

Reconfiguração do serviço de enfermagem de saúde pública na cidade do Rio de Janeiro na virada da década de 20 para a de 30¹

André Guayanaz Lauriano
leda de Alencar Barreira

Resumo

O objeto deste estudo é o processo de mudança do modelo de Inspetorias para o sistema de Centros de Saúde (CS), o qual modificou as características da prática das enfermeiras de saúde pública no Rio de Janeiro. Os objetivos são: descrever as características da enfermagem de saúde pública no modelo centralizado; analisar o processo de implantação do modelo de CS; e discutir as implicações de tal mudança para a prática de enfermagem de saúde pública. O trabalho é de natureza histórico-social e apóia-se em fontes primárias do acervo do Centro de Documentação da Escola de Enfermagem Anna Nery, do Arquivo da cidade do Rio de Janeiro e do Arquivo Nacional. As fontes secundárias referem-se às temáticas de política de saúde, saúde pública, CS e serviço de enfermeiras de saúde pública. O primeiro CS foi inaugurado em 1927, no subúrbio de Inhaúma, como teste piloto para implantação de uma rede de CS na cidade. Em 1934, é criada a Inspetoria de CS, quando a cidade foi dividida em 12 distritos sanitários, cada qual com o seu CS. As enfermeiras atuavam nas diversas atividades realizadas nos CS, sendo deste modo incorporadas na organização administrativa do modelo como um serviço.

Palavras-chave: História da enfermagem. Reformas dos serviços de saúde. Enfermagem em saúde pública.

O objeto deste estudo é o processo de mudança do modelo de Inspetorias para o sistema de Centros de Saúde, o qual modificou as características da prática das enfermeiras de saúde pública no Rio de Janeiro.

O recorte temporal compreende os anos 20 e 30, período no qual ocorre a implantação do modelo de Inspetorias Sanitárias, a experiência piloto do Centro de Saúde de Inhaúma e a sua reprodução sob a forma de rede.

Até 1920, a ação sanitária governamental se restringia a momentos de epidemias. Com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública² e a

Reforma Carlos Chagas, as ações do governo federal voltaram-se para a prevenção de epidemias, o controle de endemias e para a higiene materno-infantil (TOMAZI, 1986, p.54).

A prevenção e o controle das doenças transmissíveis dependia da tecnologia disponível na época e que consistia de medidas gerais de saneamento relativas aos vetores, à água, ao ar e aos alimentos, ao destino dos dejetos e do lixo e à higiene das habitações; propaganda sanitária e educação higiênica face a face; isolamento de portadores e doentes de seus comunicantes; cuidados de assepsia e/ ou de anti-sepsia nos casos de infecção

puerperal e oftalmia em recém-nascidos; aperfeiçoamento de soros e vacinas; tratamentos sintomáticos com farmacos; tratamento higieno-dietético (alimentação e repouso) e tratamento específico dos doentes com quimioterápicos como o quinino, compostos de arsênico, bismuto e iodo (BARREIRA, 1997, p. 6).

Objetivando implementar a nova política de saúde, a partir da implantação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), grandes modificações estruturais e técnicas na administração Carlos Chagas³ foram realizadas, como a introdução da propaganda e da educação sanitárias, o enfoque individualizado da assistência hospitalar, infantil e da higiene industrial, a expansão das atividades de saneamento em âmbito nacional, a criação de órgãos especializados de luta contra doenças transmissíveis crônicas como a tuberculose, a lepra e as doenças venéreas, o agrupamento de Inspetorias especializadas, em três Diretorias: Diretoria Geral, Diretorias dos Serviços de Profilaxia e Diretoria da Defesa Sanitária Marítima e Fluvial, e a criação da Escola de Enfermeiras. (RODRIGUES, 1979, p.31).

Inicialmente, a estrutura organizacional do DNSP⁴ comportava três Diretorias (Diretoria Geral, Diretoria dos Serviços de Profilaxia e Diretoria de Defesa Sanitária Marítima e Fluvial) que abrangiam nove Inspetorias, Laboratório Bacteriológico, Delegacias de Higiene e de Saúde e Serviços Assistenciais.

Em 1923⁵, foi criado o Serviço de Enfermeiras⁶, subordinado à Diretoria Geral, para dar sustentação à Reforma Carlos Chagas, no mesmo nível administrativo das demais inspetorias do Departamento e abrangendo todas as atividades de enfermagem.

Carlos Chagas solicitou auxílio à Fundação Rockefeller, que enviou ao Brasil a enfermeira norte-americana Ethel Parsons (que viria a ser a chefe da Missão Técnica de Cooperação para o Desenvolvimento da Enfermagem no Brasil) para realizar um estudo criterioso da situação sanitária, com o objetivo de organizar uma escola para o

treinamento de enfermeiras e um serviço de enfermeiras de saúde pública (SAUTHIER & BARREIRA, 1999). No que se refere à saúde pública, Ethel Parsons reivindicava para o seu país a invenção da enfermeira de saúde pública, que se teria tornado “figura central, na luta sanitária mundial”(FONTENELLE, 1941, p.35).

Com base no descrito acima, para orientar a pesquisa, foram traçados os seguintes objetivos: - descrever as características da enfermagem de saúde pública no modelo centralizado de Inspetorias; - analisar o processo de implantação do modelo descentralizado de Centros de Saúde; e discutir as implicações de tal mudança para a prática da enfermagem de saúde pública.

O estudo é de natureza histórico-social, uma vez que tem “*como preocupação a rede mutável de relacionamentos sociais, o desenvolvimento das instituições sociais e das variações dos conceitos e dos valores sociais*” (PROGIANTI, 1999). Boris Fausto nos lembra que, “*qualquer estudo histórico, mesmo uma monografia sobre um assunto bastante delimitado, pressupõe um recorte do passado, feito pelo historiador, (segundo um critério de relevância), a partir de suas concepções e da interpretação de dados que conseguiu reunir (...)*” (FAUSTO, 1995, p. 13-14).

O estudo tem como apoio teórico a relação entre situação epidemiológica, organização sanitária e funções e atribuições da enfermeira de saúde pública.

No que diz respeito à saúde e à doença e suas implicações para o controle das doenças transmissíveis e para a *reprodução de uma nova cultura higiênica na população* (CUNHA, 1994, p. 50), a visão do fenômeno saúde/doença era dicotômica, como um par de opostos, sendo que ao Centro de Saúde cabia medidas profiláticas, e assim atendia apenas os indivíduos sadios.

O trabalho apoia-se em fontes primárias (documentos escritos e fotográficos) do Centro de Documentação da Escola de Enfermagem Anna Nery

(EEAN), do Arquivo da Cidade do Rio de Janeiro e do Arquivo Nacional.

Em relação aos documentos fotográficos, Santos (1998, p. 16) relata que *“a análise de um texto fotográfico depende de elementos de ordem histórica e cultural, uma vez que a fotografia expressa uma época, uma visão do mundo, as relações sociais e as ideologias dos indivíduos e estes contribuem para a produção da própria fotografia”*.

As fontes secundárias referem-se às seguintes temáticas: política de saúde, saúde pública, Centro de Saúde, serviço de enfermeiras de saúde pública. Tais fontes foram buscadas na Biblioteca Setorial de Pós-Graduação da EEAN, no Banco de Textos do Núcleo de Pesquisa de História da Enfermagem Brasileira (Nuphebras) da EEAN, na biblioteca da Escola Nacional de Saúde Pública, nas bibliotecas da Fundação Instituto Oswaldo Cruz, na Biblioteca Municipal do Rio de Janeiro e na Biblioteca Nacional.

A análise e interpretação dos dados foram realizadas através da utilização dos conceitos teóricos selecionados.

1 – Atuação das enfermeiras de saúde pública no serviço centralizado

Como Superintendente Geral do Serviço de Enfermeiras do DNSP, Ethel Parsons trouxe da América do Norte sete enfermeiras de saúde pública, que assumiram a supervisão das visitas aos casos de tuberculose, higiene infantil e doenças venéreas. Por insistência dos médicos sanitaristas, foram treinadas as visitadoras que já se encontravam em função, embora com treinamento insuficiente; no entanto, esses cursos foram considerados como de emergência e tais visitadoras, além de não poderem assumir cargos de responsabilidade, deveriam sempre estar sob a supervisão de uma enfermeira, e logo que possível deveriam ser substituídas por enfermeiras diplomadas pela escola de enfermeiras. O serviço de visita domiciliar funcionava do seguinte

modo: *a cidade foi dividida em zonas; cada zona contava com sua enfermeira-chefe americana, e cada zona era subdividida em distritos, cada um com uma visitadora a ela subordinada, que visitava os tuberculosos e as crianças de até dois anos de idade; um grupo especial de visitadoras se ocupava da Inspeção de Doenças Venéreas, mas somente com mulheres e crianças e principalmente nos casos pré e pós natais* (BARREIRA, 1997, p.16).

O *“entrosamento com as diversas atividades se processava através de boletins informativos”* (LIMA, 1952, p.86).

Devido ao problema de articulação de um serviço de enfermagem de saúde pública, que era administrativamente autônomo e centralizado e tecnicamente polivalente e regionalizado com as diversas inspetorias de profilaxia, cada qual com seus consultórios e dispensários⁷ especializados, funcionando em prédios diferentes, espalhados pelos bairros da cidade e atuando de modo independente entre si, sob a direção centralizada das respectivas inspetorias, foi adotada a seguinte divisão de competências (BARREIRA, 1997, p. 18): - os chefes das inspetorias *“delineavam”* seus programas e processos, determinando também o método de técnica a seguir; - a superintendência geral do serviço de enfermeiras, *“cooperando o mais possível com os inspetores, auxiliava no cumprimento desses processos, sendo responsável para com eles para a técnica seguida, assim como pelos serviços de enfermagem de cada membro do corpo de enfermeiras de saúde pública”*; - a enfermeira de saúde pública prestava cuidados de enfermagem e de educação sanitária e jamais poderia ultrapassar *“a linha demarcada da ética nas atribuições do médico”*, sendo seu dever *“executar as ordens médicas, notificar ao médico inteligentemente os sintomas e condições encontrados”* (PARSONS, 1927, p. 211).

A filosofia de trabalho era a de que todas as enfermeiras deveriam visar os mesmos objetivos, de modo a evitar confusão e perda de tempo. Elas

deveriam cooperar não só com os doentes, mas com todos os serviços com os quais estariam em contato. Era necessário que não existisse orgulho e nem individualidade, pois o trabalho só poderia alcançar credibilidade e continuidade se todos trabalhassem para chegar ao mesmo ponto.

Assim considerava-se que cada enfermeira necessitaria da melhor saúde, do melhor preparo e da melhor experiência para fazer que a profissão progredisse cada vez mais, pois o sucesso das enfermeiras de saúde pública dependeria do esforço e do trabalho individual, o qual poderia ser reunido em grupos que se responsabilizariam pelos diferentes ramos do serviço. Os relatórios deveriam ser bem redigidos⁸, de maneira clara e objetiva, visto que, além de não haver comunicação verbal com os médicos dos dispensários, à enfermeira de saúde pública se apresentavam esplêndidas oportunidades de colecionar dados, que deveriam ser utilizados por qualquer organização. A ampliação dos serviços e o desenvolvimento dos métodos de vigilância trouxeram a necessidade de organizar um sistema de fichas com

todas as informações, relativas não só ao doente e à sua família, mas também às condições de habitação e ao seu modo de vida. Havia uma vigilância dos chefes sobre a atuação da enfermeira de saúde pública, as quais tinham como responsabilidade orientar o desenvolvimento e o progresso do trabalho (ALVES, 1934, p. 9-10 e 15).

A proteção à maternidade e à infância era um dos pontos importantes no serviço de enfermagem de saúde pública.

A enfermeira de saúde pública exercia uma intensa vigilância de todos os que poderiam transmitir uma doença. Na visita a um portador de doença infecto-contagiosa, era preenchida uma ficha epidemiológica completa e a família recebia conselhos sobre medidas de profilaxia. E a vigilância continuava até que a saúde se restabelecesse ...” a enfermeira voltará em breve para exercer sua vigilância atenta, a fim de evitar a propagação do mal em questão, que é a sua finalidade...” (SOUZA, 1931, p.1; FALLANTE, 1997, p.16).



A importância da nova categoria profissional se evidencia na produção de um fluxo contínuo de informações sobre o comportamento sanitário das famílias pobres. Diariamente, após a realização das visitas, as enfermeiras compareciam ao escritório da divisão de saúde pública, no pavilhão anexo ao prédio do DNSP, na rua do Rezende, para relatar o resultado de seu trabalho e solicitar providências das diversas inspetorias (BARREIRA, 1997, p. 20). Fonte: CD/EEAN

No entanto, muitas pessoas temiam a visita da enfermeira de saúde pública, pelo fato de que sua presença poderia revelar à vizinhança a existência de uma doença transmissível na casa. A enfermeira necessitava, portanto, conquistar a confiança das famílias. Para tanto, deveria evitar comentários sobre os doentes e suas doenças com a população do distrito; não criticar as atitudes tomadas pelos doentes no decorrer da visita; respeitar a individualidade do cliente e tratá-lo como um ser humano que está precisando de ajuda. Enfim, a enfermeira deveria saber ouvir, ver e calar (ALVES, 1934, p.23-24).

Para que a enfermeira de saúde pública pudesse desempenhar seus complexos encargos, apesar dos maus tratos que por vezes recebia por parte das famílias, deveria ter educação e instrução, ou seja, aptidões profissionais e qualidades morais. A atitude negativa da população em geral, frente ao trabalho da enfermeira de saúde pública, era interpretada pelos órgãos de saúde como sendo devida à ignorância e à falta de educação das famílias... “Dura a missão foi a delas, mal recebidas pelo povo, que não compreendia sua nobre função e resistia encastelado no reduto da sua ignorância...” (FRAENKEI, 1933, p.3; FALLANTE, 1997, p.18).

Em 1927, o serviço de saúde pública começou a ser feito exclusivamente por enfermeiras diplomadas. Os bons resultados alcançados levaram à ampliação de suas funções: além de atuarem nos consultórios de higiene infantil e de doenças venéreas, foram abertos “gabinetes de educação” nos dispensários da inspetoria de profilaxia da tuberculose. Eram realizadas palestras individuais, que tinham por objetivo dar ao cliente as noções de profilaxia e de higiene, aproveitando a ocasião para fazer a entrega da escarradeira (FRAENKEI, 1934,b. p.5).

Estas entrevistas realizadas nos dispensários aumentavam a confiança do paciente na enfermeira e atenuavam a má vontade das famílias em recebê-la em suas residências. Também foi bom para os médicos, que se desincumbiram de um trabalho por

eles considerado pouco científico; para os doentes, que passaram a ser atendidos com mais calma, e para as enfermeiras de saúde pública que passaram a trabalhar ao abrigo das intempéries e protegidas das grosserias pela presença e autoridade dos médicos. (BARREIRA, 1997, p.28-30).

2 – O processo de implantação do modelo de Centros de Saúde

O primeiro Centro de Saúde do Rio de Janeiro foi inaugurado no dia 1º de janeiro de 1927, na antiga freguesia rural de Inhaúma, à época em processo de transformação em área residencial proletária: “*de caráter experimental, este novo modelo pretendia ser uma demonstração da moderna saúde pública*” (VALLADARES & SANT’ANNA, 1992, p.137), servindo como “teste piloto”, com vistas à implantação de uma rede de Centros de Saúde na cidade do Rio de Janeiro.

A novidade do sistema era a descentralização dos diversos programas (antes dirigidos pelas Inspetorias especializadas) e reunião em um só prédio, denominado Centro de Saúde, dos serviços de higiene pré-natal, infantil e pré-escolar, de profilaxia da tuberculose e da verminose, por meio de atividades como consultas médicas, visitas domiciliares, exames de laboratório, censo de morbidade, investigação epidemiológica, etc. Assim os antigos consultórios e dispensários especializados começariam a funcionar em um único prédio (RAMOS *apud* BARREIRA, 1997, p.30-31), com uma grande articulação entre eles.

O advento do Centro de Saúde, segundo o modelo norte-americano, correspondeu a uma separação entre atividades preventivas e curativas. Apesar de ser considerado uma ampliação e aperfeiçoamento dos antigos dispensários, eles teriam uma ação em determinada área de população, no sentido de combater a doença, promover a saúde, correlacionar as atividades higiênicas públicas e particulares, assegurando e auxiliando a cooperação

dos médicos clínicos no sentido de profilaxia. O tratamento das doenças era de responsabilidade dos médicos clínicos e hospitais, ficando desta maneira somente o serviço de prevenção afeto aos Centros de Saúde (BARBOSA, 1930, p. 42-43).

O Centro de Saúde fundamentava-se nos princípios da higiene⁹, que se explicitavam através de cinco ações: “ensinar e executar os princípios da eugenia e da puericultura; educar as crianças no cuidado consigo mesmas; procurar e corrigir, o mais cedo possível, os defeitos individuais; fiscalizar, proteger a melhorar todos os seres humanos, nas diversas fases da vida e nas diferentes atividades profissionais e combater as doenças transmissíveis e os males degenerativos” (FONTENELLE *apud* CUNHA, 1994, p. 35).

A mentalidade preventiva era assim explicada por Moncorvo Filho¹⁰: *“a história dos povos levamos a reconhecer que a higiene, a educação e a prevenção, à cuja frente está a profilaxia, conseguem diminuir certamente os desastres da pobreza, da doença e da invalidez. A despesa feita com estas medidas de verdadeira profilaxia social, com certeza trará uma grande economia pública, a indústria e tudo mais quanto concorre para o progresso da pátria”* (PEREIRA NETO, 1997, p. 285).

Uma das grandes vantagens dessa nova organização dos serviços era o contato permanente entre o sanitarista e o público, que o levaria a conhecer de perto os problemas sanitários da localidade (BODSTEIN, 1984, p.120-1). No entanto, alguns aspectos negativos devem ser apontados no que diz respeito aos centros de saúde. Estes funcionavam apenas promovendo ações essencialmente preventivas, como é descrito por Ramos, *“...os primeiros propagandistas dos centros de saúde puseram demasiada ênfase em dizer que os centros de saúde não devem tratar a doença”* (RAMOS, 1974, p. 108).

Convém ressaltar que o sistema distrital dos Centros de Saúde, no Brasil, não se organizou de

“baixo para cima”, procurando desta forma atender às necessidades dos municípios e se adequando às suas possibilidades, como ocorreu nos Estados Unidos, local onde foi originado. No Rio de Janeiro, o sistema foi organizado verticalmente, por iniciativa do governo federal, embora este tenha defendido que os serviços de Saúde Pública do Distrito Federal ficassem a cargo do município.

O novo modelo de serviço de saúde pública fora idealizado por Fontenelle e por ele exposto no III Congresso de Higiene, em 1926, como segue:

“O serviço local do Distrito Federal seria por áreas correspondentes, de modo geral, às atuais freguesias urbanas e suburbanas. Em cada uma, um Centro de Saúde completo, sede da atividade do respectivo sanitarista, trabalhando sob regime integral e, ao seu redor, médicos especialistas, de tempo integral, fazendo funcionar os dispensários, em dias e horas diferentes. Cada centro desses seria também um centro de enfermeiras, um centro de propaganda, um centro de guardas, - enfim, um centro de esforços em matéria de saúde pública naquela área limitada, onde o sanitarista estudaria seus coeficientes de morbidade, de mortalidade, de mortalidade infantil, etc., seria responsável por todo o trabalho e faria um relatório atual com avaliação da eficiência de sua obra. (...)em cada centro, o sanitarista-chefe seria a integração de todos eles, com o espírito vivo e forte do problema total”.

No entanto, de acordo com sua proposta, o primeiro Centro de Saúde seria inaugurado no bairro de Botafogo. A escolha pelo subúrbio de Inhaúma para sediar o primeiro Centro de Saúde implantado na cidade do Rio de Janeiro suscita algumas considerações. O primeiro ponto a ser observado diz respeito à população. Verifica-se que seus quase 132.000 habitantes correspondiam a 12% da população total da cidade do Rio de Janeiro. Além disso, 40% da população de Inhaúma era economicamente ativa (quase 53 mil trabalhadores), devido à localização de fábricas no subúrbio, onde o

valor dos aluguéis para moradia era mais baixo do que no centro da cidade. A localização deste centro de saúde era também estratégica por estar próxima às estações ferroviárias.

Inhaúma aliava então à oferta de empregos aluguéis a baixo preço, favorecendo a proximidade da moradia ao local de trabalho. Esta concentração da população operária “levava a região a ser fortemente castigada pela tuberculose” (BODSTEIN, 1984, p. 122).

Como segundo ponto cito a alta mortalidade proporcional devido a doenças infecto-parasitárias (33% do total de óbitos) na cidade do Rio de Janeiro nos fins da década de 20 e início de 30.

A área de abrangência do Centro de Saúde de Inhaúma englobava as localidades de Engenho de Dentro, Encantado, Quintino, Piedade, Cascadura e as estações de Inhaúma e Engenho da Mata da Estrada de Ferro Rio Brasil Cintra Vidal, Tomás Coelho e Cavalcanti, o que corresponde a uma área de 26 Km².

Nos três primeiros anos de funcionamento do CS de Inhaúma, suas principais atribuições eram controlar e registrar os dados de morbi-mortalidade da população do distrito (coletava informações bioestatísticas e registrava nascimentos, óbitos e nascidos vivos, além do número de tuberculosos, sífilíticos e portadores de doenças transmissíveis agudas); formar hábitos higiênicos nas mães, crianças, adultos e operários; acompanhar o pré-natal, tendo como objetivo principal detectar precocemente as doenças, através de exames obstétricos e exames laboratoriais. Pela carência de leitos existentes na época, gestantes cujos fetos se encontravam em posição cefálica eram liberadas para fazerem seus partos com as “curiosas”. Nos casos mais complicados, as gestantes eram encaminhadas para maternidades, através dos Centros de Saúde. O atendimento às crianças era voltado para a puericultura. Estas crianças, quando doentes, não eram atendidas pelo CS. Era também atribuição do CS atividades de polícia sanitária, como

a busca, investigação e medidas profiláticas para doenças transmissíveis. Ao ser identificado um caso suspeito, um trabalho de investigação epidemiológica era desenvolvido pelo sanitarista e uma visitadora (CUNHA, 1994, p. 194 - 98). Para as doenças transmissíveis agudas, como a difteria, a coqueluche e o sarampo, eram utilizadas vacinas, enquanto que para diagnóstico das doenças transmissíveis crônicas (tuberculose, hanseníase e sífilis) eram realizados exames laboratoriais. Nos casos de tuberculose, a principal causa de morte da época, o CS fazia o diagnóstico; quando era necessário o exame de Raio X, este era realizado na Inspetoria de Profilaxia de Tuberculose¹¹.

Os Centros de Saúde compreendiam os seguintes serviços (BARROS BARRETO & FONTENELLE, 1935, p.89): Administração, incluindo Registro, Estatística e Propaganda; Pré-Natal; Higiene da Criança; Doenças Contagiosas; Tuberculose; Lepra; Doenças Venereas; Saneamento e Polícia Sanitária; Higiene da Alimentação; Higiene do Trabalho; Exames de Saúde; Laboratório; Serviço de Enfermeiras de Saúde Pública.

O Centro de Saúde de Inhaúma funcionava sob a direção do médico sanitarista J.P. Fontenelle e da enfermeira Laís Netto dos Reis¹². A experiência do CS de Inhaúma teve grande êxito, motivando a criação de novos centros de saúde na cidade do Rio de Janeiro e em diversas capitais do país em fins da década de 20 e início dos anos 30 (MASSACO)¹³.

Com o grande êxito alcançado pelo sistema do Centro de Saúde no Rio de Janeiro, em 1934, o sanitarista Barros Barreto criou a Inspetoria dos Centros de Saúde nomeando Fontenelle como seu diretor¹⁴. A cidade foi dividida em doze distritos sanitários, cada qual com o seu CS. O quadro n.º 1 apresenta as regiões onde se encontravam distribuídos os doze distritos sanitários.

Quadro I : Distribuição dos Centros de Saúde pelos doze distritos da cidade do Rio de Janeiro

Centro de Saúde/Localização	Áreas abrangidas	População estimada em habitantes em 1935
1 – Botafogo	Gávea, Copacabana e Lagoa	133.000
2 – Largo do Machado	Glória e Santa Tereza	122.000
3 – Centro (Rua do Rezende)	Santo Antônio, Sant'anna e Espírito Santo	156.000
4 – Centro (Rua Camerino)	Gamboa, Santa Rita, Candelária; Sacramento e São José;	152.000
5 – Centro (Praça da Bandeira)	São Cristóvão e Engenho Velho	125.000
6 – Praça Saens Peña	Andaraí e Tijuca	156.000
7 – Praça Engenho Novo	Engenho Novo e Méier	156.000
8 – Inhaúma	Inhaúma Oeste	145.000
9 – Jacarepaguá	Jacarepaguá e Irajá Sul	167.000
10 – Penha	Inhaúma Leste, Irajá (subúrbios da Estrada de Ferro da Leopoldina) e Ilha do Governador	145.000
11 – Madureira	Madureira e Leste de Realengo	111.000
12 – Bangu	Realengo Oeste, Bangu, Campo Grande, Guaratiba e Santa Cruz	122.000

Fonte: CD/EEAN, cx. 50, doc.212 – 1935; Cunha, 1994, p. 64

As enfermeiras atuavam nas diversas atividades realizadas nos CS, sendo deste modo incorporadas na organização administrativa do modelo como um serviço. Responsabilizavam-se pela visita domiciliar acompanhando puérperas e crianças, além de orientar e fiscalizar a atuação das parteiras, detectando ainda os casos suspeitos de doenças transmissíveis, aplicando vacinas e promovendo o isolamento nos domicílios (CUNHA, 1994, p. 204). Era também objetivo destas profissionais a educação sanitária, a desinfecção concorrente, a imunização dos comunicantes, a vigilância sanitária em torno dos focos de doenças transmissíveis, visitação à gestantes, pré escolares e escolares, e o auxílio aos médicos nos dispensários¹⁵.

A enfermeira-chefe de cada CS tinha as atribuições de orientar, instruir e fiscalizar as

enfermeiras/visitadoras no desempenho de suas atribuições diárias, a saber: encaminhar diariamente às encarregadas de cada zona, o serviço para o dia seguinte, de acordo com os pedidos de visita e outras recomendações dos médicos-chefes dos diferentes serviços do Centro de Saúde; verificar diariamente o serviço de visitação realizado, procedendo aos correspondentes fazendo as correções necessárias, levar ao conhecimento do chefe da unidade sanitária e dos chefes dos diversos serviços, as ocorrências de maior importância; transmitir diariamente aos chefes do Serviço de Doenças Transmissíveis e do Serviço de Doenças Venéreas os dados colhidos nas investigações, as dificuldades encontradas e as anormalidades verificadas durante as visitas; requisitar, diariamente dos chefes dos serviços do CS e mediante protocolo, as fichas especializadas

necessárias à tarefa de visitação, organizar a escala do rodízio das visitadoras para o serviço interno nos diferentes dispensários.

3- Implicações da implantação da rede de Centros de Saúde para a atuação das enfermeiras de saúde pública

Com a implantação do sistema de Centros de Saúde, mudanças significativas ocorreram na prática das enfermeiras de saúde pública.

No sistema de Inspeções, as enfermeiras de saúde pública eram subordinadas administrativamente e tecnicamente à Superintendente do Serviço. Assim, as relações interpessoais eram de enfermeira para enfermeira. Este quadro sofre uma mudança com a criação do CS, uma vez que as enfermeiras de saúde pública foram distribuídas entre os CS, cada um dos quais tinha uma enfermeira-chefe que ficava subordinada administrativamente ao diretor do CS e tecnicamente à superintendência de enfermagem.

No modelo de Inspeções, as enfermeiras visitadoras, que eram subordinadas técnica e administrativamente a uma enfermeira chefe, organizavam-se de modo a realizar suas visitas e retornar à sede do Serviço de Enfermeiras para anotar o resultado do seu trabalho e tomar as providências pertinentes. Nos CS, podemos verificar que a comunicação direta desta profissional com os médicos ficou facilitada, uma vez que as ocorrências de maior importância nos diversos serviços eram levadas ao conhecimento do médico-chefe, e os resultados das visitas domiciliares eram transmitidos aos chefes de serviço do CS.

Supõem-se que no novo sistema houve uma maior aproximação da enfermeira com a comunidade local, uma vez que ela teria a oportunidade de encontrar-se com a sua clientela em seus lares e também na unidade sanitária.

Ao contrário do que ocorria no sistema de inspeções especializadas, no qual as enfermeiras de saúde pública atendiam tanto pessoas sadias como suspeitos e doentes, inclusive prestando cuidados de cabeceira no domicílio, no sistema de CS a orientação do seu trabalho era eminentemente profilática.

Considerações finais

A análise comparativa das características do serviço de enfermagem de saúde pública, antes e depois da implantação da rede de centros de saúde na cidade do Rio de Janeiro, no final da década de 30, evidenciou que a mudança da organização sanitária geral e a nova filosofia de trabalho:

do ponto de vista técnico-administrativo alteraram substancialmente as atribuições das enfermeiras de saúde pública;

e do ponto de vista político afetaram o poder e o prestígio do órgão federal de enfermagem de saúde pública na capital federal.

Em que pesem as vantagens do sistema de CS para o serviço de enfermagem de saúde pública, em termos de melhor integração na equipe de trabalho local, a distribuição das enfermeiras de saúde pública entre os CS, ficando a enfermeira-chefe de cada CS subordinada administrativamente ao diretor do CS, provocou o enfraquecimento do Serviço de Enfermeiras em relação à situação anterior. Nesta estrutura, a enfermagem perdeu sua autonomia administrativa e passou a tornar-se subordinada ao Diretor da unidade sanitária. No entanto, manteve a sua autonomia técnica, que permaneceu sob a coordenação de uma enfermeira chefe.

The reconfiguration of public health Nursing services in Rio de Janeiro city in the turn of the 20's to 30's

Abstract

The topic of this study is the process of change for Inspectory model to the system of Health Center (HC), that has changed the public health nurses practice characteristics in Rio de Janeiro. The objectives were to describe the public health nursing characteristics in centralized model; to analyze the HC model implantation process; and to discuss the implications of these changes for the public health nursing practice. This is a historic-social research type and it is supported by primary sources from the Anna Nery School of Nursing's Documentation Center of, from Municipal Archive and from National Archive. The secondary sources were relative to health politics, public health, HC and public health nurses services. The first HC was inaugurated in 1927, in Inhauma suburb, as a trial for implantation of a net of HC in the city. In 1934 the HC inspectorship was created, where the city was divided into twelve medical regions, each one with its HC. The nurses worked in the several activities performed in HC's, thus being incorporated in the administrative organization of the model as a service.

Keywords: History of Nursing. Medical reforms. Public health Nursing.

Reconfiguración del servicio de enfermería de salud pública en la ciudad de Río de Janeiro en el transcurso de la década del 20 a los 30.

Resumen

El objetivo de este estudio, es el proceso de cambio del modelo de inspecciones para el sistema de Centros de Salud (CS), el cual modificó las características de la práctica de las enfermeras de salud pública en Río de Janeiro. Los objetivos son: describir las características de la enfermería de salud pública en el modelo centralizado; Analizar el proceso de implantación del modelo de CS; y discutir las implicaciones de tal cambio para la práctica de enfermería de salud pública. El trabajo es de naturaleza histórico-social y se apoya en fuentes primarias del Archivo del Centro de Documentación de la Escuela de Enfermería Ana Nery, Archivo de la ciudad de Río de Janeiro y del Archivo Nacional. Las fuentes secundarias se refieren a las temáticas de política de salud, salud pública, CS y Servicio de Enfermerías de Salud Pública. El primer CS fue inaugurado en 1927, en el barrio de Inhaúma, como prueba piloto para implantación de una red del CS en la ciudad. En 1934, es creada la inspección del CS, cuando la ciudad fue dividida en 12 distritos sanitarios, cada cual con su CS. Las enfermeras actuaban en las diversas actividades realizadas en los CS, siendo de este modo incorporadas en la organización administrativa del modelo como un servicio.

Palabras claves: Historia de la enfermería . Reformas de los servicios de salud . Enfermería en Salud Pública.

Referências bibliográficas

- ALVES, C. P. Princípios fundamentais da enfermeira de saúde pública. **Anais de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.4. n.4. abr./dez. 1934.
- ARRUDA, B. K. G. de. **A enfermagem em saúde pública**. Arquivos de Higiene, Rio de Janeiro, jan /mar., p.25-27. 1952.
- BARBOSA, P. Tipos de organização sanitária aplicáveis ao Brasil. **Archivos de Higiene**, Rio de Janeiro, v.4,n.1, p.41-52, 1930.
- BARREIRA, I. de A. A prática de enfermagem no Brasil: a enfermeira de saúde pública dos anos 20. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.7,n.1, p.42-57, jan./abr. 1998.
- _____. Transformações da prática da enfermagem nos anos 30. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, v.52, n.1, p.129-143, jan./mar. 1999.
- BARROS BARRETO, J. de; FONTENELLE, J. P. O sistema dos centros de saúde no Rio de Janeiro. **Archivos de Higiene**, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p.83-11, 1935.
- BODSTEIN, R. C. de A. **Condições de saúde e prática sanitária no Rio de Janeiro. 1890-1934**. Niterói, 1984. 184 p. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Ciências Humanas e Filosofia/ Universidade Federal Fluminense, 1984.
- _____. Práticas sanitárias e classes populares do Rio de Janeiro. **Revista Rio de Janeiro**, Niterói, v.1, n. 4, p.33-43. dez. 1986.
- CASTRO, P. de C. e. Novas e velhas perspectivas da Saúde Pública. **Arquivos de Higiene e Saúde Pública**, v. 25, n.85, p. 201-207, set. 1960.
- COSTA, N. do R. **Lutas Urbanas e controle sanitário**. Origens das políticas de saúde no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1985.
- CUNHA, A L. da; OLIVEIRA, C. M. R. de; BARREIRA, I. de A. Absorção das visitadoras sanitárias pela Escola de Enfermagem na reforma Carlos Chagas. Rio de Janeiro 1923-1926. In: PESQUISANDO DE ENFERMAGEM,3., 1996. **Anais...**, Rio de Janeiro: Anna Nery/ UFRJ, 1996.
- CUNHA, F. T. S. **Estudo da evolução dos Centros de Saúde no tempo e no espaço na cidade do Rio de Janeiro (1920-1950)**. Rio de Janeiro, 1994. 234 p. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.
- CURTIS, C. As necessidades de enfermagem no Rio de Janeiro. **Boletim de Higiene e Saúde Pública**, v.2, n.3, p.8-16, ago. 1944.
- FALLANTE, B. de S. C., BARREIRA, I. de A. **O significado da visita domiciliar realizada pelas enfermeiras de saúde pública às famílias do Rio de Janeiro nas décadas de 20 e 30.**(Relatório final do subprojeto de pesquisa, Rio de Janeiro, 1997).
- FAUSTO, B. **História do Brasil**. São Paulo: Edusp, 1995.
- FONTENELLE, J.P. **A enfermagem de saúde pública: sua criação e desenvolvimento no Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, s.n., 1941.
- FRAENKEL, E. de M. Histórico do Serviço de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública. **Anais de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.2, n.4, abr./out. 1934.
- LAURIANO, A G.; BARREIRA, I. de A. O serviço de enfermeiras de saúde pública: das Inspetorias ao sistema de Centros de Saúde. PESQUISANDO EM ENFERMAGEM, 6., JORNADA DE HISTÓRIA DA ENFERMAGEM BRASILEIRA, 2.,1999. **Anais...** Rio de Janeiro: Anna Nery/ UFRJ, 1999.

LIMA, I. B. Enfermagem na organização sanitária federal. **Anais de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.5, n.1: 84-93, jan. 1952.

MASSACO, I. **Cem anos de Saúde Pública**. A cidadania. negada. São Paulo: Ed. UNESP. [s.d].

PARSONS, E. A enfermagem moderna no Brasil. Rio de Janeiro: **Archivos de Higiene**: Exposições e relatórios, 1927, p. 201-205.

PEREIRA NETO, A. de F. **Palavras, intenções e gestos**. Os interesses profissionais da elite médica. Congresso Nacional dos Práticos (1922). Rio de Janeiro, 1997. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual do Rio de Janeiro.

PROGIANTI, J. M. **A arte de partear: as lutas no campo obstétrico (1934 – 1951)**. Rio de Janeiro: Anna Nery/UFRJ (Projeto de tese de doutorado, 1999).

RAMOS, R. A integração sanitária: doutrina e prática. Rio de Janeiro, **Revista da FSESP**, v. 1/2, 1973.

RODRIGUES, B.de A. **Fundamentos de administração sanitária**. Brasília: Ministério da Saúde, 1979.

_____. Normas para o funcionamento de Unidades Sanitárias. **Arquivos de Higiene**, Rio de Janeiro, v.20, p.19-35, set. 1954.

SANTOS, T. C. F. **A câmara discreta e olhar indiscreto: a persistência da liderança norte-americana no ensino da Enfermagem na capital do Brasil (1928-1938)**, 1998 Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

SOUZA, E. **A mulher brasileira na vida profissional. Um inquérito de “A Pátria” de largas proporções**. (Centro de Documentação/EEAN, cx:32, doc.128, p.1-2, 1931).

TABORDA, Rosaly. Visitadoras de saúde pública. **Folha Médica**, v.2,1933.

VALLADARES, L. do P.; SANT’ANNA, M. J. G. **O Rio de Janeiro em teses**. Catálogo Bibliográfico 1960-1990. Rio de Janeiro: URBANDATA, 1992.

Notas

¹Trabalho apreciado pelo prêmio Anna Nery 1999- II, oferecido pelo Núcleo de Pesquisa de História da Enfermagem Brasileira (Nuphebras), ao melhor trabalho de conclusão de curso nesta linha de pesquisa

²Decreto Legislativo 3987, de 02 de janeiro de 1920.

³1º Diretor do DNSP

⁴Decreto 15.003, de 15 de setembro de 1921.

⁵Decreto 16300, de 31 de dezembro de 1923.

⁶Artigo 379 do Regulamento do DNSP

⁷É o conjunto de atividades a serviço da coletividade que, ao lado dos benefícios proporcionados no recinto da unidade sanitária, desfruta da cooperação da visitadora. Esta estabelece a ligação entre o Posto e o indivíduo em qualquer local onde se encontre. (RODRIGUES, 1954. p. 21)

⁸ Todos os dados referentes àquela família constavam apenas dos relatórios das enfermeiras de saúde pública, sendo estes os documentos que comprovavam tal serviço.

⁹Fontenelle descreve higiene como sendo o conjunto de conhecimentos que dá conta das atribuições dos Centros de Saúde, “que não é propriamente uma ciência, mas para ela contribuem todos os conhecimentos específicos, como a química, física, fisiologia, psicologia, patologia, parasitologia”, entre outras (Fontenelle, 1932. p.6 ;Cunha, 1994. p. 34)

¹⁰Pediatra, membro honorário da Academia Nacional de Medicina e sócio remido da Sociedade de Medicina e Cirurgia. Chefiava o serviço de pediatria da Policlínica do Rio de Janeiro em 1922.

¹¹A Inspeção de Profilaxia de Tuberculose ficou desvinculada do Serviço de Centros de Saúde até 1934, ano em que ocorreu a mudança dos serviços municipais de saúde do DF, promovido pela Reforma Barros Barreto. Tal reforma acabava com a antiga organização do DNSP e reunia na mesma repartição de saúde pública todos os serviços sanitários do distrito a que servia, juntando no mesmo edifício todos os ambulatórios, e evitando desta maneira, a excessiva centralização. Os funcionários das antigas Inspetorias de profilaxia ficaram neste momento distribuídos pelas novas unidades. (BODSTEIN, 1984. p. 125)

¹²Diplomada pela EEAN em 1925, realizou o curso de pós-graduação em enfermagem nos Estados Unidos e veio tornar-se diretora da Escola de Enfermagem Anna Nery em 1938. CD/EEAN, cx. 87 doc. 31 1963.

¹³MASSACO, Lyda. Cem anos de saúde pública. A cidadania negada. UNESP; São Paulo, s.d.

¹⁴Em 1937, Fontenelle assumiu o cargo de diretor do Serviço de Saúde Pública do Distrito Federal

¹⁵Instruções para o "Serviço de Visitadoras" (SE) nos Centros de Saúde. CD/EEAN

Sobre os autores

André Guayanaz Lauriano

Acadêmico do 8º período da EEAN/UFRJ. Bolsista de Iniciação Científica/ PIBIC do Nuphebras

Ieda de Alencar Barreira

Professora Titular do Depto. de Enfermagem Fundamental da EEAN/UFRJ. Pesquisadora sênior do CNPq.

