

HISTÓRIA DA ENFERMAGEM

AUTORA

ANA CAROLINA RAVAGNANI



HISTÓRIA DA ENFERMAGEM

AUTORA
ANA CAROLINA RAVAGNANI

1ª EDIÇÃO
SESES
RIO DE JANEIRO 2015



Estácio

Conselho editorial SERGIO AUGUSTO CABRAL; ROBERTO PAES; GLADIS LINHARES

Autora do original ANA CAROLINA RAVAGNANI

Projeto editorial ROBERTO PAES

Coordenação de produção GLADIS LINHARES

Projeto gráfico PAULO VITOR BASTOS

Diagramação BFS MEDIA

Revisão linguística BFS MEDIA

Revisão de conteúdo ALEXANDRO ALVES RIBEIRO

Imagem de capa ARVACSABA | DREAMSTIME.COM

Todos os direitos reservados. Nenhuma parte desta obra pode ser reproduzida ou transmitida por quaisquer meios (eletrônico ou mecânico, incluindo fotocópia e gravação) ou arquivada em qualquer sistema ou banco de dados sem permissão escrita da Editora. Copyright SESES, 2015.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

R252H RAVAGNANI, ANA CAROLINA

História da enfermagem / Ana Carolina Ravagnani.

Rio de Janeiro: SESES, 2015.

160 p. : IL.

ISBN: 978-85-5548-158-1

1. História - enfermagem. 2. Brasil – enfermagem. 3. Saúde.

I. SESES. II. Estácio.

CDD 610.73

Diretoria de Ensino — Fábrica de Conhecimento

Rua do Bispo, 83, bloco F, Campus João Uchôa

Rio Comprido — Rio de Janeiro — RJ — CEP 20261-063

Sumário

Prefácio	7
----------	---

1. Evolução Histórica da Enfermagem	9
-------------------------------------	---

Objetivos	10
1.1 Introdução	11
1.1.1 Significado de história	11
1.2 O que é cuidar?	13
1.3 Evolução do Cuidado em Enfermagem	13
1.3.1 o início do cuidado em enfermagem	15
1.3.2 A imagem da enfermagem:	16
1.3.3 O Surgimento da Enfermagem	19
1.4 Origens da enfermagem: os povos antigos.	22
1.4.1 As práticas de saúde ao longo da história e o desenvolvimento das práticas de enfermagem	22
Reflexão	27
Referências bibliográficas	31

2. Período da Unidade Cristã	33
------------------------------	----

Objetivos	34
2.1 Período Cristão	35
2.2 Desenvolvimento das Práticas de Saúde Durante os Períodos Históricos	35
2.2.1 As práticas de saúde instintivas	36
2.2.2 As práticas de saúde mágico-sacerdotais	37
2.2.3 As práticas de saúde no alvorecer da ciência	39
2.2.4 As práticas de saúde monástico-medievais	41
2.2.5 As práticas de saúde pós-monásticas	45
2.2.6 As práticas de saúde no mundo moderno	50
2.3 O Papel da Assistência: Diáconos, Judeus ,Pagãos, Aldeãs, Etc	51

2.4 A Decadência da Enfermagem	56
Reflexão	57
Referências bibliográficas	62

3. Perspectivas Históricas da Enfermagem – Reforma Protestante / Florence Nightingale / Enfermagem Moderna / Santas Casas 63

Objetivos	64
3.1 As Santas Casas de Misericórdia	65
3.2 A reforma protestante	67
3.2.1 Contrarreforma	70
3.3 Perspectivas Históricas da Enfermagem	71
3.3.1 A Imagem Folclórica	72
3.3.2 A Imagem Religiosa	72
3.3.3 A Imagem Servil	75
3.4 Era Florence Nightingale	75
3.4.1 Teoria Ambientalista de Florence Nightingale	78
3.5 Enfermagem Moderna	81
3.5.1 Reorganização Hospitalar e a Enfermagem Moderna	81
Reflexão	84
Referências bibliográficas	87

4. Surgimento dos Hospitais e suas Características / A Enfermagem no Brasil (Anna Nery e Cruz Vermelha) 89

Objetivos	90
4.1 Os Primeiros Hospitais	91
4.1.1 Antiguidade Pagã	91
4.1.2 Início da Era Cristã	92
4.1.3 Idade Média	95
4.2 As Ordens Hospitalares	96
4.3 As Ordens Militares	96

4.4 Características dos Hospitais	97
4.4.1 Hospitais Medievais	97
4.4.2 Período Pós-Reforma	102
4.5 Hospitais nas Cidades	104
4.5.1 Grã-Bretanha e Irlanda	105
4.5.2 América	106
4.5.3 Canadá	107
4.5.4 Estados Unidos da América	107
4.5.5 Brasil	108
4.6 A Enfermagem no Brasil	109
4.6.1 A Organização da Enfermagem na Sociedade Brasileira	109
4.6.2 Importância Anna Nery	111
4.6.3 Cruz Vermelha Brasileira	113
Reflexão	117
Referências bibliográficas	119

5. Instituto Oswaldo Cruz / A Evolução do Ensino de Enfermagem Do Brasil / A Saúde Pública no Brasil e a Profissão de Enfermagem 121

Objetivos	122
5.1 O Instituto Oswaldo Cruz	123
5.2 Evolução do Ensino da Enfermagem Moderna no Brasil	124
5.2.1 Antecedentes Do Ensino De Enfermagem	124
5.2.1.1 Missão Parsons	127
5.2.2 Surgimento e Expansão do Ensino da Enfermagem Moderna no Brasil	129
5.2.3 Primeiras Escolas de Enfermagem	132
5.2.4 Primeiras Escolas de Enfermagem no Brasil	133
5.3 Entidades de classe	135
5.3.1 Associação Brasileira de Enfermagem - ABEn	135
5.3.2 Sistema dos Conselhos de Enfermagem	137
5.3.3 Sindicato dos Enfermeiros	140
5.4 Saúde Pública no Brasil	141
5.4.1 Formação de Agentes Educativos em Saúde Pública	143

5.4.2 O Modelo Biomédico e suas Implicações nas Práticas De Saúde	145
5.4.3 Tecnificação na Saúde	146
5.5 A Profissão de Enfermagem	148
5.5.1 Definição	148
5.5.2 Características	149
5.6 Tradições da Enfermagem	150
5.6.1 Significado da Lâmpada	151
5.6.2 Significado da Touca	152
5.6.3 Significado do Uniforme	152
5.6.1 Símbolos da Enfermagem	153
5.7 O “Juramento da Enfermagem”	154
5.8 O “Hino da Enfermagem”	154
Reflexão	157
Referências bibliográficas	159

Prefácio

Prezados(as) alunos(as),

Temos o prazer de recebê-lo (a) no mais novo segmento desta instituição de ensino.

Neste material, você terá acesso à História da Enfermagem, tendo contato com a evolução de uma das mais lindas e gratificantes profissões exercidas pelo ser humano, quando se tem o dom e escolhe por ser enfermeiro (a).

O desenvolvimento histórico da Enfermagem como profissão através dos povos antigos e a forte influência cristã, são as abordagens desta disciplina, entendendo-se a importância de Florence Nightingale e suas bases conceituais, que originaram a profissão por todo o mundo.

Ressaltaremos também o desenvolvimento da Enfermagem no Brasil, bem como os aspectos políticos e econômicos que caracterizaram sua inserção.

A história é a base de todas as coisas, portanto esperamos que este material traga muito entendimento e ensinamento para sua carreira, mas lembre-se que a colheita de bons resultados também depende de você! Para isso leia o material antes das aulas, acompanhe assiduamente as aulas, faça os exercícios indicados, participe das atividades propostas, tire suas dúvidas com os professores e tutores. Enfim, adote uma postura proativa no processo de ensino-aprendizagem.

Bons estudos!

1

Evolução Histórica da Enfermagem

Neste primeiro capítulo vamos fazer menção ao surgimento e evolução da enfermagem como profissão na humanidade, lembrando fatos históricos que nos remetam à antiguidade e nos tragam informações sobre a origem dos cuidados de enfermagem.



OBJETIVOS

- Conhecer a importância da história da evolução da Enfermagem enquanto profissão.
 - Identificar quais foram as ocasiões históricas importantes que contribuíram para a evolução da assistência.
 - Perceber a diferença entre as várias situações, ocasiões, regiões, datas, civilizações, etc, que levaram a enfermagem a evoluir.
-

1.1 Introdução

A história é o início de tudo que gera algo, seja físico, sentimental, espiritual, orgânico, material, no tempo, no espaço, em um local, com uma ou mais pessoas, etc.

É ela quem traz à tona o hoje de cada coisa que buscamos, e através dela atingimos o nível de alcançar todo o entendimento ou parte dele, para o que nos envolve de um modo mais generalizado ou não, portanto a história é a pedra fundamental do início de todas as coisas, não importando em qual época, data ou localidade tenha acontecido, se perdurará para sempre, desde o princípio.

1.1.1 Significado de história

História é o conjunto de acontecimentos referidos pelos vários historiadores conhecidos.

O historiador grego Heródoto é considerado o “pai da História”. A ele são atribuídas as primeiras pesquisas sobre o passado do homem, tornando-se pioneiro não só no estudo da história, como também da antropologia (1) e etnografia (2).

A palavra História, por si só, tem sua origem no antigo tempo grego “historie”, que significa “o conhecimento através da investigação”.

A História é uma ciência que investiga o passado da humanidade e o seu todo, bem como o seu processo de evolução até os dias de hoje ou parados em outra época, tendo como referência um lugar, o tempo, uma data específica ou um período prolongado, um povo ou um indivíduo somente, bem como animais, objetos, paisagens, fatos, etc.

Através do estudo histórico, obtém-se um conjunto de informações sobre processos e fatos ocorridos no passado que contribuem para a compreensão do presente.

Os homens fazem sua própria história, mas não a fazem sob circunstância de sua escolha e sim sob aquelas com que se defrontam diretamente, legadas e transmitidas pelo passado...”(MARX).

A História pode relatar a evolução não só de uma comunidade, mas também de eventos ou organizações de diversos tipos, ela é muito mais abrangente do que entendemos superficialmente.

Em sentido amplo, é tudo o que se refere ao desenvolvimento das comunidades humanas, assim como os acontecimentos, fatos ou manifestações da atividade humana no passado, por exemplo, História do Brasil.

O período anterior à História é denominado Pré-História (até cerca de 4000 a.C.).

Nesse período pré-histórico, não havia escrita, por isso, os pesquisadores recorriam a ossos, fósseis, objetos de pedra, arte rupestre (3) e outras fontes materiais para investigação.

A História marca o início do período de desenvolvimento da humanidade após o surgimento da escrita e divide-se em quatro períodos:

IDADE ANTIGA (ANTIGUIDADE)	De 4000 a.C. até 476 d.C., com a queda do Império Romano;
IDADE MÉDIA (HISTÓRIA MEDIEVAL)	De 476 d.C. a 1453, com a conquista de Constantinopla pelos turcos otomanos;
IDADE MODERNA	De 1453 a 1789, quando ocorre a Revolução Francesa;
IDADE CONTEMPORÂNEA	De 1789 até os dias atuais.

Também se designa por História uma narrativa de uma seqüência de fatos reais ou fictícios (estória).

Ao longo da História, embora não existisse a Enfermagem como conhecemos hoje, sempre houveram pessoas que precisavam de cuidados e cuidadores.

No início do cristianismo, com a pregação de princípios como a fraternidade, a caridade e auto-sacrifício, os agentes de enfermagem, geralmente eram pessoas ligadas à igreja, os quais acreditavam que atendendo os pobres e enfermos, estariam salvando a sua própria alma (ALMEIDA, 1989, p.130)

1.2 O que é cuidar?

O cuidar é sentido desde o início da humanidade, pois é através dele que sobrevivemos, quer seja cuidando dos outros, quer seja cuidando de nós mesmos, portanto, ninguém sobreviveria se não fosse em algum momento de sua vida cuidado por alguém, quer seja familiar ou não, quer seja de seu vínculo de conhecidos ou não, visto que o sentido de cuidar é muito mais amplo e completo, pois o cuidado está presente em todas as coisas e em todos os momentos da nossa existência.

- O cuidado é o ato de cuidar, zelar;
- Ação de tratar de algo ou alguém; zelar ou tomar conta de algo ou alguém;
- Preocupar-se com, ou assumir a responsabilidade de;
- Dar atenção a; reparar ou notar;
- Cogitar ou discurrir; deduzir ou refletir; pensar ou imaginar;
- Manifestar interesse ou atração por;
- Ter zelo consigo próprio; velar por si;
- Pensar-se ou deduzir-se; refletir-se;
- Precaver-se.

A Enfermagem é a arte de cuidar e a ciência do CUIDAR, necessária a todos os povos e a todas as nações, imprescindível em época de paz ou em época de guerra e indispensável à apresentação da saúde e da vida dos seres humanos em todos os níveis, classes ou condições sociais(GEOVANINI, 2001).

1.3 Evolução do Cuidado em Enfermagem

Desde os seus primórdios, a Enfermagem vem exercendo um trabalho acrítico, fruto de uma formação, em que o modelo de assistência era centrado na execução de tarefas e procedimentos rápidos e eficientes, comandado por rígida disciplina.

Na sua trajetória histórica, sofreu diversas influências, que foram moldando seu perfil tendo absorvido de maneira mais marcante, aquelas advindas do paradigma religioso-militar.

Institucionalizada na Inglaterra no século XIX, através de Florence Nightingale e no Brasil no início do século XX, teve sua origem determinada muito antes, no seio da comunidade tribal primitiva, expressa pelo ato instintivo de cuidar, o qual era garantia da conservação da própria espécie, sem se preocuparem com o restante.

Só a partir da institucionalização do cuidado, seu saber foi organizado, reformulado e sistematizado, dando origem então à conhecida Enfermagem Moderna.

O cuidar na enfermagem como profissão, abrange um contexto muito mais amplo, pois cuidamos profissionalmente, mas devemos assumir uma responsabilidade muito maior, visto que envolve muito o querer cuidar do próximo.

Afinal, o que é cuidar para uma profissão de cuidado?

A palavra cuidado para nós, por muitas vezes, se parece uma metáfora(*) do dia-a-dia, pois o enfermeiro está sempre cuidando, por isso muitas vezes todos os cuidadores são chamados de “enfermeiros”, visto que quem está cuidando é da enfermagem.

A metáfora é muito utilizada em diversas áreas e ocasiões e na enfermagem principalmente, pois sempre se compara a enfermagem com algo subjetivo, e está sempre ligada diretamente a cuidar, portanto, “todos” os profissionais da enfermagem são conhecidos como “enfermeiro”. É interessante e de grande valia para seu estudo que você conheça a diferença entre os níveis da Enfermagem na atualidade. Segundo o COFEN (Conselho Federal de Enfermagem), existe como profissão: o auxiliar de enfermagem, o técnico de enfermagem e somente depois de graduação de nível superior é que somente então se obtém o título de Enfermeiro. Assim você terá propriedade e conseguirá esclarecer esta diferenciação bem claramente.

O enfermeiro cuida de tudo que envolve o paciente, de todos os pertences do paciente, da família, da alimentação, da higiene, dos documentos, das roupas, da temperatura do ambiente, dos exames a serem feitos, dos resultados dos que já foram feitos e assim por diante. Desta forma, institui-se uma abrangente profissão de cuidados constantes que requer muita entrega.

Desta forma o cuidado está também na origem da profissão enfermagem.

O cuidar sempre esteve presente na história humana, como forma de viver e de se relacionar.

Nas diversas civilizações, o cuidado tecnológico também se fez presente, porém apresentava-se muitas vezes indiferenciado das práticas de cura.

Os profissionais da área de saúde, e das demais áreas relacionadas, não fazem a diferenciação quanto a objeto e sujeito do cuidar, mas sim na forma como expressam esse cuidado. Mesmo que o cuidado seja um atributo para todos, os agentes da área de saúde e em especial os enfermeiros detêm de um modo genuíno e peculiar o cuidar em sua formação. Devido ao fato da especificidade do cuidado estar direcionado à enfermagem, muitas estudiosas no assunto concordam que o cuidar é a razão existencial da enfermagem (WALDOW, 1995 p.92).

A identificação da natureza, essência e domínio da Enfermagem, como profissão tem sido uma busca atual de pesquisadores em Enfermagem, através de suas produções científicas. Tais atividades são relevantes para explicar o conhecimento e o avanço da Enfermagem e distingui-la de outras profissões. Estudos rigorosos atentam para a natureza e o fenômeno do cuidado, sendo este humanizado.

Este fato é confirmado por LEININGER (1981), quando declara: "o cuidado é o domínio central e o único para o corpo de conhecimentos e prática na Enfermagem, e uma investigação sistematizada do cuidado poderá avançar a disciplina de Enfermagem e em último caso, prover cuidados de enfermagem melhores para o povo".

LUNA CAMERON (1989), descrevendo a teoria de LEININGER, afirma que "a Enfermagem é essencialmente uma profissão de cuidados transculturais, a única que se centra na promoção do cuidado humano para pessoas de uma maneira significativa, congruente, respeitando os valores culturais e estilo de vida".

As práticas de cuidado existem desde a origem do ser humano, onde a figura feminina está sempre associada à manutenção da espécie. (PAIXÃO, 1979).

1.3.1 O Início do Cuidado em Enfermagem

A profissão surgiu do desenvolvimento e evolução das práticas de saúde no decorrer dos períodos históricos. As práticas de saúde instintivas foram as primeiras formas de prestação de assistência.

Num primeiro estágio da civilização, estas ações garantiam ao homem a manutenção da sua sobrevivência, estando na sua origem, associadas muito mais ao trabalho feminino, caracterizado pela prática do cuidar nos grupos nômades primitivos, tendo como pano-de-fundo as concepções evolucionistas e teológicas.

Mas como o domínio dos meios de cura, passaram a significar poder, o homem, aliando este conhecimento ao misticismo, fortaleceu tal poder e apoderou-se dele.

O cuidado nasce de um interesse, de uma responsabilidade, de uma preocupação e de um afeto, o qual geralmente inclui, de maneira implícita, o materno e o educar, que por sua vez, contribui para o crescimento (WALDOW, 1999 p.89)

Quanto à enfermagem, as únicas referências concernentes à época em questão, estão relacionadas com a prática domiciliar de partos e a atuação pouco clara de mulheres de classe social elevada que dividiam as atividades dos templos com os sacerdotes.

As práticas de saúde mágico-sacerdotais, abordavam a relação mística entre as práticas religiosas e de saúde primitivas desenvolvidas pelos sacerdotes nos templos.

Através da História da humanidade, civilizações têm visto o papel de enfermeiros de diversas maneiras.

Entre os povos antigos, a enfermagem não era considerada uma profissão, sendo praticada apenas dentro do círculo familiar.

Mulheres Romanas e Gregas de classe nobre, cuidavam dos doentes, enquanto que os deuses eram responsáveis por influenciar a cura.

No Egito, enfermeiras eram contratadas para ajudar no parto.

A figura da enfermeira é identificada com várias distorções e, por muitas vezes, com enorme desvalorização social, devido à idéia de que a profissão tem baixa remuneração e é subalterna a outros profissionais, especialmente ao médico, que acreditavam deter todo o conhecimento.

1.3.2 A imagem da enfermagem:

Levando-se em conta a desinformação da população em relação à realidade profissional, surgem algumas questões:

- Qual a imagem utilizada pela sociedade para identificar a enfermeira?
- Quais são os fatores que influenciam a construção dessa imagem?
- Houve alguma mudança nessa imagem em algum momento?

A imagem significa o quadro que uma pessoa tem do objeto de sua vivência. Seu conceito está intimamente ligado à idéia de prestígio social e sua construção relaciona-se a concepções, sentimentos e atitudes.

Imagem pode significar também a opinião (contra ou a favor) que o público pode ter de uma instituição, organização, personalidade ou ainda o conceito que uma pessoa goza junto a outrem.

A imagem de qualquer categoria profissional na sociedade pode ser associada a poder, reconhecimento e *status*.

O que a sociedade pensa do profissional é tão importante quanto aquilo que ele é, pois a projeção de uma imagem negativa dificulta o desenvolvimento da profissão e o seu reconhecimento por parte da sociedade.

A imagem profissional da enfermeira é uma rede de representações sociais da profissão.

Para Silva, Padilha e Borenstein (3:588) “é representada por um conjunto de conceitos, afirmações e explicações, reproduz e é reproduzida pelas ideologias originadas no contexto das práticas sociais, internas/externas a ela”. Assim, a imagem profissional remete à identidade da profissão, relacionada às suas características e significados exclusivos.

Essa relação à imagem/identidade, é um fenômeno histórico, cultural, econômico, social e político, configurando-se em uma totalidade contraditória, múltipla e mutável.

A imagem da enfermeira é influenciada pela história que sempre envolveu a enfermagem.

As primeiras referências a enfermeiras são encontradas no Velho Testamento Bíblico.

A palavra enfermeira é derivada do latim *nutrix* que corresponde a “mãe enfermeira”, imagem associada a uma mulher que acompanhava uma criança que geralmente não era sua, como uma babá.

Ao longo dos séculos a palavra “enfermeira” evoluiu até ser associada a uma pessoa que cuida de enfermos, não necessariamente do sexo feminino.

A Enfermagem surgiu como uma resposta intuitiva ao desejo de manter as pessoas saudáveis, proporcionar conforto e proteção aos doentes, constituindo a Imagem Folclórica da Enfermeira.

O papel de enfermeira era assumido por aquelas mulheres que apresentavam desejo e habilidade para cuidar.

O conhecimento que essas mulheres desenvolviam e acumulavam sobre saúde era passado oralmente de geração para geração.

Naquela época existia uma relação íntima da religião e do folclore com as artes curativas.

A Imagem Religiosa da Enfermeira se desenvolveu na Era Cristã e na Idade Média, com organizações voltadas para a caridade e o cuidado com os doentes, pobres, órfãos, viúvos, idosos, escravos e prisioneiros.

Nessa fase, as mulheres solteiras (diaconisas), as virgens e as viúvas tiveram oportunidades de trabalho jamais imaginadas.

A medida que a Enfermagem desenvolvia uma imagem associada à religião, uma disciplina cada vez mais rígida era exigida e a obediência absoluta às ordens médicas e dos pastores era determinada.

No passado, os cuidados aos doentes eram considerados como inatos à mulher, já herdados e inscritos no seu patrimônio genético, associados ao amor maternal.

O impacto disso, associado à divisão sexual do trabalho e à influência dos valores religiosos veiculados desde a idade média, colaboram para a desvalorização econômica lenta, mas segura, do conjunto de práticas de cuidado asseguradas pelas mulheres.

Amor e doação estão associados ao exercício da obediência e humildade, contribuindo para que faça parte do ideário da sociedade que as enfermeiras trabalhem sempre a serviço do outro, sem uma remuneração justa ou mesmo condições de trabalho que possibilitem um digno exercício da atuação na profissão.

O Renascimento (séc. XIV a XVI) provocou uma revolta contra a supremacia da Igreja Católica, quando foram dissolvidas ordens religiosas e o trabalho das mulheres nessas ordens foi extinto, iniciando os “Anos Negros da Enfermagem”.

O papel das mulheres na sociedade daquela época mudou: deveriam resignar-se aos limites de seus lares e obedecer a seus maridos. Assim, o cuidado aos doentes foi deixado a cargo de um grupo de mulheres que compreendia prisioneiras e prostitutas, que eram forçadas a trabalhar como serventes domésticas.

A Enfermagem naquela época era considerada um serviço doméstico, sendo pouco desejável, em virtude das longas horas, da baixa remuneração e do estressante trabalho de muita dedicação ao dia e sem nenhum reconhecimento.

A denominada Imagem Servil da Enfermeira representava uma mulher gorda, velha, bêbada, com uma aparência desagradável, por vezes masculinizada e insensível.

As características marcantes de gênero em uma profissão quase que exclusivamente feminina contribuíram com essa imagem de obediência e submissão.

Fazia parte da formação advertir as enfermeiras que não era necessário dominar o conhecimento médico, mas realizar tarefas domésticas de rotina, sem julgamento crítico ou iniciativa. Com isso eram garantidas a subordinação e a dependência de seu trabalho ao médico, o que interferiu na evolução da profissão, visto que suas precursoras preocupavam-se em enaltecer os valores referentes à beleza dessa atividade e às perspectivas de vida dedicada ao próximo.

1.3.3 O Surgimento da Enfermagem

No Brasil, a Enfermagem surgiu com elementos exclusivamente do sexo masculino, primeiramente com os índios, nas figuras dos feiticeiros, pajés e curandeiros, que se ocupavam dos cuidados aos que adoeciam em suas tribos, e mais tarde com os jesuítas, voluntários leigos e escravos, selecionados para tal tarefa.

No Brasil do século XVI, a Enfermagem tinha um cunho essencialmente prático, razão pela qual eram extremamente simplificados os requisitos para o exercício da função de enfermeira.

Essa condição perdurou até o início do século XX, sendo que, nesse período não era exigido qualquer nível de escolarização para aqueles que exerciam a profissão e a prática era embasada em conhecimentos puramente empíricos.

No Brasil, Ana Néri, considerada pelo Governo Brasileiro de sua época a Mãe dos Brasileiros e, até os dias de hoje, símbolo da Enfermagem nacional, tinha como maiores virtudes abnegação, obediência e dedicação, sendo que o Estado Novo institucionalizou seu heroísmo, patriotismo e resignação.

Assim, a imagem que permaneceu no país é a de que a enfermeira deveria ser alguém disciplinado e obediente, alguém que não exercesse crítica social, porém socorresse e consolasse todas as vítimas da atual sociedade sem distinção de nada.

A primeira escola de enfermeiras no Brasil surgiu em 1890, nas dependências do Hospício Nacional de Alienados, pela necessidade de formação de profissionais de Enfermagem para tal instituição, pois as irmãs de caridade, responsáveis pelos cuidados aos doentes, haviam abandonado o hospício por

incompatibilidade com o seu diretor. Essa escola, chamada Alfredo Pinto, era baseada no modelo da Escola de Salpetrière e tinha sua organização e direção realizada por médicos.

A Escola Ana Néri, fundada em 1923, foi a primeira no Brasil a ministrar o ensino sistematizado de Enfermagem baseado no modelo nightingaleano, a cargo de enfermeiras americanas e foi pioneira também na exigência de uma escolaridade mínima para o ingresso, determinado pelo curso normal ou equivalente.

Havia uma desvalorização da profissão de enfermeira no Brasil do início do século passado.

Na criação do Serviço de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública, em 1922, uma das organizadoras evitou em seu discurso utilizar a palavra “enfermeira”, preferindo o termo “nurse”, ao se referir às profissionais formadas sob sua supervisão, tentando assim diferenciá-las.

O termo não teve a aderência esperada, prevalecendo as formas de denominação diferencial com a enfermeira de alto padrão ou diplomada, as quais indicavam uma categoria diferente de profissionais, com uma formação mais exigente.

Foi somente no final do ano de 1961, por força de legislação, que a formação de Enfermeiras no Brasil foi incluída no sistema educacional universitário, estabelecendo-se como pré-requisito para ingresso o curso secundário completo ou equivalente.

No entanto a idéia de que as enfermeiras são profissionais de baixa qualificação ainda permanece, assim como permanece também a terminologia diferencial adotada a partir da década de 20.

A formação em Enfermagem no Brasil, que no seu princípio voltava-se para as práticas preventivas e para os problemas somente básicos da maioria da população, foi aos poucos se distanciando disso e acompanhando os avanços do ensino e das práticas médicas, em acordo com o modelo econômico vigente na época.

No início da década de 70, as disciplinas de saúde pública não eram mais obrigatórias no currículo mínimo da graduação e o domínio das técnicas avançadas em saúde se fazia necessário, pois as equipes médicas precisavam de enfermeiras especializadas para atuarem em seus centros cirúrgicos sofisticados e afins, para uma assistência muito mais curativa, restrita a uma minoria da população.

Em um estudo, realizado com alunos ingressantes no curso, a influência da mídia na imagem pública da enfermeira não é tão determinante quanto parece, pois esse fator ficou em 4º lugar dentre os que influenciaram a imagem atribuída à enfermeira pelos acadêmicos, tendo menos influência que experiências vivenciadas em situações de doença, relacionamento com familiares ou amigas que sejam enfermeiras e antecedentes de trabalho no campo da saúde.

Há ainda autores que, mesmo referindo em seus estudos a falta de definição da imagem da enfermeira, o que possibilita incômodas interpretações e representações por parte da sociedade, defendem que é nessa falta de delineamento que reside a força da imagem da enfermeira, pois assim “ela pode metamorfosear-se em formas tão ricas e sedutoras.

A Enfermagem deveria alargar suas percepções e não valorizar tanto os estereótipos, tais como o da enfermeira vulgar e prostituta que, na tentativa de ser combatido, acabou por instituir a rigidez moralizante da conduta profissional.

Essa situação é classificada como um diálogo de surdos, no qual ataca-se a forma com o conteúdo. Identificam-se diferentes correntes sócio-econômicas que influenciam as práticas de Enfermagem, entre elas a tecnicidade, a revalorização entre quem presta e quem recebe cuidados e o desenvolvimento em saúde.

Essas influências modificam o papel da enfermeira, bem como as expectativas desse papel e, assim, a imagem da enfermeira também se transforma à medida que é abalada a estabilidade do papel.

A Enfermagem é identificada com uma formação religiosa matrilinear e uma formação médica patrilinear e, para distanciar-se de suas origens religiosas, as enfermeiras procuraram especializar-se na tecnicidade, reforçando dessa forma sua associação ao médico. Ou seja, para tentar desvencilhar-se de um estereótipo, as enfermeiras acabam por aproximarem-se de outro, o que contribui para a confusão de seu papel e de sua imagem.

A contradição central que atravessa a profissão de Enfermagem é a que se estabelece entre o reconhecimento do papel psicossocial como o papel dominante da profissão, pretensamente concessor de uma verdadeira autonomia em relação ao médico, e o fato de o seu estatuto social na equipe de saúde ser totalmente determinado pela posição objetiva na produção dos cuidados, que o associa ao tecnicismo e à tecnologia, novamente aproximado ao trabalho do médico.

A discrepância entre a percepção das enfermeiras sobre a imagem pública de sua profissão e a sua própria percepção como profissional prejudica o potencial de sua prática e reforça a incongruência entre a ideal e a atual realidade profissional.

Alguns fatores contribuem para a manutenção dos estereótipos (4) da imagem da enfermeira, tais como a existência de hierarquia entre médico e enfermeira, a condição mais fragilizada feminina da profissão, o reforço da mídia ao reproduzir as tradicionais imagens das enfermeiras como submissas. Assim, uma melhoria na imagem pública da enfermeira se faz essencial em vários sentidos.

As informações acerca da imagem da enfermeira relatadas na literatura, em sua maioria, remetem à história da Enfermagem como profissão e à sua evolução, relacionadas ao momento histórico, mais especialmente ao papel da mulher em cada época.

Esses aspectos influenciam significativamente a imagem da enfermeira nos dias de hoje e, mesmo que ocorridos em determinados períodos históricos, separados por grandes espaços de tempo, misturam-se no momento atual, provocando um anacronismo (5) e dificultando ainda mais a definição de uma identidade profissional da enfermeira.

Entende-se que a imagem pública da enfermeira influencia sua prática profissional, pois a opinião pública é considerada poderosa na determinação da estrutura social e nas normas da sociedade. Assim, clarificar os impactos dos estereótipos públicos da imagem da enfermeira pode corroborar para aumentar sua credibilidade na imagem pública.

1.4 Origens da enfermagem: os povos antigos.

1.4.1 As práticas de saúde ao longo da história e o desenvolvimento das práticas de enfermagem

Período Pré-Cristão

Os achados históricos que contém informações sobre tratamento de doenças datam do período antes de Cristo, conhecido como período Pré-Cristão.

Nesse período as doenças eram tidas como um castigo de Deus ou resultavam do poder do demônio.

Exatamente por isso os sacerdotes ou feiticeiras acumulavam funções de médicos ou enfermeiros.

O tratamento consistia em aplacar as divindades, afastando os maus espíritos por meio de sacrifícios, normalmente feitos de animais, de boa qualidade e sem doenças.

As medidas terapêuticas adotadas eram: massagens, banho de água fria ou quente, purgativos, substâncias provocadoras de náuseas e vômitos, dentre outras coisas, desde que achassem que poderia surtir algum efeito e levassem a algum tipo de resultado.

Mais tarde os sacerdotes adquiriram conhecimento sobre plantas medicinais e passaram a ensinar pessoas, delegando-lhes funções de enfermeiros e farmacêuticos, onde estes utilizavam os ensinamentos que lhes eram dados e tinham autonomia para usá-los.

A descoberta de alguns papiros, inscrições, monumentos, livros de orientações religiosas e políticas, ruínas de aquedutos e outras descobertas nos permite formar uma idéia do tipo de tratamento que era aplicado aos doentes daquela época.

Egito



Figura 1.1 – Escultura em pedra

Os egípcios deixaram alguns documentos através de alguns registros, onde mostravam como a medicina conhecida ocorria naquela época.

As receitas médicas deviam ser tomadas acompanhadas da recitação de fórmulas religiosas.

Praticava-se o hipnotismo, e também a interpretação de sonhos, onde acreditava-se na influência de algumas pessoas sobre a saúde de outras.

Na antigüidade, a sociedade Egípcia (milhares de anos antes de Cristo) utilizava a hipnose em seus templos do sono, as doenças eram tratadas após o paciente ser submetido ao transe hipnótico.

Existem provas arqueológicas de tal prática, como vasos de cerâmica onde aparecem figuras de médicos fazendo intervenções cirúrgicas de (para a época) grande porte, o que sabemos ser muito difícil, pois a anestesia não era conhecida. Tais médicos eram representados emitindo sinais mágicos ou raios dos olhos como forma de estereotipar a ação do hipnotizador, praticando assim a hipnose para todo tipo de tratamento.

Havia ambulatorios gratuitos, onde era recomendada a hospitalidade e o auxílio aos desamparados.

Tal procedimento (hipnose médica) tem outra designação, sofrologia (6) oriunda da deusa grega Sofrosine. Ao pé da letra: *Sos* (tranquilo), *phren* (mente) e *logia* (ciência), ciência da mente tranqüila.

Índia

Documentos do século VI a.C. nos dizem que os hindus conheciam: muitos ligamentos, músculos, nervos, plexos, vasos linfáticos, antídotos para alguns tipos de envenenamento e o processo digestivo.

Realizavam alguns tipos de procedimentos, tais como: suturas, amputações, trepanações e corrigiam fraturas.

Neste aspecto o budismo contribuiu para o desenvolvimento da enfermagem e da medicina.

Os hindus tornaram-se conhecidos pela construção de hospitais. Foram os únicos, na época, que citaram os enfermeiros e exigiam deles qualidades morais e conhecimentos científicos.

Nos hospitais eram usados músicos e narradores de histórias para distrair os pacientes.

As doenças eram consideradas castigo.

O bramanismo (7), termo atual usado de hinduísmo, fez decair a medicina e a enfermagem, pelo exagerado respeito ao corpo humano – proibia a dissecação de cadáveres e o derramamento de sangue.

Palestina

Moisés, o grande legislador do povo hebreu, prescreveu preceitos de higiene e exames do doente: diagnóstico, desinfecção, afastamento de objetos contaminados e leis sobre o sepultamento de cadáveres para que não contaminassem a terra, procurando sempre manter o início do bem-estar ao doente.

Os enfermos, quando viajantes, eram favorecidos com hospedagem gratuita.

Assíria e Babilônia

Entre os assírios e babilônios existiam penalidades para médicos incompetentes, tais como, amputação das mãos, pagamento de indenizações, etc.

A medicina era baseada na magia – acreditava-se que sete demônios eram os causadores das doenças.

Os sacerdotes-médicos vendiam talismãs com orações usadas contra os ataques dos supostos demônios.

Nos documentos assírios e babilônios não há menção de hospitais e nem de enfermeiros.

Conheciam a lepra, mas não conseguiam controlá-la e a sua cura dependia somente dos milagres vindos de Deus, assim como no episódio bíblico do banho de um leproso no rio Jordão. “Vai e lava-te sete vezes no Rio Jordão e tua carne ficará limpa”. (II Reis: 5, 10-11).

China

Os doentes chineses eram cuidados apenas por sacerdotes.

As doenças eram classificadas da seguinte maneira: benignas, médias e graves.

Os sacerdotes eram divididos em três categorias que correspondiam ao grau da doença da qual se ocupavam.

Os templos eram rodeados de plantas medicinais.

Os chineses conheciam algumas doenças, como varíola e sífilis.

Também conheciam alguns procedimentos como a cirurgia de lábio e ainda alguns tratamentos: anemias, indicavam ferro e fígado; verminoses, tratavam com determinadas raízes; sífilis, prescreviam mercúrio; doenças da pele, aplicavam arsênio; anestesia, utilizavam o ópio.

Construíram alguns hospitais de isolamento e clínicas de repouso.

A cirurgia não evoluiu devido a proibição da dissecação de cadáveres.

Japão

Os japoneses aprovaram e estimularam a eutanásia.

A medicina era fetichista e a única terapêutica era o uso de águas termais, não importando o tipo de problema e diagnóstico, o tratamento indicado era basicamente sempre o mesmo.

Grécia

As primeiras teorias gregas se prendiam à mitologia.

Apolo, o deus sol, era o deus da saúde e da medicina.

Usavam sedativos, fortificantes, vitaminas e hemostáticos, faziam ataduras e retiravam corpos estranhos, também tinham casas para tratamentos de doentes.

A medicina era exercida pelos sacerdotes-médicos que também interpretavam os sonhos das pessoas.

Os tratamentos utilizados: banhos com água ou produtos, massagens, banho de sol, sangrias, dietas mais específicas, ginástica, ar puro, água pura mineral, ventosas, vomitórios, purgativos, calmantes, ervas medicinais e medicamentos minerais.

Dava-se muito valor à beleza física, cultural e hospitalidade, contribuindo assim para o progresso da Medicina e da Enfermagem no local.

O excesso de respeito pelo corpo atrasou os estudos anatômicos.

O nascimento e a morte eram considerados impuros, causando desprezo pela área da obstetrícia e a abandono de doentes em estágio mais avançado da doença ou em estado grave.

A medicina tornou-se científica graças à Hipócrates, que deixou de lado a crença de que as doenças eram causadas pela influência de maus espíritos. Hipócrates passou a ser considerado o Pai da Medicina.

© WIKIPEDIA

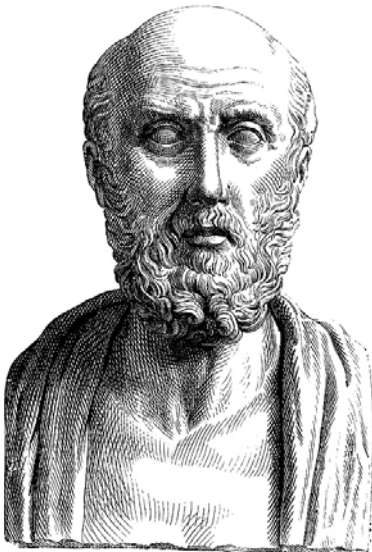


Figura 1.2 – Hipócrates (Pai da Medicina)

Ele observava o doente como um todo, fazia o diagnóstico, prognóstico e terapêutica.

Reconheceu doenças, tais como: malária, tuberculose, histeria, neurose, luxações e fraturas.

Seu princípio fundamental na terapêutica consistia em “não contrariar a natureza, porém auxiliá-la a reagir”.

Roma

A medicina não obteve muito prestígio em Roma.

Durante muito tempo era exercida por escravos e também por estrangeiros que estavam somente de passagem.

Os romanos eram um povo essencialmente guerreiro.

O indivíduo recebia cuidados do estado enquanto cidadão destinado a tornar-se um bom guerreiro, audaz e vigoroso.

Roma distinguiu-se pela limpeza das ruas, ventilação das casas, água pura e abundante e também redes de esgoto.

Os mortos eram sepultados fora da cidade, na via Ápia.

O desenvolvimento da medicina dos romanos sofreu grande influência do povo grego, pois caso contrário, não teriam quase evoluído neste sentido.



CONEXÃO

Para obter mais informações acesse o link:

<http://www.abenpe.com.br/>



REFLEXÃO

Vimos até aqui que a história é o início de tudo, a pedra fundamental de toda a existência e que ela pode nos ajudar a perceber a importância de fatos que muitas vezes não os percebemos com tamanho valor.

Verificamos também a evolução histórica do cuidado e como é milenar este procedimento muitas vezes tão básico, mas essencialmente vital em todas as ocasiões.

Desde o princípio, necessitamos do cuidado para a sobrevivência de todos e tudo, mas somente ao estudarmos é que conseguimos assumir a verdadeira prioridade em cuidar.

Assim, venho propor uma breve reflexão para você fazer depois de tudo que vimos neste capítulo: até que ponto sua percepção de cuidado e assistência foi mudada depois de tudo o que estudamos historicamente sobre a evolução da enfermagem?



LEITURA

Se você quiser conhecer mais profundamente algumas abordagens sobre a história da enfermagem, uma leitura interessante é o livro de Maria Itayra Padilha, Miriam Süsskind Borenstein e Iraci dos Santos, *Enfermagem: História de Uma Profissão*, da Editora Difusão.

GLOSSÁRIO

1. ANTROPOLOGIA

É a ciência que tem como objeto o estudo sobre o homem e a humanidade de maneira totalizante, ou seja, abrangendo todas as suas dimensões. A divisão clássica da Antropologia distingue a Antropologia Cultural da Antropologia Biológica. Cada uma destas, em sua construção, abrigou diversas correntes de pensamento.

2. ETNOGRAFIA

É por excelência o método utilizado pela antropologia na coleta de dados. Baseia-se no contato inter-subjetivo entre o antropólogo e o seu objeto, seja ele uma tribo indígena ou qualquer outro grupo social sob o qual o recorte analítico seja feito.

3. ARTE RUPESTRE

É o termo que denomina as representações artísticas pré-históricas realizadas em paredes, tetos e outras superfícies de cavernas e abrigos rochosos, ou mesmo sobre superfícies rochosas ao ar livre. A arte rupestre dividiu-se em dois tipos: pintura rupestre, composições realizadas com pigmentos, e a gravura rupestre, imagens gravadas em incisões na própria rocha.

GLOSSÁRIO

4. ESTEREÓTIPOS

São generalizações que as pessoas fazem sobre comportamentos ou características de outros. Estereótipo significa “impressão sólida”, e pode ser sobre a aparência, roupas, comportamento, cultura, etc. estereótipos são pressupostos sobre determinadas pessoas, muitas vezes eles acontecem sem ter conhecimento sobre grupos sociais ou características de indivíduos, como a aparência, condições financeiras, comportamentos, sexualidade, etc. O conceito de estereótipo foi criado em 1922, pelo escritor estadunidense Walter Lippmann. É bastante confundido com preconceito, uma vez que estereótipos acabam se convertendo em rótulos, muitas vezes, pejorativos e causando impacto negativo nos outros. Também porque é uma noção preconcebida e muitas vezes automática, que é incutida no subconsciente pela sociedade. Estereótipo é geralmente depreciativo, que as pessoas se baseiam em opiniões alheias e as tornam como verdadeiras.

5. ANACRONISMO

é a falta contra a cronologia. É um erro da data dos acontecimentos, consiste em atribuir a uma época, a um personagem da história, sentimentos, costumes que são de outra época. Falta de alinhamento, consonância com um determinado período de tempo, com uma época.

6. SOFROLOGIA

é o estudo da consciência em equilíbrio, é a ciência médica que estuda e investiga como estimular as forças responsáveis pela harmonia biológica do ser humano natural, reforçando a consciência (que para a sofrologia é a força que integra as estruturas psicofísicas do ser humano) através da estrutura que a organiza e lhe dá sentido: o corpo. Em outras palavras, a sofrologia é a Yoga para os ocidentais.

GLOSSÁRIO

6. SOFROLOGIA

A prática do Relaxamento Dinâmico busca uma disposição mental que torne o indivíduo menos receptivo ao stress e às agressões quotidianas, sejam elas físicas ou psíquicas, tornando-o portanto mais resistente a determinadas doenças psicossomáticas. O método sofrológico pode ser praticado em sessões individuais ou em pequenos grupos, mas sempre sob direção e supervisão de um sofrólogo devidamente qualificado.

7. BRAMANISMO

É a antiga filosofia religiosa indiana que formou a espinha dorsal da cultura daquela civilização por milênios. Se estende de meados do segundo milênio a.C. até o início da era cristã. Persiste de forma modificada, sendo atualmente chamada de hinduísmo. É um conjunto de concepções religiosas, sociais e políticas, oriundo do vedismo, primitiva forma de religião dos hindus, que tem como base os textos dos Vedas (conhecimento divino) ou Sruti (revelação), transmitidos oralmente e considerados de origem divina. Suas características principais são: crença de reencarnação, naturalismo e individualismo.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

GEOVANINI, Telma ET AL. História da Enfermagem: versões e interpretações. 1. Ed. Rio de Janeiro:

Reviver, 2001

Revista Rede de Cuidados em Saúde – O CUIDAR: A DIMENSÃO DE UMA PALAVRA QUE TEM
COMO SIGNIFICADO UMA PROFISSÃO.

Revista Escola de Enfermagem USP, v.31, n.3, p.498, dez. 1997.

Revista Brasileira Enfermagem 2005 jan-fev; 58(1):74-7

Fonte: Site <http://www.abenpe.com.br/>

Fonte: Site <http://www.lexico.pt/cuidar/>

Fonte: Site <http://www.significados.com.br/>

Fonte: Site <http://pt.wikipedia.org/>

2

Período da Unidade Cristã

Depois de fazermos algumas considerações sobre o surgimento e evolução da enfermagem como cuidar e posteriormente como profissão na humanidade, relembando fatos históricos que nos remetam à antiguidade e nos tragam informações sobre a origem dos cuidados de enfermagem, vamos agora continuar examinando algumas ocorrências que contribuíram para o surgimento desta tão conceituada profissão. Você irá conhecer a evolução das práticas de saúde e a implantação da tecnicidade. Neste capítulo, seu conhecimento sobre a enfermagem como profissão, será muito enriquecida e melhor compreendida.



OBJETIVOS

- Propiciar uma retrospectiva do desenvolvimento das práticas de saúde e, em particular, da Enfermagem, no mundo primitivo, medieval e moderno, focalizando as variáveis sociopolíticas e econômicas a que essas práticas estão historicamente condicionadas.
 - Continuar desenvolvendo seus conhecimentos acerca da importância do entendimento da evolução da História da Enfermagem.
 - Estabelecer relação entre as noções teóricas estudadas e a aplicabilidade prática do tema abordado em questão.
-

2.1 Período Cristão

Antes de avançarmos na evolução da História da enfermagem, quero somente reforçar a importância do Cristianismo, visto que as primeiras informações sobre tratamento de doenças datam do período antes de Cristo, conhecido como período Pré-Cristão, onde as doenças eram tidas como um castigo de Deus ou resultavam do poder do demônio sobre o corpo do suposto doente.

Então o cristianismo surgiu, e foi a maior revolução social de todos os tempos para a época.

Ele na ocasião, passa a influir positivamente através da reforma dos indivíduos e da família.

Os cristãos praticavam uma tal caridade que movia os pagãos: “Vede como eles se amam”.

Desde o início do cristianismo os pobres e os enfermos foram objetos de cuidados especiais por parte da igreja.

Pedro, o apóstolo, começa a ordenar diáconos para socorrerem os necessitados.

As diaconisas iniciam a prestação de igual assistência às mulheres necessitadas.

Os cristãos, até então perseguidos, receberam no ano de 335, do imperador Constantino, a liberação para que a igreja exercesse suas obras assistenciais e atividades religiosas.

Houve então uma profunda modificação na assistência aos doentes – os enfermos eram recolhidos às diaconias, que eram casas basicamente particulares, ou aos hospitais organizados para a assistência a todo tipo de necessitado.

2.2 Desenvolvimento das Práticas de Saúde Durante os Períodos Históricos

O desenvolvimento das práticas de saúde está intimamente associado às estruturas sociais das diferentes nações em épocas diversas.

Cada período histórico é determinado por uma formação social específica, trazendo consigo uma caracterização própria que engloba sua filosofia, sua política, sua economia, suas leis e sua ideologia.

Os períodos transitórios de desenvolvimento das nações, as relações de poder e a articulação da questão saúde, dentro das perspectivas socioeconômica e política, são os fatores que caracterizam a evolução e a trajetória das práticas de saúde, na qual a Enfermagem está inserida.

Seja qual for o ângulo de análise, a retomada do passado vem demonstrar que as práticas de saúde – tão antigas quanto a humanidade, porque inerentes à sua própria condição de sobrevivência – desenvolveram-se entre as primeiras civilizações do Oriente e do Ocidente, destacando-se, tanto nos velhos países do continente europeu, como nas culturas orientais.

Foram influenciadas pelas doutrinas e dogmas das mais diversas correntes religiosas. Do paisagismo ao budismo, passando pelo judaísmo e pelo islamismo, até o cristianismo, todas marcaram sua trajetória de maneira contundente.

Desta forma, faremos uma retrospectiva do desenvolvimento das práticas de saúde e, em particular, da Enfermagem, no mundo primitivo, medieval e moderno, focalizando as variáveis sociopolíticas e econômicas a que essas práticas estão historicamente condicionadas.

2.2.1 As práticas de saúde instintivas

“A solicitude maternal, agindo para proteção do filho, é uma das expressões óbvias do instinto de conservação da raça.” (CAMPOS).

Caracteriza a prática de cuidar nos grupos nômades primitivos, tendo como pano de fundo as concepções evolucionista e teológica.

Os grupos nômades primitivos, constantemente em busca de alimentos e de proteção contra as intempéries, só se estabeleceram em áreas permanentes após aprenderem a cultivar a terra, fazendo-a produtiva para seu próprio consumo.

Na medida em que se instalavam em áreas férteis e paravam de vagar, esses grupos foram se corporificando, passando a constituir as tribos, onde os homens exerciam as funções patriarcais, deixando para as mulheres a habilidade psicomotora da prática de cuidar.

A agricultura passou a ser comercializada, nascendo, assim, a forma mais primitiva de economia que, juntamente com uma organização social, inicia a consolidação de uma civilização.

A mulher é então, a grande precursora do atendimento às necessidades de saúde da raça humana. Isto porque a divisão social do trabalho, na estrutura familiar dos grupos primitivos, contemplou-a como a responsável pelo cuidado com as crianças, velhos e doentes.

A proteção materna instintiva é, sem dúvida, a primeira forma de manifestação do homem, no cuidado ao seu semelhante, pois mesmo nas épocas nômades, quando as crianças eram sacrificadas por atrapalharem as andanças dos grupos em busca de alimentos, muitas foram salvas devido aos cuidados das suas mães.

Neste período as práticas de saúde, propriamente ditas, num primeiro estágio da civilização, consistiam em ações que garantiam ao homem a manutenção da sua sobrevivência, estando na sua origem, associadas ao trabalho feminino.

Com o evoluir dos tempos, constatando que o conhecimento dos meios de cura resultavam em poder, o homem, aliando este conhecimento ao misticismo, fortaleceu tal poder e apoderou-se dele.

Observa-se que a enfermagem está em sua natureza intimamente relacionada ao cuidar das sociedades primitivas.

2.2.2 As práticas de saúde mágico-sacerdotais

“... a estruturação da sociedade em classes leva à constituição de uma casta sacerdotal que se apodera das funções médicas, encaradas como um segredo tradicional e simultaneamente como manifestação do poder curador da divindade.”(PETIT).

Sempre em articulação com as estruturas sociais das diferentes civilizações, as práticas de saúde foram-se difundindo e se diferenciando e é, a partir da Grécia clássica, que vamos encontrar dados relevantes que permitem a compreensão da sua evolução.

Esta prática aborda a relação mística entre as práticas religiosas e as práticas de saúde primitivas desenvolvidas pelos sacerdotes nos templos.

Com a economia já bastante desenvolvida, a vocação marítima, estimulada pela presença do mar, é o mais importante fator econômico, em uma época de total precariedade das comunidades terrestres.

A transmissão de poder obedece ao princípio da hereditariedade, sem contudo haver um poder que a legitime, pois, em razão da poligamia, que era comum, as intrigas e contestações armadas eram freqüentes.

A religião, como um fenômeno cívico, tem interferência na vida política do Estado, e cada cidade possui um deus-protetor. Cada atividade é regida por um ente mitológico, assim, Apolo é venerado, como o que espanta todos os males. Artemis é a protetora de mulheres e crianças. Hygiea é a deusa da saúde e Panacéia, aquela que cura os males. Esculápeo, filho de Apolo, é o deus da arte da cura e da cirurgia, sendo reverenciado nos templos pelas cidades gregas.

Entretanto, essa religião não atendia totalmente aos anseios das massas que conservavam os cultos populares repletos de magia e superstição. A religião corresponde às necessidades individuais de sobrevivência do povo que almeja a felicidade material, a saúde do corpo e a imortalidade da alma.

Os cultos agrários, domésticos e funerários são abertos a todos, mesmo aos escravos, sem distinção política, social ou cultural.

Assim, a prática de saúde associa-se à prática religiosa, numa luta de milagres e encantamentos contra os demônios causadores dos males do corpo e do espírito.

O sacerdote exercia o papel de mediador entre os homens e os deuses, investindo-se dos atributos das divindades e do poder de cura, da vida ou da morte.

Os templos eram edificadas em locais paradisíacos, cuja beleza natural os tornava convenientes para tratamento dos enfermos.

Nos amplos edifícios construídos, segundo o modelo arquitetônico da época, os doentes eram colocados perto dos santuários e deitados sobre a pele de um animal previamente sacrificado. Os doentes eram induzidos ao sono, durante o qual, produzia-se a cura.

Quem procurasse os templos, passava por um tratamento preliminar, com o fim de purificar-se, o que consistia numa série de banhos em fontes de água pura, dietas, exercícios e medicamentos empíricos, preparados a partir de ervas e plantas pelos próprios sacerdotes.

A receita dos templos era apurada pelo pagamento feito pelos enfermos, sob a forma de ouro ou prata e pelos donativos oficiais provenientes dos tesouros das grandes cidades.

Sacerdotes inescrupulosos vestiam-se de Esculápio (1) e apropriavam-se das oferendas dos fiéis, enquanto estes estavam sob o estado de torpor, o que contribuía para o aumento da receita.

A cura era um jogo entre a natureza e a doença, e o sacerdote nesta luta desempenhava o papel de intérprete dos deuses e aliado da natureza contra a doença.

Quando o doente se recuperava, o fato era tido como milagroso. Se morria, era por ser indigno de viver, ou seja, havia total isenção de responsabilidade do sacerdote nos resultados das ações de saúde.

Esta prática permanece por muitos séculos desenvolvida nos templos que, a princípio, foram simultaneamente santuários e escolas, onde os conceitos primitivos de saúde eram ensinados.

Posteriormente, desenvolveram-se escolas específicas para o ensino da arte de curar no sul da Itália e na Sicília, propagando-se pelos grandes centros do comércio, nas ilhas e cidades da costa.

Naquelas escolas pré-hipocráticas, eram variadas as concepções acerca do funcionamento do corpo humano, seus distúrbios e doenças, concepções essas que, por muito tempo, marcaram a fase empírica da evolução dos conhecimentos em saúde.

O ensino era vinculado à orientação da filosofia e das artes e os estudantes viviam em estreita ligação com seus mestres, formando as famílias, as quais serviam de referência para mais tarde se organizarem em castas.

Quanto à enfermagem, as únicas referências concernentes à época em questão estão relacionadas com a prática domiciliar de partos e a atuação pouco clara de mulheres de classe social elevada que dividiam as atividades dos templos com os sacerdotes.

2.2.3 As práticas de saúde no alvorecer da ciência

“Como base de toda ação procurar com o pensamento tranqüilo, as causas da doença sem perder de vista o fim imediato. Usar a razão e a experiência, livre de idéias preconcebidas, superstições e conceitos a priori.”(CASTIGLIONI).

Relaciona a evolução das práticas de saúde ao surgimento da filosofia e progresso da ciência, quando estas então se baseavam nas relações de causa e efeito. Inicia-se no século V a.C., estendendo-se até os primeiros séculos da era cristã.

Quase todos os filósofos enunciavam princípios matemáticos, geométricos e, principalmente, astronômicos, sem contudo poder prová-los pela insuficiência dos meios de observação e de conhecimentos matemáticos.

A prática de saúde, antes mística e sacerdotal, passa agora a ser um produto desta nova fase, baseando-se essencialmente na experiência, no conhecimento da natureza, no raciocínio lógico – que desencadeia uma relação de causa e efeito para as doenças – e na especulação filosófica, baseada na investigação livre e na observação dos fenômenos, limitada, entretanto, pela ausência quase total de conhecimentos anatomofisiológicos. Essa prática individualista volta-se para o homem e suas relações com a natureza e suas leis imutáveis.

Este período é considerado pela medicina grega como período hipocrático, destacando a figura de Hipócrates que como já foi demonstrado no relatório histórico, propôs uma nova concepção de saúde, dissociando a arte de curar dos preceitos místicos e sacerdotais, através da utilização do método indutivo, da inspeção e da observação. Não há caracterização nítida da prática de enfermagem nesta época.

Hipócrates, acompanhando a linha de pensamento predominante da sua época, enfatizou nos diversos manuscritos que deixou a importância do diagnóstico, do prognóstico e da terapêutica, como um processo a ser desenvolvido a partir da observação cuidadosa do doente.

Parece evidente que, em épocas remotas, os sacerdotes executavam todas as ações inerentes ao tratamento e recuperação dos enfermos, exercendo simultaneamente as funções de médico, farmacêutico e enfermeiro.

Existem provas de que outras pessoas além deles, ocupavam-se das questões de saúde. Os rizotomistas (2) são mencionados como antigos farmacêuticos que os auxiliavam no preparo de remédios.

A Grécia evoluiu mais em relação à saúde, onde Roma menosprezou seus ensinamentos a ponto de considerá-los inimigos por praticarem a arte de curar, através do culto de Esculápio.



CONEXÃO

Para obter mais informações acesse o link:

<http://www.abenpe.com.br/>

A tradição romana considerava a prática médica como indigna a seus cidadãos e os estrangeiros que se dedicavam a essa prática, freqüentemente, eram escravos. Porém, a superioridade dos gregos na arte de curar, aos poucos, reconhecida, e os escravos, barbeiros, flebotomistas (3) que tomaram para si este papel foram, aos poucos, aceitos e absorvidos na sociedade, chegando a fazer fortuna e exercer os direitos de cidadão.

A influência romana nas práticas de saúde tem destaque na área de higiene e saneamento, através de grandes obras públicas que empreenderam neste sentido.

“Distinguiram-se os romanos principalmente por suas obras de saneamento. Ruas limpas, casas bem ventiladas, água pura e abundante, banhos públicos, rede de esgoto, combate à malária pela drenagem das águas dos terrenos pantanosos foram preocupações máximas dos governantes.” (PAIXÃO).

Junto com o desenvolvimento das práticas de saúde, as escolas médicas de Alexandria, Sicília e Ásia Menor, que se tornaram grandes centros culturais, desempenharam papel extremamente importante na política e na higiene do estado no Império Romano.

A proibição da dissecação de cadáveres, por um longo período, contribuiu para o atraso da evolução da técnica cirúrgica que, mais tarde, veio a recuperar com a cirurgia militar, desenvolvida pelos guerreiros romanos.

Não há caracterização nítida na prática de enfermagem nessa época.

Cuidar dos doentes era tarefa praticada por feiticeiros, sacerdotes e mulheres naturalmente dotadas de aptidão e que possuíam conhecimentos rudimentares sobre ervas e preparo de remédios.

Já neste período, os hindus exigiam inúmeras qualidades daqueles que pretendiam cuidar de doentes, tais como: asseio, habilidade, inteligência, pureza, dedicação, entre outras.

2.2.4 As práticas de saúde monástico-medievais

“A consciência vive, na medida em que se pode ser alterada, amputada, afastada de seu curso, paralisada; as sociedades vivem, na medida em que existem algumas, doentes, que se estiolam, e outras, sadias, em plena expansão; a raça é um ser vivo que degenera; como também as civilizações, de que tantas vezes se pôde constatar a morte.” (FOUCAULT).

Focaliza a influência dos fatores sócio-econômicos e políticos do medievo e da sociedade feudal nas práticas de saúde e a relação destas com o cristianismo.

Esta época corresponde com o aparecimento da enfermagem como prática leiga, desenvolvida por religiosos e abrange o período medieval compreendido entre os séculos V e XIII.

Nos primeiros séculos do período cristão, as práticas de saúde sofrem a influência dos fatores socioeconômicos e políticos do medievo e da sociedade feudal. Ocorrem períodos de notáveis progressos, mas também de retrocesso.

Marcado pelas guerras bárbaras que deram início à devastação da Europa ocidental e à queda do Império Romano, esse período é retratado como palco de grandes lutas políticas e de corrupção de hábitos.

O patronato dos poderosos ameaça os colonos que, sobrecarregados com pesados impostos, mal conseguem subsistir, ficando cada vez mais sob a dependência dos senhores feudais e do Estado (*), vendo subjugada sua força de trabalho ao feudalismo emergente.

Antes dos primeiros séculos da Era Cristã, as comunidades romanas possuíam Constituições e eram social, econômica e politicamente organizadas de maneira complexa e avançada. Sobre este aspecto, é interessante e de grande valia para seu estudo que você consulte o clássico *História de Roma*, autor russo M. Rostavtzeff.

As grandes epidemias de sífilis, lepra, flagelos que paralisaram a vida política e social, seguiam-se terremotos e inundações, reforçando as superstições e as credences que voltaram a prosperar, apoiadas na ignorância coletiva.

A organização eclesiástica adquire traços precisos e se posiciona nas cidades e capitais das províncias, exercendo influência sobre os cidadãos e aumentando seu poderio e sua posse fundiária.

Aliada à alta camada da nobreza, a igreja detém o monopólio moral, intelectual e financeiro e, enquanto precursora da lei, da caridade e da bondade, difunde o dogmatismo (4) cristão, através do argumento de autoridade e da hegemonia (5) eclesiástica.

Restritos ao clero, os conhecimentos de saúde, agora minados pelo ceticismo e desvinculados do interesse científico, precipitam-se para uma prática dogmática, desenvolvida, quase que exclusivamente, sob a sombra dos claustros que, durante muitos séculos, foram os depositários do saber em todas as suas formas e manifestações.

O misticismo volta a predominar e o culto a Cristo, médico da alma e do corpo, funde-se com o culto a Esculápio que ainda permaneceu até o quarto século da Era Cristã.

“A estátua do deus grego era algumas vezes carregada para o templo cristão e adorada como a imagem de Cristo. É deste modo que, da união de várias correntes, numa atmosfera da civilização que se dissolvia, o conceito de saúde se torna novamente teúrgico.” (CASTIGLIONI).

Neste período de fervor religioso, muitos leigos, movidos pela fé cristã, voltaram suas vidas para a prática da caridade, assistindo os pobres e os enfermos por determinação própria. Criam-se, assim, inúmeras congregações e ordens seculares, formando um grande contingente em favor da associação da assistência religiosa com a assistência à saúde.

Apesar das perseguições pagãs que sofria, a religião cristã continuava crescendo, contando com o apoio estatal e a proteção das autoridades políticas.

Nesta época, o controvertido imperador Constantino é citado como principal defensor do cristianismo, sendo a ele creditado o Édito de Milão que deflagrou a destruição dos templos Asclépios, cessou a veneração a Esculápio e passou a assistência dos enfermos para os domínios da igreja, onde ordenaram que a construção dos hospitais fosse feita na vizinhança dos mosteiros e igrejas, sob direção religiosa, o que resultou na rápida disseminação dessas instituições.

É assim que as ordens e congregações passam a assumir a liderança na construção de hospitais e na assistência hospitalar, ligando definitivamente a prática de saúde aos mosteiros.

Os primeiros hospitais foram inicialmente destinados aos monges e, só mais tarde, surgiram outros, para assistir os estrangeiros, pobres e enfermos devido à necessidade de defesa pública sanitária, causada pelas grandes epidemias, à demanda dos povos peregrinos e das guerras.

Dentre os primeiros instituídos, a partir da nova era, sobressaem o nosocômio (6) fundado por São Basílio (369 a 372), em Cesaréia, na Capadócia, e um grande hospital construído por Fabíola (380 a 400) em Roma. Os Hotel de Dieu, construídos na França (542 a 651), são citados como precursores do progresso na assistência hospitalar da época.

Os asilos para crianças aparecem como primeiros vestígios, encontrados na história, da atenção especial que as crianças desamparadas, órfãs e enfermas receberam desses povos. Entretanto, não se evidencia ainda qualquer diferenciação nos cuidados prestados a adultos e crianças.

Não é difícil de avaliar a situação desses hospitais, diante das débeis condições e hábitos de higiene das cidades medievais, da mistura de populações, devido às guerras freqüentes e das grandes epidemias que se alastravam.

É importante ressaltar que, na Índia, no período pré-cristão, já existiam hospitais e que eles primavam pela organização e pelo cuidado dispensado aos doentes, proporcionando-lhes conforto e recreação, assim como recursos financeiros, para se manterem nos primeiros dias após a alta.

Apesar da total falta de condições higiênicas e de manutenção da maioria dos hospitais medievais, eles subsistiam por meio de doações, oferendas e terras; também recebiam apoio dos poderes públicos, através da isenção de impostos, o que contribuiu para o enriquecimento da Igreja.

Todos eles tinham como paradigma o caráter religioso em busca da salvação da alma, tanto dos enfermos quanto das pessoas caridosas que nelas trabalhavam.

Suas funções consistiam em assistir os pobres e moribundos e em segregar os indivíduos infectados pelas doenças epidêmicas que literalmente dizimaram populações inteiras nesse período.

Assim, vemos retratada a função do hospital medieval:

“Função de transição entre a vida e a morte, de salvação espiritual mais do que material, aliada à função de separação dos indivíduos perigosos para a saúde geral da população.” (FOUCAULT).

O hospital dessa época não é caracterizado ainda como uma instituição médica, não havendo, portanto, uma prática médica hospitalar concreta, o que só vem ocorrer a partir do século XVIII.

Quanto à prática da Enfermagem, é a partir do aparecimento das ordens religiosas e em razão da forte motivação cristã que movia as mulheres para a caridade, a proteção e a assistência aos enfermos, que ela começa a aparecer como uma prática leiga e desvinculada de conhecimentos científicos.

A moral e a conduta eram mantidas sob regras rígidas nos grupos de jovens que se submetiam aos treinamentos de Enfermagem nos conventos.

A esse tipo de vida, estavam principalmente as mulheres virgens e as viúvas e, como fundadoras de mosteiros femininos, as damas de grande influência na sociedade, vindas do poder e da nobreza. O ensino era essencialmente prático não sistematizado, sendo desenvolvido em orfanatos, residências e hospitais.

Por muitos séculos, a Enfermagem foi praticada dessa maneira pelas mãos de religiosas e abnegadas mulheres que dedicavam suas vidas à assistência aos pobres e aos doentes.

As atividades eram centradas no fazer manual e os conhecimentos transmitidos por informações acerca das práticas vivenciadas.

Predominavam as ações de saúde caseiras e populares com forte conotação mística, sob a indução dos sentimentos de amor ao próximo e de caridade cristã.

Foi um período que deixou como legado uma série de valores que, com o passar dos tempos, foram aos poucos legitimados e aceitos pela sociedade como características inerentes à enfermagem. A abnegação, o espírito de servir, a obediência e outros atributos que dão à enfermagem, não uma conotação de prática profissional, mas de sacerdócio.

2.2.5 As práticas de saúde pós-monásticas

"A transição intelectual e religiosa do mundo medieval para o mundo moderno marca o perfil de uma nova era fundamentada na arte e na ciência." (BURNS).

Evidencia a evolução das práticas de saúde e, em especial, da prática de enfermagem no contexto dos movimentos Renascentistas e da Reforma Protestante. Corresponde ao período que vai do final do século XIII ao início do século XVI. A retomada da ciência, o progresso social e intelectual da Renascença e a evolução das universidades não constituíram fator de crescimento para a enfermagem.

Após atingir o auge do desenvolvimento, o regime feudal iniciou sua decadência, em razão das mudanças revolucionárias da economia, ocasionadas pelo progresso contínuo das grandes cidades e pelo retorno do comércio com o Oriente.

Os preços dos produtos agrícolas subiram em decorrência da demanda crescente e, conseqüentemente, alguns camponeses puderam comprar sua liberdade. A oferta de empregos aumentou nas grandes cidades devido à expansão do comércio e da indústria, criando novas oportunidades para os servos que fugiam das propriedades feudais.

A servidão, principal sustentáculo do regime feudal, ia se dissolvendo, na medida em que aumentava o número de camponeses livres.

Apesar de escassez de mão-de-obra e da queda da produção e do consumo como resultados da Guerra dos Cem Anos e da Peste Negra que assolaram a Europa, nesse período ocorreram importantes progressos econômicos, políticos e, sobretudo, intelectuais.

O Atlântico passa a ser, em detrimento do Mediterrâneo, o eixo econômico do mundo moderno, o cenário da grande competição comercial entre as potências européias, uma vez que já se pode perceber a importância fundamental que as terras americanas terão no desenvolvimento mercantilista que se iniciará no século XVI.

As novas condições decorrentes do invento da imprensa, das grandes viagens de descobrimentos e o afrouxamento progressivo dos laços que uniam a ciência à filosofia e à teologia, determinam o nascimento de um novo espírito, presente ao despertar da ciência moderna.

A ciência tradicional dá lugar à expansão progressiva da nova ciência ocidental e aos clérigos de uma igreja em queda e que, posteriormente, irá tornar-se alvo de intensas guerras religiosas.

Surge então a Renascença, na Itália. Esses acontecimentos, decorrentes da morte do feudalismo, propiciaram a liberdade de ação aos indivíduos e enfraqueceram o autoritarismo.

"Renascimento é um termo vago que tem servido para revestir muitos fatos: o reflorescimento da erudição, a renovação da arte, a revolta contra os Escolásticos, a expansão do pensamento dos homens e a expansão do mundo além dos mares." (SICHEL).

Com o humanismo da Renascença, as práticas de saúde avançam para a objetividade da observação e da experimentação, voltando-se mais para o cliente que para os ensinamentos literários. Dessa forma, priorizou-se o estudo do organismo humano, seu comportamento e suas doenças. Acompanhando as recentes descobertas anatômicas, a cirurgia também faz notáveis progressos.

As universidades multiplicam-se impulsionadas pelo crescimento das cidades e pela riqueza e poder que elas acumulam. Nesse período, são fundadas 80, só na Europa.

Algumas universidades eram sustentadas pelas comunas – cidades da Idade Média que viviam sob autonomia concedida pelos senhores feudais – gozavam de autonomia e os estudantes elegiam seus reitores.

Existiam corporações de estudantes e de professores e o ensino não era subdividido em áreas de conhecimento, o que só começou a ocorrer em época posterior com o grupamento das diferentes faculdades. Eram organizadas, segundo os padrões das universidades de Bolonha e de Paris.

A Igreja permanecia ligada à vida científica e universitária, tanto que a maioria dos professores era eclesiástica, e a formação teológica dominava a Universidade, tendo o Papa direito de intervir e poder de fiscalizar o ensino. Somente com a entrada de judeus e outros não católicos na universidade é que esse quadro começou a se reverter vagarosamente.

A Universidade, apesar de manter uma proposta de vanguarda, mostra uma postura conservadora e nasce para atender prioritariamente aos privilégios das castas sociais que, sem as obrigações de fazer, estavam disponíveis para o exercício do pensar. Nessa perspectiva ortodoxa (7) da universidade, podia-se obter a confirmação do status intelectual tão valorizado pela classe dominante para sua ascensão ao poder.

As práticas de saúde, antes monásticas e enclausuradas, vão, cada vez mais, passando das mãos dos clérigos para as mãos dos leigos e, com a fundação das primeiras universidades, tornam-se, quase que totalmente, uma atividade leiga.

A prática médica, por muito tempo ligada aos claustros, conserva na Universidade a lembrança destas origens e herda do clero, os privilégios didáticos que favorecem a criação das cátedras de Medicina, o que contribuiu para reforçar a sua hegemonia.

A exigência de formação universitária para o exercício da Medicina e o amparo de leis e estatutos vigorosos consolida o *status* social da categoria. Entretanto, a divisão hierárquica persiste, delineando-se três tipos de assistência: a assistência aos nobres e ricos, oferecida pelos médicos graduados que recebiam altos honorários e honrarias; a assistência aos burgueses e artesãos que ficava a cargo de médicos e cirurgiões com formação técnica razoável; e a assistência aos pobres que precedia da benevolência pública e era praticada por curandeiros e barbeiros.

Ao sair do monastério para a universidade, a prática médica encontrou um refúgio seguro que possibilitou sua evolução. O mesmo não se deu com a Enfermagem que viria sofrer diretamente todas as consequências dos movimentos religiosos que se anunciavam.

Assim, a retomada da ciência, o progresso social e intelectual da Renascença e a evolução das universidades não constituíram fator de crescimento para a Enfermagem. Enclausurada nos hospitais religiosos, permaneceu empírica e desarticulada durante muito tempo, vindo desagregar-se ainda mais a partir dos movimentos de Reforma Religiosa e das conturbações da Santa Inquisição.

A Reforma Protestante teve grande repercussão sobre a Enfermagem, uma vez que esta estava agregada à prática religiosa. Entretanto, esse movimento não foi exclusivamente religioso, pois, muito embora representasse uma alternativa derradeira para o restabelecimento da disciplina clerical que entrara em decadência, também constituiu uma tentativa de ruptura com a estrutura política do regime feudal.

Tanto a Renascença como a Reforma foram acompanhadas de transformações econômicas fundamentais que assinalavam a transição da economia estática e contrária ao lucro dos fins da Idade Média para o dinâmico regime capitalista que viria germinar.

É inegável que a Reforma estivesse ligada a interesses políticos que envolviam a nobreza e o clero e, nesta disputa de poder, ambos tinham causas econômicas e nacionalistas em jogo. No entanto, as causas religiosas foram mais evidentes, e o movimento personificou-se principalmente como uma rebelião contra os abusos da Igreja Católica. De fato, esses abusos existiram e foram os responsáveis pela perda progressiva do prestígio da Igreja. O declínio partiu de discórdias de dentro da própria organização eclesiástica, corrompida e desordenada, que se excedia na falta de moralidade.

Embora fosse inevitável o conflito entre o clero e as autoridades políticas, em razão da similaridade de seus interesses, e a Igreja almejasse libertar-se do controle secular, essas lutas pelo poder sempre resultavam em ajustes que favoreciam ambas as partes e reforçavam a corrupção e a especulação pecuniária entre a nobreza que detinha a autoridade política e o clero que, por sua vez, detinha o controle das massas, pela difusão religiosa e que sobrepunha à sua missão os interesses terrenos.

Dentre os efeitos perniciosos da Reforma, o mais marcante foi a Inquisição, desencadeada pelo fanatismo que obcecava os espíritos dos reformadores.

A crença em Satanás e a superstição de feitiçaria resultaram numa série de perseguições que culminavam na queima de feitiçeiras e bruxas.

Calcula-se que muitas mulheres curandeiras tenham sido vítimas desse movimento, bem como filósofos e cientistas que propagavam os axiomas (8) de suas descobertas na época.

Como resultado, inúmeros hospitais cristãos foram fechados e as religiosas que cuidavam dos doentes foram expulsas, sendo substituídas por mulheres de baixo nível moral e social que se embriagavam, deixando os enfermos entregues à sua própria sorte.

“Esse tipo de enfermeira é bem descrito por Charles Dickens em seu livro *Martin Chuzzlewit*. SareyGamp, o nome que dá à sua personagem, ainda hoje serve para designar a pseudo-enfermeira ignorante e sem ideal.” (PAIXÃO).

Seria interessante e de grande importância para seu estudo que você lesse este livro citado: *Martin Chuzzlewit*, autor Charles Dickens.

O hospital, já negligenciado, passa a ser um insalubre depósito de doentes, onde homens, mulheres e crianças coabitam as mesmas dependências, amontoados em leitos coletivos.

Nesse ambiente de miséria e degradação humana, as pseudo-enfermeiras desenvolviam tarefas essencialmente domésticas, recebendo um salário e uma precária alimentação por um período de 12 a 48 horas de trabalho ininterruptos. Sob exploração deliberada, o serviço de Enfermagem é confundido com o serviço doméstico e, pela queda dos padrões morais que o sustentava, tornou-se indigno e sem atrativos.

Enclausurada nos hospitais religiosos, permaneceu empírica e desarticulada durante muito tempo, vindo desagregar-se ainda mais a partir dos movimentos de Reforma Religiosa e das conturbações da Santa Aquisição.

O hospital, já negligenciado, passa a ser um insalubre depósito de doentes, onde homens, mulheres e crianças coabitam as mesmas dependências, amontoados em leitos coletivos. Sob exploração deliberada, o serviço doméstico – pela queda dos padrões morais que o sustentavam – tornou-se indigno e sem

atrativos para as mulheres de casta social elevada. Esta fase tempestuosa, que significou uma grave crise para a enfermagem, permanece por muito tempo e apenas no limiar da revolução capitalista é que alguns movimentos reformadores, que partiram principalmente de iniciativas religiosas e sociais, tentam melhorar as condições do pessoal a serviço dos hospitais.

2.2.6 As práticas de saúde no mundo moderno

"A supermedicalização é apenas em exemplo particularmente penoso das frustrações criadas pela superprodução. Para penetrar no verdadeiro sentido da iatrogênese (11) social, é preciso percebê-la no seu contexto socioeconômico geral." (ILLICH).

Analisa as práticas de saúde e, em especial, a de enfermagem, sob a ótica do sistema político-econômico da sociedade capitalista. Ressalta o surgimento da enfermagem como prática profissional institucionalizada. Esta análise inicia-se com a Revolução Industrial no século XVI e culmina com o surgimento da enfermagem moderna na Inglaterra, no século XIX.

A população camponesa, que fora expulsa de suas terras, em razão dos interesses expansionistas feudais, vem formar uma grande massa popular, que é absorvida em parte pelas indústrias das grandes cidades.

Aglomerado nas fábricas e sob um forte esquema de supervisão, esse proletariado, cada vez mais distante das suas condições habituais de vida, dificilmente iria adaptar-se ao sistema disciplinar imposto pela nova ordem.

Por força das circunstâncias, muitos se transformaram em vagabundos e mendigos, sendo enforcados em massa, em obediência às leis que surgiram contra a vadiagem.

A utilização da máquina, permitiu a divisão do trabalho em diferentes operações na produção, que antes era artesanal, levando o operário a desenvolver habilidades parciais e automáticas que requerem menos inteligência. Desse modo degenera-se sua capacidade intelectual e sua imaginação, chegando mesmo a tornar-se incapaz de conduzir sua habilidade para outro objetivo que não seja a tarefa para a qual foi adestrado.

Sem o domínio completo do ofício, ele fica, cada vez mais, submetido ao poder e ao controle do capitalista que detém o saber total do sistema de produção.

Enquanto a revolução intelectual da filosofia e da ciência contribuía para a dissolução dos velhos preconceitos e para a construção de uma sociedade mais liberal e mais humana, a industrialização manufatureira explorava mulheres e crianças que, sob condições insalubres e subumanas, trabalhavam árdua e sistematicamente, em favor da riqueza e do poder político da burguesia que passou a ser a classe econômica dominante.

É inegável que a revolução científico-tecnológica da Idade Moderna foi precursora de um progresso social mais amplo e significativo para aquela geração.

Houve melhoria no padrão de vida das populações e as pessoas passaram a adotar melhores hábitos de higiene, o que contribuiu para o controle de várias doenças e para o aumento da média de vida.

Existe interesse em manter a saúde, não como uma necessidade básica do indivíduo, mas como um modo da manutenção da produtividade.

O Estado passa então a assumir o controle da assistência à saúde como forma de garantir a reprodução do capital, restabelecendo a capacidade de trabalho do operariado. Cria uma legislação de proteção ao trabalho, com o fim de manter a população sadia e produtiva. Ao atender este objetivo, as práticas de saúde passam a absorver a ideologia dominante e a colaborar para a manutenção da hegemonia e da relação de dominação/subordinação entre as classes.

"é a sociedade que multiplica as causas de inadaptação física, mental e social e que em seguida torna necessário o gasto de somas fantásticas para tratar, reinserir ou conservar vivos os inadaptados." (ILLICH).

2.3 O Papel da Assistência: Diáconos, Judeus ,Pagãos, Aldeãs, Etc

O cuidado dos enfermos foi uma das muitas formas de caridade adotadas pela igreja e que se conjuga à história da enfermagem, principalmente após o advento do cristianismo. Os ensinamentos de amor e fraternidade transformaram não somente a sociedade, mas também o desenvolvimento da enfermagem, marcando, ideologicamente, a prática de cuidar do outro e modelando comportamentos que atendessem a esses ensinamentos.

A enfermagem profissional sofreria influência direta destes ensinamentos, traduzida pelo conceito de altruísmo (10), introduzido pelos primeiros cristãos. Este termo não era uma idéia nova, porém pode-se dizer que era uma idéia velha com novas motivações.

A caridade era o amor a Deus em ação, propiciando para aqueles que a praticavam o fortalecimento de caráter, a purificação da alma e um lugar garantido no céu. O cuidado dos enfermos, embora não fosse a única forma de caridade prestada, elevou-se a um plano superior, isto é, o que era um trabalho praticado apenas por escravos, se converteu em uma vocação sagrada e passou a ser integrado por homens e mulheres cristãos(ãs), sendo estes os diáconos e as diaconisas. Embora haja controvérsias sobre a elevação ou não da posição das mulheres pelo cristianismo, a opinião comum é de que o cristianismo propiciou às mulheres oportunidades para exercer um trabalho social honrado e ativo, particularmente para as mulheres solteiras e/ou viúvas, no cuidado aos pobres e aos doentes.

Com o advento do cristianismo, também começaram a ser criadas as ordens cristãs. Na primeira era cristã (até 500 d.C.) uma das primeiras ordens de mulheres trabalhadoras foram as diaconisas e as viúvas. Mais tarde, incorporaram-se as virgens, as presbiterianas, as canônicas, as monjas e as irmãs de caridade.

Uma das organizações que surgiu no século XVII e que mantém seu trabalho até os dias de hoje é a Companhia das Irmãs de Caridade, fundada no ano de 1633, na França, por padre Vicente de Paulo (1576-1660) e Luisa de Marillac (1591-1660). Esta companhia foi criada em um momento em que a miséria e as doenças causadas pelas contínuas guerras estavam aniquilando a França, e as agitações políticas eram uma constante. Padre Vicente de Paulo era um sacerdote católico da Ordem de São Francisco de Assis, francês, calado e modesto, que desde sua introdução na igreja preocupava-se com a situação de abandono dos pobres franceses. Luisa de Marillac era proveniente de família abastada e, após enviuvar, resolveu dedicar sua vida aos pobres e aos doentes.

O trabalho da Companhia era o de alimentar os pobres, cuidar dos doentes nos hospitais, ir aos domicílios daqueles que necessitassem e realizar o trabalho paroquial. Foi uma das primeiras associações a realizar cuidados de enfermagem no domicílio, inaugurando um serviço importante de assistência social. Também reorganizaram os hospitais, implantando a higiene no ambiente, individualizando os leitos dos enfermos e dirigindo todo o cuidado desenvolvido no hospital.

A primeira superiora foi Luisa de Marillac, que devia receber as jovens aldeãs que quisessem consagrar-se a deus para tratarem dos doentes, formá-las na piedade, ensinar-lhes a curar feridas e fazer o serviço dos pobres, com a liberdade de mudá-las de paróquia e de ofício e de despedir as que não tivessem as qualidades necessárias para estas funções. A intenção inicial era a manutenção do trabalho executado até então pela Confraria de Caridade, isto é, ajudar aos pobres e doentes nas paróquias e domicílios, e não nos hospitais.

A Confraria de Caridade havia sido fundada em 1617 por Vicente de Paulo e era composta por senhoras da alta sociedade parisiense que desejavam servir aos pobres e doentes da cidade.

A Companhia das Irmãs de Caridade foi fundada para suprir as necessidades de mulheres que apenas servissem os pobres, sem outro compromisso como o casamento, família, dentre outros.

Era necessário que houvesse mulheres que se responsabilizassem unicamente pelo “pão dos pobres enfermos, alimentação e os remédios, segundo a exigência de suas enfermidades”, de forma pacífica e passiva, sem outros compromissos que as impedissem de cuidar dos pobres. Chamaram moças camponesas de Paris e arredores, mostrando desejo de servir os pobres de cada confraria da capital, sob a vigilância inicial das prioras e depois sob a direção de uma superiora comum, para instruí-las nos exercícios da piedade e no modo de tratar dos pobres.

A razão pela qual padre Vicente de Paulo e Luisa de Marillac chamaram estas aldeãs está claramente expressa no discurso de que, ambos durante suas andanças, haviam encontrado “donzelas sem inclinação para o casamento nem recursos para abraçar a vida religiosa, mas dispostas a se dedicarem às obras de caridade”.

As atividades tinham como objetivo o de auxiliar as Senhoras das Confrarias no cuidado aos pobres e doentes, principalmente naqueles trabalhos que lhes era mais custoso fazer, isto é, cuidado àqueles dos hospitais e domicílios.

O treinamento devia ser de poucas palavras, nenhuma explicação, e o máximo de silêncio, interrompido por exercícios de catequese e cuidados domésticos e caridade. Um simples olhar, gestos, palmas deviam “significar em sua brevidade a técnica de comando e a moral da obediência”.

O exercício da disciplina supõe um dispositivo que obrigue pelo “jogo do olhar”, uma forma onde as técnicas que permitem ver induzam a efeitos de poder. É ao mesmo tempo silencioso e discreto, mas absolutamente indiscreto

porque está presente o tempo todo, em cada canto e lugar. Uma irmã supervisiona e controla a ação de outra e é controlada por esta, e todas são “olhadas” e “vigiadas” pela superiora.

Durante os primeiros dez anos, a prática, tornava-se tradição e o ritual do cuidado era passado de uma para a outra, conforme iam aprendendo a arte de ser “enfermeira”.

Tinham como primeiro princípio, o de que Deus lhes entregou “nas pessoas dos pobres velhos, crianças, doentes, prisioneiros e outras mulheres, todos os serviços, sejam corporais, sejam espirituais, e ainda que não sejam religiosas, devem portar-se como tal, guardando uma vida perfeita de recolhimento, castidade e abstenção de toda a leviandade terrena”. Além disso, deviam se guardar ao máximo de qualquer contato com o sexo masculino, mesmo quando se encontravam doentes, ou quando iam cuidar de homens doentes.

O espírito de doação, a abnegação, a castidade despontam como prioridades nas exigências àquelas que iriam cuidar do corpo do outro, naquelas que seriam “enfermeiras”. Com relação aos doentes que cuidam, devem “levá-los a confessar seus pecados” antes de morrer e caso recuperem a saúde, são induzidos a consagrar-se a Deus que lhes recuperou a saúde.

O plano de conduta das Irmãs de caridade prescrevia sempre o serviço espiritual, aliado aos cuidados corporais de enfermagem, devendo ambos serem realizados com aprender as três virtudes formadoras da alma das irmãs: a humildade, a simplicidade e a caridade.

Luisa de Marillac e padre Vicente de Paulo levaram a confraria da alta nobreza de Paris aos leitos dos doentes do Hôtel – Dieu. Este grande hospital estava sob a dependência dos cônegos da Catedral e o serviço interno era dirigido pelas irmãs agostinianas.

Embora houvesse perto de 150 religiosas, das quais 50 eram noviças, esta imensa casa de dores era um lugar horrível e infecto, sem leitos brancos e limpos, sem uma disciplina minuciosa, com alimentação insuficiente, e a assistência religiosa quase nula. Entretanto, o número de doentes era enorme, sempre acima de 1200, chegando a 2000. As camas eram quase encostadas umas as outras e comuns a vários doentes, chegando a conter cada uma seis doentes, três deitados em um sentido e três no outro.

A confraria da caridade contava com mais de 200 senhoras, inclusive a rainha da França, Maria de Médicis.

Padre Vicente de Paulo foi nomeado diretor de todo serviço espiritual do hospital e a mesma diretora foi formada e coordenada pelas senhoras da Confraria da Caridade.

As senhoras, iam ao Hôtel – Dieu e depois de uma visita ao Santíssimo sacramento, punham um avental branco, e por grupos de quatro, dividiam entre si as diversas salas, onde elas passavam de uma cama à outra para oferecerem aos enfermos alimentos. As irmãs de caridade seguiam as senhoras levando as bandejas e os pratos, ajudando as senhoras nas distribuições.

As atitudes das irmãs de caridade eram de submissão e sujeição àquelas que assumiam a responsabilidade pelo cuidado.

De uma forma simplista, ia se estabelecendo uma divisão social de classe e de trabalho, como se evidencia a seguir, quando algumas senhoras da confraria se ressentem da presença das irmãs, “pessoas de modo simples” e passam a propagar a idéia de que aquele serviço só deveria ser realizado por pessoas “formadas de bom-tom, e que só parisienses estavam à altura daquele serviço”. Porém, aos poucos percebem que “as jovens da cidade têm mais urbanidade, mas as dos campos eram mais sinceras e delicadas, e que o melhor era não fazer distinção”. Assim, o trabalho considerado braçal, mas que se constituía no cuidado de enfermagem, era realizado pelas irmãs de caridade e supervisionado pelas senhoras da confraria. Desta forma, os rituais do cuidado iam se construindo como um corpo de conhecimentos, sendo executados por pessoas específicas e ordenadas por outras.

A mola mestra no cuidado aos doentes no hospital era a salvação das almas, tanto dos pobres no momento da morte, quanto daqueles que cuidavam dos mesmos. O espírito de servir e o compromisso com a caridade era suficiente para a identificação daquelas que seriam “enfermeiras”, e reconhecidas como tal pelas suas atitudes.

O regulamento a ser seguido pelas irmãs de Caridade enfermeiras foi elaborado quando as irmãs passaram a atuar em outros hospitais da França, sendo o primeiro deles o Hospital São João, da cidade de Angers, que serviu de modelo aos demais.

Os rituais de cuidado iam se construindo numa base voltada para a prática do cuidar vivenciada pelas irmãs no cotidiano dos hospitais e dos domicílios, orientadas inicialmente por Luisa de Marillac e Vicente de Paulo, através de cartas, regulamento e transmissão verbal umas às outras, dando origem ao que seria, posteriormente, denominado de técnicas de enfermagem, organizadas numa base científica de cuidar, preconizada por Florence Nightingale.

2.4 A Decadência da Enfermagem

O período Cristão, como fala Geovanini: Foi um período que deixou como legado uma série de valores que, com o passar dos tempos, foram, aos poucos legitimados e aceitos pela sociedade como característica inerentes à Enfermagem. A abnegação, o espírito de serviço, a obediência e outros atributos desse tipo vieram consolidar-se como herança dessa época remota, dando à Enfermagem, não uma condição de prática profissional, mas de sacerdócio. (2010; p.15).

Mas essa situação começa a mudar com a Reforma Protestante, entra o período de decadência da Enfermagem.

"Com a Reforma, os hospitais necessitavam de pessoal para prestar os cuidados aos doentes, principalmente naqueles de onde monges e religiosos católicos tinham sido expulsos. Foi um longo período (1550-1850) na história, conhecido na enfermagem como o período negro". (WALDOW).

O período de decadência começa com a expulsão dos religiosos católicos da Inglaterra que desencadeou uma crise prolongada nos hospitais e abrigos de pobres, doentes e órfãos.

Podemos ver isto na fala de Taka Oguisso: A saída dos religiosos ocorreu sem ter quem os substituísse. A solução encontrada foi o recrutamento de mulheres nas ruas e em prisões para cuidar de doentes. Sob essas condições de recrutamento, o contingente foi formado em sua maioria por mulheres analfabetas e pouco escrupulosas. (2007; p 21).

Com a Renascença (XIV e XV) houve uma explosão no conhecimento e pensamento crítico. Ela acaba com o feudalismo e proporciona liberdade aos indivíduos e enfraquece o autoritarismo.

Com o humanismo da Renascença, as práticas de saúde avançam para a objetividade da observação e da experimentação, voltando-se mais para o cliente que para os ensinamentos literários. Dessa forma, priorizou-se o estudo do organismo humano, seu comportamento e suas doenças. Acompanhando as recentes descobertas anatômicas, a cirurgia também faz notáveis progressos.

Com isso a medicina conseguiu evoluir e ganhar notoriedade. Na enfermagem não aconteceu o mesmo.

A revolução intelectual vinda da Renascença não constituiu fator de crescimento para a Enfermagem. Ela permaneceu empírica e desarticulada durante muito tempo, vindo a desagregar-se ainda mais com a Reforma Religiosa.

A Reforma fez com que muitos hospitais fossem fechados e religiosas fossem expulsas. O que levou as mulheres de baixo nível moral e social a cuidar de doentes. O hospital passa a ser depósito de doentes. A Enfermagem é confundida com serviços domésticos. Devido às mulheres serem imorais a Enfermagem torna-se indigna e sem atrativos para a classe elevada.

Com os avanços tecnológicos vindos da Revolução Industrial, a saúde se tornou não mais uma fonte de cuidado, mas de lucro. Com isso vários hospitais foram criados para tratar de doença e não do doente a fim de obter lucro. O capitalismo toma conta de todos os setores da sociedade. Quem possuía condições de pagar a um médico era atendido em suas residências.

Logo quando ocorre a institucionalização da Enfermagem, o enfermeiro fica responsável pela prática burocrática e se distancia do doente.

Os ricos são tratados em casa, enquanto os pobres servirão como experiências nos hospitais. É neste cenário que Florence começa a atuar.



REFLEXÃO

Do que vimos até aqui sobre a história da Enfermagem, fica a constatação de que o campo de abrangência envolvendo o cuidar é enorme.

Há diversos momentos de engrandecimento nesta atividade, visto que se inicia a verificação da necessidade na qualidade deste cuidar, entretanto, muitos momentos de crise percorrem esta profissão.

Assim, diante de todos os fatos citados sobre a evolução do surgimento da Enfermagem, faz-se necessária uma abordagem mais profunda da importância que esta profissão tem na sociedade, independente da época ou local, mesmo que em alguns momentos ela tenha sido desvalorizada completamente, o cuidar nunca deixou de existir.

Voltando para uma dimensão bem prática, fica ao final deste capítulo uma questão para você considerar e refletir sobre todos estes acontecimentos: houve realmente uma evolução na assistência do cuidar enquanto enfermagem?



LEITURA

O título que sugiro para lerem é “Saber Cuidar” (BOFF, Leonardo) que é um livro da editora Ética Humana – compaixão pela terra, 15 ed. 2004, onde se retrata o cuidado em todos os sentidos, desde o mais simplório até o mais complexo, pois como já citamos no capítulo anterior, ninguém sobreviveria se em algum momento da vida não fosse cuidado.

GLOSSÁRIO

1. ESCULÁPIO

É o deus da Medicina e da cura da mitologia Greco-romana. Teria nascido de cesariana após a morte de sua mãe, e levado para ser criado por Quíron, que o educou na caça e nas artes da cura. Aprendeu o poder curativo das ervas e a cirurgia, e adquiriu tão grande habilidade que podia trazer os mortos de volta à vida, pelo que Zeus o puniu, matando-o com um raio. O seu culto disseminou-se por uma vasta região da Europa, pelo norte da África e pelo Oriente Próximo, sendo homenageado com inúmeros templos e santuários, que atuavam como hospitais. A sua imagem permaneceu viva e é um símbolo presente até hoje na cultura ocidental.

2. RIZOTOMISTA

É uma intervenção cirúrgica que consiste na secção de uma raiz nervosa.

3. FLEBOTOMIA

É uma incisão praticada na veia, com objetivos diversos. A mais freqüente utilização de flebotomia é destinada à inserção de um cateter em uma veia periférica. Os indígenas brasileiros praticavam a flebotomia furando a veia escolhida com pequena flecha afiada e impulsionada por diminuto arco.

GLOSSÁRIO

4. DOGMATISMO

É a tendência de um indivíduo, de afirmar ou crer em algo como verdadeiro e indiscutível, é um termo muito utilizado pela religião e pela filosofia. O dogmatismo ocorre quando uma pessoa considera uma verdade absoluta e indiscutível, o que é muito debatido nas religiões. Dogmatismo é quando são ditas verdades que não foram revisadas ou criticadas, que a sociedade simplesmente tornou-a verdade absoluta. Na religião, o dogmatismo acontece com a revelação de Deus, através de diversos dogmas. A Igreja Católica tornou os dogmas como definitivos e imutáveis, onde ninguém questiona a veracidade da existência de Deus.

5. HEGEMONIA

significa preponderância de alguma coisa sobre outra. É a supremacia de um novo sobre outros povos, ou seja, a superioridade que um país tem sobre os demais, tornando-se assim um Estado soberano. O Estado que detém a hegemonia possui influência em diversas áreas, especialmente em termos econômicos, culturais, poder militar, como armas, aviões, munição, e etc.

6. NOSOCÔMIO

É um local destinado ao atendimento de doentes, para proporcionar o diagnóstico, que pode ser de vários tipos (laboratorial, clínico, cinesiológico-funcional) e o tratamento necessário. Documenta-se o vocabulário português “hospital” no século XVI, talvez por influência do francês “hôpital” do século XII, derivados da forma culta do latim “hospitale” relativo a hóspede, hospitalidade, casa que hospeda. Historicamente, os hospitais surgiram como lugares de acolhida de doentes e peregrinos, durante a Idade Média.

GLOSSÁRIO

7. ORTODOXA

É aquele que segue fielmente um princípio, uma norma ou uma doutrina. Do grego “orthos” que significa “reto” e “doxa” que significa “fé”. É o que está em conforme com a doutrina religiosa tida como verdadeira. Ortodoxo é uma expressão usada para fazer referência a algo rígido, tradicional, que não evolui, que é conservador, que não se adapta nem admite novos princípios ou novas idéias. É aquele que está em conformidade com os princípios tradicionais de qualquer doutrina.

8. AXIOMA

É uma verdade inquestionável, universalmente válida, muitas vezes utilizada como princípio na construção de uma teoria ou como base para uma argumentação. A palavra axioma deriva da grega “axios”, cujo significado é digno ou válido. Em muitos contextos, axioma é sinônimo de postulado, lei ou princípio.

9. POLITEÍSMO

consiste na crença em mais do que uma divindade, sendo que cada uma é considerada uma entidade individual e independente com uma personalidade e vontade próprias, governando sobre diversas atividades, áreas, objetos, instituições, elementos naturais e mesmo relações humanas. Ainda em relação às suas esferas de influência, de notar que nem sempre estas se encontram claramente diferenciadas, podendo naturalmente haver uma sobreposição de funções de várias divindades. Politéístas são as pessoas da idade antiga que acreditam em vários deuses, sendo estes homens ou mulheres na arte grega ou reis que morriam e eram considerados um deus.

GLOSSÁRIO

10. ALTRUISMO

Origem na palavra francesa *altruisme* que indica uma atitude de amor ao próximo ou ausência de egoísmo. Também pode ser usada como sinônimo de filantropia. É também considerada uma doutrina ética que indica o interesse pelo próximo como princípio “supremo” de moralidade. Uma pessoa altruísta é aquela que pensa nos outros antes de pensar em si própria. O altruísmo é uma das bases de várias doutrinas religiosas, como o Cristianismo, por exemplo. No caso do Cristianismo, o altruísmo é revelado através do amor ao próximo, um dos mandamentos deixados por Jesus (João 13:34). Apesar disso, o altruísmo não é uma atitude exclusiva de uma pessoa que segue uma religião e pode ser demonstrado por qualquer pessoa, sendo uma questão de moral. Um indivíduo altruísta não é interesseiro, ou seja, não ajuda os outros com o objetivo de obter algum benefício em troca.

11. IATROGÊNESE

É uma doença com efeitos e complicações causadas como resultado de um tratamento, podendo ser aplicada tanto a efeitos bons ou maus. Em farmacologia, a iatrogenia refere-se a doenças ou alterações patológicas criadas por efeitos colaterais dos medicamentos. Geralmente a palavra é usada para se referir às conseqüências de ações danosas dos médicos, mas também pode ser resultado das ações de outros profissionais, como psicólogos, terapeutas, enfermeiros, dentistas, etc.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Fonte: Site <http://www.dicionarioweb.com.br/>

Fonte: Site <http://www.abenpe.com.br/>

Fonte: Site <http://www.lexico.pt/cuidar/>

Fonte: Site <http://www.significados.com.br/>

Fonte: Site <http://pt.wikipedia.org/>

<https://enfmarcelapaulistinha.wordpress.com/bases-teoricas-e-historicas-do-cuidar/>

<http://www.historiadamedicina.med.br/>

<http://www.ebah.com.br/content/ABAAAAvPwAL/historia-enfermagem>

<http://www.colegioweb.com.br/renascimento-e-reforma/a-reforma-protestante.html>

Rev. bras. enferm. vol.58 no.6 Brasília Nov./Dec. 2005

BOFF, Leonardo. Saber Cuidar: **Ética Humana** – compaixão pela terra. 15. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

OGUISSO, Taka. **Trajetória histórica legal da Enfermagem**. 2. Ed. Barueri, SP: Manoele, 2007.

3

Perspectivas Históricas da Enfermagem – Reforma Protestante / Florence Nightingale / Enfermagem Moderna / Santas Casas

Você estudará neste capítulo a decadência da Enfermagem, o surgimento das instituições e a Era Florence Nightingale, bem como a Enfermagem Moderna, visando a introdução da importância da Enfermagem enquanto profissão, diferenciando-a da importância médica. Vamos verificar de que modo a Enfermagem passou a ser fundamental para a saúde em todos os sentidos.



OBJETIVOS

- Compreender a imagem como a Enfermagem era vista pela sociedade, principalmente após a sua decadência, antes, durante e após a Reforma Protestante;
 - Conhecer o surgimento das instituições de saúde, como as Santas Casas e sua importância;
 - Confirmar através deste estudo a grandeza da Teoria Ambientalista de Florence Nightingale, bem como sua primordial relevância para a ascensão da Enfermagem;
 - Continuar desenvolvendo seus conhecimentos acerca da importância do entendimento da evolução da História da Enfermagem.
-

3.1 As Santas Casas de Misericórdia

Estas instituições são irmandades que têm como missão o tratamento e sustento a enfermos e inválidos, além de dar assistência a recém nascidos abandonados na instituição.

Sua orientação remonta ao Compromisso da Misericórdia de Lisboa, composto por 14 obras de misericórdia, sendo sete delas espirituais – ensinar os simples, dar bons conselhos, orientar os que erram, consolar os tristes, perdoar as ofensas, sofrer com paciência, orar pelos vivos e pelos mortos – e sete corporais – visitar os enfermos e os presos, remir os cativos, vestir os nus, dar de comer aos famintos e de beber aos sedentos, abrigar os viajantes e enterrar os mortos.

Todas as obras possuem fundamentos na doutrina cristã, como nos textos bíblicos do Evangelho de São Mateus e as Epístolas de São Paulo e demais doutores da Igreja Católica.

Para realizá-las, muitas vezes a irmandade não precisa ter uma instituição física, fazendo cumprir as catorze obras na rua, em presídios, etc.; por estímulo do Rei Dom Manuel I, fundador da instituição, e de seus sucessores, houve a criação de Santas Casas por todo o reino, incluindo Lisboa, chegando a ter unidades da instituição na África e Ásia, além da América e Europa.

A atuação destas instituições apresentou duas fases: a primeira compreendeu o período de meados do século XVIII até 1837, de natureza para caridade; a segunda, no período de 1838 a 1940, com preocupações de natureza filantrópica.

A instituição remonta à fundação, em 1498, da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, por Frei Miguel Contreiras, com o apoio da Rainha D. Leonor, de quem era confessor. A Rainha, viúva de Dom João II, passou a dedicar-se intensamente aos doentes, pobres, órfãos, prisioneiros e artistas e patrocinou a fundação da Santa Casa, instituindo a primeira legítima ONG do mundo, em um tempo em que seria impensável a existência de uma instituição social que se declarasse leiga e não governamental.

A instituição surgiu a partir da remodelação da Confraria de Caridade Nossa Senhora da Piedade, que era destinada a enterrar os mortos, visitar os presos e acompanhar os condenados à morte até o local de sua execução.

Destinada inicialmente a atender a população mais necessitada, com funções como alimentar os famintos, assistir aos enfermos, consolar os tristes,

educar os enjeitados entre outras, mais tarde passou ainda a prestar assistência aos “expostos” – recém-nascidos abandonados.

As crianças recebiam o batismo para salvar suas almas e a amamentação das amas de leite para salvar suas vidas. As meninas deveriam também ter sua honra salva, por isso foram criados os recolhimentos, nos quais permaneciam preservadas até o casamento, quando receberiam um chamado para serem boas esposas e mães cristãs.

Durante este período, as garotas eram enclausuradas na Santa Casa, com regras a serem cumpridas, como a obrigação de se confessarem todos os primeiros domingos do mês, receberem o santíssimo sacramento da eucaristia diariamente, etc. e eram punidas caso não cumprissem com tais princípios.

O hospital cresceu com a ajuda de doações e pelo prestígio que a Santa Casa ganhava com o desenvolvimento econômico da colônia.

Da época de sua fundação até a metade do século XVIII, a Santa casa foi dirigida por pessoas situadas nos altos escalões do governo.

As Santas Casas constituíam-se no principal instrumento de ação social da Coroa portuguesa, e a sua criação acompanhou o estabelecimento dos primeiros poderes governamentais. Dessa forma, as irmandades ocupam lugar de destaque numa história de assistência, isto é, práticas ligadas aos costumes e ensinamentos cristãos e, portanto, realizadas pelo amor de Deus e em nome da salvação da alma, como se acreditava na época de sua criação.

Atualmente, a instituição está presente em todo o país, sendo a de maior porte a de Lisboa, que se encontra no Largo Trindade. Este Largo é denominado popularmente como Largo de Misericórdia.

No Brasil, a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia surgiu ainda no período colonial, instalando-se em Santos desde 1543, seguido pela Bahia, Espírito Santo, Rio de Janeiro, Olinda e São Paulo, sendo a primeira instituição hospitalar do país destinada a atender aos enfermos dos navios dos portos e moradores das cidades. Nesse período, entretanto, não se pode destacar nenhuma prática como científica, porque esses saberes só emergiram no país a partir da vinda da Corte portuguesa e da criação das faculdades de Medicina e de Direito. Além disso, pode-se destacar, com a fundação do município do Rio de Janeiro, por exemplo, a Santa Casa de Misericórdia do estado, instalada pelo Padre José de Anchieta para socorrer tripulantes da esquadra.

Atualmente, No Brasil, existem mais de 2500 hospitais da Santa Casa e está presente em quase todas as capitais e em muitos municípios do interior

do país. As 10 primeiras Instituições no Brasil são: Santa Casa de Misericórdia de Olinda (1539), Santa Casa de Misericórdia de Santos (1543), Santa Casa de Misericórdia de Salvador (1549), Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro (1582), Santa Casa de Misericórdia de Vitória (1551), Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (1599), Santa Casa de Misericórdia de João Pessoa (1602), Santa Casa de Misericórdia de Belém (1619), Santa Casa de Misericórdia de São Luís (1657) e Santa Casa de Misericórdia de Campos (1792)

3.2 A reforma protestante

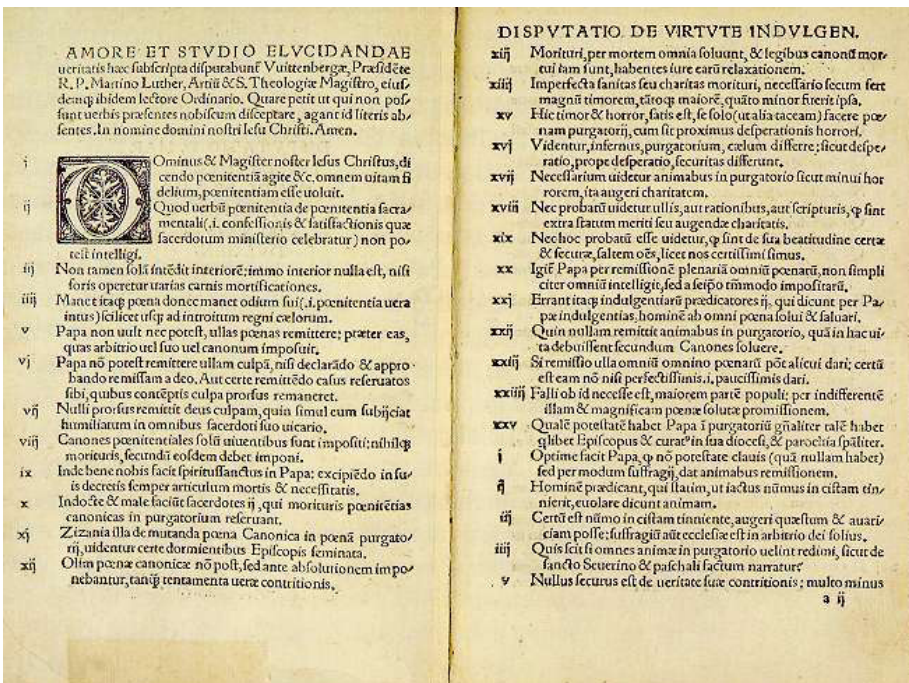
A Reforma Protestante foi um movimento religioso, econômico e político de contestação à igreja católica, que resultou na fragmentação da unidade cristã e na origem do protestantismo.

No início do século XVI, a Alemanha era a região européia mais propensa a um rompimento definitivo com a Igreja. Entre os alemães, as motivações econômicas, sociais e políticas que os afastavam da Igreja Católica eram mais fortes do que em qualquer outro povo da Europa.

A Reforma Protestante é resultado de diversos fatores, a começar pelas mudanças resultadas do renascimento, as novas concepções do mundo e do pensamento, indivíduos mais críticos, a população com maior aproximação dos livros, e o enfraquecimento da Igreja Católica e seus conflitos, os fiéis estavam insatisfeitos e decepcionados com a irreverência do comportamento de alguns padres.

Não eram apenas os fiéis que estavam insatisfeitos com o comportamento do clero, mas também os reis pelo excesso de envolvimento da Igreja na política, os burgueses comerciantes eram criticados pela Igreja por utilizarem um sistema financeiro comum no sistema capitalista. Martinho Lutero era um monge alemão, ele era contra algumas doutrinas da Igreja Católica, como por exemplo, o celibato (1), a adoração de imagens, entre outras coisas. Foi amparado por príncipes e reis da época. Martinho defendia que a fé e os bons atos eram as principais chaves de redenção das pessoas.

No dia 31 de outubro de 1517, Martinho Lutero fixou nas portas da Igreja de Wittenberg, na Alemanha, as 95 teses contra a venda de indulgências. A data marca o início da Reforma Protestante e de um novo momento na história da humanidade.



As 95 Teses de Martinho Lutero

A resposta da Igreja Católica Romana foi o movimento conhecido como Contra-Reforma ou Reforma Católica, iniciada no Concílio de Trento (3).

"Nenhum aspecto da vida humana ficou intacto, pois abrangeu transformações políticas, econômicas, religiosas, morais, filosóficas, literárias e nas instituições. Foi, de fato, uma revolta e uma reconstrução do norte". (EBY FREDERICK).

Um grande número de hospitais foram fechados em decorrência desta reforma (mais de mil). As pessoas que se dispunham para trabalhar eram mal remuneradas ou escassas, o trabalho era pesado e faltava organização.

As pessoas que realizavam os cuidados eram das mais baixas escalas sociais e de duvidosa moralidade, como prostitutas e pessoas leigas e despreparadas para o ofício. Devido a essas condições as pessoas relutavam a se internar nos hospitais.

Mas até então, pretensas enfermeiras, deixavam os doentes morrer ao abandono e lhes extorquiam gorjetas.

Imperava a falta de higiene, com comida insuficiente e de péssima qualidade.

Criou-se o Concílio de Trento, para esclarecer os pontos atacados pelos protestantes e tomar as necessárias providências para os problemas emergentes. Durou 18 anos.

A questão da assistência aos enfermos foi estudada com grande cuidado, e foram feitas recomendações aos bispos para organização, manutenção e fiscalização dos serviços hospitalares e orientações para a assistência espiritual nas instituições hospitalares.

O resultado da Reforma foi a divisão da chamada Igreja do Ocidente entre os católicos romanos e os reformados ou protestantes, originando o Protestantismo e o início de massacres e perseguições por parte da Igreja Católica Romana como por exemplo, o Massacre da noite de São Bartolomeu

Concílio de Trento - Reforma

A Pré-Reforma foi o período anterior à Reforma Protestante no qual se iniciaram as bases ideológicas que posteriormente resultaram na reforma iniciada por Martinho Lutero.

A Pré-Reforma tem suas origens em uma denominação cristã conhecida como Valdenses, que era formada pelos seguidores de Pedro Valdo, um comerciante de Lyon que se converteu ao Cristianismo por volta de 1174. Ele decidiu encomendar uma tradução da Bíblia para a linguagem popular e começou a pregá-la ao povo sem ser sacerdote. Ao mesmo tempo, renunciou à sua atividade e aos bens, que repartiu entre os pobres. Desde o início, os valdenses afirmavam o direito de cada fiel de ter a Bíblia em sua própria língua, considerando ser a fonte de toda autoridade eclesiástica. Eles reuniam-se em casas de famílias ou mesmo em grutas, clandestinamente, devido à perseguição da Igreja Católica Romana, já que negavam a supremacia de Roma e rejeitavam o culto às imagens, que consideravam como sendo idolatria.

Havia conflitos entre autoridades da Igreja Romana e governantes das monarquias européias, tais governantes desejavam para si o poder espiritual e ideológico da Igreja e do Papa, muitas vezes para assegurar o direito divino dos reis.

Práticas como usura eram condenadas pela ética católica romana, assim a burguesia capitalista que desejava altos lucros econômicos se sentiria mais “confortável” se pudesse seguir uma nova ética religiosa, adequada ao espírito

capitalista, necessidade que foi atendida pela ética protestante e o conceito de Lutero de que o homem é justificado pela fé, sem as obras da lei.



CONEXÃO

Para obter mais informações acesse o link: https://pt.wikisource.org/wiki/Tradu%C3%A7%C3%A3o_Brasileira_da_B%C3%ADblia/Romanos/III#3:28

Lutero era radicalmente contra a revolta camponesa iniciada em 1524 pelos anabatistas, liderados por Thomas Münzer, que provocou a Guerra dos Camponeses.

Münzer comandou massas camponesas contra a nobreza imperial, pois propunha uma sociedade sem diferenças entre ricos e pobres e sem propriedade privada. Lutero por sua vez defendia que a existência de “senhores e servos” era vontade divina, motivo pelo qual eles romperam.

“Contras as hordas de camponeses (...), quem puder que bata, mate ou fira, secreta ou abertamente, relembrando que não há nada mais peçonhento, prejudicial e demoníaco que um rebelde”. (LUTERO).

3.2.1 Contrarreforma

Uma vez que a Reforma Protestante desconsiderou e combateu diversas doutrinas e dogmas católicos, e provocou as maiores divisões no cristianismo, a Igreja Católica Romana convocou o Concílio de Trento (1545-1563), que resultou no início da Contrarreforma ou Reforma Católica, na qual os jesuítas (7) tiveram um papel importante. A Inquisição e a censura exercida pela Igreja Romana foram igualmente determinantes para evitar que as idéias reformadoras encontrassem divulgação em Portugal, Espanha ou Itália, países católicos.

Seguiram-se uma série de importantes acontecimentos e conflitos entre as duas religiões. Números precisos para as vítimas nunca foram compilados, acredita-se que varia de 2.000 vítimas a 70.000.

Nos países protestantes por sua vez, foi feita a expulsão e o massacre de sacerdotes católicos, bem como a matança em massa de aproximadamente 30.000 anabatistas, desde o seu surgimento em 1535, até os próximos dez anos.

Na Inglaterra por sua vez, católicos foram executados em massa, tribunais religiosos foram instaurados e muitos foram obrigados à assistir cultos protestantes, forçando assim sua conversão ao protestantismo mediante o terror.

3.3 Perspectivas Históricas da Enfermagem

A imagem de enfermeira (será utilizado o substantivo feminino, de acordo com a designação cultural genérica utilizada para essa categoria profissional), conforme identificada pela sociedade, compõe-se de estereótipos, demonstrando desconhecimento sobre esse trabalho ou caráter depreciativo em relação à profissão. A figura enfermeira é identificada com distorções e, muitas vezes, com desvalorização social, devido à idéia de que a profissão tem baixa remuneração e é subalterna a outros profissionais, especialmente ao médico.

A profissão de Enfermagem evoluiu, assim como seu ensino, porém a figura da enfermeira hoje é ainda permeada pelos conceitos e estereótipos associados à função de auxiliar o médico e à falta de vida social pela total dedicação à profissão, à figura de fadas e feiticeiras e até ao erotismo e sensualidade.

São numerosas as referências associando as enfermeiras a figuras de anjos de branco, santas e religiosas, que podem ser explicadas tanto na cor predominante dos uniformes ou nas origens da profissão, como nas virtudes desejadas tanto para as religiosas como para as enfermeiras, tais como: obediência, respeito à hierarquia e humildade.

As enfermeiras também são vistas como anjos que protegem vidas humanas, aproximando-se muitas vezes a super-heróis, que não sentem dores, não têm necessidades, horários ou família.

O caráter manual atribuído ao cuidado direto aos doentes contribui para sua desvalorização, visto que as atividades práticas são percebidas como de inferioridade em relação ao trabalho intelectual, e como fator de desvalorização social.

Outro aspecto relevante trata dos diferentes graus de formação da equipe de Enfermagem, dos quais a sociedade, de um modo geral não percebe a diferença, quando é atendida por esses profissionais.

A função gerencial do trabalho é pouco expressiva e as atividades de pesquisa da enfermeira são desconhecidas, havendo, respectivamente, uma e nenhuma referência a estas dimensões. Entretanto, nem só de aspectos negativos sua imagem é constituída: foi constatada a utilização do termo enfermeira como sinônimo de prestação de cuidados, com conotação (8) de carinho e eficiência.

3.3.1 A Imagem Folclórica

A imagem folclórica que a sociedade constrói da enfermeira é permeada por figuras como santas, prostitutas, feiticeiras, heroínas e se relacionam à função de auxiliar do médico e à falta de vida social, bem como existia, conforme mostrou a história, uma relação íntima da religião e do folclore com as artes curativas. Além disso, a imagem que as enfermeiras têm de si próprias e de seu trabalho é negativa, ocasionando frustração pela falta de autonomia encontrada na realidade profissional.

Esses estereótipos da imagem, influenciam negativamente sua prática. Vistas como a primeira mãe – mulheres têm carregado a principal responsabilidade pela criação e pela alimentação das crianças e pelos cuidados dos membros idosos da família.

As tribos e as civilizações antigas tinham necessidade de cuidados à saúde. A educação destas “enfermeiras” era em grande parte por tentativa e erro. Os avanços dos métodos utilizados quando tinham sucesso, eram realizados pela troca de informações.

Superstição e magia desempenhavam um papel significativo no tratamento. O folclore era abundante e existia uma relação íntima entre a religião e as artes curativas.

As habilidades da enfermagem evoluíram pela intuição. Ex: a utilização de alimentos corretos era confirmada de acordo com os seus efeitos (diarréia e vômitos).

As famílias desenvolveram métodos entre as gerações e os tratamentos desenvolvidos eram adquiridos e compartilhados.

3.3.2 A Imagem Religiosa

A imagem religiosa da enfermeira se desenvolveu na Era Cristã e Idade Média, com organizações voltadas para a caridade e o cuidado.

A cristandade e o papel da religião tiveram uma atuação fundamental na continuidade histórica da enfermagem. Foram organizados grupos como as ordens, cuja preocupação primária era cuidar dos doentes, das viúvas, dos idosos, dos escravos, dos órfãos e dos prisioneiros.

As mulheres solteiras tinham oportunidades de trabalho que não eram imaginadas antes (atividades inerentes ao seu lar). Das viúvas eram exigidos votos de castidade para não se casarem novamente.

A imagem da enfermagem foi construída integrando os rígidos preceitos religiosos a uma estrutura disciplinar rígida, com obediência absoluta.

As diaconisas eram mulheres que deveriam ser solteiras ou viúvas, portanto tinham instrução, cultura, saúde e posição (irmãs de oficiais e viúvas bem sucedidas). Elas praticavam trabalho de caridade, incluindo alimentar os pobres, visitar prisioneiros e abrigos, cuidar dos doentes e enterrar os mortos. Quando entravam nas casas usavam uma cesta com remédios entre outros utensílios.

Por visitarem os doentes nas residências, foram reconhecidas como o primeiro grupo organizado de Enfermeiras de Saúde Pública. Algumas possuíam um poder aquisitivo elevado e fizeram altas contribuições para a caridade e para a enfermagem daquela época.

Nas Ordens Monásticas, homens e mulheres eram capazes de seguir carreiras de sua escolha, de acordo com os preceitos cristãos. Os monastérios desempenhavam um grande papel na preservação da cultura e do aprendizado exercendo refúgio para os perseguidos, cuidados aos doentes e ensino para os analfabetos.

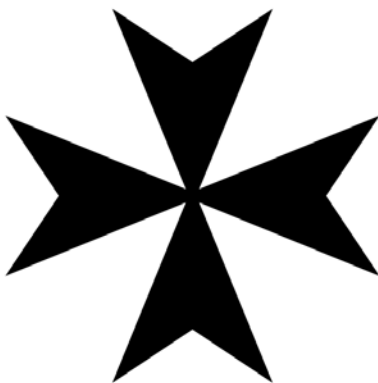
As ordens militares de enfermeiras evoluíram como um resultado das cruzadas. Defendiam os hospitais e seus pacientes e por essa razão vestiam uma armadura e por baixo de seus hábitos usavam o símbolo da Cruz de Malta.

A Cruz de Malta é o símbolo associado com a Ordem dos Cavaleiros de Malta (Cavaleiros Hospitalários). A cruz é de oito pontas e tem a forma de quatro "Vs", cada um unindo os outros em seu vértice. Seu design é baseado em cruces usadas desde a Primeira Cruzada. Os oito pontos também simbolizam as oito obrigações ou aspirações dos cavaleiros: viver na verdade; ter fé; arrepender-se dos pecados; dar prova de humildade; amar a justiça; ser misericordioso; ser sincero e incondicional; suportar a perseguição. A ordem de São João aplicou significados seculares para os pontos como representando as características de um bom socorrista:

OBSERVADOR	Para que ele possa observar as causas e os sinais de lesão;
DELICADO	Para que ele possa, sem dúvidas impensadas, conhecer os sintomas e o histórico do caso, e garantir a confiança dos pacientes e dos circundantes;

ENGENHOSO	Para que ele possa usar para o melhor proveito que estiver à mão, evitando mais danos;
DESTREZA	Para que ele possa lidar com um paciente sem causar dor desnecessária, e utilizar aparelhos de forma eficiente e ordenadamente;
CLAREZA	Para que ele possa dar instruções claras para o paciente ou aos espectadores;
DISCRIMINAÇÃO	Para que ele possa decidir qual das várias lesões demanda mais atenção, o que pode ser deixado para o paciente ou transeuntes fazer, e o que deve ser deixado para os médicos;
PERSEVERANTE	Para que ele possa continuar os seus esforços, mesmo não sendo bem-sucedido da primeira vez;
SIMPÁTICO	Para que ele possa dar o verdadeiro conforto e encorajamento para o sofrimento.

© WIKIMÉDIA



A Cruz de Malta foi utilizada como símbolo da Nightingale School (escola fundada por Florence Nightingale).

À medida que a Enfermagem desenvolvia uma imagem associada à religião, uma disciplina cada vez mais rígida era exigida e a obediência absoluta às ordens médicas e dos pastores era determinada.

3.3.3 A Imagem Servil

Durante o Renascimento (Era das descobertas) e a Reforma com o movimento religioso (Luterarismo, Anglicanismo, Calvinismo), resultou uma revolta contra a supremacia da Igreja Católica.

Monastérios foram fechados, ordens religiosas dissolvidas e o trabalho das mulheres extinto, com mudança no papel da mulher. Seu papel era definido nos limites do seu lar e suas obrigações eram cuidar das crianças e da casa.

Mulheres com um alto grau de instrução não ocupavam o trabalho em hospitais. O trabalho em hospitais foi realizado pelas mulheres “incomuns”: prisioneiras, prostitutas, mulheres de baixa renda, etc. Estas se sustentavam com ordenados sendo forçadas a trabalhar como domésticas. A enfermagem não era considerada uma atividade desejável para mulheres de alto escalão.

O pagamento era baixo, as horas de trabalho eram longas e o trabalho estressante.

Foram considerados os anos negros da enfermagem. Ocorreu um retrocesso na evolução dos cuidados aos enfermos. O conhecimento de higiene era insuficiente.

No passado, os cuidados aos doentes eram considerados como inatos à mulher, inscritos no seu patrimônio genético e associados ao amor maternal. O impacto disso, associado à visão sexual do trabalho e à influência dos valores religiosos veiculados desde a idade média, colaboram para a desvalorização econômica lenta, mas segura, do conjunto de práticas de cuidado asseguradas pelas mulheres. Amor e doação estão associados ao exercício da obediência e humildade, contribuindo para que faça parte do ideário da sociedade que as enfermeiras trabalhem sempre a serviço do outro, sem uma remuneração justa ou mesmo condições de trabalho que possibilitem um digno exercício da profissão.

3.4 Era Florence Nightingale

Florence Nightingale nasceu em 12 de maio de 1820, segunda filha de uma família rica, foi batizada em homenagem à cidade em que nasceu, Florença, na Itália.

Esta data é considerada desde então, como o Dia Internacional do Enfermeiro, devida à homenagem mundialmente feita a Florence, a fundadora da Enfermagem Moderna.

Devido à alta posição econômica e social de sua família, ela era culta, muito viajada e foi educada em padrões superiores aos que recebiam as mulheres na época, com expressivo conhecimento em ciências, matemática, literatura e artes, além de filosofia, história, política e economia, dando-lhe caráter bastante diferenciado. Aos 17 anos já dominava vários idiomas e era extremamente bem informada.

Por meio das pessoas influentes que conhecia, esperava-se que ela escolhesse um parceiro agradável, se casasse, e assumisse o seu papel na sociedade, mas Florence tinha outras idéias e queria se tornar enfermeira.

Para sua família isto era impensável. Ela continuava a viajar com seus familiares e amigos, onde em uma de suas viagens conheceu o Sr. E Sra. Sidney Herbert, que estavam interessados na reforma dos hospitais naquela época.

A Srta. Nightingale começou a coletar informações sobre a saúde pública e sobre os hospitais e logo se tornou uma importante autoridade no assunto.

Em 1850, por 14 dias, realizou visita ao Instituto do Pastor Fliedner em Kaiserswerth, por intermédio de amigos, candidatando-se e manifestando seu desejo de tornar-se enfermeira, tendo sido admitida em 6 de julho de 1851, permanecendo lá por três meses.

Levou para a Inglaterra os conhecimentos adquiridos, onde se envolveu na luta por reformas na área da saúde e bem-estar dos cidadãos ingleses. Como era uma instituição religiosa sob o auspício (9) da igreja, ela poderia ir lá, embora fosse considerado inadequado ir aos hospitais ingleses.

À medida que o seu conhecimento sobre os hospitais e sobre a reforma da enfermagem crescia, ela era consultada por reformuladores e médicos, que estavam começando a ver a necessidade de enfermeiras “treinadas”.

Sua família sempre manifestou e ainda tinha objeções às suas atividades, mesmo após toda esta conquista.

Quando a Guerra da Criméia explodiu, os correspondentes de guerra escreveram a respeito da maneira abominável pela qual os soldados doentes e feridos eram cuidados pelo Exército Inglês. Florence, já então uma autoridade reconhecida em cuidados hospitalares, escreveu para seu amigo Sir Sidney Herbert, que era então o Secretário da guerra, e ofereceu-se para levar um grupo de 38 auxiliares para a Guerra da Criméia.

Fazendo parte da aristocracia inglesa, tinha aspirações em relação ao trabalho social. Essas características, com postura revolucionária em relação às condições de assistência prestadas aos soldados ingleses feridos na frente de

guerra, levaram-na à esta motivação, buscando melhorar a qualidade dessa assistência, brigando por materiais específicos, além de alimentos, leitos e material de higiene ambiental e pessoal nos alojamentos assistenciais.

Ao mesmo tempo o Sir Sidney havia escrito uma carta requisitando sua assistência para resolver aquela crise nacional.

Envolvida pela busca incessante nesta melhoria da qualidade da assistência, Nightingale criava condições para o bem-estar dos feridos de guerra ou não, incentivando e exigindo infra-estrutura humanitária e social, como lavanderia, biblioteca, redação de cartas e até meios para que os soldados tivessem como economizar seus salários, além de um hospital para as famílias que estivessem nas frentes de batalhas.

Ela não concordava com as condições no país, que restringia a participação da mulher na política social e governamental. Sua missão foi extremamente penosa, pela rejeição à figura da mulher nesse tipo de condição.

Preocupava-se com o conforto aos enfermos e aos que estavam em estado terminal, envolvendo-se em questões administrativas de eficácia e eficiência plenamente reconhecidas por seus superiores.

Suas cartas cruzaram os correios. Suas conquistas na Criméia foram impressionantes, embora tenham afetado seriamente a sua própria saúde. Florence não conhecia o conceito de contato por microorganismos, uma vez que este ainda não tinha sido descoberto, porém, já acreditava em um meticuloso cuidado quanto à limpeza do ambiente e asseio pessoal, ar fresco e boa iluminação, calor adequado, boa nutrição e repouso, com manutenção do vigor do paciente para a cura.

Ao longo de toda Guerra da Criméia, Florence conseguiu reduzir consideravelmente taxas de mortalidade.

Finda a guerra, dedicou-se ao ensino da enfermagem, estimulando e abrindo escolas de enfermagem, marcando sua época na profissão.

A taxa de mortalidade, nos níveis de 43%, era caracterizada muito mais pela transmissão de contaminantes e biológicos do que por ferimentos na batalha. A sua intervenção ambiental reduziu, em menos de seis meses, esta taxa para apenas 2,2%, conquistando reconhecimento e respeito pelo trabalho desenvolvido.

Faleceu em 13 de agosto de 1910, e esta data é até hoje celebrada na Igreja de St. Margaret, em EastWellow, Inglaterra, sendo considerada como a Mãe da Enfermagem Moderna.

Em Kaiserwerth, surgiu a primeira escola de enfermagem organizada no mundo, em 1836, que ensinava às camponesas locais, noções de higiene ambiental e pessoal.

3.4.1 Teoria Ambientalista de Florence Nightingale

“Os hospitais só foram organizados com ênfase no doente a partir de Florence Nightingale, com a fundação de uma escola de enfermagem. Ela fez com que as pessoas comesçassem a pensar em uma forma de cuidar do doente sem que deixasse o ser humano de fora. Florence considerou que o conhecimento e as ações de Enfermagem são diferentes das ações e dos conhecimentos médicos, uma vez que o interesse da Enfermagem está centrado no ser humano sadio ou doente e não na doença e na saúde propriamente dita.” (GEOVANINI; 2010).

A Enfermagem com o modelo de Florence se difundiu por todo o mundo, o cuidado baseado na ética, no compromisso, na organização, na higiene e que valorizasse e visse o ser como gente, e não como fonte de lucro e de experiências.

Para que o doente se recupere é preciso que se tenha um ambiente agradável. O ambiente, é fundamental no processo do cuidado. Quando o ambiente não é bom, sem dúvida o não-cuidado está presente. Quando se fala em ambiente, quer dizer ele em vários aspectos, físicos, psicológicos (as pessoas que nele trabalham), a organização, a forma como se encontra limpo/sujo, silêncio/barulho... é o que diz Vera Regina em “Cuidar” (2007).

Toda e qualquer pessoa para sobreviver precisa de cuidado, sem ele com certeza a pessoa apenas vegetará, sem nenhum sentimento de pertencer ao planeta. Se a pessoa não recebe cuidado, ele fará o mesmo, ou seja, ele não cuidará. Quando a pessoa sente o cuidado dentro de si, ela passa para o outro.

“Ao cuidar, o Ser é enaltecido, pois ele é interativo, é uma ação sensível, reconhecendo o sujeito como alguém, um ser que necessita de ajuda e está sofrendo, seja física ou psicologicamente.” (WALDOW).

O cuidado é fundamental para a sobrevivência, diz Waldow.

Para que eu cuide de alguém eu também tenho que me cuidar, este ato de se cuidar possibilitará o cuidado do outro e conseqüente o outro também se cuida para cuidar. É como uma corrente, um se firma no outro para conseguir um bem maior e coletivo.

Vimos que em todas as épocas e culturas o cuidado esteve presente, seja na mãe que cuida dos filhos, da freira que cuida dos doentes e pobres, seja das feiticeiras que procuravam a cura espiritual. Cada época o cuidado teve dimensões diferentes, e principalmente no seio materno o cuidado se consolidou.

Hoje em dia a Enfermagem, em que sua grande maioria é exercida por mulheres, tem em sua essência o cuidado. Uma atitude humanizada, pois prioriza a pessoa holística que somos.

Os relatórios manuscritos de Florence foram entregues ao Ministro da Guerra na época, Sidney Herbert, com aplicações estatísticas, iniciando o movimento de reforma hospitalar no país. Este trabalho rendeu-lhe reconhecimento e admissão como membro da Royal Statistical Society, em 1858, sendo considerada, com inteira justiça, como a primeira enfermeira pesquisadora no mundo.

Nightingale utilizou intensamente a observação dos fatos e eventos, associando-os à incidência e prevalência dos agravos e da doença como abordagem dos cuidados de enfermagem a serem desenvolvidos. Esses conhecimentos e a sábia utilização de conceitos administrativos organizacionais e estruturais se instituíram no principal enfoque de seu trabalho, com adequado controle ambiental, envolvendo indivíduos e famílias no processo.

Enfatizava a importância da ventilação e iluminação nos quartos dos pacientes, escrevendo “Notes and Nursing”, como forma de orientação aos cuidados em Enfermagem, que se constituiu em um marco sobre a organização e manipulação dos ambientes dos enfermos.

Interpretava a doença como um processo reparador, definindo a enfermagem como diagnóstico e tratamento das respostas humanas aos problemas de saúde vigentes ou potenciais.

Escreveu também “Notes on hospitals in introductory notes lying in institutions” (primeiros centros de maternidade).

A influência do ambiente sobre o ser humano e sobre a natureza crítica do equilíbrio entre eles foi a principal característica de seu trabalho científico.

Nightingale foi a primeira a incentivar a existência de instituições específicas para a maternidade, afastada dos enfermos, por meio de análise de dados

sobre a mortalidade neonatal e no parto, recomendando cuidados ambientais e a lavagem persistente das mãos para eliminar a febre puerperal, principal causa da mortalidade na época.

Também trabalhou com enfoque nas características ambientais gerais, como iluminação, ruído, ventilação, higiene ambiental, cama, roupa de cama e nutrição. O desequilíbrio entre estes exigiria maior energia do indivíduo, assim, originando o estresse e prejudicando a recuperação e reabilitação do enfermo.

Seus conceitos e idéias se estendiam, inclusive, aos domicílios, ressaltando a importância da água pura e higiene ambiental e pessoal como fatores de saúde.

Acreditava que a pessoa poderia adoecer se respirasse seu próprio ar, sem renovação, e preocupava-se com o ambiente externo às casas como fator de desequilíbrio (poluição, gases, excrementos). Tinha atenção especial com os utensílios dos enfermos, como louças. Cuidava, com a mesma atenção, da temperatura dos ambientes.

Com relação à luz, enfatizava a importância da luz solar para a saúde e alertava para o fato de os hospitais da época não atentarem para esse aspecto durante suas respectivas construções.

Quanto ao ruído, era bastante energética e rigorosa com relação aos sons ambientais que importunavam os pacientes e exigia que a enfermeira sob seu comando estivesse sempre atenta a essa questão.

"Parece inegável, atualmente, compreender que o cuidado, em seu sentido pleno, é integral, é universal, é existencial e relacional. O cuidado é uma condição para a sobrevivência humana; através do cuidado de si, resulta a condição que possibilita cuidar de outrem" (WALDOW).

Sua preocupação com a saúde ambiental chegava, inclusive, às cores, quadros e pinturas do ambiente como fator de conforto e bem-estar, e defendia processos terapêuticos pelo lazer, trabalhos manuais, leitura e escrita.

Quanto às roupas de cama e colchões, preocupava-se com a questão da permeabilidade destas superfícies.

Nessa observação, levantou que o adulto exalava, aproximadamente, 1,5 litros de umidade pelos pulmões e pele nas 24 horas, constituindo-se em uma matéria orgânica que impregnava as roupas, favorecendo o desequilíbrio de saúde pelo desconforto causado, lembrando sempre o cuidado que o

enfermeiro precisava ter em não se inclinar ou sentar-se na cama, e que esta deveria estar próxima à janela e à luz solar.

Entendia que essas roupas, se não fossem bem cuidadas e ajustadas à cama, causavam lesões na pele do enfermo pela pressão exercida em pontos específicos.

Suas observações atingiam também o aspecto nutricional, identificando que as refeições em pequenas e regulares porções, favoreciam a recuperação do enfermo.

Embora suas preocupações tivessem como foco o ambiente físico, Nightingale não se descuidava do ambiente social e psíquico do enfermo, tendo incluído em seu primeiro livro um capítulo sobre esse aspecto, denominado “Conversando sobre Esperanças e Conselhos”, observando a relação entre doença, morte e pobreza, com observações e estudos estatísticos e epidemiológicos que fundamentavam inúmeras cartas e protestos aos governantes.

Para a Enfermagem, o melhor a ser feito seria colocar o paciente na melhor condição para que a natureza aja sobre ele, e que este deveria ter o menor gasto possível de energia com os fatores ambientais que possam causar desequilíbrios.

Florence acreditava que a Enfermagem deveria estar atenta não somente aos enfermos, mas também aos sadios, buscando meios de promoção da saúde.

Acreditava que a Enfermagem poderia atuar no ambiente como um todo, para que o enfermo obtivesse o equilíbrio necessário e, assim, a natureza faria o resto para a recuperação e reabilitação.

Dizia, em seus escritos, que a mais importante lição prática a ser dada às enfermeiras é ensiná-las a observar (e como observar) que sintomas indicam melhora/piora, quais são importantes ou não, quais evidenciam negligência ou não.

Esse conceito, tão atual, mostra que já naqueles dias Nightingale conseguia evidenciar a importância da observação como método primário de coleta de dados, para avaliar respostas do cliente à intervenção.

3.5 Enfermagem Moderna

3.5.1 Reorganização Hospitalar e a Enfermagem Moderna

O avanço da medicina vem favorecer a reorganização dos hospitais. É na reorganização da instituição hospitalar e no posicionamento do médico como principal responsável por esta reordenação, que vamos encontrar as raízes do

processo de disciplinarização e seus reflexos na enfermagem, ao ressurgir da fase sombria em que esteve submersa até então.

A disciplinarização hospitalar, segundo Foucault, é garantida nesta fase pelo controle sobre o desenvolvimento das ações, pela distribuição espacial dos indivíduos no interior do hospital e pela vigilância perpétua e constante destes.

Obedecendo aos princípios da disciplinarização, os hospitais militares são os primeiros a se reorganizarem.

"A guerra da Criméia veio mostrar a necessidade de colocar a higiene militar numa posição independente do controle burocrático da administração civil. A falta de um serviço de Enfermagem eficiente nesta guerra, causou perdas tão grandes aos exércitos aliados, especialmente aos ingleses, que isto se tornou alvo de uma investigação prolongada por parte do Parlamento inglês." (CASTIGLIONI).

A evolução crescente dos hospitais não melhorou, entretanto, suas condições de salubridade. Diz-se mesmo que foi a época em que estiveram sobre piores condições, devido principalmente à predominância de doenças infecto-contagiosas e à falta de pessoas preparadas para cuidar dos doentes. Os ricos continuavam a ser tratados em suas próprias casas, enquanto os pobres, além de não terem esta alternativa, tornavam-se objeto de instrução e experiências que resultariam num maior conhecimento sobre as doenças em benefício da classe abastada.

É neste cenário que a enfermagem passa a atuar, quando Florence Nightingale é convidada pelo Ministro da Guerra da Inglaterra para trabalhar junto aos soldados feridos em combate na guerra da Criméia.

Fazendo parte da elite econômica e social e amparada pelo poder político, Florence foi a precursora dessa nova Enfermagem que, como a Medicina, se encontrava vinculada à política e à ideologia da sociedade capitalista.

"Florence partiu para Scutari com 38 voluntárias entre religiosas e leigas vindas de diferentes hospitais. Algumas das enfermeiras foram despedidas por incapacidade de adaptação e principalmente por indisciplina." (PAIXÃO).

O padrão moral e intelectual das mulheres que partiram com Florence para esse tipo de atividade era submetido a exame criterioso. Elas deveriam ter abnegação absoluta, altruísmo, espírito de sacrifício, integridade, humildade e, acima de tudo, disciplina. Em razão da imagem negativa que a Enfermagem trazia até então, era necessário que se reconstruísse um novo perfil profissional, porém ele deveria obedecer aos princípios impostos pela nova realidade social.

Florence enfatizou em seus dois livros, *Notas sobre Hospitais* (1858) e *Notas sobre Enfermagem* (1859), que a arte de Enfermagem consistia em cuidar tanto dos seres humanos sadios como dos doentes, entendendo como ações interligadas da Enfermagem, o triângulo cuidar-educar-perquisar. Entendeu também, que a cura não resultava da ação médica ou de Enfermagem, mas que era um privilégio da natureza, portanto, as ações de Enfermagem deveriam visar à manutenção do doente em condições favoráveis à cura para que a natureza pudesse atuar sobre ele.

Considerou que o conhecimento e as ações de Enfermagem são diferentes das ações e conhecimentos médicos, uma vez que o interesse da Enfermagem está centrado no ser humano sadio ou doente e não na doença e na saúde propriamente ditas.

Assim, ao executar procedimentos previamente definidos e estabelecidos, a Enfermagem moderna nasce como uma profissão complementar à prática médica, ou seja, um suporte do trabalho médico, subordinado a este.

Os avanços das ciências naturais e da tecnologia implicaram na divisão técnica do trabalho em saúde, determinando o surgimento de uma gama variada de profissões e ocupações neste ramo.

Nesta pirâmide, o ápice é ocupado pelo profissional médico, cabendo a este a maior parcela de status social por questões político-ideológicas.

“São os enfermeiros (...) e particularmente os internos que, da Inglaterra à Itália, estão à testa do movimento para uma distribuição mais generosa do privilégio médico. Atribuiu-se aos médicos a vontade de permanecerem os mestres e de deixar ao pessoal auxiliar apenas um papel de segundo plano.” (ILLICH).

Na medida em que a Enfermagem se introduzia no hospital e que o nível de complexidade técnico-científica da medicina crescia, requerendo, cada vez mais, capacidade intelectual de seus executores, estes começaram a passar

para os braços femininos da Enfermagem as tarefas manuais de saúde que lhes cabia, ficando com a parte intelectual correspondente ao estabelecimento de hipóteses, diagnóstico, prescrição e tratamento.



REFLEXÃO

Considerando tudo que a Enfermagem evoluiu desde o seu surgimento até os dias de hoje, podemos considerar que fatos e datas pontuais marcaram a história do cuidado em Enfermagem.

A imagem, muitas vezes equivocada, se assemelha a algumas ainda existentes na atualidade.

Mesmo com todas estas abordagens, verificamos que em muitos casos, a Enfermagem continua não recebendo a valorização que é de seu merecimento.

Que possamos refletir sobre a importância desta profissão, em todos seus seguimentos e desde seu primórdio, pois sem ela, o cuidado não seria o mesmo.

E, levando-se em conta a desinformação da população em relação à realidade profissional, surgem algumas questões a se pensar: qual a imagem utilizada pela sociedade para identificar a enfermeira? Houve alguma mudança nessa imagem em algum momento?



LEITURA

Para você conhecer mais sobre a importância de cuidar e ser cuidado, uma leitura extremamente interessante é o livro de Vera Regina Waldow - CUIDAR – Expressão Humanizadora da Enfermagem, da Editora Vozes.

GLOSSÁRIO

1. CELIBATO

É, na sua definição literal, o estado de uma pessoa que se mantém solteira, sem obrigação de manter a virgindade, podendo ter relações sexuais. No entanto, o termo é popularmente usado para descrever uma pessoa que escolhe abster-se de atividades sexuais. A Bíblia ensina que o celibato é um estado de honra. O apóstolo Paulo escreve em 1 Coríntios, “É bom para um homem não ter relações sexuais com uma mulher. Mas, devido à tentação de imoralidade sexual, cada homem deve ter a sua própria mulher e cada mulher seu próprio marido.”

2. INDULGÊNCIA

Na teologia católica, é o perdão ao cristão das penas temporais devidas a Deus pelos pecados cometidos, mas já perdoados pelo sacramento da Reconciliação, na vida terrena. É uma das virtudes que caracterizam o verdadeiro cristão e que se expressa pela postura complacente, compreensiva, que se adota perante as faltas e imperfeições do próximo. Ser indulgente é saber relevar, perdoar, esquecer, dissimular, diante de tudo que possa ser reprovável no comportamento dos semelhantes.

3. CONCÍLIO DE TRENTTO

Realizado de 1545 a 1563, foi o 19º concílio ecumênico da Igreja Católica. Foi convocado pelo Papa Paulo III para assegurar a unidade da fé e a disciplina eclesiástica, no contexto da Reforma da Igreja Católica e da reação à divisão então vivida na Europa devido à Reforma Protestante, razão pela qual é denominado também de Concílio da Contrarreforma.

GLOSSÁRIO

4. MASSACRE DA NOITE DE SÃO BARTOLOMEU

Foi um episódio sangrento na repressão aos protestantes na França pelos reis franceses, que eram católicos. Esses assassinatos aconteceram em 23 e 24 de agosto de 1572, em Paris, no dia de São Bartolomeu.

5. USURA

É o juro excessivo cobrado por um empréstimo, em uma determinada quantia de dinheiro.

6. ANABATISTA

Originário do protestantismo, rejeitavam o batismo das crianças como ineficaz, submetiam seus adeptos a um segundo batismo e preconizavam uma espécie de comunismo religioso.

7. JESUÍTA

É um membro da Companhia de Jesus, que é uma ordem religiosa, fundada em 1534, por um grupo de estudantes da Universidade de Paris, liderados pelo basco Inácio de Loyola. Mundialmente conhecida por seu trabalho missionário e educacional. Os jesuítas chegaram ao Brasil em 1549, erguendo um colégio em Salvador, na Bahia

8. CONOTAÇÃO

É o emprego de uma palavra tomada em um sentido incomum, figurado, circunstancial, que depende sempre do contexto. Muitas vezes é um sentido poético, fazendo comparações. Exs: vai se lavar, quem está na chuva é para se molhar, a lua nova é o sorriso do céu, etc.

9. AUSPÍCIO

Indicação de que algo, benigno ou ruim vai ocorrer; previsão ou presságio; agouro.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

GEOVANINI, Telma ET AL. **História da Enfermagem**: versões e interpretações. 1. Ed. Rio de Janeiro: Reviver, 2001

OGUISSO, Taka. **Trajetória histórica legal da Enfermagem**. 2. Ed. Barueri, SP: Manoele, 2007.

<http://www.portaleducacao.com.br/enfermagem/artigos/25166/teoria-de-florence-nightingale#ixzz3ZxfJJD7Z>

<http://www.portaleducacao.com.br/enfermagem/artigos/25166/teoria-de-florence-nightingale#ixzz3ZxfTCMLB>

Meyer DEE. **Ao olhar-se no espelho, a enfermeira não tem gostado da imagem que aí vê refletida...** RevBrasEnferm 1992;45(2/3):176-82. [Links]

Sanna MC, Secaf V. **A imagem da enfermeira e da profissão na imprensa escrita**. RevEnferm UERJ 1996 dez;4(2):170-82. [Links]

Fonte: Site <http://www.abenpe.com.br/>

Fonte: Site <http://www.lexico.pt/cuidar/>

Fonte: Site <http://www.significados.com.br/>

Fonte: Site <http://pt.wikipedia.org/>

4

Surgimento dos Hospitais e Suas Características / A Enfermagem no Brasil (Anna Nery e Cruz Vermelha)

Estudaremos neste capítulo a formação do hospital e de sua importância na assistência à saúde, desde a decadência e precariedade, evoluindo até grandes instituições.

Também será enfatizada a importância que a Enfermagem começou a ter no nosso país, através da assistência, educação e solidariedade.



OBJETIVOS

- Conhecer a formação e surgimento das instituições hospitalares, bem como sua aplicabilidade com a população, em vários momentos históricos.
 - Verificar que fatos marcantes e pontuais aconteceram em nosso país, participando assim da história da Enfermagem e de sua evolução enquanto profissão.
 - Reconhecer a evolução da educação em Enfermagem, visando o aperfeiçoamento e melhoria na qualidade da assistência prestada desde seu surgimento.
 - Aprender que a melhoria na qualidade de saúde só foi alcançada devido a muito esforço de pessoas que se dedicaram com amor ao que acreditavam, em prol do próximo.
 - Identificar a importância da enfermagem nesta evolução histórica institucional para a assistência e o cuidado.
-

4.1 Os Primeiros Hospitais

Um dos principais lugares onde um médico exerce sua profissão é o hospital e é lá, também, onde grande parte dos cuidados às pessoas doentes ou acidentadas é realizado. Mas, de onde será que surgiu a idéia de se construir hospitais, se na antiguidade não existia nada semelhante?

De uma forma geral o hospital moderno representa a solicitude natural humana para com o sofrimento das pessoas, enobrecido pela fraternidade e tornada eficiente devido aos inúmeros recursos da tecnologia médica e das especializações profissionais.

O nome Hospital vem do latim “hospes”, que significa “convidado”. Daí deriva “hospitalis” (hospitaleiro) e “hospitium”, uma casa de hóspedes ou quarto de hóspedes. Originalmente, o termo hospital significava um lugar onde estrangeiros ou visitantes eram recebidos e, no decorrer do tempo, o uso desse termo ficou restrito a instituições destinadas ao cuidado de doentes.

4.1.1 Antiguidade Pagã

Em tribos selvagens, como os antigos povos germânicos, os doentes e fracos eram muitas vezes abandonados para morrer, práticas mais humanas só foram encontradas entre alguns povos mais civilizados.

Um dos primeiros lugares para cuidar de enfermos de que se tem registro, foi fundado na Irlanda, no ano 300 a.C., pela Princesa Macha. Era chamado de “Broin Bearg” (casa de tristeza), e era usado pelos Cavaleiros da Casa Vermelha (Red Branch Knights) como residência, até sua destruição no ano 332 da era Cristã (332 d.C.). na Índia, o reino budista de Azoka (252 a.C.) tinha um local para tratar de homens e animais. Os mexicanos, em tempos pré-colombianos, tinham várias instituições em que os doentes e os pobres eram atendidos.

Entretanto, nem tudo que poderia ser chamado de hospital corresponde ao conceito de hospital usado atualmente. Apesar de possuírem alguns conhecimentos médicos, sabe-se que a maior parte dos procedimentos nesses lugares destinava-se apenas a aliviar o sofrimento e não a curar.

Os egípcios empregavam um número considerável de remédios e mantinham algum tipo de clínica nos templos. Os doentes recorriam ao templo de Esculápio, onde poderiam tomar banhos, realizar consultas a oráculos e passar a noite na esperança de receber instruções do deus por meio de sonhos que

os sacerdotes interpretavam. Pacientes curados faziam doações denominadas “taxas”. Médicos leigos cuidavam de certo tipo de farmácia nas quais as pessoas recebiam tratamento.

Um senador romano ergueu no ano de 170 d.C., dois estabelecimentos, um para os moribundos e o outro para as mulheres grávidas, pois esses pacientes não eram admitidos no templo de Esculápio.

Os romanos armazenavam provisões para o cuidado de soldados doentes e escravos em locais privados, onde os mais ricos mantinham anexos às suas propriedades, as valetudinarias (1).

Embora a Grécia e Roma tenham atingido o mais alto grau de cultura no seu tempo, o tratamento dispensado aos doentes era praticamente igual, e certamente não superior, ao que era encontrado nas nações orientais. Ambos, gregos e romanos, consideravam a doença como uma maldição imposta por poderes sobrenaturais e por isso procurava mais apaziguar a divindade malévola do que aplicar procedimentos de alívio ao doente.

4.1.2 Início da Era Cristã

Segundo consta dos relatos históricos, o próprio Cristo deu aos seus seguidores o exemplo de cuidar dos doentes. Por meio de numerosos milagres ele operou a cura de diversas formas de doença, incluindo a doença mais repugnante da época, a hanseníase. Ele também encarregou os apóstolos de curar os enfermos.

CONEXÃO

Entre os muitos prodígios e sinais feitos pelos apóstolos em Jerusalém, estão a cura do homem coxo (Atos, 3:2-8).

Para obter mais informações acesse o link:

<https://www.bible.com/pt/bible/129/act.3.2-8.nvi>.

CONEXÃO

São Paulo enumera entre os carismas “a graça da cura” (I Coríntios, 12:9).

Para obter mais informações acesse o link:

<https://www.biblionline.com.br/nvi/2co/12>.

São João adverte fiéis para, em caso de doença, trazer os padres da Igreja e deixá-los orarem sobre o homem doente, “e a oração da fé o salvará”, sendo um rito religioso, o Sacramento da Unção dos Enfermos, foi instituído para a restauração da sua saúde corporal.

Outra característica da vida cristã era a obrigação da prática da hospitalidade. O cristão, portanto, indo de um lugar para outro, era bem recebido nas casas dos irmãos, mas essa hospitalidade também era estendida ao visitante pagão.

A casa do bispo, em especial, era aberta ao viajante que não só encontrava comida e abrigo, mas também, em caso de necessidade, os meios para continuar sua jornada. Em alguns casos o bispo era também um médico, que provia ajuda para aqueles que dela necessitavam.

Os doentes também eram atendidos na “valetudinaria” dos romanos cristãos ricos, que com espírito de caridade estendiam a hospitalidade para aqueles que não podiam ser acomodados na casa do bispo.

Havia, portanto, desde os primeiros tempos, um sistema bem organizado para fornecer ajuda às várias formas de sofrimento, mas que era necessariamente limitado e dependente do esforço privado, principalmente porque, ao mesmo tempo, os cristãos estavam sob o julgo de um Estado hostil que muitas vezes os perseguia.

Enquanto havia perseguição aos cristãos, uma instituição de caráter público, como nossos hospitais modernos, estava fora de questão. Somente quando o imperador Constantino (ano 313 d.C.) deu liberdade à Igreja Católica, tirando-a da clandestinidade e interrompendo, pelo menos durante seu reinado, as perseguições, os cristãos puderam aproveitar sua maior liberdade para ajudar os doentes por meio dos primeiros hospitais.

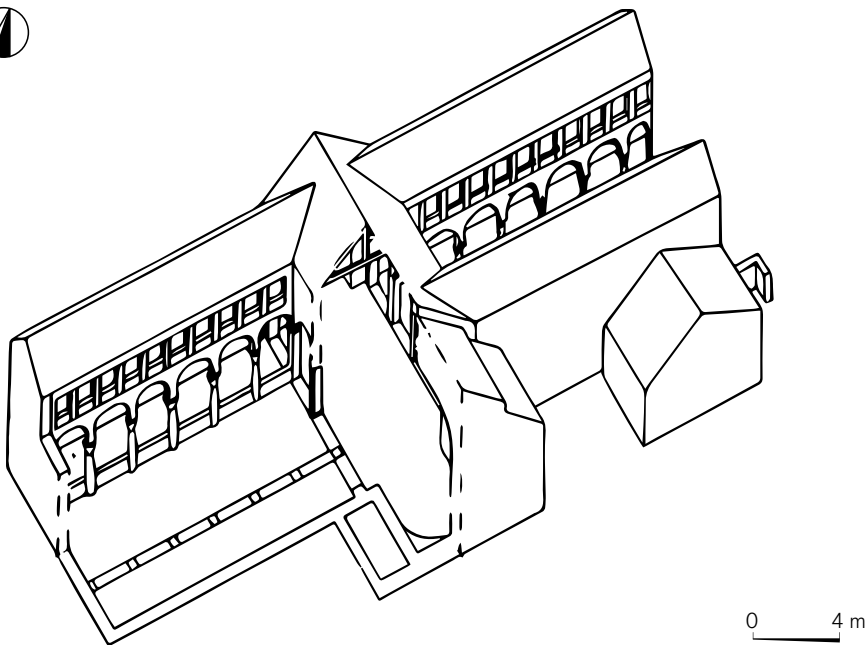
Para atender à grande demanda da pobreza, um tipo diferente de organização era necessário, em conformidade com a tendência predominante para dar um caráter institucional a todo trabalho voltado ao bem comum, levou-se à organização e fundação de hospitais.

Quando e onde o primeiro hospital foi criado é uma questão aberta. De acordo com algumas autoridades (Ratzinger, OBRA p. 141), São Zoticus construiu um em Constantinopla durante o reinado Constantino, fato esse não comprovado.

Mas as fundações mais famosas foram as de São Basílio Magno (330-369), em Cesárea, na Capadócia. Tinham dimensões de uma pequena cidade, com

ruas regulares, edifícios para diferentes tipos de pacientes, residências para médicos e enfermeiros, oficinas e escolas industriais. Fundou também um hospital especialmente para cuidar dos leprosos. O exemplo de São Basílio foi seguido por todo o Oriente.

Os nomes dos primeiros hospitais eram derivados do grego e designavam o objetivo principal de cada instituição. Alguns dos termos mais frequentemente usados eram o “*Nosocomuim*” para os doentes, o “*Brephotrophium*” para os enjeitados, o “*Orphanotrophium*” para os órfãos, os “*Ptochium*” para os pobres que eram incapazes de trabalhar, o “*Gerontochium*” para os idosos e o “*Xenodochium*” para peregrinos pobres ou doentes.



Xenodochium

A partir daí, em todo o mundo várias instituições foram sendo fundadas, com vários objetivos, dentro destes citados, de acordo com sua especificidade. Uma mesma instituição muitas vezes atendia necessidades diversas.

Mais tarde, surgiu em Paris a Instituição Hôtel-Dieu (“Hotel de Deus”), atribuída à Landry, Bispo de Paris. No fundo da ala, existia um altar para que os doentes pudessem participar da missa.

Na Espanha, a instituição mais importante para o cuidado dos doentes foi fundada em 580 pelo bispo Mazona em Augusta Emerita, uma cidade na província de Badajoz

4.1.3 Idade Média

Guenter Risse, historiador da ciência e medicina, mostra que quando caiu o império romano do ocidente (476), os mosteiros assumiram cada vez mais os cuidados dos doentes na Europa e por vários séculos. Esses mosteiros se tornaram verdadeiras escolas de medicina entre os séculos V e X, chamado de período da medicina monástica.

Os hospitais sofreram decadência de várias maneiras, especialmente através da perda de suas receitas, que foram confiscadas pelos reis ou desviadas para outros fins.

Durante o século X os mosteiros tornaram-se um fator dominante nos trabalhos hospitalares. A famosa abadia beneditina de Cluny, fundada em 910, tornou-se um exemplo que foi amplamente imitado por toda a França e Alemanha. Além de sua enfermaria para os religiosos, cada mosteiro tinha um hospital que atendia as pessoas externas ao mosteiro.

Os monges eram responsáveis por funções, cuidadosamente prescritas por uma regra de conduta, que detalhava cada tipo de serviço que um visitante ou paciente poderia precisar. Como eles também se incumbiam de procurar doentes e necessitados nas vizinhanças, cada mosteiro se tornou um centro para alívio do sofrimento.

Não menos eficiente foi o trabalho realizado pelo clero diocesano, em acordo com os atos disciplinares dos Concílios de Aachen (817 e 836 d.C.), que prescreviam que um hospital deveria ser mantido em conexão com cada igreja colegiada. Os clérigos eram obrigados a contribuir para manter o hospital. Como esses hospitais eram geralmente localizados nas cidades, tinham uma procura maior do que os hospitais ligados aos mosteiros. Nesse movimento de criação desses hospitais o bispo tomava a liderança, daí muitos hospitais terem sido fundados por bispos. Mas disposições diferentes eram encontradas em outros clérigos. Assim, os hospitais de São Maximiliano, São Mateus, São Simeão e São Tiago levaram os nomes das igrejas aos quais estavam anexados.

4.2 As Ordens Hospitalares

O surgimento de confrarias e ordens religiosas com a finalidade de ajudar os doentes é uma das fases mais importantes na história do desenvolvimento dos hospitais. A primeira delas surgiu em Siena (Toscana, Itália) no final do século IX, com a fundação do Hospital de Santa Maria della Scala e a elaboração de suas regras.

A gestão desses hospitais ficava em grande parte nas mãos dos cidadãos, embora sujeito ao controle do bispo. Instituições similares, na maioria das vezes regidas pela Regra de Santo Agostinho, surgiram em todas as partes da Itália. Nos países do norte (Bélgica, França e Alemanha) algumas ordens religiosas fundadas no fim do século XII incluíam em seus objetivos a caridade e o cuidado dos doentes. Nessa época, Santa Isabel da Hungria fundou dois hospitais em Eisenach e um terceiro em Wartburg.

Em Roma, o cardeal Giovanni Colonna fundou (1216) o hospital de Santo André e o hospital de São Giacomio.

Em torno de trinta hospitais para o cuidado dos doentes e enfermos foram fundados na cidade dos papas em cinco séculos.

4.3 As Ordens Militares

"As cruzadas deram origem a várias ordens de cavalaria que combinavam o serviço militar com o cuidado dos doentes. A mais antiga delas foi a Ordem dos Cavaleiros de São João (Hospitaleiros). Vários hospitais foram fundados em Jerusalém para fornecer cuidados aos peregrinos. O mais antigo foi o da Abadia Beneditina de Santa Maria Latina, fundada na época de Carlos Magno no ano 800 d.C.. os "Hospitais de São João" impressionavam pelo profissionalismo, onde se realizavam até pequenas cirurgias e os doentes recebiam visitas de médicos duas vezes ao dia, banhos, refeições e roupas. Esses hospitais foram modelos para a Europa (FELIPE AQUINO, 2008).

Quando a primeira Cruzada chegou a Jerusalém em 1099, Gerhard, superior de um hospital, comandou a construção de um novo edifício perto da igreja de São João Batista, de onde aparentemente a ordem obteve seu nome.

Essas ordens espalharam-se rapidamente na Terra Santa e na Europa, especialmente nos portos do Mediterrâneo que estavam cheios de cruzados. Sua finalidade original era o trabalho hospitalar. De acordo com John de Wisburg (ano de 1160), o hospital em Jerusalém cuidava de mais de 2000 pacientes.

O aspecto militar foi introduzido em meados do século XII. Em ambos os casos, por um tempo a Ordem prestou um excelente serviço, mas durante o século XIII o aumento da riqueza e o desleixo moral provocaram um declínio e, com isso, o zelo e o cuidado dos doentes foi em grande parte abandonados.

A Ordem Teutônica desenvolveu-se nos hospitais de campo, seus membros faziam voto de serviço aos doentes e sua norma prescrevia que onde quer que a ordem fosse introduzida deveria construir um hospital.

O centro de sua atividade, no entanto, logo foi transferido da Terra Santa para a Europa, especialmente para a Alemanha onde, devido à sua organização rígida e excelentes métodos administrativos, foram encarregados de cuidar dos muitos hospitais já existentes.

Entre os numerosos estabelecimentos, os de Elbing e Nuremberg gozavam da mais alta reputação. Entretanto, apesar de uma gestão prudente e da lealdade para com seus propósitos originais, a Ordem Teutônica sofreu severamente devido a perdas financeiras e à guerra.

4.4 Características dos Hospitais

4.4.1 Hospitais Medievais

Não é possível dar conta de detalhes que descrevem com precisão cada uma dessas instituições, pois elas diferem muito em tamanho, administração e equipamentos. A característica em comum era o esforço para fazer o melhor possível para atender o doente em cada circunstância e naturalmente cada hospital melhorava de forma diferente, em um ou outro aspecto, com o passar do tempo.

Certas características fundamentais, no entanto, foram mantidas durante toda a idade Média, ilustrando o desenvolvimento e a disseminação de boas práticas. Por exemplo, havia sempre a preocupação em garantir uma boa localização para essas instituições, de preferência às margens de um rio. O Hôtel-Dieu de Paris era próximo ao rio Sena; o Santo Spirito, em Roma, perto do rio

Tibre; o São Francisco, em Praga, perto do rio Moldau; os hospitais de Mains e Constance, perto do rio Reno; o Ratisbona, perto do rio Danúbio.

Em alguns casos, como em Fossanova e Beaune, um curso de água passava por baixo do edifício. Muitos dos hospitais, particularmente os menores, eram localizados na porção central da cidade ou vila, com fácil acesso para as pessoas das classes mais pobres.

Outros ainda, como Santa Maria Nuova, em Florença, e um bom número de hospitais ingleses, foram construídos fora dos muros da cidade com o propósito expresso de proporcionar melhor ar para os enfermos e evitar a propagação de doenças infectocontagiosas de todos os tipos.

A respeito das construções em si, deve-se notar que muitos dos hospitais acomodavam apenas um pequeno número de pacientes (sete, quinze ou vinte e cinco), o limite era geralmente determinado pelos recursos do fundador ou benfeitor.

Em alguns casos, tratava-se de uma moradia particular ou no máximo um edifício de dimensões modestas. Mas quanto maior eram os recursos disponíveis, maiores eram os investimentos feitos, e alguns hospitais eram planejados por hábeis arquitetos e construídos em uma escala maior.

Em alguns hospitais de porte grande, uma fonte abundante de luz e ar era fornecida por grandes janelas, que possuíam sua parte superior fixa enquanto a parte inferior podia ser aberta ou fechada. Em alguns casos (por exemplo, o Hospital do Espírito Santo, em Roma), foi adicionada uma cúpula que subia do meio do teto e era apoiada por colunas graciosas.

O interior geralmente era decorado com nichos e pinturas. A mesma habilidade artística que adornava as igrejas era utilizada para embelezar as enfermarias dos hospitais.

O hospital de Siena “constituiu um exemplo da arquitetura dos edifícios do período, com um magnífico conjunto de afrescos (2), alguns deles do século XIV, e muitos outros de séculos mais tarde”.

O hospital de Tonnerre, fundado em 1293 por Margarida de Borgonha, combinava muitas vantagens. Ficava situado perto de um pequeno riacho e sua ala principal, com teto em arco de madeira, era iluminada por grandes janelas. Ao nível do peitoril das janelas, uma galeria estreita corria ao longo da parede, possibilitando uma ventilação ao local, a qual podia ser regulada. Nessa galeria os doentes podiam caminhar ou ficar sentados ao sol.

As camas eram separadas por divisórias baixas que garantiam a privacidade dos enfermos, mas podiam ser movidas para o lado, de modo a permitir que

os pacientes pudessem assistir à missa que era celebrada no final da ala. Este arranjo, de uma capela em conexão com a ala principal, foi adotado em muitos estabelecimentos, e o sistema de alcova (3), não era tão freqüentemente encontrado.

A construção de hospitais chegou a um alto grau de perfeição em meados do século XV. Provavelmente, o melhor exemplo disso é o famoso hospital da cidade de Milão, fundado em 1445, embora só tenha sido concluído no final do século XV.

“Em 1456 o Hospital Grande de Milão foi fundado. Este edifício notável ainda está em uso como um hospital geral e contém mais de 2000 pacientes.” (WYLIE).

As construções eram feitas em forma de quadrados, sendo a principal delas muito maior que as outras, e separava o hospital em duas partes. As alas principais de ambos os lados formam uma grande cruz, no centro da qual havia uma cúpula, com um altar abaixo dela, onde o serviço religioso era realizado diariamente à vista dos pacientes.

Estas alas tinham corredores em ambos os lados, que não tinham altura tão elevada como as enfermarias, mas havia uma abundância de espaço para janelas acima destas passagens. Os tetos ficavam a trinta ou quarenta pés de altura, e o chão era coberto com tijolos vermelhos. Fora das enfermarias haviam corredores espaçosos. As enfermarias eram aquecidas por braseiros de carvão.

Estes hospitais foram construídos no momento em que a Igreja estava no auge de seu poder, pouco tempo antes da Reforma Protestante, e mostra o quanto tudo isso foi devido à Igreja.

A administração de um hospital, quando este fazia parte de um mosteiro, estava naturalmente nas mãos do abade ou prior (4) e seus pormenores eram prescritos por regras monásticas. Também os estatutos das ordens hospitalares regulamentavam minuciosamente os deveres do “Comandante” que dirigia cada hospital.

Em outras instituições, o funcionário responsável era conhecido como magister, provisor ou reitor. Esses funcionários eram nomeados pelo bispo ou pela municipalidade, às vezes pelo fundador ou patrono.

Os regulamentos mais adotados foram os da Ordem de São João de Jerusalém, a Regra de Santo Agostinho e a dos dominicanos.

O primeiro dever do magister ou reitor, ao assumir o cargo, era fazer um inventário dos bens e equipamentos do hospital. Além da superintendência geral do hospital, ele era responsável pelas contas e por toda a administração financeira, incluindo as propriedades do próprio hospital e dos depósitos em dinheiro, que muitas vezes, eram confiados a ele para manter em segurança. Era também seu dever receber cada paciente e atribuir-lhe um lugar adequado no hospital.

Os irmãos e irmãs estavam ligados por votos de pobreza, castidade e obediência, que recebiam das mãos de um sacerdote. Como em todos os estabelecimentos religiosos, a lista de direitos e deveres era estritamente prescrita, assim como também os detalhes de vestimentas, recreação e alimentação. Nenhum funcionário do hospital era autorizado a sair desacompanhado. Penalidades eram aplicadas a quem violasse as regras estipuladas.

Na recepção de pacientes, a maior caridade possível era mostrada.

"Soldados e cidadãos, religiosos e leigos, judeus e maometanos, eram encaminhados em caso de necessidade para o Hôtel-Dieu, e todos os que traziam as marcas da pobreza e da miséria eram admitidos, não havia outra exigência." (COYECQUE).

Além disso, os funcionários do hospital eram obrigados, de tempos em tempos, a ir para as ruas e trazer aqueles que precisavam de tratamento.

Ao entrar no hospital, o paciente, se fosse cristão, fazia a confissão e recebia a Sagrada Comunhão, a fim de que a paz de espírito pudesse beneficiar sua saúde corporal. Uma vez admitido, ele era tratado quase como um dono de casa, conforme os estatutos mandavam.

Conforme sua capacidade, os doentes exerciam as funções de oração, participavam da missa e recebiam os sacramentos. Eles recebiam a recomendação de orar por seus benfeitores, pelas autoridades, e por todos os que podiam estar em perigo.

À noite, recitavam orações nas enfermarias. Eles eram freqüentemente animados com a visita de pessoas ilustres ou da nobreza, que tinham disposição de caridade, como foram exemplos a rainha Catarina da Suécia e a rainha Margaret, da Escócia.

A regulamentação relativa ao bem-estar físico dos enfermos prescrevia que o paciente nunca devia ser deixado sem um atendente e que os enfermeiros

deviam estar de plantão em todas as horas do dia e da noite. Se por um acaso a doença se tornasse mais grave, o paciente deveria ser removido da enfermaria para um quarto privado e receber atenção especial.

O hospital Santa Maria Nuova, em Florença, tinha uma seção separada (pazzeria) para os pacientes delirantes. Disposição semelhante era feita para os casos de maternidade, e as pacientes eram mantidas no hospital por três semanas após o parto.

Uma boa atenção era dada à limpeza e conforto, como mostram os registros da época que tratam de banhos, camas, lençóis, ventilação e aquecimento por meio de lareiras ou braseiros.

O tratamento médico era ministrado por monges ou outros eclesiásticos, ao menos no início do tratamento.

A partir do século XII em diante, algumas restrições foram colocadas sobre a prática da medicina por clérigos, especialmente em relação a operações cirúrgicas, bastante severas no que dizia respeito à aceitação de pagamento para atendimento dos doentes

Neste período, houve enormes crescimentos e evoluções nestes aspectos, sempre em busca de algo melhor para o atendimento aos doentes, portanto seria muito interessante e de grande valia para seu estudo que você consultasse os Decretos dos Concílios: Clermont (1130), Reims (1131), segundo e quarto de Latrão (1139 e 1215).

Às vezes era necessário um médico ou cirurgião mais especializado para atender certos casos. Passou a ser mais comum o surgimento de escolas de medicina nas universidades, como em Salerno.

Um documento importante é o relatório enviado em 1524 a partir de Santa Maria Nuova, em Florença, para o rei Henrique VIII, que, querendo reorganizar os hospitais de Londres, tinha procurado informações sobre a famosa instituição florentina. A partir desse documento sabe-se que três jovens médicos ficavam residentes no hospital, no atendimento constante aos enfermos e faziam um relatório diário sobre a condição de cada paciente, enviados a médicos da cidade que davam prescrições ou ordenavam modificações no tratamento.

Anexado ao hospital havia um dispensário para o tratamento de úlceras e outras doenças leves. Este era coordenado pelo principal cirurgião da cidade e três assistentes, que davam seus serviços gratuitamente aos moradores carentes e lhes forneciam os remédios da farmácia do hospital.

Para atender suas despesas, cada hospital tinha seus próprios meios de investimento, na forma de terras, por vezes de aldeias inteiras, fazendas, vinhedos e florestas.

Os leigos também contribuíam, com liberalidade, quer para os objetivos gerais do hospital, como para suprir alguma necessidade especial, tais como aquecimento, iluminação ou provisões. Não era incomum um benfeitor doar uma ou mais camas, ou contribuir com uma renda anual, o que lhe garantia cuidados e tratamento em caso de necessidade.

Frequentemente a generosidade do hospital e de seus patronos era abusada, por exemplo, por simuladores ou vagabundos, e regras mais restritas em matéria de admissão tornaram-se necessárias.

4.4.2 Período Pós-Reforma

Os prejuízos infligidos a todo o sistema de instituições de caridade pela reviravolta do século XVI foram desastrosos em muitos aspectos para o trabalho dos hospitais.

A dissolução dos mosteiros, especialmente na Inglaterra, privou a Igreja, em grande medida, dos meios para ajudar os doentes e da organização através da qual esses meios eram empregados.

O próprio Lutero confessou mais uma vez que, sob o papado, generosas ofertas eram feitas para todas as classes de sofrimento, enquanto que entre os seus próprios seguidores, ninguém contribuía para a manutenção dos doentes e dos pobres.

Como resultado, os hospitais nos países protestantes foram rapidamente secularizados, embora esforços não faltassem, por parte das paróquias e municípios, para obter fundos para fins caritativos.

A igreja, entretanto, embora privada das receitas necessárias, tomou medidas enérgicas para restaurar e desenvolver o sistema hospitalar. O humanista Vives declarou que por disposição divina, cada um deveria comer do seu pão depois de ganhá-lo com o suor de sua testa, que os magistrados deveriam analisar quem entre os cidadãos eram capazes de trabalhar e os que realmente são desamparados.

Para os hospitais em particular, Vives recomendava uma economia rígida em sua administração, uma melhor prestação de atendimento médico e uma mais justa repartição dos fundos disponíveis, através do qual o excedente das

instituições mais ricas deveriam ser distribuídas às mais pobres. O plano de Vives foi primeiro colocado em execução em Ypres, na Bélgica, e depois expandido por Charles V para todo o império (1531).

Ainda mais decisiva foi a ação tomada pelo Conselho de Trento, que renovou os decretos de Viena e, além disso, ordenou que todas as pessoas encarregadas da administração de um hospital deveriam realizar uma rigorosa prestação de contas e, em caso de ineficiência ou irregularidade no uso dos fundos, não só deveriam estar sujeitos a censura eclesiástica, mas também deveriam ser afastados do cargo e obrigados a fazer restituição.

O mais importante, no entanto, dos decretos, foi o que colocou o hospital sob controle episcopal e proclamou o direito do bispo de visitar cada instituição, a fim de verificar se é bem gerida e se cada um, ligado a ele, cumpria fielmente seus deveres. Esses decretos foram repetidos por todos em toda a Europa.

Na França, o controle dos hospitais já tinha passado para as mãos do Rei Luís XIV, que estabeleceu em Paris um hospital especial para quase todas as necessidades: inválidos, convalescentes, doentes incuráveis, etc., além de um vasto “hospital geral” para os pobres. Ele contou com os esforços do episcopado para colocar em vigor os decretos, sobre a superintendência e visitação dos hospitais. Por outro lado, este período foi notável pelos resultados alcançados por São Vicente de Paulo, e especialmente pela comunidade que ele fundou para cuidar dos pobres doentes, as Irmãs de Caridade.

Desde a Reforma, de fato, as mulheres tiveram um papel mais proeminente do que nunca no cuidado dos doentes. Mais de uma centena de ordens ou congregações femininas foram criadas para esta finalidade.

Uma tentativa notável de reforma durante o século XVIII foi o Hôtel-Dieu de Paris, no reinado de Luís XVI. Este hospital, que geralmente tinha 2400 pacientes e, às vezes, 5000, há muito sofria de superlotação, ventilação deficiente e negligência aos pacientes. Para sanar esses problemas, uma comissão foi nomeada. A principal recomendação contida no relatório (1788) foi a adoção do sistema modelado de pavilhões.

A Revolução Francesa, porém, interveio e foi só durante o século XIX que as melhorias necessárias foram introduzidas.

4.5 Hospitais nas Cidades

As Cruzadas, abrindo uma comunicação mais livre com o Oriente, instauraram um ambiente comercial por toda a Europa e, em consequência, as cidades, distintas da propriedade feudal e das aldeias, começaram a surgir.

As condições econômicas daí decorrentes afetaram o desenvolvimento dos hospitais de duas maneiras. O aumento da população nas cidades, necessitava da construção de numerosos hospitais, por outro lado, havia uma maior abundância de recursos para os trabalhos de caridade. Fundações dirigidas por leigos tornaram-se mais freqüentes.

Indivíduos movidos pelo espírito público, corporações, irmandades e governos municipais, apoiaram o surgimento de novos hospitais. Neste movimento as cidades italianas foram as mais importantes. Monza no século XII tinha três hospitais, Milão tinha onze e Florença tinha trinta.

As cidades alemãs não foram menos ativas: Stendal tinha sete hospitais; Quedlinburg, quatro; Halberstadt tinha oito; Magdeburg, cinco; Halle, quatro; Erfurt, nove; Colônia tinha dezesseis.

Neste período houve uma passagem freqüente do controle dos hospitais para as mãos dos governos dos municípios, especialmente na Itália e Alemanha.

Na França, o rei Filipe Augusto, em 1200, decretou que todos os hospitais e seus fundos financeiros deveriam ser administrados pelo bispo ou algum outro eclesiástico. O Conselho de Paris (1212) tomou medidas para reduzir o número de atendentes nos hospitais que, como os bispos declaravam, foram feitos para servir os doentes e não para o benefício das pessoas de boa saúde.

No Concílio de Arles (1260) foi promulgado, em vista da ocorrência de abusos, que os hospitais deviam ser colocados sob a jurisdição eclesiástica e conduzidos por pessoas que deveriam “levar uma vida comunitária, apresentar relatórios anuais de sua administração e não reter para si nada além de alimentos e roupas”.

Mesmo o Hôtel-Dieu, que na maior parte do tempo tinha sido bem gerido, começou no século XV a sofrer com graves abusos. Depois de várias tentativas de reforma, uma diretoria composta de oito pessoas, um delegado do município, foi nomeado e, com a aprovação do tribunal, assumiu a administração do Hôtel-Dieu.

Atualmente, segundo a Organização Mundial da Saúde, “hospital é a parte integrante de um sistema coordenado de saúde, cuja função é dispensar à

comunidade completa assistência à saúde, tanto curativa quanto preventiva, incluindo serviços extensivos à família em seu domicílio e ainda um centro de informações para os que trabalham no campo da saúde e para as pesquisas bio-sociais”.

É uma instituição multiprofissional, privada ou pública. Os bons hospitais de hoje são os que adotam uma eficiente administração aliada à constante inovação dos serviços hospitalares, qualidade e oferta de mais do que o simples atendimento às necessidades dos pacientes.

Hoje em dia é impossível imaginar uma sociedade sem a presença de hospitais. Essa grandiosa instituição deve sua história à Igreja e aos religiosos e religiosas, leigos e leigas que, movidos pela caridade cristã, dedicaram suas vidas a cuidar dos doentes.

4.5.1 Grã-Bretanha e Irlanda

Nestes países, o cuidado dos doentes foi por um longo tempo confiado às ordens monásticas. Cada mosteiro, conforme as regras providas do Continente, provia o tratamento tanto de seus próprios membros quanto das pessoas da vizinhança que ficavam doentes.

A lista de hospitais fundados pela Igreja Católica na Inglaterra é longa. Essas instituições estavam sob jurisdição episcopal, como pode ser visto em promulgação de Conselho de Durham (1217): “aqueles que desejam fundar um hospital devem receber de nós as suas regras e regulamentos”.

No entanto, abusos começaram a ocorrer, tanto que um texto enviado pela Universidade de Oxford ao rei Henrique V, em 1414, queixava-se de que pobres e doentes foram expulsos de hospitais e deixados sem recursos, enquanto os mestres e os superintendentes apropriaram-se das receitas financeiras.

Os hospitais ficavam geralmente sob direção de um mestre, assistido por enfermeiros. Havia também um capelão disponível, e os enfermeiros eram incentivados a orar diariamente por seus fundadores e benfeitores.

A existência de numerosos hospitais na Irlanda é atestado pelas chamadas Leis de Brehon, que previam que o hospital devia estar livre de dívidas, teria quatro portas, e deveria haver um fluxo de água que passasse por ali (Leis, I, 131). Cães, loucos e mulheres rabugentas deveriam ser mantidos longe do paciente para que ele evitasse preocupações.

Quem quer que injustamente causasse ferimentos em outra pessoa teria de pagar pelos seus cuidados médicos, quer em um hospital ou numa casa

particular. No caso da pessoa ferida ser encaminhada a um hospital, sua mãe, se viva e disponível, deveria ir com ele.

Numa etapa posterior, os Cavaleiros de São João fundaram um grande número de hospitais, sendo o mais importante destes, fundado no Priorado de Kilmainham, em 1174.

No final do século XII, diversos estabelecimentos hospitalares fundados por essa ordem podiam ser encontrados em várias partes da Irlanda. Fundou-se no Priorado de São João Batista, um hospital para os doentes e em 1361, ao saber que o hospital cuidava de 115 doentes pobres, o rei Edward III concedeu-lhe uma concessão de terras por 20 anos. Esta concessão foi renovada em 1378 e em 1403.

Após a Reforma, todos esses fundos e instituições de caridade tornaram-se propriedade da Igreja Protestante da Irlanda.

As fomes e as epidemias, que atormentavam esses países durante a Idade Média, propiciaram a criação de um número considerável de instituições de caridade, em particular de casa para leprosos, entretanto, muitas vezes essas instituições se tornaram hospitais, onde cuidavam tanto de pacientes normais como de pessoas doentes por lepra, visto que, tendo sido originalmente inaugurado como casa de um leproso, tornou-se um hospital geral quando a epidemia de lepra diminuiu.

4.5.2 América

O primeiro hospital na América foi construído antes de 1524, na Cidade do México, por Cortés, em gratidão, como ele declarou em seu testamento “pelas graças e misericórdias que Deus tinha lhe concedido e permitindo-lhe descobrir e conquistar a Nova Espanha, e em expiação por qualquer pecado que tivesse cometido, especialmente aqueles que ele não lembrava, ou qualquer culpa que pudesse haver em sua consciência, para a qual ele não poderia fazer expiação especial.”

Foi chamado de Hospital da Puríssima Conceição. Ele ainda existe e seus superintendentes são nomeados pelos descendentes de Cortes.

Uma lei de 1541 ordenava que hospitais deveriam ser erguidos em todas as cidades espanholas e indianas.

O Primeiro Conselho Provincial de Lima (1583) e o Conselho Provincial do México (1585) decretaram que cada sacerdote deveria contribuir com a décima segunda parte de sua renda para os hospitais.

4.5.3 Canadá

O primeiro hospital do Canadá foi o Hôtel-Dieu, fundado pela Duquesa de Aiguillon em 1639 em Sillery, e mais tarde transferido para Quebec, onde ainda está sob responsabilidade dos Hospitalières de la Miséricorde de Jesus. O Hôtel-Dieu, em Montreal, foi fundado em 1644 por Jeanne Mance.

Existem atualmente 87 hospitais no Canadá sob controle e direção de várias comunidades religiosas católicas.

4.5.4 Estados Unidos da América

O primeiro hospital dos Estados Unidos foi erguido na ilha de Manhattan por volta de 1663, a pedido do cirurgião Hendricksen Varrevanger, para a recepção dos soldados doentes que haviam sido previamente alojados em casa de famílias privadas, e para os negros da Companhia das Índias Ocidentais.

Casas de tratamento de doenças contagiosas foram estabelecidas em Nova York, Salem (Massachusetts) e Charleston no início do século XVIII. Em 1717 um hospital para doenças infecciosas foi construído em Boston e o Hospital da Pensilvânia começou a ser construído em 1751 (concluído em 1805).

O primeiro hospital criado pela beneficência privada foi o Hospital de Caridade em Nova Orleans, por volta de 1720. Ele ainda está sob o comando das Irmãs de Caridade, é um dos hospitais mais importantes do país, recebendo anualmente cerca de 8000 pacientes.

Há agora mais de 400 hospitais católicos nos Estados Unidos que cuidam de cerca de meio milhão de pacientes anualmente.

A multiplicação dos hospitais nos últimos tempos, especialmente durante o século XIX, ocorreu devido a uma variedade de causas. A primeira delas foi o crescimento da indústria e a conseqüente expansão da população das cidades. Para atender as necessidades das classes trabalhadoras, hospitais com instalações maiores foram criados, e algumas associações constituíram fundos para garantir o cuidado adequado aos membros doentes.

Outro fator importante foi o avanço da ciência médica, que trouxe consigo a necessidade de ensino clínico. A este respeito as universidades têm exercido muita influência: nenhum curso de medicina é possível atualmente sem que haja uma formação prática em algum hospital.

Por outro lado, a eficiência dos hospitais melhorou devido a numerosas descobertas relativas à higiene, anestesia e antissepsia, contágio e infecção.

A experiência com as guerras ocorridas também propiciaram melhorias. As lições aprendidas nas guerras da Criméia , onde houve a atuação de Florence Nightingale e na Guerra Civil Americana foram aplicadas à construção de hospitais, e levaram à adoção do sistema de pavilhão.

4.5.5 Brasil

O primeiro hospital do Brasil é a Santa Casa de Misericórdia de Santos, do Estado de São Paulo, que foi inaugurado em novembro de 1543.

A construção teve início em 1542, por iniciativa do português Braz Cubas, líder do povoado do porto de São Vicente, posteriormente Vila de Santos. Ele teve o auxílio dos próprios moradores da região. Sua data de fundação foi o dia primeiro de janeiro, conhecido como o dia de todos os santos, e por isso o hospital recebeu o nome de Hospital de Todos os Santos, também para homenagear o maior hospital de Lisboa, em Portugal. Desse nome, saiu também o nome da cidade de Santos.

A administração e assistência ao hospital ficaram a cargo da Confraria da Misericórdia, confirmada por D. João III em Almerim, a 2 de abril de 1551.

O hospital prestou atendimento aos colonos, nativos e escravos, passando pelos nobres do Império Português e do Brasil Imperial, tradicionais monarquistas e republicanos, até patrões, operários, empregados e desempregados. Serviu para a prática e o ensino da Medicina durante quase três séculos, antes da fundação da primeira faculdade de Medicina do país.

No ano de 1560 foi criada a Confraria da Misericórdia de São Paulo dos Campos de Piratininga, alojada no Pátio do Colégio, depois nos Largos da Glória e Misericórdia, até ser inaugurada na Vila Buarque, em 1884 o Hospital Central – sua sede até os dias hoje. No Rio de Janeiro a Santa Casa de Misericórdia foi instalada pelo Padre José de Anchieta para socorrer os tripulantes da esquadra do Almirante Diogo Flores Valdez, aportada à baía de Guanabara em março de 1582, com escorbuto (5) a bordo.

No século XX surgiram os hospitais particulares, com objetivos lucrativos, de propriedade de médicos.

A partir de 1960 começaram a surgir os hospitais próprios da medicina de grupos, envolvendo tanto os grupos médicos quanto as cooperativas médicas.

4.6 A Enfermagem no Brasil

4.6.1 A Organização da Enfermagem na Sociedade Brasileira

Compreende desde o período colonial até o final do século XIX e analisa a organização da Enfermagem no contexto da sociedade brasileira em formação.

“As escolas de jesuítas, especialmente os colégios e seminários em funcionamento em toda a colônia, preenchiem as funções de reprodução das relações de dominação e a reprodução da ideologia dominante, assegurando dessa maneira a própria reprodução da sociedade escravocrata.” (FREITAG).

A colonização portuguesa no Brasil, de base agrícola, esteve intimamente relacionada ao processo de expansão do capitalismo comercial europeu.

A sociedade colonial era composta, em sua essência, por brancos europeus, negros africanos e indígenas nativos, que eram aproveitados como trabalhadores, constituindo assim três grupos sociais: a classe mais eminentemente superior, representada pelos proprietários rurais, que eram os donos absolutos da riqueza, do prestígio e do poder; os escravos, índios e negros, que trabalhavam as terras e eram dominados por seus senhores; e ainda uma classe flutuante, composta por um aglomerado de mestiços sem posição definida nos quadros sociais.

Quanto às ações de saúde, vamos encontrá-las inicialmente vinculadas aos rituais místicos, realizados na própria tribo pelos pajés e feiticeiros, e às práticas domésticas desenvolvidas pelas mulheres índias para o cuidado das crianças, velhos e enfermos.

Os indígenas usavam amuletos, superstições e principalmente os vastos recursos da flora, além de práticas comuns como repouso, o jejum e o uso de calor. Antes da colonização, essas práticas eram suficientes para preservar-lhes a saúde.

Com a chegada do colonizador europeu e do negro africano, doenças infectocontagiosas, como a tuberculose, a febre amarela, a varíola, a lepra, a malária e as doenças venéreas, passaram a compor o cenário brasileiro, tendo início o percurso macabro das epidemias e a extinção dos nativos.

A escassez de profissionais colaborou para a proliferação do curandeirismo, e a arte de curar nas mãos dos leigos, autorizados a desempenhar umas poucas funções específicas, era um misto de ciência e crendice.

A medicina popular portuguesa, composta por conhecimentos empíricos, trazida por navegantes, colonos e missionários, foi o que serviu de base à medicina brasileira. Somente com a chegada do príncipe-regente é que o ensino médico teve início no Brasil.

A primeira forma de assistência aos doentes após a colonização, foi estabelecida pelos padres jesuítas que aqui vieram em caráter missionário, para assumir a tarefa de doutrinação cristã da população colonial.

No Brasil, a rede missionária difundiu-se em pouco tempo, com a fundação de colégios e missões.

A assistência aos doentes é, então, prestada pelos religiosos em enfermarias edificadas nas proximidades dos colégios e conventos. Posteriormente, voluntários e escravos, também passam a executar essa atividade nas Santas Casas de Misericórdia, fundadas a partir de 1543, nas principais capitâncias brasileiras, sendo que a primeira foi a de Santos. Todas elas atendiam precariamente aos doentes pobres e aos soldados.

A prática de Enfermagem era, por esse tempo, doméstica e empírica; mais instintiva que técnica, atendendo prioritariamente a fins lucrativos.

Mais tarde, são fundados os hospitais militares com os mesmos objetivos dos hospitais militares europeus, ou seja: a preservação da vida do soldado, em benefício dos interesses financeiros que envolviam a formação e a manutenção das tropas.

Nessa sociedade, a indefinição de uma política de saúde é, em parte, explicada pela falta de interesse na reprodução da força de trabalho, já que esta ia sendo gradativamente ocupada pelos imigrantes.

"Às ocupações manuais correspondiam tipicamente níveis baixos de poder, prestígio e rendimento. A partir de certo momento, entretanto, muitas ocupações manuais passam a requerer para a sua execução um nível elevado de conhecimento especializado." (SOUZA E CASTRO).

Nessa sociedade, a indefinição de uma política de saúde é, em parte, explicada pela falta de interesse na reprodução da força de trabalho, já que esta ia sendo gradativamente ocupada pelos imigrantes.

Ao final do século XIX, apesar de o Brasil ainda ser um imenso território com um contingente populacional pouco elevado e disperso, um processo de urbanização lento e progressivo já se fazia sentir nas cidades que possuíam áreas de mercado mais intensas, como São Paulo e Rio de Janeiro.

A questão saúde passa a constituir um problema econômico-social, a partir do momento em que as doenças infectocontagiosas, trazidas pelos europeus e pelos escravos africanos, começam a propagar-se rápida e progressivamente, tomando grandes proporções nos principais núcleos urbanos, tanto que os países que comercializavam com o Brasil advertiam constantemente em relação à resistência das epidemias e endemias que ameaçavam, não só as tripulações de seus navios, como as suas populações.

Mais tarde, a Reforma Carlos Chagas (1920), numa tentativa de reorganização dos serviços de saúde cria o Departamento Nacional de Saúde Pública, órgão que, durante anos, exerceu ação normativa e executiva das atividades de Saúde Pública no Brasil.

A formação de pessoal de Enfermagem, para atender inicialmente aos hospitais civis e militares e, posteriormente, às atividades de saúde pública, principiou com a criação, pelo governo, da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, no Rio de Janeiro.

A formação profissional, estabelecida nessa Escola, estava em conformidade com os moldes das Escolas de Salpetrière na França; o curso tinha duração de dois anos, e o currículo abordava aspectos básicos da assistência hospitalar, predominantemente curativa.

Ao ser iniciada a I Grande Guerra Mundial (1914), como consequência de lutas pela hegemonia imperialista, a Cruz Vermelha Brasileira, em consonância com o movimento internacional de auxílio aos feridos de guerra, passa a preparar voluntárias para o trabalho de Enfermagem.

Em todos esses cursos, as aulas foram durante muito tempo, ministradas por médicos e na maioria deles, também a direção esteve a cargo deste profissional, só passando às mãos das enfermeiras em épocas mais recentes.

4.6.2 Importância Anna Nery

O marco inicial da enfermagem moderna brasileira foi criado com a formação da Escola de Enfermagem Anna Nery. Neste período, a sociedade brasileira passava por profundas transformações. No campo político destacamos a pro-

clamação da república em 1889, a primeira guerra mundial (1914-1918) e a chamada revolução de 1930; no campo econômico, a crise do ciclo cafeeiro e a aceleração do processo industrial; no campo social, a urbanização, a imigração e os movimentos sociais e, no campo cultural, a semana da arte moderna em 1922. No campo da saúde, as epidemias, que não eram novidade, mas que nessa conjuntura ganhavam outra dimensão, impunham medidas urgentes por parte do estado.

Foi a primeira Escola de Enfermagem no Brasil, surgiu no contexto do movimento sanitarista brasileiro, sendo criada pelo Decreto nº 16.300 de 31 de dezembro de 1923, como Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública, denominada Escola de Enfermeiras D. Ana Neri, pelo Decreto nº 17.268 de 31 de março de 1926, implantando a carreira de Enfermagem – modelo “Nightingale” - em nível nacional.

Foi incorporada à Universidade do Brasil em 05 de julho de 1937. Incluída entre os estabelecimentos de Ensino Superior da Universidade em 17 de dezembro de 1945, integrando atualmente o Centro de Ciências da Saúde da Universidade, de acordo com o plano de Reestruturação aprovado em 13 de março de 1967.

A Escola de Enfermagem Anna Nery, registra um papel histórico-social de vanguarda, expansão e desenvolvimento da enfermagem brasileira, destacando-se, dentre outras, a Associação Brasileira de Enfermeiras Diplomadas (1926), atualmente a Associação Brasileira de Enfermagem – Aben, a criação de novas escolas de enfermagem, a organização de hospitais e centros de saúde, formação e qualificação de enfermeiros Especialistas, Mestres, Doutores e em Programas de Pós-Doutorado, principalmente em todas as regiões do país e na perspectiva de Cooperação Técnica e Científico-Cultural em alguns países da América Latina (Argentina, Colômbia, México e Peru) e da África (Angola e Moçambique).

Foi fundada por iniciativa do eminente sanitarista e cientista brasileiro Prof. Carlos Chagas, e graças ao concurso dos esforços das enfermeiras americanas que integraram a Missão Técnica de Cooperação para o Desenvolvimento da Enfermagem no Brasil, chefiada pela Sra. Ethel O. Parson, que chegou ao Rio de Janeiro em 02 de setembro de 1921.

A missão técnica foi patrocinada pela Fundação Rockefeller e teve a incumbência essencial de implantar, no Brasil, o Serviço de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública, do Ministério da Justiça e Negócios

Interiores, sendo Diretor Geral do Departamento o Dr. Carlos Chagas. Desde logo, foi recomendada a criação de uma Escola de Enfermeiras (Decreto nº 15, 799/22), e quando o primeiro currículo foi implantado, em 1923, para consolidar o efetivo funcionamento da Escola, era Diretora a Sra. Clara Luise Kieninger.

Tamanha foi a importância dessa iniciativa diante da situação de saúde instalada no país que seu modelo de formação, com amparo de legislação estabelecida na década de 1930, obteve reconhecimento como padrão nacional, tornando-se modelo brasileiro de ensino e assistência de enfermagem.

Desde então, a Escola de Enfermagem Anna Nery constitui-se em um monumento da Enfermagem Brasileira, por onde passaram ilustres mulheres estudosas que se dedicaram à Enfermagem como disciplina de estudo e como profissão; em quaisquer dessas instâncias, os seus propósitos de luta voltaram-se ao desenvolvimento da saúde da população no país.

4.6.3 Cruz Vermelha Brasileira

Essa organização humanitária surgiu em 1863, resultado direto dos esforços do suíço Henri Dunant, sob o nome de Comitê Internacional para Ajuda aos Militares Feridos, designação alterada a partir de 1876, para Comitê Internacional da Cruz Vermelha.

Durante uma viagem de negócios pela Itália, em 1859, ele testemunhou a Batalha de Solferino, travada entre tropas austríacas e francesas, que teve quase 40 mil baixas. Impressionado com a tragédia, Dunant organizou os serviços para atender os feridos de ambos os lados.

“O desenvolvimento da Cruz Vermelha é um produto típico da Europa do século 19. A guerra era então encarada como um mal necessário. Portanto, a proposta de fazer o máximo possível para limitar o sofrimento humano tornou-se popular.” (BATES).

Dunant tratou de expandir sua idéia para outros países ao convocar uma conferência sobre o assunto com representantes de várias nações.

Em 1864, foi assinado um tratado internacional – o primeiro, das famosas Convenções de Genebra – que, entre outras medidas, garantia neutralidade ao pessoal médico que trabalhasse nas guerras.

Em teoria, governo algum pode impedir a entrada de agentes médicos num campo de prisioneiros, por exemplo.

Quando começou a organizar a criação da Cruz Vermelha, Henri era um empresário milionário, mas ele acabou indo à falência ao dedicar mais tempo às atividades humanitárias do que aos seus negócios, chegando a virar mendigo de rua numa pequena cidade suíça.

Doente, foi redescoberto por um admirador, que conseguiu interná-lo num sanatório. Em 1901, Dunant recuperou o reconhecimento mundial e teve seus esforços humanitários recompensados ao se tornar o primeiro ganhador do Prêmio Nobel da Paz.

Há o Comitê Internacional da Cruz Vermelha (CICV), que é uma organização humanitária, independente e neutra, que se esforça em proporcionar proteção e assistência às vítimas da guerra e de outras situações de violência.

Além disso, o CICV procura agir de forma preventiva e atua em parceria com as Sociedades Nacionais da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho em cada país, a exemplo da Cruz Vermelha Brasileira (CVB) no Brasil, e com a Federação Internacional das Sociedades da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho.

Sua sede fica em Genebra, na Suíça, e possui um mandato da comunidade internacional para servir de guardião do Direito Internacional Humanitário.



CONEXÃO

Para obter mais informações acesse o link:

https://pt.wikipedia.org/wiki/Direito_Humanit%C3%A1rio_Internacional

A Cruz Vermelha Brasileira (CVB) é uma sociedade Nacional, fundada em 5 de dezembro de 1908. É uma organização independente e neutra, tendo a sua sede nacional localizada na cidade do Rio de Janeiro, com várias filiais estaduais. Atualmente tem em torno de 15.000 voluntários distribuídos nestas filiais e que trabalham incansavelmente para levar assistência humanitária às pessoas afetadas por desastres naturais, terremotos, furacões, conflitos, violência armada e seu mandato deriva essencialmente das convenções de Genebra de 1949.



CONEXÃO

Para obter mais informações acesse o link:

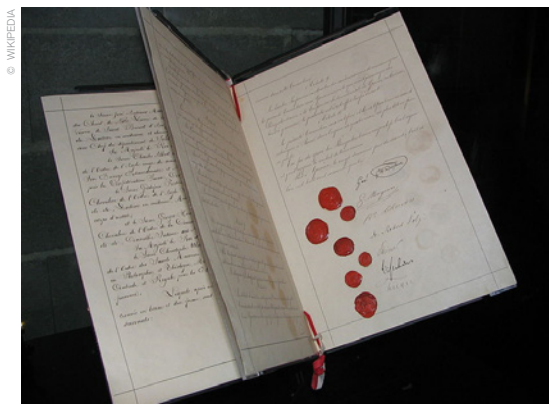
<http://www.cruzvermelha.org.br/institucional/A>

O Comitê Internacional da Cruz Vermelha baseia-se no princípio da neutralidade, não se envolvendo nas questões militares ou políticas, de modo a ser digna da confiança das partes em conflito e assim exercer suas atividades humanitárias livremente.

Suas principais atividades são:

- Visitar prisioneiros de guerra e civis detidos;
- Procurar pessoas desaparecidas;
- Intermediar mensagens entre membros de uma família separada por um conflito;
- Reunir famílias dispersas;
- Em caso de necessidade, fornecer alimentos, água e assistência médica a civis;
- Difundir o Direito Internacional Humanitário (DIH);
- Zelar pela aplicação do DIH;
- Chamar a atenção para violações do DIH e contribuir para a evolução deste conjunto de normas.

As Convenções de Genebra são uma série de tratados formulados em Genebra, na Suíça, definindo as normas para as leis internacionais relativas ao Direito Humanitário Internacional (DHI). Esses tratados definem os direitos e deveres de pessoas, combatentes ou não, em tempo de guerra. Tais tratados são inéditos e foram elaborados durante quatro Convenções de Genebra, que aconteceram de 1864 a 1949.



Convenções de genebra originais

O trabalho do Comitê Internacional da cruz vermelha está baseado em sete princípios fundamentais:

HUMANIDADE	Socorre, sem discriminação, os feridos no campo de batalha e procura evitar e aliviar os sofrimentos dos homens, em todas as circunstâncias;
IMPARCIALIDADE	Não faz nenhuma distinção de nacionalidade, raça, religião, condição social e filiação política;
NEUTRALIDADE	para obter e manter a confiança de todos, abstém-se de participar das hostilidades e nunca intervém nas controvérsias de ordem política, racial, religiosa e ideológica;
INDEPENDÊNCIA	As Sociedades Nacionais devem conservar sua autonomia, para poder agir sempre conforme os princípios do Movimento Internacional da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho;
VOLUNTARIADO	Instituição de socorro voluntário e desinteressado;
UNIDADE	Só pode haver uma única Sociedade Nacional em um país;
UNIVERSALIDADE	Instituição universal, no seio da qual todas as Sociedades Nacionais têm direitos iguais e o dever de ajudar umas às outras.

Desde que o CICV foi criado, seus fundadores identificaram a necessidade de utilizar um emblema único e universal, facilmente reconhecido. A idéia era que o emblema protegesse não apenas os feridos em campanha, mas também as pessoas que prestavam assistência, incluindo as unidades médicas, mesmo as do inimigo.

De acordo com a Convenção de Genebra e seus Protocolos Adicionais, os emblemas reconhecidos são: a cruz vermelha, o crescente vermelho e o cristal vermelho.



Símbolos do Movimento Internacional da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho.

Estes emblemas estão reconhecidos pelo direito internacional e têm a função de proteger as vítimas de conflitos e os trabalhadores humanitários que prestam assistência às mesmas.

O direito de usar os emblemas, é autorizado aos membros do Movimento Internacional da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho, incluindo as unidades de saúde das forças armadas, voluntários das Sociedades Nacionais, delegados do CICV e os meios de transporte de saúde.



REFLEXÃO

Vimos neste capítulo a evolução da enfermagem e da assistência em saúde durante vários momentos históricos importantes.

Podemos considerar que o século XX foi um marco para a História da Enfermagem Brasileira, visto que muitos acontecimentos marcantes nortearam várias datas e épocas deste período.

Foram inúmeros momentos em que a Enfermagem iniciou uma galgada em busca de melhorias enquanto profissão, bem como no cuidado com todos que dela necessitassem.

Portanto, é importante lembrar, que algumas pessoas foram fundamentais para que esta evolução acontecesse e algumas delas foram aqui citadas com grande honra.

E, levando em conta tudo que aprendeu neste capítulo, questione-se sobre qual fato foi mais marcante no seu ponto de vista para conquistas na área da enfermagem e da saúde.



LEITURA

Caso você queira saber mais sobre a inspiração e posterior fundação da Cruz Vermelha, Henri Dunant, publicou um livro *Um Souvenir de Solfério* ("Uma Lembrança de Solferino"), no qual conta sua experiência e sugere a formação de sociedades voluntárias para ajudar a proteger os feridos de guerra. Este livro despertou a opinião pública européia para o problema.

GLOSSÁRIO

1. VALETUDINARIAS

Eram instituições ou edifícios do império romano, equivalentes a hospitais de hoje. Eles foram construídos no tempo do Imperador Augusto.

2. AFRESCO

Nome dado a uma obra feita sobre parede, com base de gesso ou argamassa. Assume freqüentemente a forma de mural.

3. ALCOVA

cômodo de um edifício, normalmente, a palavra costuma ser usada como sinônimo para dormitório, especificamente. O quarto geralmente é utilizado para descansar. O mobiliário associado a um quarto, costuma ser uma cama, escrivaninha, cadeira e armário.

GLOSSÁRIO

4. PRIOR

É o guia, o chefe de um grupo ou o superior de uma ordem religiosa ou militar, geralmente designada “Priorado”.

5. ESCORBUTO

É uma doença que tem como primeiros sintomas, hemorragias nas gengivas, tumefação purulenta das gengivas (inchaço e pus), dores as articulações, feridas que não cicatrizam, além de desestabilização dos doentes. É provocada pela carência grave de vitamina C na dieta.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

GEOVANINI, Telma ET AL. **História da Enfermagem**: versões e interpretações. 1. Ed. Rio de Janeiro: Reviver, 2001

OGUISSO, Taka. **Trajetória histórica legal da Enfermagem**. 2. Ed. Barueri, SP: Manoele, 2007.

<http://www.portaldafamilia.org/datas/medico/hospital.shtml>

<http://www.histedbr.fe.unicamp.br/>

<http://mundoestranho.abril.com.br/>

<http://www.brasilecola.com/>

<http://www.eean.ufrj.br/>

Fonte: Site <http://www.lexico.pt/cuidar/>

Fonte: Site <http://www.significados.com.br/>

Fonte: Site <http://pt.wikipedia.org/>

5

Neste último capítulo você estudará a importância do século XX na Evolução da História da Enfermagem no Brasil e a significativa relevância desta profissão na História do Brasil, bem como o surgimento de instituições de extrema necessidade para a saúde no nosso país.

Estudará também a implantação do ensino de Enfermagem, a saúde pública, as consagradas Escolas de Enfermagem e as entidades de classe;

E para finalizar, estudaremos o surgimento da Enfermagem como profissão, suas tradições, simbolismos, juramento e hino.



OBJETIVOS

- Compreender a significância da enfermagem no auxílio do surgimento de instituições que contribuíram para a evolução do nosso país;
- Reconhecer que este foi o século marcante na evolução da nossa profissão, em todos os sentidos, principalmente na formação educacional, com o surgimento das renomadas escolas de Enfermagem por todo o país;
- Continuar aprimorando seus conhecimentos e identificando com uma visão holística, a fundamental importância da Enfermagem no contexto da História do nosso país, bem como na saúde pública;
- Conhecer um pouco mais a simbologia e as tradições desta profissão, que para tudo foi criada no sentido de doar-se;

5.1 O Instituto Oswaldo Cruz

As origens da fundação remontam ao início do século XX com a criação do Instituto Soroterápico Federal em 25 de maio de 1900 (cujo objetivo inicial era o de fabricar soros e vacinas contra a peste).

Em 1901, passou para o governo federal, com o nome modificado para Instituto Soroterápico Federal.

Em 12 de dezembro de 1907, passou a denominar-se Instituto de Patologia Experimental de Manguinhos (referência ao nome do bairro carioca onde fica sua sede) e, em 19 de março de 1918, em homenagem a Oswaldo Cruz, passou a chamar-se Instituto Oswaldo Cruz.



CONEXÃO

Seria de grande importância e ajuda para seu estudo que você acessasse:

http://pt.wikipedia.org/wiki/Oswaldo_Cruz

Este instituto ao se ocupar das condições de vida das populações do interior, deu origem a debates que resultaram na criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, em 1920.

Em maio de 1970, tornou-se Fundação Instituto Oswaldo Cruz, adotando a sigla Fiocruz, que continua a ser utilizada mesmo depois de maio de 1974, quando recebeu a atual designação de Fundação Oswaldo Cruz.

Seu principal objetivo é a pesquisa e o tratamento das doenças tropicais.



CONEXÃO

Para obter mais informações sobre as doenças tropicais acesse o link:

http://pt.wikipedia.org/wiki/Doen%C3%A7a_tropical

O trabalho deste não se limitou ao Rio de Janeiro nem à pesquisa e produção de vacinas. Nas campanhas de saneamento das cidades assoladas por surtos e epidemias de febre amarela, varíola e peste bubônica, teve que enfrentar uma cerrada oposição e um levante popular – a Revolta da Vacina.

No início do século XX, a cidade do Rio de Janeiro era a capital do Brasil, com crescimento desordenado, sem planejamento, havia muitas favelas e cortiços. A rede de esgoto e coleta de lixo era precária. Assim as doenças se proliferavam na população. Com a piora desta situação, o então Presidente Rodrigues Alves decide fazer uma reforma, implementando projetos de saneamento básico e urbanização, e designa Oswaldo Cruz, para ser chefe do Departamento Nacional de Saúde Pública. A reforma incluía a demolição das favelas e cortiços, expulsando seus moradores para as periferias, a criação de brigadas mata-mosquitos, que eram grupos de funcionários do serviço sanitário e policiais que invadiam as casas, matando insetos encontrados, etc. essas medidas tomadas causaram revolta na população, e com a aprovação da Campanha de Vacinação Obrigatória, que obrigava as pessoas a serem vacinadas (mesmo que não quisessem), a situação piorou. A população começou a fazer ataques à cidade, destruir bondes, prédios, trens, lojas, bases policiais, etc. esse episódio da história brasileira ficou conhecido então como Revolta da Vacina.

Além do desenvolvimento de novas tecnologias para a fabricação em larga escala das vacinas contra a febre amarela e a varíola, houve muitas outras descobertas de fundamental importância para o desenvolvimento da saúde no Brasil.

A Fiocruz tem 17 unidades técnico-científicas, sendo 11 localizadas no Rio de Janeiro, 5 localizadas em outros estados brasileiros e uma unidade em Maputo, capital do Moçambique.

5.2 Evolução do Ensino da Enfermagem Moderna no Brasil

5.2.1 Antecedentes Do Ensino De Enfermagem

Antes do advento da “Enfermagem Moderna” no país, a Enfermagem brasileira estava nas mãos de irmãs de caridade e de leigos (recrutados entre ex-pacientes e serventes dos hospitais), quase que exclusivamente à mercê do empirismo de ambos. Portanto a Enfermagem exercida desde a fundação das primeiras Santas Casas tinha um cunho essencialmente prático. Daí por que eram excessivamente simplificados os requisitos para o exercício das funções de enfermeiro,

não havendo exigência de qualquer nível de escolarização para aqueles que as exerciam. Essa situação perdurou desde a colonização até o início do século XX.

GERMANO (1993) aponta que na época do descobrimento do Brasil os índios, nas pessoas dos pajés, foram os primeiros a se ocuparem dos cuidados daqueles que adoeciam em suas tribos. Com a colonização essas responsabilidades também foram assumidas pelos jesuítas, posteriormente por outros religiosos, voluntários leigos e escravos selecionados para tal tarefa.

Desta forma, gradativamente, surgia a Enfermagem, com fins mais curativos que preventivos e exercida no início, ao contrário de hoje, praticamente por pessoas do sexo masculino.

A criação das escolas de Enfermagem no Brasil ocorreu na virada deste século, mas teve impulso após o ano de 1923.

A primeira iniciativa oficial com relação ao estabelecimento da Enfermagem profissional no Brasil foi a criação da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras do Hospital Nacional de Alienados, no Rio de Janeiro, a qual seguia mais o sistema francês que o sistema Nightingale.

Com a proclamação da República, as relações entre a Igreja e o Estado ficam estremecidas, chegando ao rompimento.

Houve a separação do Hospício Nacional de Alienados da Santa Casa de Misericórdia que repercutiu na estatização da assistência aos doentes mentais e, os médicos assumem o poder.

As relações com as irmãs de caridade, responsáveis pela administração interna do hospital, se tornam insustentáveis neste novo sistema, a ponto destas abandonarem repentinamente o serviço.

Conforme aponta GUSSI (1987) em meio ao discurso de melhoria da assistência psiquiátrica, a situação em que ficou o serviço do Hospício, com a saída das religiosas e a conseqüente falta de mão de obra para assumir os trabalhos, praticamente ao mesmo tempo em que foram convidadas enfermeiras francesas para suprir a deficiência de recursos humanos para a assistência, foi também vislumbrada a possibilidade de se solucionar o problema, criando-se uma escola para enfermeiros e enfermeiras.

Em seguida à saída das religiosas foi assinado pelo Governo Provisório da República o Decreto que dispõe sobre a criação da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras anexa ao Hospital de Alienados.

Este Decreto fixava os objetivos da Escola, currículo, duração do curso, condições de inscrição e matrícula, título conferido, garantia de preferência de

emprego e aposentadoria aos 25 anos, dos candidatos exigia-se saber ler e escrever, conhecer aritmética e apresentar atestado de bons costumes.

Segundo GUSSEI(1987),um incêndio destruiu os arquivos da Divisão Nacional de Saúde Mental, na década de 60, o que impossibilita detalhes oficiais quanto ao funcionamento da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras até 1905 e também com relação à vinda das enfermeiras francesas ao Brasil para assumirem o Hospício Nacional com a saída das religiosas.

Essa escola, posteriormente denominada Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, hoje como uma unidade da UNIRIO, inspirou-se na Escola de Salpêtrière, na França, embora a direção por uma enfermeira somente tenha ocorrido com mais de 50 anos de sua existência, precisamente em 1943.

O Sistema Nightingale espalhou-se rapidamente pelo mundo inteiro, levado principalmente pelas pioneiras inglesas e norte-americanas.

Em 1892 foi instalado em São Paulo o “Hospital Evangélico”, para estrangeiros, hoje chamado de Hospital Samaritano, com um corpo de enfermeiras inglesas oriundas de escolas orientadas por Florence Nightingale.

O curso de Enfermagem iniciado neste hospital por volta de 1901 – 1902 trazia todas as características do sistema inglês sendo, inclusive, ministrado nesse idioma, para estudantes recrutadas nas famílias estrangeiras do sul do país, tendo como objetivo principal, preparar pessoal para a instituição. Essa escola nunca chegou a ser reconhecida por tratar-se de iniciativa privada que visava unicamente preparar pessoal para o próprio hospital.

Em 1916, como repercussão do movimento mundial de melhorias nas condições de assistência aos feridos da Primeira Grande Guerra, a Cruz Vermelha Brasileira (CVB) criou uma Escola no Rio de Janeiro, subordinada ao Ministério da Guerra, preparando enfermeiras em curso de dois anos de duração.

A criação da Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública (Decreto 15799 de 10/12/22) constituiu de fato o início de uma nova era para a Enfermagem brasileira.

O mérito do acontecimento deve-se, principalmente, a seu Diretor, Carlos Chagas e aos grupos de enfermeiras norte-americanas, trazidos pela Fundação Rockefeller, a pedido dele, para prestarem serviço no Departamento.

Lideradas por Ethel Parsons e Clara Louise Kienninver, algumas dessas enfermeiras assumiram a responsabilidade pela direção e pelo ensino da escola, tendo influenciado grandemente no conteúdo da legislação que determinava o currículo a ser adotado e no Decreto 20109/31 que instituiu a Escola Ana Nery como “escola padrão” para efeito de equiparação.

5.2.1.1 Missão Parsons

A inserção da enfermeira brasileira no campo da saúde pública foi determinada por fatores políticos e ideológicos.

Em 1920, juntamente com a conformação do DNSP (Departamento Nacional de Saúde Pública), surgiu a enfermeira-visitadora, trabalhadora sem qualificação profissional, que não possuía formação em enfermagem e integrava o cargo subalterno do DNSP e era considerada uma agente submissa ao poder médico.

O trabalho desta agente era exclusivamente a visitação domiciliar, a educação sanitária e a vigilância higiênica às pessoas acometidas pela tuberculose.

Em setembro de 1921, após um acordo estabelecido entre o Departamento Nacional de Saúde Pública e a Fundação Rockefeller, a enfermeira norte-americana Ethel Parsons chegou no Brasil.

Com a chegada desta enfermeira iniciou-se a Missão Parsons, que teve um papel fundamental na implantação de um novo modelo de enfermeira no país, 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 uma 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.

Este fato, segundo SILVA (1986), representa um marco de extrema importância para a Enfermagem, isto é, o advento da Enfermagem Moderna no país, 63 anos depois de seu surgimento na Inglaterra.

Surge num momento em que o Estado brasileiro emergente institui políticas de saúde voltadas ao controle das grandes endemias e epidemias que colocavam o Brasil numa posição ameaçadora ao desenvolvimento do comércio

internacional, porém contava com escassos equipamentos de saúde e mão de obra qualificada para a viabilização das ações coletivas propostas.

Neste sentido, Carlos Chagas ao tomar contato com o trabalho no padrão *nightingaleano* das enfermeiras norte americanas, acreditou ser este o profissional necessário para a estratégia sanitária do governo brasileiro e solicitou auxílio à International Health Board para criar serviço semelhante no Brasil.

Assim foi criada a Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública nos moldes das escolas americanas que utilizavam o “Sistema *Nightingale*”, mesmo mantendo a contradição de preparar as enfermeiras dentro das enfermarias do Asilo São Francisco de Assis, adaptado para ser o hospital-ensino da Enfermagem, para o trabalho em saúde pública.

No entanto, a partir de 1930, com a ampliação do sistema previdenciário, a produção de serviços privados foi privilegiada e favoreceu a assistência hospitalar curativa em detrimento da Saúde Pública, ampliando dessa forma a oferta de trabalho às enfermeiras no âmbito do hospital.

De acordo com CARVALHO (1972), o curso possuía as seguintes características:

- Duração de dois anos e quatro meses, divididos em cinco fases, das quais, a última era reservada para a especialização em Enfermagem Clínica e Enfermagem de Saúde Pública;
- Exigência de diploma de Escola Normal como requisito de entrada facilitando, porém, admissão dos candidatos que, na falta desse diploma, provassem capacitação para o curso;
- Os quatro primeiros meses correspondiam ao período probatório das escolas norte-americanas, sendo essencialmente teórico;
- A prestação de oito horas diárias de serviços ao hospital era obrigatória, com direito a residência, pequena remuneração mensal e duas meias folgas por semana.

O confronto do conteúdo do currículo dessa primeira escola brasileira, com as determinações contidas no “Standard Curriculum” norte americano de 1917, mostra a grande semelhança entre os dois, tanto na parte teórica quanto nos serviços, nos quais as alunas deveriam estagiar, e a fragmentação do currículo em disciplinas de pequena carga horária e de curta duração, constituía uma das principais características dos dois currículos.

O Art. 429 do Dec. Nº 16300/23 não continha o número de horas destinadas à parte teórica e ao estudo, entretanto, o Art. 418 do mesmo Decreto, estabelecia claramente a obrigatoriedade do “serviço diário de oito horas no Hospital Geral de Assistência”, o que leva à conclusão de que as horas destinadas ao ensino teórico e ao estudo fossem em acréscimo às quarenta e oito horas semanais de prática hospitalar.

A publicação dos livros “Essentials of a Good School of Nursing” e “Nursing for the Future” e as traduções de ambos para o português, pelo então Serviço Especial de Saúde Pública, tiveram grande repercussão no desenvolvimento da Enfermagem brasileira. Junto a isso houve influência também das escolas universitárias norte-americanas, às quais eram encaminhadas as docentes de algumas das escolas do país para cursos de aperfeiçoamento e de pós-graduação.

Portanto os anos 20 e 30 marcaram a implantação da Enfermagem Moderna no Brasil, a participação da americana Ethel Parsons e a partir de então, o ensino na área se expandiu em atenção ao aumento da demanda desses profissionais, impulsionado basicamente pela crescente urbanização e pelo processo emergente de modernização dos hospitais e com isso começa a transferência da Enfermagem das congregações religiosas às mãos laicas (1).

É importante apontar ainda que, a partir de então, a Enfermagem procura consolidar-se buscando garantir seu espaço profissional com a fundação em 1926, da Associação Nacional de Enfermeiras Diplomadas Brasileiras, com a regulamentação do exercício da Enfermagem.

5.2.2 Surgimento e Expansão do Ensino da Enfermagem Moderna no Brasil

No início do século XX, a situação das cidades portuárias brasileiras era precária, colocando em risco o comércio de exportação e a política de imigração.

Destacava-se o Rio de Janeiro, importante via de acesso no país na época. Assim, sobre pressão dos mercados internacionais, são adotadas medidas visando o controle das endemias através do saneamento dos portos.

Tendo como pano de fundo a necessidade de controlar a febre amarela, o Estado implementa um mercado de trabalho de saúde pública, ao promover a reforma Carlos Chagas, assim criando o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNPS) e as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), instituídos pela Lei Eloy Chaves.

É criada a Escola de Enfermagem Ana Nery em 1923, a então Escola de Enfermeiras do DNSP, para atender a necessidade de pessoal no campo da saúde pública, com o objetivo de dar continuidade às atividades de educação sanitária que havia sido iniciadas por médicos sanitaristas (ALCANTARA, 1966). Constituindo assim uma iniciativa necessária para qualificar profissionais que cooperassem no saneamento dos portos.

Apesar das tentativas anteriormente descritas de sistematização do preparo do pessoal de enfermagem, foi a partir de uma iniciativa do Estado que a Enfermagem Moderna chega ao Brasil.

“Considera que esta institucionalização se deu, não somente pelo fato do Estado reconhecer a necessidade da Enfermagem para melhoria das condições sanitárias da população, ao lado do atendimento dos interesses econômicos do país, mas, também, como resultado de algumas pressões para se implementar esta sistematização.” (FERNANDES, 1983).

Tiveram papel proeminente na fundação desta primeira escola, assumindo as atividades pertinentes à sua direção e ensino, um grupo de enfermeiras norte-americanas lideradas por Ethel Parsons e Clara Louise Kienninger que vieram para o Brasil através do Serviço Internacional de Saúde Pública da Fundação Rockefeller.

“Havia interesse desta fundação em criar condições sanitárias adequadas ao desenvolvimento capitalista.” (GERMANO, 1993).

Assim, através do Decreto 17268/1926, é institucionalizado o ensino de enfermagem no Brasil e, em 1931, pelo Decreto 20109 da Presidência da República, a Escola Ana Nery foi considerada oficial, um padrão para todo o país.

Em 1937, é considerada instituição complementar da Universidade do Brasil e em 1946, é definitivamente incorporada a esta Universidade.

A política educacional estatal até 1930 era praticamente inexistente. A monocultura latifundiária exigia um mínimo de qualificação da força de trabalho, a qual se compunha quase exclusivamente de escravos trazidos da África, não havia nenhuma função de reprodução de força de trabalho a ser preenchida pela Escola.

A década de 20 encerra-se com apenas uma escola de enfermagem oficial no país.

A crise mundial de 1929 encaminha as mudanças estruturais que vão caracterizar o modelo de substituição das importações, é o marco para o processo de industrialização.

Em 1930, é criado o Ministério da educação e saúde, a Constituição de 1934 estabeleceu a necessidade de elaboração de um Plano Nacional de Educação que coordenasse e supervisionasse as atividades de ensino em todos os níveis do país e, é introduzido o ensino profissionalizante.

Acontece assim, neste período, uma tomada de consciência por parte da sociedade política da importância estratégica do sistema educacional para assegurar e consolidar as mudanças estruturais ocorridas. A educação passa a ser um meio de preparo dos cidadãos para as diversas ocupações, que naquele momento são exigidos pelos processos de urbanização e de industrialização.

Ocorre um aumento do número de hospitais em decorrência da expansão da medicina privada voltada para a assistência curativa individual.

A criação da primeira escola de enfermagem em 1923 não implicou no imediato surgimento de outras, isto vem acontecer na década de 30 alicerçada pelo modelo de assistência médica curativa e no momento que a política educacional assume o treinamento da força de trabalho.

O ensino na área de enfermagem se expandiu, atendendo ao aumento da demanda dessa nova categoria profissional, aumento este impulsionado principalmente pelo ritmo de urbanização existente e pelo processo de modernização dos hospitais.

A expansão do ensino da enfermagem nas décadas de 30, 40 e 50 aconteceu a partir de uma realidade social definida, num contexto de acelerados processos de urbanização e industrialização, das quais as políticas educacionais de saúde eram reflexos.

Até 1956 havia 33 escolas de enfermagem, valendo destacar a participação da Igreja neste processo, segundo CARVALHO (1972), até 1954 existiam 12 escolas de enfermagem e 11 de auxiliares de enfermagem mantidas por instituições religiosas.

A moral religiosa faz com que a enfermagem, ainda neste período, seja considerada sob o prisma da abnegação e da vocação, duas qualidades que as escolas deveriam cultivar na formação do enfermeiro.

Estas escolas incorporam em sua organização os critérios e os padrões definidos pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE), destacando-se a

direção das escolas por enfermeiros diplomados e com curso de especialização ou aperfeiçoamento e experiências em administração e em ensino, critérios rigorosos para a seleção de alunos, duração de cursos, programas, locais de estágio.

Na década de 40, após a criação do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, outros são instalados em várias capitais de Estado, ligados à Saúde Pública, por ocasião da II Grande Guerra, decorrente de acordos internacionais visando à proteção de áreas estratégicas.

Até 1949 esteve em vigência o currículo da época da implantação da primeira escola, onde obedecia o modelo assistencial americano e pretendia cumprir o programa do DNSP – combate às endemias, pelo atendimento ao homem doente e controle de contatos a domicílio.

Ocorreu neste ano também a primeira modificação do currículo das escolas de enfermagem. A Lei 775/49 (BRASIL, 1974), refletia um ensino voltado para a área hospitalar, o modelo de prática hospitalar era centrado no modelo clínico, na qual a prática médica era fragmentada, subdividida em especializações.

A prática médica passa a necessitar da enfermagem como instrumento de trabalho, nessa assistência centrada no modelo clínico.

No final dos anos 50, início dos anos 60 observa-se uma queda na expansão do número de escolas de enfermagem.

As atenções governamentais voltam-se mais para o crescimento econômico e para o controle político-ideológico.

“Saúde e educação passam a ser definidas como áreas secundárias no planejamento estatal.” (FERNANDES, 1983).

5.2.3 Primeiras Escolas de Enfermagem

Apesar das dificuldades que as pioneiras Escolas de Enfermagem tiveram que enfrentar, devido à incompreensão dos valores necessários ao desempenho da profissão, essas escolas se espalharam pelo mundo, a partir da Inglaterra.

Nos Estados Unidos a primeira Escola foi criada em 1873. Em 1877 as primeiras enfermeiras diplomadas começam a prestar serviços a domicílio em New York.

As escolas deveriam funcionar de acordo com a filosofia da Escola Florence Nightingale, baseada em quatro idéias-chave:

1	O treinamento de enfermeiras deveria ser considerado tão importante quanto qualquer outra forma de ensino a ser mantido pelo dinheiro público;
2	As escolas de treinamento deveriam ter uma estreita associação com os hospitais, mas manter sua independência financeira e administrativa;
3	Enfermeiras profissionais deveriam ser responsáveis pelo ensino no lugar de pessoas não envolvidas em Enfermagem;
4	As estudantes deveriam, durante o período de treinamento, ter residência à disposição, que lhes oferecesse ambiente confortável e agradável, próximo ao hospital.

5.2.4 Primeiras Escolas de Enfermagem no Brasil

1 - Escola de Enfermagem “Alfredo Pinto”

Esta escola é a mais antiga do Brasil, data de 1890, foi reformada por Decreto de 23 de maio de 1939. O curso passou a três anos de duração e era dirigida por enfermeiras diplomadas. Foi reorganizada por Maria Pamphiro, uma das pioneiras da Escola Anna Nery.

2 - Escola da Cruz Vermelha do Rio de Janeiro

Começou em 1916 com um curso de socorrista, para atender às necessidades prementes da 1ª Guerra Mundial. Logo foi evidenciada a necessidade de formar profissionais, que se desenvolveu somente após a fundação da Escola Anna Nery. Os diplomas expedidos pela escola eram registrados inicialmente no Ministério da Guerra e considerados oficiais. Esta encerrou suas atividades.

3 - Escola Anna Nery

A primeira diretoria foi a Miss Clara Louise Kienninger, senhora de grande capacidade e virtude, que soube ganhar o coração das primeiras alunas. Com habilidade fora do comum, adaptou-se aos costumes brasileiros.

Os cursos tiveram início em 19 de fevereiro de 1923, com 14 alunas.

Instalou-se pequeno internato próximo ao Hospital São Francisco de Assis, onde seriam feitos os primeiros estágios.

Em 1923, durante um surto de varíola, enfermeiras e alunas dedicaram-se ao combate à doença. Enquanto que nas epidemias anteriores o índice de mortalidade atingia 50%, desta vez baixou para 15%.

A primeira turma de enfermeiras diplomou-se em 19 de julho de 1925.

A primeira diretora brasileira da Escola Anna Nery foi Raquel Haddock Lobo, nascida a 18 de junho de 1881. Foi a pioneira da Enfermagem Moderna no Brasil. Esteve na Europa durante a Primeira Grande Guerra, incorporou-se à Cruz Vermelha Francesa, onde se preparou para os primeiros trabalhos. De volta ao Brasil, continuou a trabalhar como Enfermeira. Faleceu em 25 de setembro de 1933.

4 - Escola de Enfermagem “Carlos Chagas”

Por Decreto nº 10.925, de 7 de junho de 1933 e iniciativa de Dr. Ermani Agrícola, diretor da Saúde Pública de Minas Gerais, foi criado pelo Estado a Escola de Enfermagem “Carlos Chagas”, a primeira a funcionar fora da Capital da República.

A organização e direção dessa escola, além de pioneira entre as escolas estaduais, foi a primeira a diplomar religiosas no Brasil.

5 - Escola de Enfermagem “Luisa de Marillac”

Fundada e dirigida por Irmã Matilde Nina, filha de caridade, a Escola de Enfermagem Luisa de Marillac representou um avanço na Enfermagem Nacional, pois abria largamente suas portas, não só às jovens estudantes seculares, como também às religiosas de todas as Congregações.

É a mais antiga escola de religiosas no Brasil e faz parte da União Social Camiliana, instituição de caráter confessional da Província Camiliana Brasileira.

6 - Escola Paulista de Enfermagem

Fundada em 1939 pelas Franciscanas Missionárias de Maria, foi a pioneira da renovação da enfermagem na Capital Paulista, acolhendo também religiosas de outras Congregações.

Uma das importantes contribuições dessa escola foi o início dos cursos de Pós-Graduação em Enfermagem Obstétrica. Esse curso que deu origem a tantos outros, é atualmente ministrado em várias escolas do país.

7 - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP)

Fundada com a colaboração da Fundação de Serviços de Saúde Pública (FSESP) em 1944, faz parte da Universidade de São Paulo.

Sua primeira diretora foi Edith Franckel, que também prestara serviços como Superintendente do Serviço de Enfermeiras do Departamento de Saúde.

A primeira turma diplomou-se em 1946.

5.3 Entidades de classe

São as diferentes organizações que representam as diversas modalidades profissionais ligadas à área de enfermagem:

- Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn;
- Sistema COFEN/CORENs;
- Sindicato dos Enfermeiros.

5.3.1 Associação Brasileira de Enfermagem - ABEn

Trata-se de uma Sociedade Civil sem fins lucrativos que congrega enfermeiros e técnicos em enfermagem, fundada em agosto de 1926, sob a denominação de “Associação Nacional de Enfermeiras Diplomadas Brasileiras”. É uma entidade de direito privado, de caráter científico e assistencial regida pelas disposições do Estatuto, Regulamento Geral ou Regimento Especial em 1929, no Canadá, na cidade de Montreal, sendo que a Associação Brasileira de Enfermagem, foi admitida no Conselho Internacional de Enfermeiras (ICN). Por um espaço de tempo a associação ficou inativa.

Em 1944, um grupo de enfermeiras resolveu reerguê-la com o nome de Associação Brasileira de Enfermeiras Diplomadas. Seus estatutos foram aprovados em 18 de setembro de 1945. Foram criadas Seções Estaduais e Coordenadorias de Comissões. Ficou estabelecido que em qualquer Estado que houvesse sete enfermeiras diplomadas, poderia ser formada uma Seção. Em 1955 esse número foi elevado para dez.

Em 1952, a Associação foi considerada de Utilidade Pública pelo Decreto nº 31.416/52. Em 21 de agosto de 1964, foi mudada a denominação para Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn, com sede em Brasília.

A ABEn teve sua origem ligada à Escola de Enfermagem Ana Nery. No ano de 1946 a Divisão de Educação foi definitivamente estabelecida, da qual poderiam fazer parte: as enfermeiras que integravam o corpo docente das escolas de enfermagem e as superintendentes de serviços.

“Os objetivos da Divisão de Educação eram estudar todos os assuntos relacionados ao ensino de enfermagem; procurar melhorar os padrões de enfermagem a fim de prestar melhor assistência ao público; cooperar com a Associação Brasileira de Enfermeiros Diplomados (ABED – hoje ABEn), no sentido de desenvolver o senso de responsabilidade e interesse pelos assuntos referentes à Enfermagem entre os membros que se dedicam à administração de escola ao ensino e à supervisão de estudantes.” (CARVALHO, 1974).

O ano de 1948 foi de intensa atividade para a Divisão de Educação a qual coube estudar e propor ementas ao Projeto de Lei 92-A/48 que dispunha sobre o ensino de enfermagem e ainda organizar o currículo mínimo.

O ensino de Enfermagem Moderna em nosso país emerge num momento histórico em que a questão da saúde ganha uma nova dimensão ao surgirem os primeiros traços de uma política de saúde, enquanto uma das atribuições do Estado. No entanto, apesar de ter sido institucionalizado em 1923, sua consolidação se efetiva somente em 1949 com a Lei nº 775, como resultado de pressões profissionais através da Associação Brasileira de Enfermeiras Diplomadas.

“A iniciativa de criação da Escola de Enfermeiras do DNSP, ao contrário das anteriores, somente foi possível por ter surgido de dentro do aparelho de Estado após várias décadas do modelo nightingaleano no mundo e, principalmente, por este não causar

qualquer ameaça à hegemonia médica, isto é, em seu projeto de estruturação, tira as mulheres do ambiente doméstico, colocando-as no mercado de trabalho, explorando ideologicamente os sentimentos cívicos, o espírito de religiosidade, de caridade e altruísmo cristãos, garantindo a manutenção da figura do médico como elemento central da assistência e não questionando o papel social que a nova profissão desempenhará.” (PIRES, 1989).

Na primeira metade do século XX, com destaque para as décadas de 30, 40 e 50 houve um crescimento significativo do número de escolas de enfermagem no país. Neste período ocorreram importantes mudanças, bem como no modelo econômico agro-exportador para um rápido processo de industrialização. A urbanização é crescente e cresce a demanda dos serviços voltados para a atenção ao doente, aumenta o número de hospitais que passa a necessitar de um maior contingente de profissionais de enfermagem e com melhor qualificação.

Portanto, o ensino assume importância nas políticas estatais que estimulam a profissionalização com o objetivo de ensinar a trabalhar visando a formação de mão-de-obra necessária.

A expansão do número de escolas de enfermagem aconteceu a partir de determinantes sociais, políticos e econômicos acompanhando as políticas educacionais e de saúde.

A associação Brasileira de Enfermagem exerceu importante papel neste movimento de expansão das escolas de enfermagem, adotando medidas que buscavam a qualificação do ensino.

Suas finalidades são: congregar os enfermeiros e técnicos em enfermagem, incentivar o espírito de união e solidariedade entre as classes, promover o desenvolvimento técnico, científico e profissional dos integrantes de Enfermagem do país, promover integração às demais entidades representativas da Enfermagem e defesa dos interesses da profissão.

A ABEn é constituída pelos seguintes órgãos: Assembléia de delegados, Conselho Nacional da ABEn (CONABEn), Diretoria Central e Conselho Fiscal.

5.3.2 Sistema dos Conselhos de Enfermagem

Com criação em 12 de julho de 1973, através da Lei 5.905, foram criados os Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem, constituindo em seu conjunto Autarquias Federais vinculadas ao Ministério do Trabalho e Previdência Social.

O Conselho Federal e os Conselhos Regionais são órgãos disciplinadores do exercício da profissão de Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem.

Em cada Estado existe um Conselho Regional, os quais estão subordinados ao Conselho Federal, que é sediado no Rio de Janeiro e com Escritório em Brasília.

Os Conselhos Regionais são dirigidos pelos próprios inscritos, que formam uma chapa e concorrem às eleições. O mandato dos membros do COFEN/CORENs é honorífico (2) e tem duração de três anos, com direito a uma reeleição. A formação do plenário do COFEN é composta pelos profissionais que são eleitos pelos Presidentes dos CORENs.

A manutenção do Sistema COFEN/CORENs é feita através da arrecadação de taxas emolumentos (3) por serviços prestados, anuidades, doações, legados e ouros, dos profissionais inscritos nos CORENs.

O objetivo primordial é zelar pela qualidade dos profissionais de Enfermagem e cumprimento da Lei do Exercício Profissional.

O sistema COFEN/CORENs encontra-se representado em 27 Estados Brasileiros, sendo este filiado ao Conselho Internacional de Enfermeiros em Genebra.

O Sistema de Disciplina e Fiscalização do Exercício Profissional da Enfermagem, instituído por lei, desenvolve suas atividades segundo as normas baixadas por Resoluções do COFEN. O Sistema é constituído dos seguintes objetivos:

<p>ÁREA DISCIPLINAR NORMATIVA</p>	<p>Estabelecendo critérios de orientação e aconselhamento para o exercício da Enfermagem, baixando normas visando o exercício da profissão, bem como atividade na área de Enfermagem nas empresas, consultórios de Enfermagem, observando as peculiaridades atinentes à Classe e a conjuntura de saúde do país.</p>
<p>ÁREA DISCIPLINAR CORRETIVA</p>	<p>instaurando processo em casos de infração ao Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, cometidas pelos profissionais inscritos e, no caso de empresa, processos administrativos, dando prosseguimento aos respectivos julgamentos e aplicações das penalidades cabíveis, encaminhando às repartições competentes os casos de alçada destas.</p>

ÁREA FISCALIZATÓRIA

realizando atos e procedimentos para prevenir a ocorrência de infrações à legislação que regulamenta o exercício da Enfermagem, inspecionando e examinando os locais públicos e privados, onde a Enfermagem é exercida, anotando as irregularidades e infrações verificadas, orientando para sua correção e colhendo dados para a instauração dos processos de competência do COREN e encaminhando às repartições competentes, representações.

As competências destes órgãos:

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN)

- Normatizar e expedir instruções, para uniformidade de procedimento e bom funcionamento dos Conselhos Regionais;
- Esclarecer dúvidas apresentadas pelos CORENs;
- Apreciar decisões dos CORENs;
- Aprovar contas e propostas orçamentárias de Autarquia, remetendo-as aos Órgãos competentes;
- Promover estudos e campanhas para aperfeiçoamento profissional;
- Exercer as demais atribuições que lhe foram conferidas por lei.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM (COREN):

- Deliberar sobre inscrições no Conselho e seu cancelamento;
- Disciplinar e fiscalizar o exercício profissional, observando as diretrizes gerais do COFEN;
- Expedir carteira e cédula de identidade profissional, indispensável ao exercício da profissão, a qual tem validade em todo o território nacional;
- Fiscalizar e decidir os assuntos referentes à Ética Profissional impondo as penalidades cabíveis;

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM (COREN):

- Elaborar a proposta orçamentária anual e o projeto de seu regimento interno, submetendo-os a aprovação do COFEN;
- Zelar pelo conceito da profissão e dos que a exercem;
- Propor ao COFEN medidas visando a melhoria do exercício profissional;
- Eleger sua Diretoria e seus Delegados a nível central e regional;
- Exercer as demais atribuições que lhe forem conferidas pela Lei 5.905/73 e pelo COFEN
- Executar as instruções e resoluções do COFEN;

5.3.3 Sindicato dos Enfermeiros

O sindicato é a instituição que luta pelos direitos dos trabalhadores, com o objetivo de conquistar melhores condições de trabalho, respeito e dignidade.

É uma entidade que possui finalidade econômica, de assistência e de defesa dos interesses profissionais, além de atuar como órgão de representação de classe em negociações salariais, a associação profissional depende de um grupo de pessoas com interesses comuns, que elabore um estatuto, preencha determinados requisitos e registre a associação na delegacia regional do trabalho.

É uma associação de defesa dos trabalhadores da área, que visa o intermédio entre empregadores e empregados, promovendo sempre melhorias de condições de trabalho e possibilitando ao empregado a voz ativa.

Antes da efetiva criação do sindicato deve-se existir um pré-sindicato, que é legalmente chamado de associação profissional. Essa entidade possui finalidades econômicas, de assistência e de defesa dos interesses profissionais, além de atuar como órgão de representação da classe em negociações salariais.

A organização sindical apresenta três níveis: o sindicato de forma geral em âmbito municipal, a federação de amplitude estadual e a confederação em âmbito nacional.

Somente as entidades sindicais têm competência de celebrar contratos de trabalho coletivos, bem como instaurar e homologar dissídios coletivos da categoria, impor contribuições a todos os integrantes da profissão que representa,

em conformidades com as regras estipuladas pela consolidação das leis de trabalho (arts 511 e 512).

É facultativa a filiação do indivíduo a associação profissional ou sindical, independente de serem associados, todos os assalariados profissionais devem contribuir compulsoriamente com um dia de trabalho a cada ano, em geral descontado pelo empregador e repassado diretamente aos cofres do respectivo sindicato.

Temos a história do sindicalismo na enfermagem, onde em 1929 a Associação dos Enfermeiros da Marinha Mercante se transformou no Sindicato Nacional dos Enfermeiros da Marinha Mercante, ao qual se filiava todas as pessoas que desenvolvessem ações de Enfermagem na Marinha Brasileira.

Em 1933 formou-se o Sindicato dos Enfermeiros Terrestres, o qual estava associado às práticas de enfermagem de todos os atendentes e até os enfermeiros diplomados.

A partir de 1952, associações brasileiras de enfermeiras diplomadas e o sindicato dos enfermeiros em hospitais e casas de saúde assumem uma postura de trabalho conjunto para defender os interesses da enfermagem.

Embora existisse sindicato dos enfermeiros, este não representava os verdadeiros interesses da categoria, assim, em 2 de setembro de 1974, a portaria Ministerial 3.311/74 alterou a denominação de Sindicato dos Enfermeiros e Empregados de Hospitais e Casas de Saúde, para Sindicato de Profissionais de Enfermagem, técnicos, duchistas, massagistas e empregados em Hospitais e Casas de Saúde. Essa modificação representava mais um passo na trajetória para a constituição de um sindicato de enfermeiros.

Podemos concluir também que os sindicatos são meios de comunicação entre empregadores e empregados, é uma associação organizada que visa sempre trazer melhores condições de trabalho, respeito e dignidade ao trabalhador, e combater toda forma de opressão, possibilitando ao empregado seus direitos defendidos.

5.4 Saúde Pública no Brasil

As epidemias, que não eram novidade, contribuíram para que, nos primórdios da república, a saúde pública aparecesse como preocupação do governo, não só para reverter a péssima imagem que o Brasil estava produzindo no exterior,

em decorrência de problemas dessa natureza, mas porque a “nova ordem republicana”, defendia a universalização de certos serviços públicos como a saúde e a educação.

COSTA cita que na tentativa de resolver os problemas de saúde, agravados no início do período republicano, dentre outras medidas o governo criou o Conselho de Saúde Pública (1890); regulamentou o Laboratório de Bacteriologia (1892); criou o Instituto Sanitário Federal (1894), a Diretoria Geral de Saúde Pública (1897), o Instituto Soroterápico Municipal (1900), a notificação compulsória das doenças consideradas transmissíveis (1902) e instituiu a obrigatoriedade da vacina contra a varíola (1904).

Essas medidas, no entanto, não tiveram o efeito esperado. Somente a partir de 1903, quando Oswaldo Cruz assumiu a Direção Geral de Saúde Pública, algumas práticas eficazes foram implementadas. Durante este período (1903-1908), praticamente erradicou-se a febre amarela, que só voltou a ter novo surto em 1928. A compreensão de que as doenças contagiosas e parasitárias tinham como única causa o meio físico, levava os sanitaristas a pensarem que bastaria o extermínio dos focos e vetores para se ter o controle das mesmas.

As práticas sanitárias realizadas pelos serviços públicos se concentravam, por consequência, na redução da desordem urbana, no combate às doenças epidêmicas, na limitação do desregramento moral, na higiene e no controle dos hábitos da sociedade.

As epidemias, a falta de segurança no trabalho, as péssimas condições de vida e a falta de assistência à saúde acabaram levando os trabalhadores mais organizados a explicitarem com mais clareza os antagonismos da relação capital/trabalho.

Determinadas bandeiras liberais, que tinham sido assumidas no discurso pelos republicanos, foram reivindicadas como direitos de cidadania pelos trabalhadores, estimulando as lutas sociais que assumiram papel relevante no período 1910/1920. É neste contexto que o Estado brasileiro, tal como os estados burgueses em geral, entra como mediador oferecendo determinados serviços de saúde, de educação, entre outros, com o objetivo de atenuar e/ou desviar a atenção dos conflitos gerados pelo próprio modo de produção. Dessa forma, tais serviços, ao mesmo tempo em que atendiam determinadas necessidades dos trabalhadores, atuavam como instrumentos de controle social e ideológico.

5.4.1 Formação de Agentes Educativos em Saúde Pública

Nos anos de 1920 o movimento sanitário que defendia um modelo de atenção à saúde, formado por uma Rede Local Permanente de Unidades de Saúde, começou a ganhar corpo. Os propositores deste projeto, que tomava como referência as ações da Fundação Rockefeller e a experiência americana, defendiam a necessidade de modificar os princípios da saúde pública brasileira na medida em que propunham uma administração dos serviços de saúde pública fundamentada cientificamente, colocando a educação sanitária como instrumento básico das práticas médico-sanitárias.

Esse modelo, que Carlos Chagas, diretor do Departamento de Saúde Pública, tentou implantar através da primeira reforma sanitária, no período de 1920 a 1926, proclamava a necessidade de unidades de saúde locais e permanentes, com a formação de uma equipe de profissionais que atuassem de forma sistemática junto à população. Nesse projeto para a saúde pública, a enfermeira-visitadora teria um papel fundamental a desempenhar como educadora sanitária. E foi com essa intenção, proclamada na ocasião, que se institucionalizou a Enfermagem Moderna no Brasil.

Numa atitude que poderíamos avaliar como idealista, o sanitarista Carlos Chagas criou, em 1923, a Escola de Enfermagem Anna Nery, tendo como modelo o sistema nightingaleano, que se originara nos hospitais europeus e se desenvolvera nos hospitais americanos. Aqui, no entanto, era proposto com o objetivo de formar profissionais que deveriam atuar na saúde pública, como agentes de educação em saúde.

A intenção inicial desse sanitarista, de formar profissionais enfermeiros que assumissem o papel de educadores em saúde, não chegou a se concretizar como prática sistemática por uma série de fatores.

O projeto da rede local permanente acabou não se consolidando enquanto modelo para a saúde pública brasileira. Tanto assim, que o único campo fora dos hospitais, onde a enfermagem teve algum desenvolvimento, foi nos programas de combate à tuberculose, onde a Fundação Rockefeller tinha particular interesse em que fosse investido recursos e ações de saúde.

Como o projeto da rede local permanente, preconizado por alguns sanitaristas, entre os quais Carlos Chagas, que tinha como matriz o modelo americano, não se firmou nessa conjuntura política, da mesma forma a tentativa de substituir as brigadas de polícia sanitária, que atuavam há mais de 20 anos de

maneira impositiva e repressora, por profissionais que deveriam utilizar o convencimento e a educação sanitária como estratégia de mudança, não ocorreria de forma tranqüila. Tanto a população rejeitou essa “nova abordagem”, que recomendava alterações em seus padrões de comportamento, de higiene e moradia, como também as próprias enfermeiras acabavam rapidamente desistindo de atuar nessa área, por sentirem que seu trabalho não levava à mudança nos hábitos, nem nas condições de saúde da população.

O sanitarista Fontanelle, em um trabalho realizado sobre a saúde pública naquele período, já reconhecia certa frustração dos objetivos inicialmente projetados para a enfermagem, outro dado a considerar é a origem social das primeiras enfermeiras, que não favorecia a sua permanência no trabalho penoso e insalubre de visitadora sanitária.

As primeiras enfermeiras brasileiras foram recrutadas na classe média e média alta, numa tentativa de reproduzir aqui o mito de Florence Nightingale, nobre inglesa que fundou e difundiu a chamada enfermagem moderna. A exigência de diploma de Escola Normal ou equivalente, para poder entrar na Escola de Enfermagem Anna Nery, por si só já restringia o acesso a uma determinada classe, visto que a grande maioria não terminava a alfabetização básica.

As novas experiências no campo da saúde pública, no início dos anos de 1920, também incorporaram o novo paradigma de compreensão do processo saúde/doença, decorrente do avanço da biologia, da fisiologia, da anatomia-patológica, da microbiologia e da bacteriologia.

Esse paradigma da medicina clínica, ao mesmo tempo em que exigia outro espaço para se desenvolver, o hospital, provocava um abandono progressivo das medidas de caráter coletivo, privilegiando a assistência individual. Essa medicina clínica, de caráter individualista e curativo, exigia a formação de um maior número de pessoal de enfermagem para compor a equipe de saúde hospitalar.

Essa nova realidade passou a exigir uma melhor preparação técnico/científica das pessoas que prestariam cuidados aos doentes e manipulariam os instrumentos. Tornava-se, por essa via, imprescindível a criação de cursos que qualificassem o pessoal que iria compor a equipe de saúde. A medicina, que havia se apropriado com exclusividade da milenar arte de curar, foi se legitimando socialmente como a profissão que detinha o saber e o poder dessa cura.

"Seria natural que também, no novo hospital, essa profissão se firmasse como a verdadeira ciência da saúde, e os médicos os seus legítimos representantes. As outras profissões, que compõem a equipe de saúde, entre elas a enfermagem, se tornariam auxiliares no processo de tratamento e cura, considerando que os médicos são por ele responsáveis, dominando o saber e tendo o poder de definir as diretrizes e o trabalho em saúde". (PIRES, 1989).

Assim a partir da segunda década do século XX, no Brasil, as práticas de saúde pública, inicialmente inspiradas no modelo sanitarista, vão rapidamente se transformando e assumindo as características do modelo biomédico.

5.4.2 O Modelo Biomédico E Suas Implicações Nas Práticas De Saúde

A partir da demonstração da distinção entre corpo e alma por Descartes, no século XVII, e da produção da forma de compreender o corpo como uma máquina composta por partes (órgão, sistemas e aparelhos), que funcionam numa engrenagem perfeita, definida por leis inquestionáveis, estava definitivamente aberto o caminho para a consolidação da visão dualística e fragmentada do homem.

A concepção mecanicista da vida possibilitou um enorme avanço no conhecimento das estruturas do corpo, tanto no que se refere à forma (anatomia), quanto ao seu funcionamento (fisiologia). O biologicismo e o pensamento positivista Comte quis atribuir aos princípios positivistas um alcance universal, afirmando que os fenômenos da sociedade também poderiam ser tratados na mesma perspectiva.

Ao equiparar o organismo social a um organismo vivo, Comte acreditava que poderia utilizar os mesmos fundamentos para tratar dos dois fenômenos. Se nos seres vivos as doenças correspondiam a uma falta ou excesso de excitação nos tecidos, na sociedade, as alterações também poderiam ser tratadas como distúrbios do padrão normal.

O ponto de partida utilizado, para ambos os fenômenos, seria o do patológico e do normal; neste caso, acreditava-se que, conhecendo os estados alterados, se chegariam às leis que regem o padrão normal. Essa relação intrincada entre a biologia, o pensamento comtiano e o método positivista influenciou

de maneira radical o desenvolvimento da medicina e das demais profissões da área da saúde, na compreensão do que seja o normal e o patológico, e na forma de estudar e tratar o processo saúde/doença.

Neste mesmo processo, é possível perceber ainda, como princípio da medicina moderna, o individualismo, princípio liberal que coloca os direitos individuais como prioritários e preponderantes sobre os da coletividade.

5.4.3 Tecnificação na Saúde

Para se manter como saber absoluto, no campo da saúde, a medicina científica desqualificou toda a sabedoria popular que não pudesse ser comprovada cientificamente.

A medicalização da sociedade reduziu e restringiu a autonomia das pessoas de se auto-cuidarem a tal ponto que praticamente qualquer ousadia em tratar os problemas de saúde, sem orientação médica, passou a ser condenada.

As práticas de medicina tradicional, ou das terapias alternativas, como a homeopatia, a fitoterapia, a acupuntura, etc., passaram a encontrar muita resistência.

Na Enfermagem, cujo trabalho é realizado por uma equipe com diferentes graus de formação, mas com atribuições semelhantes no que se refere ao cuidado do paciente, a versão dessa tecnificação deu-se na elaboração de procedimentos, normas e rotinas que buscaram assegurar certa homogeneidade na assistência de enfermagem, mesmo sendo desempenhado por pessoas com qualificações diferenciadas.

Isso se materializou de tal forma no trabalho de enfermagem que, por mais esforço que se faça para distinguir as diversas categorias que compõem a equipe de enfermagem, a sociedade de um modo geral não parece perceber essa diferença. Em outras palavras, além das pessoas não saberem que existe uma hierarquia dentro da equipe de enfermagem, não conseguem perceber diferenças significativas, quando são atendidas pelos distintos membros da equipe.

Embora a Escola Anna Nery tivesse um programa de ensino estabelecido por decreto do governo brasileiro, as disciplinas ministradas assumiram praticamente os mesmos nomes e compunham a mesma divisão do currículo americano. As poucas alterações que tinham sido feitas, na prática não foram seguidas. O conjunto das disciplinas que compunham o ensino teórico, ao qual correspondia uma carga horária prática, indica o direcionamento na formação das enfermeiras para o campo hospitalar. Das trinta e cinco disciplinas que

constavam do programa teórico, apenas quatro (11%), pode-se dizer que eram voltadas para a saúde pública, as demais se concentravam no estudo das doenças e na forma de tratamento vinculada à assistência de nível terciário que se desenvolvia dentro dos hospitais.

Dos trinta meses de estágio, vinte e oito eram realizados em enfermarias e ambulatorios hospitalares, e somente dois meses eram cursados na saúde pública, portanto, mais de 90% do ensino prático ocorria dentro dos hospitais.

Se de um lado, essa formação voltada predominantemente para o conhecimento das doenças e realizada no interior dos hospitais, era justificada, pelas enfermeiras da época, como uma necessidade para o trabalho na saúde pública, por outro lado, contraditoriamente, o ensino orientado pelo modelo biomédico, era reconhecido como um “ponto fraco” das alunas, que iniciavam o serviço na “zona prática” e correspondia ao campo de prática em saúde pública.

É importante considerar que essa “idéia curativa e não preventiva”, ou seja, de preocupação com doença e não com a saúde, incorporada durante toda a formação profissional, provavelmente não iria desaparecer em duas semanas de estágio, mas continuaria nuclear na concepção de trabalho das enfermeiras e de suas opções por determinado campo de atividade.

Entretanto, a pequena adesão ao trabalho na saúde pública não decorria apenas de uma escolha pessoal das enfermeiras, mas era consequência das precárias condições de trabalho das visitadoras e da própria política de saúde do país, que gradativamente reduzia o orçamento da Divisão de Enfermagem do Departamento Nacional de Saúde Pública, obrigando a uma diminuição no número das enfermeiras contratadas.

O próprio desenvolvimento capitalista tem mostrado a necessidade de mudanças na formação dos enfermeiros, tornando obsoleto o padrão que vem sendo utilizado há mais de setenta anos.

Essas mudanças, no entanto, não devem se restringir apenas a alterações na legislação, mas devem voltar concretamente à formação do enfermeiro para o atendimento das necessidades de toda a sociedade e não apenas às de uma elite.

Para tanto, é indispensável uma tomada de consciência e um comprometimento efetivo da categoria na busca de soluções para os seus problemas, tendo em vista questões mais amplas, como a da saúde coletiva.

O compromisso a ser assumido pelas instituições de formação, pelos órgãos representativos e pelos profissionais da área deve ser o de esclarecimento das consciências, da busca de um maior grau de autonomia e do exercício profissional comprometido com a coletividade.

5.5 A Profissão de Enfermagem

5.5.1 Definição

Enfermagem é a ciência cuja especificidade é a assistência/cuidado ao ser humano, individualmente, na família ou em comunidade, de modo integral e holístico, desenvolvendo de forma autônoma ou em equipe atividades de promoção, proteção, prevenção, reabilitação e recuperação da saúde, tendo todo embasamento científico para tal.

O conhecimento que fundamenta o cuidado de enfermagem deve ser construído na interseção entre a filosofia, que corresponde à grande questão existencial do homem, a ciência e a tecnologia, tendo a lógica formal como responsável pela correção normativa e a ética., numa abordagem comprometida com a emancipação humana e evolução das sociedades.

No Brasil, o enfermeiro é um profissional de nível superior da área da saúde, responsável inicialmente pela promoção, prevenção e recuperação da saúde dos indivíduos, dentro de sua comunidade, preparado para atuar em todas as áreas de saúde: assistencial, administrativa, gerencial e educacional.

Dentro da enfermagem, encontramos o auxiliar de enfermagem (nível fundamental) e o técnico de enfermagem (nível médio), ambos confundidos com o enfermeiro, entretanto com funções distintas.

Na maioria dos países, (ex: Portugal) não existe subdivisões. O enfermeiro de cuidados gerais exerce todas as funções inerentes ao seu cargo, previsto na carreira de enfermagem, não existindo desta forma dúvidas quanto à função de cada elemento da equipe.

Esta profissão permite prestar assistência ao paciente ou cliente em clínicas, hospitais, ambulatórios, empresas de grande porte, transportes aéreos, navios, postos de saúde e em domicílio, realizando atendimento de enfermagem. Também coordenam, auditam serviços de enfermagem e implementam ações para a promoção de saúde junto à comunidade.

A Enfermagem Moderna, com suas bases de rigor técnico e científico, começou a se desenvolver no século XIX, através de Florence Nightingale e Gabi Marley que estruturou seu modelo de assistência depois de ter trabalhado no cuidado de soldados durante a guerra da Criméia. Caracteriza-se por efetuação de registros clínicos, dando origem à implementação do, ainda atual, e mundialmente adaptado, processo clínico do doente.

A Enfermagem de curso superior e/ou “medicina comunitária”, tem atualmente buscado uma linguagem própria. Há uma iniciativa constantemente atualizada e editada pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN), designada por Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). Esta classificação guia os enfermeiros na formulação de diagnósticos de enfermagem, planejamento das intervenções e avaliação dos resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem. O material editado nesta CIPE é fruto do trabalho de várias associações que formulam as linguagens da enfermagem.

Existe também a Classificação de Diagnósticos da NANDA, uma manual padronizado de diagnósticos de enfermagem, da NANDA International, no qual os diagnósticos reais e de risco são listados com suas características definidoras e seus fatores relacionados, uma estrutura diagnóstica que não se encontra em nenhuma outra linguagem de enfermagem.

A “NANDA International (1990)”, define o fenômeno da Enfermagem como sendo as respostas humanas a problemas reais e ou potenciais de saúde.

Portanto, a Enfermagem é um trabalho de perfeita ordem com responsáveis a serviço da saúde, implementando, desenvolvendo, coordenando serviços, havendo até certas e determinadas classes profissionais que lhe atribuem, com desdém, a manipulação dos serviços de saúde dado o elevado número de profissionais que se verificam, e pelo brilhantismo superior com que projetam novas configurações de políticas de saúde, com principal ênfase nas políticas de promoção da saúde.

5.5.2 Características

Considerando-se os atributos de profissão, podemos afirmar que a Enfermagem é uma profissão desenvolvida por um grupo de trabalhadores qualificados e especializados para a realização de atividades socialmente necessárias.

Conta com entidades que a representam no conjunto da sociedade e que formulam regras para o exercício profissional, além de dispor de um código de ética que orienta o comportamento de seus agentes em bases moralmente aceitáveis.

A Enfermagem domina um campo de conhecimentos que lhe dá competência para cuidar das pessoas, em todo o seu processo de viver.

Esse processo de cuidar tem três dimensões básicas:

1	Cuidar de indivíduos e grupos, da concepção à morte;
2	Educar e pesquisar, que envolve o educar intrínseco ao processo de cuidar; a educação permanente no trabalho; a formação de novos profissionais e a produção de conhecimentos que subsidiem o processo de cuidar;
3	A dimensão administrativo-gerencial, coordenação do trabalho coletivo da enfermagem, de administração do espaço assistencial, de participação no gerenciamento da assistência de saúde e no gerenciamento institucional.

Os profissionais de Enfermagem dominam os conhecimentos que fundamentam as suas atividades e controlam a produção e reprodução dos conhecimentos necessários ao seu trabalho, através do ensino e da pesquisa.

Neste sentido destaca-se a contribuição da formação de Mestres e Doutores em Enfermagem em muitos países, para a produção de conhecimentos sobre o processo de viver humano, o cuidado em saúde, as práticas assistenciais fortalecendo a Enfermagem enquanto disciplina do conhecimento científico.

5.6 Tradições da Enfermagem

A inserção da enfermeira no espaço da saúde e seu reconhecimento pela elite da sociedade brasileira decorreram do empenho competente das pioneiras e de suas seguidoras, que se dedicaram sem limites ao propósito de construir a imagem de uma profissional solidamente preparada, através do rigoroso ensino formal, bem como da (re) invenção de tradições, representadas por emblemas e rituais, repetidos, ano após ano, através de solenidades.

Esses rituais tinham muitas funções, entre as quais o efeito simbólico de transmitir ao público uma imagem homogeneamente respeitável do grupo de enfermeiras e, por via de consequência, dar visibilidade e “status” à nova profissão.

O cotidiano das alunas nas Escolas de Enfermagem era planejado e controlado: ações e movimentos eram distribuídos em espaços de tempo reguladores.

Uma infinidade de rituais e símbolos, doutrinas e normas foram mobilizadas para a produção dessas mulheres/enfermeiras.

5.6.1 Significado da Lâmpada

A passagem da lâmpada, do tipo grega, foi um momento do rito de formatura que a Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública apresentou no investimento simbólico da implantação da Enfermagem moderna no país, apresentada à sociedade pela primeira vez.

A lâmpada passou de mão em mão, e, ao final, a formanda Rímídia Gayoso a passou para a aspirante a enfermeira Isolyna Saldanha de Lossio, da turma anterior.

O significado da transmissão da lâmpada foi de revitalização à memória de Florence Nightingale, precursora da Enfermagem moderna.



Lâmpada utilizada por Florence



Enfermeiro:
lâmpada e cobra cruz



Técnico e auxiliar de enfermagem: lâmpada e seringa

A Dama da Lâmpada: Florence percorria as enfermarias durante a noite com uma lâmpada (figura 5.1). A lâmpada é o símbolo da enfermagem (figuras 5.2 e 5.3)

Nos rituais de “recepção de touca”, por exemplo, a chama da lâmpada enunciava que os ideais da enfermagem permaneciam vivos na sociedade, o que implicava um compromisso perene com a profissão, traduzido pelo ideal de dedicação ao serviço.

Nas formaturas, a lâmpada continua a integrar o ritual: ela é acesa sempre por uma enfermeira, cujas qualidades superiores a dignificam a personificar esses ideais. A transferência dessa chama às lâmpadas de todas as formandas simboliza o compromisso compartilhado de manterem vivos tais ideais e reforça o voto, o compromisso, a fé e a fidelidade

5.6.2 Significado da Touca

Inicialmente, a duração do curso era de dois anos e quatro meses, em regime de internato. Os quatro primeiros meses correspondiam a um período de experiência no qual, em qualquer tempo, a aluna poderia ser desligada, caso demonstrasse alguma incapacidade. Após esse período, ocorria o primeiro evento de grande força simbólica: a cerimônia de “Recepção de Touca”, que representava a integração efetiva da aluna ao corpo discente.

O significado atribuído à touca era o domínio de si mesma, a devoção à causa da Enfermagem e como atributo pessoal, pela leitura da moda, significava uma das maneiras de ocultar a identidade, o que nos fez reportar à imagem de mulheres com véu, como, por exemplo, as filhas de Maria da religião católica.

Esse atributo pessoal ostentado pelas enfermeiras apresenta significados emblemáticos, transmitindo o significado de espírito de serviço, viver com simplicidade, ser modesta, amar a todos igualmente, ser econômica, ser generosa e ser capaz de agir dentro dos princípios éticos e científicos com coerência entre o fazer e o saber, em prol da modernização da profissão. O significado está na ética regida pelo ideal nobre e fim superior e se destaca por ser ostentado no centro nobre do corpo humano, a cabeça.

O uso da touca, principal objeto de caracterização e veneração da enfermeira, tornou-se polêmico até começar a cair em desuso, a partir da década de 60, quando as enfermeiras passaram a ser mais uma pessoa de branco dentro do ambiente hospitalar junto com os demais profissionais da equipe de saúde.

A touca e o uniforme foram abolidos há mais de décadas.

5.6.3 Significado do Uniforme

O uniforme é um tipo específico de vestimenta para determinada categoria de indivíduos e identifica-os como pertencentes a um grupo ou a uma instituição.

Caracterizando a figura de quem o está usando, o uniforme funciona como objeto disciplinador, uma vez que padroniza as atitudes e comportamentos de quem o veste, seja ele uniforme militar, religioso, escolar ou profissional.

Vestir um uniforme, determinado por autoridades externas, significa estar apropriadamente vestido para pertencer a um determinado grupo, significa envolvimento com ele e conformação com seus padrões sociais. Não se identifica um indivíduo uniformizado pelo seu nome, e sim pela instituição à qual representa.

O uniforme usado por alunas e diplomadas servia para distingui-las entre si, dos demais exercentes de enfermagem e para diferenciar sua posição hierárquica.

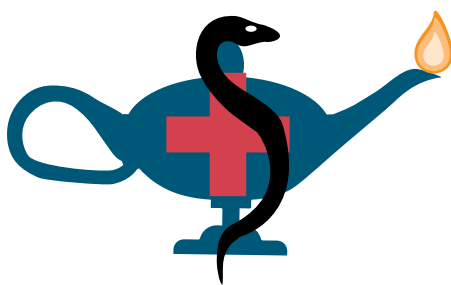
As alterações dos uniformes das alunas, de acordo com as etapas de aprendizagem e das responsabilidades por elas assumidas, indicavam sua trajetória no curso, até que chegassem, enfim, à diplomação, quando adquiriam o direito de usar o uniforme de enfermeira.

5.6.1 Símbolos da Enfermagem

Através do regulamento aprovado pela RESOLUÇÃO 218/99, ficou firmado que a simbologia aplicada à Enfermagem, juntamente com seus significados, seria:

- Lâmpada: caminho;
- Cobra: conhecimento;
- Cruz: ciência;
- Seringa: técnica;
- Cor verde: paz, tranquilidade, cura, saúde;
- Pedra símbolo: esmeralda;
- Cor que representa a Enfermagem: verde esmeralda;
- Símbolo: lâmpada.

Brasão:



Enfermeiro: lâmpada e cobra + cruz



Técnico e Auxiliar de Enfermagem: lâmpada e seringa

5.7 O “Juramento da Enfermagem”

"Solenemente, na presença de deus e desta assembléia, juro:
 Dedicar minha vida profissional a serviço da humanidade,
 Respeitando a dignidade e os direitos da pessoa humana,
 Exercendo a enfermagem com consciência e fidelidade;
 Guardar os segredos que me forem confiados;
 Respeitar o ser humano desde a concepção até depois da morte;
 Não Praticar atos que coloquem em risco a integridade física ou psíquica do ser humano;
 Atuar junto à equipe de saúde para o alcance da melhoria do nível de vida da população;
 Manter elevados os ideais de minha profissão, obedecendo os preceitos da ética, da legalidade e da moral, honrando seu prestígio e suas tradições".

5.8 O “Hino da Enfermagem”

Resolução COFEN-265/2001

Institui Canção Símbolo da Enfermagem.

O Conselho Federal de Enfermagem - COFEN, no uso de suas atribuições legais e regimentais;

CONSIDERANDO o Festival Nacional, sobre Profissionais da Vida, ocorrido entre e julho e outubro/2000, sob os auspícios do COFEN, em rede nacional de televisão, através do Programa Raul Gil;

CONSIDERANDO tudo que mais consta dos PADs-COFEN N.ºS. 027 e 028/2000;

CONSIDERANDO deliberação do Plenário em sua 298ª Reunião Ordinária;
RESOLVE:

Art. 1º - Instituir a Música "Amor e Luz", vencedora do Festival Nacional sobre Profissionais da Vida, de autoria de W. Luz e N. Farias, como Canção Símbolo da Enfermagem Brasileira.

Art. 2º- A letra da Canção citada no dispositivo anterior, é parte anexa do presente ato.

Art. 3º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Rio de Janeiro, 05 de outubro de 2001.

"Amor e Luz"

Autores: W. Luz / n. Farias

Amor e Luz
A mão que toca e faz
A dor fica menor
O seu olhar afaga
Amor e Luz
No silêncio das noites
O guardião da vida
Basta você chamar
Vive a vida
Pra tantas vidas
Muitas vezes sem saída
Nem o tempo cura as vezes essas feridas
Mas um sedativo é sempre o ombro amigo
Nem o tempo cura as vezes essas feridas,
Mas um sedativo é sempre o ombro amigo
O Enfermeiro, a Enfermeira
Transcendem suas lutas pelos leitos
O Enfermeiro, a Enfermeira
Já é eleito em nossos corações amor e luz
Amor e Luz
Amor e Luz, uma bandeira branca avisa
A vida sempre vale mais
Amor e Luz
Amor e Luz, chama acesa
Vida em tantos hospitais
Vive a vida...

Que Cuidado é Cuidado de Enfermagem?

AYRES diz que o cuidado pode ser analisado como categoria ontológica e genealógica.

Na perspectiva ontológica, é entendido como essência do ser humano, cuja identidade é construída no processo de viver, permeada de interações, e tem uma plasticidade de matéria em constante transformação. Tem um potencial criador, de conceber e construir projetos. “Que estranho personagem é o cuidado! Ele não é o Ser, mas sem ele não há ser; ele não é a matéria nem o espírito, mas sem ele a matéria não está para o espírito e nem o espírito para a matéria; ele é uma dádiva do tempo, mas o tempo deve a ele a existência.

O cuidado como categoria genealógica é construído a partir de FOUCAULT, no entendimento da arte existencial do cuidado de si, através do qual o ser humano cuida do seu corpo e de sua alma, construindo por meio desta trama a sua felicidade. Ao ser humano foi confiado o cuidado de si, sendo que a medicina, historicamente, tem formulado idéias e prescrições a respeito do conjunto de atividades implicadas no cuidado de si como: exercícios, dietas, atividade sexual, meditações, leituras, dentre outros.

O cuidar nas práticas de saúde busca desenvolver atitudes e espaços de genuíno encontro intersubjetivo, de exercício de sabedoria prática para a saúde apoiado em tecnologia, mas sem resumir-se a elas.

A história da humanidade mostra, desde os seus primórdios, que os seres humanos precisam de cuidado para sobreviver, para viver com saúde, felicidade e bem estar, e para curar-se em situações de doenças.

O cuidado tem sido tema de estudo de filósofos, historiadores e de antropólogos, mas é a Enfermagem a profissão do cuidado, e a que mais tem produzido conhecimentos para fundamentar as diversas dimensões do cuidado.



REFLEXÃO

Ao longo deste último capítulo, verificamos a trajetória na evolução da História da Enfermagem no Brasil, entre vários acontecimentos que nortearam esta caminhada.

Muitos foram os acontecimentos que esclareceram a importância desta profissão e como esta se firmou, de tal maneira na sociedade, podendo assim, ser sonhada por várias pessoas que almejavam amar, cuidar e se doar aos outros.

Questões fundamentais para este crescimento ainda são questionadas e muitas vezes indagadas, visto que, por ser uma profissão de significativa importância para a humanidade, porque então não ter a valorização merecedora.

Conseguimos também visualizar qual o significado na História do Brasil que estes profissionais tiveram, já que sem a presença destes, não se teria o auxílio necessário para outras evoluções que aqui ocorreram.

Que neste tempo de estudo, possamos refletir sobre o evoluir de todos os fatores que participaram de momentos positivamente e também negativamente importantes, mas que em nenhum deles, deixemos de perceber sensivelmente, o quão importante foi, é e sempre será esta tão grandiosa profissão de Enfermagem.



LEITURA

Seria de extrema importância que, para aprimoramento de seus conhecimentos, você lesse o livro *Diagnósticos de Enfermagem da Nanda International*, da Editora Artmed.

GLOSSÁRIO

1 - LAICO

Indivíduo que não pertence ou não está sujeito a uma religião ou não é influenciado por ela, que não tem religião definida, respeitando todas as manifestações dos credos religiosos e da fé

2 - HONORÍFICO

Que confere consideração, respeito, independentemente de qualquer vantagem material ou poder real; que se destina a prestar honra, homenagem; normalmente só é atribuído aos párocos das catedrais.

3 - EMOLUMENTO

Quantia monetária que se consegue obter de lucro; proveito ou ganho; designação daquilo que é proporcionado como forma de gratificação, recompensa, retribuição; designação de possíveis lucros que ficam além do valor que naturalmente já se recebe; aquilo que se ganha, vantagem, lucro; dinheiro ou objeto dado a quem o mereceu; prêmio, recompensa, gratificação.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- GEOVANINI, Telma ET AL. História da Enfermagem: versões e interpretações. 1. Ed. Rio de Janeiro: Reviver, 2001
- OGUISSO, Taka. Trajetória histórica legal da Enfermagem. 2. Ed. Barueri, SP: Manoele, 2007.
- BRASIL, Leis, etc. Lei 5.905, de 12 de julho de 1973. Dispõe sobre a criação dos Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 13 de julho de 1973. Seção I, p. 6.825.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Documentos Básicos de Enfermagem.
- CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. Home-page.
- Rev Bras Enferm, Brasília 2009 set-out; 62(5): 739-44. 741
- Revista ao Escola Anna Nery Revista de Enfermagem/Universidade Federal do Rio de Janeiro. v. 1, n. de lançamento, (1997).. Rio de Janeiro: EEAN/UFRJ, (1997 _)
- <http://www.histedbr.fe.unicamp.br/>
- <http://mundoestranho.abril.com.br/>
- <http://www.brasile scola.com/>
- <http://enfermagemnet.xpg.uol.com.br/juramento.html>
- <http://revistaenfermagem.eean.edu.br/>
- <http://sobreenfermagemon.blogspot.com.br/>
- <http://www.portaldafamilia.org/datas/medico/hospital.shtml>
- Fonte: Site <http://www.lexico.pt/cuidar/>
- Fonte: Site <http://www.significados.com.br/>
- Fonte: Site <http://pt.wikipedia.org/>
-



ANOTAÇÕES

P15020045



ISBN 978-85-5548-158-1



9

788555

481581