (político e ideológico) do homem/médico/sanitarista e considerada uma trabalhadora subalterna em relação ao profissional “superior”, o homem/médico.

Ademais, conclui-se que a inserção de diferentes modelos de enfermeiras no campo da saúde pública, no período analisado, associada ao aprofundamento da divisão técnica do trabalho em saúde e em enfermagem e ao predomínio de um conceito desfavorável ao termo enfermeira, demarcou o imaginário social hoje, pois a enfermeira (de hoje) se refere a um componente distinto das demais trabalhadoras do campo da enfermagem (auxiliares e técnicas), gerando invisibilidade no trabalho da enfermeira e, ao mesmo tempo, reforçando a constatação de que o conceito desfavorável atribuído ao termo enfermeira, no momento da gênese do campo da enfermagem profissional no Brasil, ainda prevalece em nosso País.

Finalmente, é preciso ressaltar que as evidências analisadas neste estudo permitem concluir que a enfermeira foi uma protagonista na História da saúde pública brasileira nos anos 1920, pois como um *staff* técnico da reforma sanitária, estas trabalhadoras viabilizaram e sustentaram o projeto de saúde pública cujo eixo operativo era a educação sanitária. É possível concluir também que uma das características presentes na atualidade, herdada da gênese do campo da enfermagem profissional no Brasil, foi a formação generalista da enfermeira, a qual englobava conhecimentos da área médica, das ciências naturais, da área de enfermagem e da área de administração.

REFERÊNCIAS

BARREIRA, Ieda de Alencar. Memória e história para uma nova visão da enfermagem no Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 3, p.87-93, jul. 1999.

BARROS, José D'Assunção. Sobre a feitura da micro-história. **OPIS**, Goiás, v. 7, n. 9, p.167-185, jul-dez. 2007.

BARROS, José D'Assunção. **O campo da história: especialidades e abordagens**. 5.ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

BLOCH, Marc. **Introducción a la historia**. 12. reimp. México/Madrid/Buenos Aires: Espanha, 1985.

BOBBIO, Norberto. Política. In: BOBBIO, N.; MATTEUCCI, N.; PASQUINO, G. (Org.). **Dicionário de política**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1998. p. 954-962.

BRAGA, José Carlos de Souza; PAULA, Sergio Góes de. **Saúde e Previdência: estudos de política social**. São Paulo: CEBES-HUCITEC, 1981.

BURKE, Peter. O microscópio social. In: BURKE, Peter. **História e teoria social**. São Paulo: Editora UNESP, 2002.

CASTRO SANTOS, Luiz Antonio de. O pensamento sanitário 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.

CHAUÍ, Marilena. **O que é ideologia**. 2. ed. São Paulo: Brasiliense, 2008.

COSTA, Nilson do Rosário. Estado, educação e saúde: a higiene da vida cotidiana. **Cadernos CEDES**, n.4, p.5-27, 1984.

ENGELS, Friedrich. **A situação da classe trabalhadora na Inglaterra**. São Paulo: Boitempo editorial, 2010.

FAUSTO, Boris. **Trabalho urbano e conflito social (1890-1920)**. Rio de Janeiro - São Paulo: DIFEL, 1977.

FARIA, Lina. **Saúde e Política**: a Fundação Rockefeller e seus parceiros em São Paulo. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

FREIRE, Maria Martha de Luna. **Mulheres, mãe e médicos**: discurso maternalista no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2009.

GERMANO, Raimunda Medeiros. **Educação e Ideologia da Enfermagem no Brasil**. São Caetano do Sul: Yendis, 2007.

LEVI, Giovanni. Prefácio. In: OLIVEIRA, M. R.; ALMEIDA, C.M.C. (Org.). **Exercícios de micro-história**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2009.

LIMA, Henrique Espada. **A micro-história italiana**: escalas, indícios e singularidades. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.

LOURO, Guacira Lopes. Nas redes do conceito de gênero. In: LOPES, M.J.; MEYER, D.; WALDOW, V. (Org.). **Gênero & Saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p. 07-18.

MARX, Karl. **O capital**: crítica da economia política. volume I, livro primeiro, o processo de produção do capital. 26. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008.

MELO, Cristina. **Divisão social do trabalho e Enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1986.

MENDES-GONÇALVES, Ricardo Bruno. **Medicina e História**: raízes sociais do trabalho médico. 1979. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1979.

MERHY, Emerson Elias. **A saúde pública como política**: São Paulo, 1920-1948 – os movimentos sanitários, os modelos tecno-assistenciais e a formação das políticas governamentais. São Paulo: HUCITEC, 1992.

MOLESINI, Joana Angélica Oliveira. **A Reforma Sanitária na Bahia**: um lugar na história (1987-1989). 2011. 263 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia, 2011.

MUNSLOW, Alun. **Desconstruindo a história**. Petrópolis: Vozes, 2009.

PAIXÃO, Waleska. **História da enfermagem**. 5. ed. Rio de Janeiro: Julio C. Reis, 1979.

PASSOS, Elizete Silva. **De anjos a mulheres – ideologias e valores na formação de enfermeiras**. 2. ed. Salvador: EDUFBA, 2012.

PENNA, Belisário. **Saneamento do Brasil**. Rio de Janeiro: Revista dos Tribunais, 1918.

PIRES, Denise. **Hegemonia médica na saúde e a enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1989.

PORTO, Fernando; SANTOS, Tânia Cristina Franco. A Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública. In: PORTO, F.; AMORIM, W. (Org.). **História da Enfermagem Brasileira: lutas, ritos e emblemas**. Rio de Janeiro: Águia Dourada, 2007. p.113-188.

PRADO JUNIOR, Caio. A República burguesa (1889-1930). In: _____. **História econômica do Brasil**. São Paulo: Brasiliense, 2008. p. 207-285.

RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. **(Re) vendo a origem da enfermagem profissional no Brasil: a Escola Anna Nery e o mito da vinculação com a saúde pública**. 1995. 109 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1995.

SAUTHIER, Jussara; CARVALHO, Vilma de. **A Missão Parsons: documentos históricos da EEAN/UFRJ 1922-1931**. Rio de Janeiro: Ed. Escola Anna Nery/UFRJ, 1999.

SCLIAR, Moacyr. **Do mágico ao social - trajetória da saúde pública**. São Paulo: SENAC SP, 2005.

SOUZA, Bianca Alves Peres Monteiro; AMORIM, Wellington. A atuação das enfermeiras do DNSP, no Distrito Federal, 1921-1931. **Revista de Pesquisa: cuidado é fundamental**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1/2, p. 65-78, 2005.

SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 16, n.2, p.5-22, jul./dez. 1990.

STOPPINO, Mario. Ideologia. In: BOBBIO, N.; MATTEUCCI, N.; PASQUINO, G. (Org.). **Dicionário de política**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1998. p. 585-597.

VEYNE, Paul. **Como se escreve a história**. 4. ed. Brasília: Editora UNB, 2008.

ACERVOS PESQUISADOS

Biblioteca Universitária de Saúde Professor Álvaro Rubin de Pinho (UFBA)

Centro de Documentação da Escola de Enfermagem Anna Nery da UFRJ

FONTES UTILIZADAS

- DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS

BRASIL. Decreto n. 3.987, de 2 de janeiro de 1920. Reorganiza os serviços da saúde pública. **Diário Oficial da União**, Rio de Janeiro, 2 jan. 1920a. Disponível em: <<http://legis.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=48173&tipoDocumento=DEC&tipoTexto=PUB>>. Acesso em: 23 maio 2013.

BRASIL. Decreto n. 14.354, de 15 de setembro de 1920. Aprova 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. **Diário Oficial da União**, Rio de Janeiro, 15 set. 1920b. Disponível em: <<http://legis.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=53975&tipoDocumento=DEC&tipoTexto=PUB>>. Acesso em: 23 maio 2013.

BRASIL. Decreto n. 15.799, de 10 de novembro de 1922. Aprova o regulamento do Hospital Geral de Assistência do Departamento Nacional, de Saúde Pública. **Diário Oficial da União**, Rio de Janeiro, 30 nov. 1922. Disponível em: <<http://legis.senado.gov.br/legislacao/ListaTextoIntegral.action?id=32884&norma=48530>>. Acesso em: 08 junho 2013.

BRASIL. Decreto n. 16.300, de 31 de dezembro de 1923. Aprova o regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública. **CLBR**, Rio de Janeiro, 31 dez. 1923. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1910-1929/D16300impressao.htm>. Acesso em: 23 maio 2013.

BRASIL. Departamento Nacional de Saúde Pública. **A enfermeira moderna - apelo às moças brasileiras**. Rio de Janeiro: Oficinas Gráficas da Inspectoria de Demographia Sanitaria, Educação e Propaganda, 1921.

- DISCURSOS

FONTENELLE, J. P. **A Saude Publica precisa de Enfermeiras Visitadoras!** Rio de Janeiro: Estab. Graphico Canton&Beyer, 1930a.

FONTENELLE, J. P. **Enfermeiras de Saude Publica** (discurso pronunciado em 20 de Dezembro de 1929, na Escola de Enfermeiras D. Anna Nery, na solemnidade de entrega dos diplomas). Rio de Janeiro: Estab. Graphico Canton&Beyer, 1930b.

PARSONS, Ethel. **A enfermagem moderna no Brasil.** Rio de Janeiro: Arquivos de Hygiene: Exposições e Relatórios, 1927.

- DICIONÁRIO

FONTENELLE, J. P. Hygiene e Saude Publica. In: INSTITUTO HISTORICO E GEOGRAPHICO BRASILEIRO. **Diccionario historico, geographico e ethnographico do Brasil** (comemorativo do primeiro centenario da independencia). Imprensa Nacional: Rio de Janeiro, 1922.

- LIVROS

BASBAUM, Leôncio. **História sincera da República.** 4. ed. vol. 2. São Paulo: Alfa-Omega, 1976.

COSTA, Nilson do Rosário. **Lutas urbanas e controle sanitário:** origens das políticas de saúde no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1985.

FONTENELLE, J. P. **A enfermagem de saúde pública:** sua criação e desenvolvimento no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Canton & Reile, 1941.

HOCHMAN, Gilberto. **A Era do Saneamento:** as bases da política de Saúde Pública no Brasil. São Paulo: Editora HUCITEC- ANPOCS, 1998.

LUZ, Madel Terezinha. **Medicina e ordem política brasileira:** políticas e instituições de saúde (1850-1930). Rio de Janeiro: Edições Graal, 1982.

PEREIRA NETO, André de Faria. **Ser médico no Brasil: o presente no passado**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

RODRIGUES, Edgar. **Trabalho e Conflito – pesquisa (1906-1937)**. Rio de Janeiro: s/ed, 1975.

SINGER, Paul; CAMPOS, Oswaldo; OLIVEIRA, Elizabeth Machado de. **Prevenir e curar: o controle social através dos serviços de saúde**. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1981.

- CAPÍTULOS DE LIVRO

AYRES, Lilian Fernandes Arial e cols. As enfermeiras visitadoras da Cruz Vermelha Brasileira e do Departamento Nacional de Saúde Pública do início do século XX. In: PORTO, Fernando; AMORIM, Wellington (Org.). **História da Enfermagem: identidade, profissionalização e símbolos**. São Caetano do Sul: Yendis, 2010, p.127-218.

ESCOREL, Sarah; TEIXEIRA, Luiz Antônio. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do Império ao desenvolvimento populista. In: GIOVANELLA, L *et al.* (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p.333-384.

FAUSTO, Boris. Expansão do café e política cafeeira. In: FAUSTO, B. (Org.). **O Brasil republicano: estrutura de poder e economia (1889-1930)**. 3. ed. São Paulo: DIFEL, 1982. p.195-248.

FAUSTO, Boris. A Primeira República (1889-1930). In: FAUSTO, B. **História Concisa do Brasil**. 2. ed., 4. reimpr. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2011. p.139-183.

FREIRE, Mary Ann Menezes; AMORIM, Wellington. O Relatório Goldmark e a enfermagem de saúde pública na capital do Brasil (1923-1927). In: PORTO, Fernando; AMORIM, Wellington (Org.). **História da Enfermagem: identidade, profissionalização e símbolos**. São Caetano do Sul: Yendis, 2010, p.97-126.

SINGER, Paul. O Brasil no contexto do capitalismo internacional (1889-1930). In: FAUSTO, B. (Org.). **O Brasil republicano: estrutura de poder e economia (1889-1930)**. 3. ed. São Paulo: DIFEL, 1982. p.347-362.

- DISSERTAÇÕES E TESES

ALCÂNTARA, Glete de. **A enfermagem moderna como categoria profissional:** obstáculos à sua expansão na sociedade brasileira. 1963. 125 f. Tese de Cátedra - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, 1963.

BARREIRA, Ieda de Alencar. **A enfermeira Ana Néri no país do futuro:** a aventura da luta contra a tuberculose. 1992. 355f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1992.

SAULTIER, Jussara. **A missão de enfermeiras norte-americanas na Capital da República 1921-1931.** 1996. 258 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery da UFRJ, Rio de Janeiro, 1996.

- ARTIGOS

AYRES, Lilian Fernandes Arial e cols. As estratégias de luta simbólica para a formação da enfermeira visitadora no início do século XX. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 861-882, jul-set. 2012.

BARCELLOS, Ruth. Influência americana no desenvolvimento da Enfermagem no Brasil. **Revista Brasil Estados Unidos**, v. 4, n. 10, jan./dez. 1946.

CASTRO SANTOS, Luiz Antonio de; FARIA, Lina. A cooperação internacional e a enfermagem de saúde pública no Rio de Janeiro e São Paulo. **Horizontes**, Bragança Paulista, v.22, n.2, p. 123-150, jul./dez. 2004.

CASTRO SANTOS, Luiz Antonio de; FARIA, Lina. O ensino da saúde pública no Brasil: os primeiros tempos no Rio de Janeiro. **Trabalho, Educação e Saúde**, v.4, n. 2, p. 291-324, 2006.

FRITSCH, Winston. 1922: a crise econômica. **Estudos Históricos**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 11, p.3-8, 1993.

GOULART, Adriana da Costa. Revisitando a espanhola: a gripe pandêmica de 1918 no Rio de Janeiro. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 101-42, jan.-abr. 2005.

HOCHMAN, Gilberto. 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, p. 40-61, 1993.

MOREIRA, Martha Cristina Nunes. 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.621-645,1999.

SÁ, D M. Uma interpretação do Brasil como doença e rotina: a repercussão do relatório médico de Arthur Neiva e Belisário Penna (1917-1935). **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 16, supl.1, p.183-203, jul. 2009.

SANTOS, Tânia Cristina Franco e cols. Participação americana na formação de um modelo de enfermeira na sociedade brasileira na década de 1920. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 4, p.996-73, 2010.