

ISSNe (electronic version): 2182.2883

ISSNp (print version): 0874.0283

SUPLEMENTO AO Nº 15 SÉRIE IV

ATAS DO
III SIMPÓSIO INTERNACIONAL
DA ANHE E I SIMPÓSIO DE HISTÓRIA
DE ENFERMAGEM DA ESENF

COMUNICAÇÕES ORAIS
PÔSTERES
TEXTOS COMPLETOS
CONFERÊNCIAS
PAINÉIS

REVISTA DE ENFERMAGEM REFERÊNCIA
A PEER-REVIEWED INTERNATIONAL JOURNAL

REVISTA CIENTÍFICA DA UNIDADE
DE INVESTIGAÇÃO EM CIÊNCIAS
DA SAÚDE: **ENFERMAGEM**

SCIENTIFIC JOURNAL OF
THE HEALTH SCIENCES
RESEARCH UNIT: **NURSING**

ESCOLA SUPERIOR
DE ENFERMAGEM
DE COIMBRA

NURSING SCHOOL
OF COIMBRA

NOVEMBRO 2017

Referência
REVISTA DE ENFERMAGEM | JOURNAL OF NURSING

Referência

REVISTA DE ENFERMAGEM | JOURNAL OF NURSING

Descritores em linguagem
MeSH (Medical Subject Headings)

Indexada em:



Membro do:



Objetivos e contexto

A *Revista de Enfermagem Referência* é uma revista científica, *peer reviewed*, editada pela Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem. Esta Unidade de Investigação é acolhida pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e acreditada pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia. O **objetivo** da revista é divulgar conhecimento científico produzido no campo específico das ciências da enfermagem, com uma abordagem interdisciplinar englobando a educação, as ciências da vida e as ciências da saúde. É requisito que todos os **artigos** sejam cientificamente relevantes e originais e de um claro interesse para o progresso científico, a promoção da saúde, a educação em saúde, a eficácia dos cuidados de saúde e tomada de decisão dos profissionais de saúde. Cerca de 80% dos artigos são publicados como artigos científicos originais e cerca de 20% dos artigos são artigos de revisão (revisão sistemática), artigos teóricos e ensaios. O **processo de revisão por pares**, *double blind*, inclui 10 fases, da submissão à disseminação (Pré-análise; Checklist; Revisão por pares; Gestão de artigo; Tratamento técnico e documental; Revisão final; Tradução; Maquetização e atribuição de DOI; HTML; Divulgação pelas bases de dados). Os seguintes documentos estão disponíveis aos autores: checklist, termo único e tópicos de análise crítica para ajudar a escrita de artigos científicos de acordo com o seu tipo específico. Os revisores podem aceder a estruturas sistemáticas de avaliação. A **gestão do processo de revisão** é totalmente automatizada. Isto permite uma ação efetiva de controlo, regulação e avaliação (gestão de autores, revisores e artigo). A revista tem uma **extensão internacional** e é publicada em **formato bilingue** (é obrigatória a versão em Inglês). É dirigido a estudantes, investigadores e profissionais das ciências da vida, ciências da saúde e área da educação.

Políticas editoriais definidas de acordo com os critérios do Directory of Open Access Journals – DOAJ. Acessível em open access em www.esenfc.pt/rr

Publicação regular, com periodicidade trimestral, divulgação em formato impresso e digital.

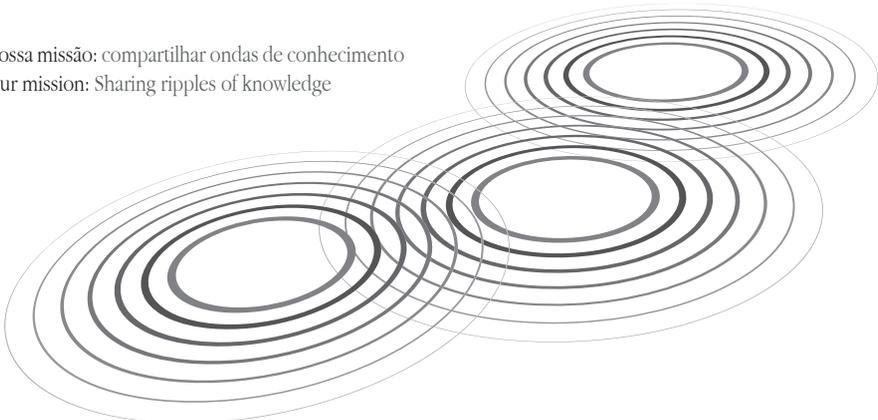
Nossa missão: compartilhar ondas de conhecimento
Our mission: Sharing ripples of knowledge

Aims and scope

The Journal of Nursing *Referência* is a peer-reviewed scientific journal published by the Health Sciences Research Unit: Nursing. This Research Unit is hosted by the Nursing School of Coimbra and accredited by the Foundation for Science and Technology. The **objective** of the journal is to disseminate scientific knowledge produced in the specific field of nursing science with an interdisciplinary approach covering the areas of education, life sciences and health sciences. All **papers** are required to be scientifically relevant and original and to show a clear significance for the scientific progress, health promotion, health education, health care effectiveness and health professionals' decision-making. Around 80% of the **articles** published are scientific and original articles, and around 20% of the articles are review papers (systematic review), theoretical papers and essays. The **double-blind review process** includes 10 stages from submission to dissemination (Pre-analysis; Checklist; Peer review; Article management; Technical and documentary support; Final review; Translation; Layout and DOI Assignment; HTML; Database dissemination). The following documents are available to authors: checklist, author's statement, and critical analysis topics to help prepare the scientific papers according to its specific type. Reviewers can access systematic assessment structures. The **management of the review process** is fully automated. This allows for an effective control, regulation and evaluation (authors, reviewers and article management). The Journal has an **international dissemination** and is published in a **bilingual version** (the English version is mandatory). It is directed at students, researchers and professionals from the areas of life sciences, health sciences and education.

Editorial policies defined according to criteria of Directory of Open Access Journals – DOAJ. Available in open access at www.esenfc.pt/rr

Regular publication, quarterly, print and digital dissemination.



SUMÁRIO



1	NOTAS INTRODUTÓRIAS
13	COMUNICAÇÕES ORAIS (ABSTRACT)
15	Ensino de Enfermagem
19	Prestação de Cuidados
27	Biografias
29	Congregações religiosas
35	Livros e fontes históricas
43	Conflitos bélicos
49	PÓSTERES
51	Ensino de Enfermagem
53	Livros e fontes históricas
55	COMUNICAÇÕES ORAIS (TEXTO COMPLETO)
57	Ensino de Enfermagem
63	Prestação de Cuidados
77	Livros e fontes históricas
91	CONFERÊNCIAS
113	PAINÉIS
115	Painel I: Fontes para a história de enfermagem no séc. XIX
133	Painel II: A arte de enfermagem no séc. XIX
163	Painel III: A importância das instituições na construção da identidade dos enfermeiros
179	Painel IV: A Enfermagem nos conflitos bélicos

SUMMARY



5	INTRODUCTORY NOTES
13	ORAL PRESENTATIONS (ABSTRACT)
15	Nursing education
19	Care delivery
27	Biographies
29	Religious congregations
35	Books and historical sources
43	Armed conflicts
49	POSTERS
51	Nursing education
53	Books and historical sources
55	ORAL PRESENTATIONS (COMPLETE TEXT)
57	Nursing education
63	Care delivery
77	Books and historical sources
91	CONFERENCES
113	PANELS
115	Panel I: Sources for the history of Nursing in the 19th century
133	Panel II: The art of Nursing in the 19th century
163	Panel III: The importance of the institutions in building the nurses' identity
179	Panel IV: Nursing in armed conflicts

ÍNDICE



9	NOTAS INTRODUCTORIAS
13	COMUNICACIONES ORALES (RESUMEN)
15	Enseñanza de enfermería
19	Prestación de cuidados
27	Biografías
29	Congregaciones religiosas
35	Libros y fuentes históricas
43	Conflictos bélicos
49	PÓSTERES
51	Enseñanza de enfermería
53	Libros y fuentes históricas
55	COMUNICACIONES ORALES (TEXTO COMPLETO)
57	Enseñanza de enfermería
63	Prestación de cuidados
77	Libros y fuentes históricas
91	CONFERENCIAS
113	PANELES
115	Panel I: Fuentes para la historia de la Enfermería en el siglo XIX
133	Panel II: El arte de la Enfermería en el siglo. XIX
163	Panel III: La importancia de las instituciones en la construcción de la identidad de los enfermeros
179	Panel IV: La Enfermería en los conflictos bélicos



NOTAS INTRODUTÓRIAS

A Associação Nacional de História de Enfermagem (ANHE) em parceria com a Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnFC) realizou o III Simpósio Internacional da ANHE e I Simpósio de História de Enfermagem da ESEnFC, com o tema “ENFERMAGEM IBERO-AMERICANA NO SÉC. XIX (1801-1900)”, evento que ocorreu nos dias 9 e 10 de Novembro de 2017, no Auditório António Arnaut da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

O Simpósio teve como finalidade reunir diferentes pesquisadores que investigam a História de Enfermagem Ibero-Americana no século XIX. Objetivou-se criar um espaço de diálogo sobre esta área de pesquisa, privilegiando trabalhos que apresentassem: pesquisas recentes e/ou inovadoras sobre esta temática; reflexões teóricas e metodológicas sobre a área em questão; e tentativas de reflexão e de diálogo sobre as divergências e/ou convergências de temas, objetos e problemas de investigação. Paralelamente, pretendeu-se estabelecer um espaço de reflexão sobre as diversas possibilidades de pesquisa referentes à época e temática, a partir do estudo das fontes e do diálogo historiográfico.

A parceria entre a ANHE e a ESEnFC / Unidade Científico-Pedagógica (UCP) de Enfermagem Fundamental foi altamente produtiva, cumprindo-se os objetivos e ultrapassando as expectativas.

O Simpósio contou com cerca de duas dezenas de conferências e comunicações em painéis bem como aproximadamente quatro dezenas de outras comunicações livres em formato de póster ou comunicação oral. Foi expressivo na participação internacional com pesquisadores de Espanha, Brasil e Argentina.

Durante as actividades do Simpósio, tivemos a oportunidade de usufruir de três significativas exposições:

- “135 anos de Ensino de Enfermagem em Coimbra”, da ESEnFC.
- “La Enfermería en los cuentos infantiles”, exposição de cerca de 40 contos infantis, de Isidoro Jiménez Rodríguez.
- Exposição de objectos/livros sobre Florence Nightingale de Txaro Uliarte Larriketa.

Decorreram, ainda em actividade pré-Simpósio, as Oficinas de Trabalho: “Fuentes archivísticas para el estudio de la Historia de la Enfermería”, orientada por Susana María Ramírez Martín e Isabel Portela Filgueiras, e “La enfermeira en los cuentos infantiles”, dirigida por Isidoro Jiménez Rodríguez.

A relevância das comunicações apresentadas tornou inevitável o seu registo em e-book, para memória futura e, como instrumento de trabalho, proporcionar o sucessivo desenvolvimento de pesquisas nesta importantíssima área de investigação. Neste sentido, procurou-se reunir o máximo de comunicações em texto integral, desafio a que responderam cerca de três dezenas de participantes.

Importa agradecer à ANHE pela parceria proporcionada e pelo empenho dos seus investigadores, o que muito contribuiu para o êxito do Simpósio.

Não menos importante foi o apoio e estímulo da direcção da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, alocando recursos fundamentais para a concretização do evento, e disponibilizando serviços de secretariado, apoio técnico e de apoio geral. Relevantes, foram também o envolvimento e a participação científica assim como a organização dos professores da UCP de Enfermagem Fundamental.

A elevada qualidade das Conferências, Comunicações em Painéis, Comunicações Livres e do material expositivo, muito contribuiu para o sucesso deste Simpósio. A todos os investigadores participantes o nosso agradecimento.

Por último, uma referência a todo o apoio proporcionado pela Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E), nomeadamente na edição deste e-book.

Professor Doutor Paulo Joaquim Pina Queirós
Coordenador da UCP-Enfermagem Fundamental,
Investigador da UICISA: E; projeto estruturante História e Epistemologia da Saúde e Enfermagem.



NOTAS INTRODUTÓRIAS

Cumprindo com a tradição do que ocorreu em 2013 e 2015 na sequência do I e II Simpósios Internacionais de História de Enfermagem, a Associação Nacional de História de Enfermagem (ANHE) volta a publicar mais um e-book, agora em parceria com a Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E), acreditada pela Fundação para a Ciência e Tecnologia (FCT), e a Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnFC) – Unidade Científico-Pedagógica (UCP) de Enfermagem Fundamental. Nele encontram-se publicados os abstracts das comunicações livres, os textos das comunicações das mesas e conferências apresentadas no decurso do III Simpósio Internacional da ANHE e I Simpósio de História de Enfermagem da ESEnFC. Estes eventos estiveram subordinados à temática “Enfermagem Ibero-Americana no Séc. XIX (1801-1900)” e decorreram em Coimbra a 9 e 10 de novembro de 2017 no Auditório António Arnaut, da ESEnFC (Polo B), numa organização conjunta da Associação Nacional de História de Enfermagem e da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Se o Simpósio realizado de 2013 incidiu na “Investigação sobre História da Enfermagem: Percursos e Desafios”, e o de 2015 na “Enfermagem na 1ª Metade do Séc. XX. Cenários e Contextos”, fez todo o sentido em 2017 e, portanto nesta obra, tratar a “Enfermagem do Séc. XIX”. Até porque nos parecia existir pouca investigação com base em fontes datadas desta época e importava estimular o estudo das que existiam e identificar outras com potencial para um período tão rico da história da Enfermagem, o qual, de alguma forma, orientou os caminhos que a profissão acabou por trilhar no séc. XX.

“Ibero-americana” porque as histórias da enfermagem tanto Ibérica quanto a Americana são riquíssimas influenciando-se mutuamente. Ambas têm muito para desvelar porque desde há muito que investigadores ibéricos e americanos, essencialmente do centro e sul, se conhecem e vêm estabelecendo redes de contacto e de trabalho que importa continuar a estimular e a desenvolver.

Com esta obra, a organização do evento tem por finalidade divulgar junto do grande público e de todos os interessados sobre a matéria, tanto de investigadores quanto de utilizadores e estudiosos de história de enfermagem, os resultados das pesquisas apresentadas; das reflexões teóricas e metodológicas realizadas sobre o assunto; e das tentativas de reflexão e diálogo quanto a divergências e/ou convergências de temas, objetos e problemas de investigação. Desta forma, faz-se jus a uma das finalidades da ANHE que consiste na divulgação da mais recente investigação sobre a História da Enfermagem.

O evento que deu origem e culminou na publicação deste livro surgiu de uma coincidência de interesses entre as instituições que o organizaram. Potenciando as suas sinergias, a ANHE e a ESEnFC planearam e realizaram um Simpósio tão complexo e importante, não só pela logística envolvida como pelo número de participantes dos diferentes países e assuntos tratados ao longo de dois dias. A realização do Simpósio na *Lusa Atenas* teve que ver com outro dos propósitos da ANHE que consiste em descentralizar esta sua atividade bial. As duas primeiras edições (2013 e 2015) ocorreram em Lisboa, a ANHE levou a bial a outras regiões do país, neste caso a Coimbra e às instalações da ESEnFC uma referência nacional e internacional no desenvolvimento e afirmação da disciplina de enfermagem e uma referência de excelência na produção, difusão, transferência de conhecimentos; e na formação de investigadores, nomeadamente de História da Enfermagem.

A colaboração dos investigadores da ANHE com os investigadores da ESEnFC no planeamento deste Simpósio foi muito frutuosa na medida em que permitiu o intercâmbio de ideias e possibilitou a constituição de comissões (organizadora e científica) de excelência e a construção de um programa científico extremamente rico. Paralelamente, permitiu identificar pesquisas recentes e/ou inovadoras sobre a temática em discussão e seus investigadores cujos resultados se podem apreciar nas páginas seguintes.

No decurso dos trabalhos, assistiu-se a uma conferência promovida por dois investigadores da Universidade de Coimbra sobre questões metodológicas na investigação da história da saúde do séc. XIX, a que se seguiu um painel sobre fontes para a História de Enfermagem no séc. XIX, o qual teve a participação tanto de investigadores da ANHE quanto da ESEnFC. Houve também a oportunidade de presenciar uma conferência de um investigador espanhol que abordou as alterações legislativas da enfermagem e a evolução das competências dos enfermeiros do país vizinho. Noutra painel, discutiu-se a arte de enfermagem no séc. XIX e, numa outra conferência, um investigador brasileiro discursou sobre os primórdios do cuidado de enfermagem no Brasil e o percurso que levou à profissionalização. Seguiu-se um painel em que mais uma vez investigadores da ANHE e da ESEnFC debateram a importância das instituições na construção da identidade dos enfermeiros. Por fim, foi ainda possível assistir a três conferências, uma das quais de uma investigadora espanhola da Universidade de Alcalá sobre o prestígio social das enfermeiras do séc. XIX refletido na filatelia. Contamos também com um painel sobre a enfermagem nos conflitos bélicos.

Tudo isto foi complementado com cerca de oito mesas de comunicações livres e três exposições que decorreram em simultâneo com o Simpósio, duas das quais da responsabilidade de investigadores e enfermeiros espanhóis.

Espera-se que, na senda deste Simpósio, o qual julgamos ficará para a história da Enfermagem como um dos maiores e melhores simpósios que sobre esta temática ocorreu até hoje em Portugal, e da obra agora publicada, outros se realizem e que outros livros se continuem a dar à estampa com a colaboração das mais diversas instituições e entidades e porque não também da Sociedade Portuguesa de História da Enfermagem (SPHE) cuja participação nas atividades científicas da ANHE tem sido muito profícua desde a primeira hora.

Professor Doutor Óscar Manuel Ramos Ferreira
Presidente da Associação Nacional de História de Enfermagem



INTRODUCTORY NOTES

The National Association of History of Nursing (ANHE) in partnership with the Nursing School of Coimbra (ESEnC) held the 3rd International Symposium of ANHE AND 1st Symposium of History of Nursing of the ESEnC, with the subject “IBERO-AMERICAN NURSING IN THE 19TH CENTURY (1801-1900)”, an event that occurred on 9 and 10 November 2017, in the Auditorium António Arnaut of the Nursing School of Coimbra.

The purpose of the Symposium was to gather several researchers that work within the scope of the history of the Ibero-American Nursing in the 19th century. This study aimed to create a space for dialog on this area of research, prioritizing works that included: recent and/or innovative searches about this topic; theoretical and methodological considerations on the discussed area; and attempts of reflection and dialog about the differences and/or similarities of research themes, objects, and problems. Moreover, it was intended to establish a space for reflection about the several possibilities of research relating to the season and subject, based on the study of sources and historiographical dialog.

The partnership between ANHE and ESEnC/Scientific-Pedagogical Unit (CPU) of Fundamental Nursing was highly productive, as the objectives were fulfilled and the expectations were exceeded.

The symposium was composed of about 20 conferences and communications in panels as well as approximately 40 other free communications in poster format or oral communication. The international involvement was evident, with the presence of researchers from Spain, Brazil, and Argentina.

During the activities of the Symposium, we had the opportunity to take advantage of three significant exhibitions:

- “135 anos de Ensino de Enfermagem em Coimbra” (135 years of Nursing Education in Coimbra), by the ESEnC.
- “La Enfermería en los cuentos infantiles” (Nursing in Children’s Tales), an exhibition of about 40 children’s tales, by Isidoro Jiménez Rodríguez.
- Exhibition of objects/books on Florence Nightingale by Txaro Uliarte Larriketa.

The workshops took place as pre-symposium activities: “Fuentes archivísticas para el estudio de la Historia de Enfermería” (Archiving Sources of History of Nursing), led by Susana María Ramírez Martín and Isabel Portela Filgueiras, and “La enfermeira en los cuentos infantiles” (The nurse in children’s tales), led by Isidoro Jiménez Rodríguez.

The relevance of the submitted papers caused their inevitable registration in e-book, for future memory, and as a working tool, with the purpose of providing the subsequent development of researches in this most important area of research. Thus, we sought to gather the maximum number of communications in full text, a challenge with a total of 30 participants. Many thanks to ANHE for the provided partnership and the commitment of its researchers, who greatly contributed to the success of this Symposium.

Equally important were the support and encouragement given by The Board of Directors of the Nursing School of Coimbra, allocating crucial resources for the execution of this event, and providing secretarial services, technical support, and general support. Also relevant were the scientific involvement and participation as well as the organization of teachers of UCP of Fundamental Nursing.

The high quality of the Conferences, Communications in Panels, Free Communications and the exhibition material contributed greatly to the success of this Symposium. We would like to give our thanks to all the participating researchers.

At last, but not least, we thank all the support provided by the Health Sciences Research Unit: Nursing (UICISA: E), especially in the edition of this e-book.

Professor Paulo Joaquim Pina Queirós
Coordinator of the UCP-Fundamental Nursing,
UICISA: E researcher; structuring project History and Epistemology of Health and Nursing.



INTRODUCTORY NOTES

Complying with the tradition of what occurred in 2013 and 2015 as a result of the 1st and 2nd International Symposia on the History of Nursing, the National Association of History of Nursing (ANHE) published another e-book, now in partnership with the Health Sciences Research Unit: Nursing (UICISA: E), accredited by the Foundation for Science and Technology (FCT), and the Nursing School of Coimbra (ESEnFC) - Scientific-Pedagogical Unit (CPU) of Fundamental Nursing. The publication includes abstracts of free communications, the texts of the communications of the tables and conferences presented during the 3rd International Symposium by ANHE and the 1st Symposium of History of Nursing by ESEnFC. These events focused on the subject “Ibero-American Nursing in the 19th Century (1801-1900)” and took place in Coimbra on 9 and 10 November 2017 in the Auditorium António Arnaut, at ESEnFC (Campus B), in a joint organization of the National Association of History of Nursing and the Nursing School of Coimbra. If the Symposium held in 2013 focused on “Research on the History of Nursing: Paths and Challenges”, and the one held in 2015 focused on “Nursing in the First Half of the 20th Century. Scenarios and Contexts”, it made perfect sense in 2017, and therefore this work, to address the “Nursing of the 19th Century”, because our opinion was that there was little research based on sources from that time period and it was important to promote the study of those already existent and to identify others with potential for a rich time period of the history of Nursing such as this. This guided, in some fashion, the paths this profession eventually traced in the 20th century.

“Ibero-American” because both Iberian and American histories of nursing are very rich and mutually influential. Both have a lot to reveal because Iberian and Latin American, especially from Central and South America, researchers have known each other for a long time and have been establishing contact networks and work relationships, which should be promoted and developed. With this work, the organization of this event aims to disseminate among the general public and all interested parties on the matter the results of the presented researches; theoretical and methodological reflections on this subject; and the attempts of reflection and dialog about the differences and/or similarities of themes, objects and research problems, by both researchers and users and scholars of history of nursing. Thus, one of the objectives of ANHE, consisting of the dissemination of the most recent research on the History of Nursing, is fulfilled.

The event which created and resulted in the publication of this book was the product of a match of interests between the organizing institutions. Maximizing their synergies, ANHE and ESEnFC planned and held an extremely complex and important Symposium, not only because of the required logistics but also because of the number of participants from different countries and issues dealt with over the course of two days.

The Symposium took place in *Lusa Atenas* because of another purpose of the ANHE which consists of decentralizing its biennial activity. The first two editions (2013 and 2015) were held in Lisbon, ANHE held the biennial in other regions of the country, in this case, Coimbra and at the premises of ESEnFC, a national and international reference in the development and affirmation of the discipline of nursing and a reference of excellence in the production, dissemination, and transfer of knowledge; and in researchers’ training, especially in the History of Nursing.

The collaboration between ANHE researchers and ESEnFC researchers in planning this Symposium was very fruitful since it allowed the exchange of ideas and enabled the formation of (organizing and scientific) committees of excellence and the creation of an extremely rich scientific program. Moreover, it allowed identifying recent and/or innovative researches on the discussed subject and its researchers whose results can be analyzed in the following pages.

During the Symposium, there was a conference promoted by two researchers from the University of Coimbra on methodological issues in research in the history of health of the 19th century, which was followed by a panel on sources for the History of Nursing in the 19th century, whose participants were researchers from both ESEnFC and ANHE. There was also the opportunity to attend a conference by a Spanish researcher who addressed the legislative changes in nursing and the development of skills of nurses in the neighboring country. Another panel discussed the art of nursing in the 19th century and, in another conference, a Brazilian researcher spoke about the origins of nursing care in Brazil and the path that led to professionalization. It was followed by a panel in which once more researchers of ANHE and ESEnFC discussed the importance of institutions in the construction of the identity of the nurses.

Finally, it was still possible to attend three conferences, one of which by a Spanish researcher from the University of Alcalá on the social prestige of nurses in the 19th century reflected on philately. We also had a panel on nursing in war conflicts.

All this was supplemented with about eight free communications boards and three exhibitions that took place at the same time as the Symposium, two of which were organized by Spanish researchers and nurses.

We expect that, in the aftermath of this Symposium, which we believe the history of Nursing will register as one of the biggest and best symposia on this subject that took place so far in Portugal, and of the now published work, other symposia are held and other books will continue to be published with the collaboration of several institutions and entities and also with the collaboration of the Portuguese Society of History of Nursing (SPHE) whose participation in the scientific activities of ANHE has been very fruitful since the beginning.

Professor Oscar Manuel Ramos Ferreira
President of the National Association of History of Nursing

NOTAS INTRODUCTORIAS

La Asociación Nacional de Historia de la Enfermería (ANHE), en colaboración con la Escuela Superior de Enfermería de Coímbra (ESEnFC), realizó el III Simposio Internacional de la ANHE y el I Simposio de Historia de la Enfermería de la ESEnFC, con el tema «ENFERMERÍA IBEROAMERICANA EN EL SIGLO XIX (1801-1900)», un evento que tuvo lugar los días 9 y 10 de noviembre de 2017 en el Auditorio António Arnaut de la Escuela Superior de Enfermería de Coímbra.

El simposio tuvo como finalidad reunir a diferentes investigadores que investigan sobre la Historia de la Enfermería Iberoamericana en el siglo XIX. Se estableció como objetivo crear un espacio de diálogo sobre esta área de investigación, y se dio prioridad a los trabajos que presentaron: investigaciones recientes y/o innovadoras sobre esta temática; reflexiones teóricas y metodológicas sobre el área en cuestión, e intentos de reflexión y de diálogo sobre las divergencias y/o convergencias de temas, objetos y problemas de investigación. De forma paralela, se pretendió establecer un espacio de reflexión sobre las diversas posibilidades de investigación referentes a la época y temática, a partir del estudio de las fuentes y del diálogo historiográfico.

La colaboración entre la ANHE y la ESEnFC / Unidad Científico-Pedagógica (UCP) de Enfermería Fundamental fue muy productiva, pues cumplió con los objetivos y superó las expectativas.

El simposio contó con cerca de dos decenas de conferencias y comunicaciones en paneles, así como con aproximadamente cuatro decenas de otras comunicaciones libres en formato de póster o comunicación oral. La participación internacional, con investigadores de España, Brasil y Argentina fue especialmente relevante.

Durante las actividades del simposio, tuvimos la oportunidad de disfrutar de tres importantes exposiciones:

- «135 años de Enseñanza de la Enfermería en Coímbra», de la ESEnFC.
- «La Enfermería en los cuentos infantiles», exposición de cerca de 40 cuentos infantiles de Isidoro Jiménez Rodríguez.
- Exposición de objetos/libros sobre Florence Nightingale de Txaro Uliarte Larriketa.

Asimismo, tuvieron lugar, como actividades presimposio, los talleres de trabajo: «Fuentes archivísticas para el estudio de la Historia de la Enfermería», orientado por Susana María Ramírez Martín e Isabel Portela Filgueiras, y «La enfermera en los cuentos infantiles», dirigido por Isidoro Jiménez Rodríguez.

La relevancia de las comunicaciones presentadas requirió que se registrasen en el libro electrónico, con el fin de preservarlas para la memoria futura y, como instrumento de trabajo, proporcionar el sucesivo desarrollo de investigaciones en esta importantísima área de investigación. En este sentido, se buscó reunir el texto íntegro del mayor número de comunicaciones, desafío al que respondieron cerca de tres decenas de participantes.

Es importante agradecer a la ANHE la colaboración proporcionada y el compromiso de sus investigadores, lo que ha contribuido mucho al éxito del simposio.

No menos importante fue el apoyo y el estímulo de la dirección de la Escuela Superior de Enfermería de Coímbra, que ofreció recursos fundamentales para la realización del evento y ofreció servicios de secretariado, apoyo técnico y apoyo general.

Asimismo, fueron relevantes la implicación y la participación científica, así como la organización de los profesores de la UCP de Enfermería Fundamental.

La elevada calidad de las conferencias, comunicaciones en paneles, comunicaciones libres y del material expositivo contribuyó mucho al éxito de este simposio. Y, por eso, se lo agradecemos a todos los investigadores participantes.

Por último, una referencia a todo el apoyo proporcionado por la Unidad de Investigación en Ciencias de la Salud: Enfermería (UICISA: E), especialmente en la edición de este libro electrónico.

Profesor doctor Paulo Joaquim Pina Queirós
Coordinador de la UCP-Enfermería Fundamental,
Investigador de la UICISA: E; proyecto estructurante Historia y Epistemología de la Salud y la Enfermería.



NOTAS INTRODUTORIAS

Cumpliendo con la tradición de lo que ocurrió en 2013 y 2015 a raíz del I y II Simposio Internacional de Historia de la Enfermería, la Asociación Nacional de Historia de la Enfermería (ANHE) vuelve a publicar otro libro electrónico, ahora en colaboración con la Unidad de Investigación en Ciencias de la Salud: Enfermería (UICISA: E), acreditada por la Fundación por la Ciencia y la Tecnología (FCT) y la Escuela Superior de Enfermería de Coímbra (ESEnFC) – Unidad Científico-Pedagógica (UCP) de Enfermería Fundamental. En él se encuentran publicados los resúmenes de las comunicaciones libres, los textos de las comunicaciones de las mesas y las conferencias presentadas en el transcurso del III Simposio Internacional de la ANHE y el Simposio de Historia de la Enfermería de la ESEnFC. Estos eventos estuvieron subordinados a la temática «Enfermería Iberoamericana en el siglo XIX (1801-1900)» y se celebraron en Coímbra el 9 y 10 de noviembre de 2017 en el Auditorio António Arnaut, de la ESEnFC (campus B), en una organización conjunta de la Asociación Nacional de Historia de la Enfermería y de la Escuela Superior de Enfermería de Coímbra.

Si el simposio realizado en 2013 se centró en la «Investigación sobre Historia de la Enfermería: Recorridos y Desafíos», y el de 2015 en la «Enfermería en la 1.ª mitad del siglo XX. Escenarios y Contextos», tenía sentido que en 2017 y, por lo tanto, en esta obra, se tratase la «Enfermería del siglo XIX», porque, además, nos parecía que existía poca investigación con base en las fuentes datadas de esta época y que era importante estimular el estudio de las que existían, así como identificar otras con potencial para un período tan rico de la historia de la Enfermería, el cual, de alguna forma, orientó los caminos que tomó la profesión en el siglo XX. «Iberoamericana» porque la historia de la enfermería tanto ibérica como americana son riquísimas y se influyen mutuamente. Ambas tienen mucho por desvelar porque, desde hace mucho los investigadores ibéricos y estadounidenses, esencialmente del centro y sur, se conocen y han establecido redes de contacto y de trabajo que es importante seguir estimulando y desarrollando.

Con esta obra, la organización del evento tiene por finalidad divulgar al gran público y a todos los interesados sobre la materia, tanto a investigadores como a usuarios y estudiosos de la historia de la enfermería, los resultados de las investigaciones presentadas; de las reflexiones teóricas y metodológicas realizadas sobre el asunto, y de los intentos de reflexión y diálogo en cuanto a las divergencias y/o convergencias de temas, objetos y problemas de investigación. De esta forma, se hace hincapié en una de las finalidades de la ANHE, que consiste en la divulgación de la investigación más reciente sobre la Historia de la Enfermería.

El evento que dio origen y culminó en la publicación de este libro surgió de una coincidencia de intereses entre las instituciones que lo organizaron. Mediante la potenciación de sus sinergias, la ANHE y la ESEnFC planearon y realizaron un simposio tan complejo e importante, no solo por la logística involucrada, sino también por el número de participantes de los diferentes países y los asuntos tratados a lo largo de dos días.

La realización del simposio en Lusa Atenas estuvo relacionada con otro de los propósitos de la ANHE, que consiste en descentralizar su actividad bienal. Las dos primeras ediciones (2013 y 2015) tuvieron lugar en Lisboa; la ANHE llevó la bienal a otras regiones del país, en este caso a Coímbra y a las instalaciones de la ESEnFC, una referencia nacional e internacional en el desarrollo y la afirmación de la disciplina de enfermería, y una referencia de excelencia en la producción, difusión, transferencia de conocimientos y formación de investigadores, sobre todo, de Historia de la Enfermería.

La colaboración de los investigadores de la ANHE con los investigadores de la ESEnFC en la planificación de este simposio fue muy fructífera, en la medida en que permitió el intercambio de ideas y posibilitó la constitución de comisiones (organizadora

y científica) de excelencia, así como la construcción de un programa científico extremadamente rico. De forma paralela, permitió identificar investigaciones recientes y/o innovadoras sobre la temática en discusión y a sus investigadores, cuyos resultados se pueden apreciar en las páginas siguientes.

En el curso de los trabajos, se asistió a una conferencia promovida por dos investigadores de la Universidad de Coímbra sobre cuestiones metodológicas en la investigación de la historia de la salud del s. XIX, a la que siguió un panel sobre fuentes para la Historia de la Enfermería en el s. XIX, el cual contó con la participación tanto de investigadores de la ANHE como de la ESEnfC. También se tuvo la oportunidad de presenciar una conferencia de un investigador español que abordó las modificaciones legislativas de la enfermería, así como la evolución de las competencias de los enfermeros del país vecino. En otro panel, se discutió sobre el arte de la enfermería en el s. XIX, en otra conferencia un investigador brasileño habló sobre los principios de los cuidados de enfermería en Brasil y el recorrido que llevó a la profesionalización. Se continuó con un panel en el que una vez más los investigadores de la ANHE y de la ESEnfC debatieron sobre la importancia de las instituciones en la construcción de la identidad de los enfermeros.

Por último, fue posible asistir a tres conferencias, una de las cuales impartió una investigadora española de la Universidad de Alcalá sobre el prestigio social de las enfermeras del s. XIX reflejado en la filatelia. También contamos con un panel sobre la enfermería en los conflictos bélicos.

Todo esto se complementó con cerca de ocho mesas de comunicaciones libres y tres exposiciones que se desarrollaron de forma simultánea con el simposio, dos de las cuales son responsabilidad de investigadores y enfermeros españoles.

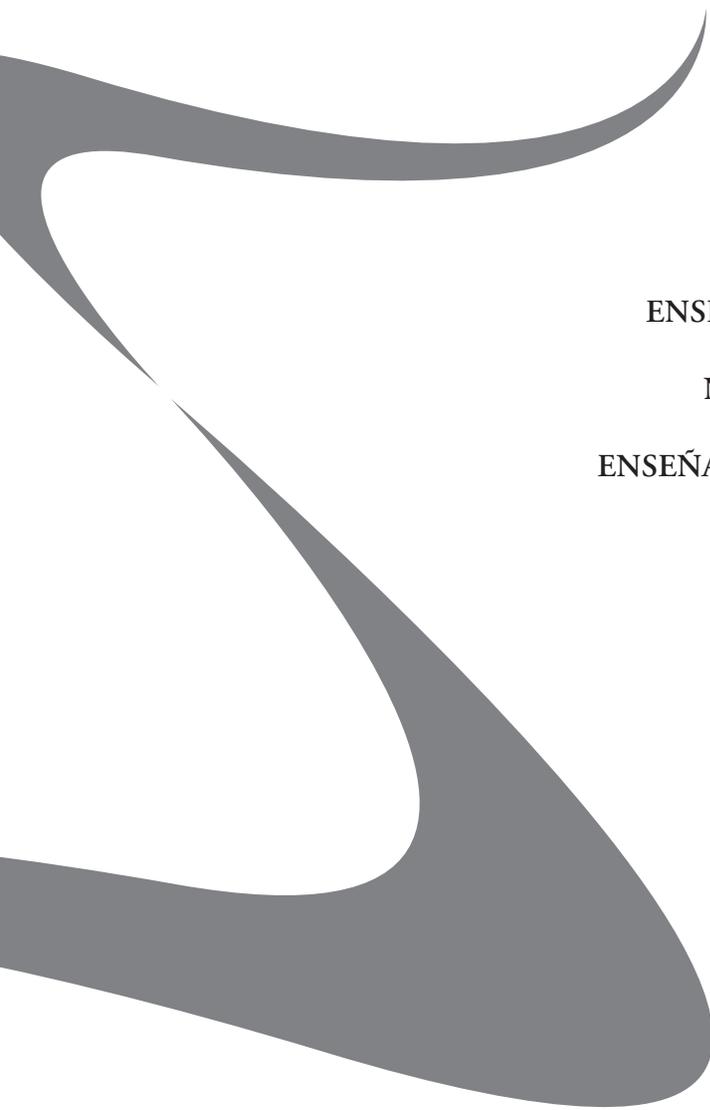
Se espera que, a raíz de este simposio, el cual consideramos que pasará a la historia de la enfermería como uno de los mayores y mejores simposios sobre este tema que ha tenido lugar hasta hoy en Portugal, así como de la obra ahora publicada, se lleven a cabo y se continúen divulgando otros libros con la colaboración de diversas instituciones y entidades, y por qué no también de la Sociedad Portuguesa de Historia de la Enfermería (ESPS), cuya participación en actividades científicas de la ANHE ha sido muy rentable desde el principio.

Profesor doctor Óscar Manuel Ramos Ferreira
Presidente de la Asociación Nacional de Historia de la Enfermería

**COMUNICAÇÕES ORAIS
(ABSTRACT)**

**ORAL PRESENTATIONS
(ABSTRACT)**

**COMUNICACIONES ORALES
(RESUMEN)**



Referência
REVISTA DE ENFERMAGEM | JOURNAL OF NURSING

ENSINO DE ENFERMAGEM

NURSING EDUCATION

ENSEÑANZA DE ENFERMERÍA

Enfermagem de Reabilitação em Portugal

Manuel Augusto Duarte Mariz*

Maria Clara Amado Apóstolo Ventura**

Introdução: A enfermagem de reabilitação afirma-se nos vários contextos da prática clínica, pela singularidade e complementaridade nas respostas à pessoa doente e seus cuidadores. É sustentada no conceito do cuidar em enfermagem, valorizando a funcionalidade e a sua influência na qualidade de vida. O percurso que levou a este reconhecimento (anos 50) tornou-se mais visível no início da guerra colonial (1960), sendo criado em Lisboa, o primeiro Centro de Medicina Física e de Reabilitação (1964), Sales Luís et al. (2003).

Objetivos: Analisar a história do ensino e da formação dos enfermeiros de reabilitação em Portugal

Metodologia: Levantamento de documentos e recolha de dados com análise crítica, sobre a história da enfermagem de reabilitação em Portugal.

Resultados: A necessidade de ser mais específico na intervenção da funcionalidade e mobilidade das pessoas com incapacidades físicas que surgiram nomeadamente de guerras e acidentes, levou a uma preocupação pelas pessoas responsáveis, de como ajudar estas pessoas na sua reabilitação e integração na vida familiar, laboral e social. Inicialmente numa base fundamentalmente prática, a Enfermagem de Reabilitação, foi evoluindo na consolidação para um conhecimento mais científico, pela evolução da formação académica e a construção do conhecimento através da experiência, determinando uma perceção e interpretação necessária, para a tomada de decisão mais adequada (Rodrigues & Morais 2015). No presente, pelas alterações demográficas e aumento das doenças crónicas, as dependências nos autocuidados tornam a Enfermagem de Reabilitação a área que melhor responder a estas exigências (Morais, Cruz, & Oliveira 2016). Os cuidados dirigem-se à Pessoa nas diferentes fases do ciclo vital, no sentido de prevenir e responder eficazmente, às possíveis limitações e/ou incapacidades, promovendo assim, os processos de readaptação (OE, 2015).

Conclusões: As necessidades das pessoas ligadas à sua autonomia nos autocuidados e o interesse profissional dos enfermeiros de reabilitação, na aquisição de competências, para responderem eficazmente aos desafios que lhe eram lançados, foram as forças que moveram a evolução de ma uma prática empírica para uma intervenção baseada em evidências. O Alcoitão foi o local escolhido para iniciar a formação. Pelo reconhecimento da mais-valia destes enfermeiros, foram criados Cursos nas Escolas de Enfermagem, nomeadamente, em Lisboa Porto e Coimbra. O sucessivo ajuste às necessidades das pessoas e às exigências curriculares, deu origem a Cursos de Pós Licenciatura e Mestrados.

Palavras-chave: enfermagem; reabilitação; história

Referências bibliográficas: Morais, A. J., Cruz, A. G., & Oliveira, C. A. (2016). *Enfermagem de Reabilitação: Resultados de investigação*. Coimbra, Portugal: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Recuperado de <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/documents/pqccereabilitacao.pdf>.

Rodrigues, A., & Morais, A. (2015). Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação: Perspetiva profissional. In A. J. Morais, A. G. Cruz, & C. A. Oliveira (Coord.), *Enfermagem de Reabilitação: Percursos de investigação* (pp. 3-15). Coimbra, Portugal: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Sales Luís, M. L., Barros, I. M., Olazabal, M., & Caneira, J. (2003). História da enfermagem de Reabilitação em Portugal. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, 9, 12-13

* Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, UCP - Reabilitação, Docente

** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Enfermagem de Reabilitação, Professor

Influencia del género en la formación de las matronas en la segunda mitad del siglo XIX en España.

M^a Idoia Ugarte Gurrutxaga*

Minerva Velasco Abellán**, Sagrario Gomez Cantarino***

Isabel del Puerto Fernández****

Introducción: En este periodo de estudio el papel principal de las mujeres se encuentra desarrollado dentro del núcleo familiar, encargadas de cubrir las necesidades básicas del hogar muy centrado en la maternidad. Comienzan movilizaciones femeninas, permitiendo el acceso de las mujeres al universo que estaba reservado anteriormente a los hombres. Este nuevo papel de las mujeres dentro de la asistencia social es una proyección de su rol tradicional de género siendo encargadas del bienestar de las mujeres gestantes y el parto.

Objetivos: Describir la formación y la labor de las matronas durante la segunda mitad del s. XIX. - Mostrar el paso a la independencia de las mujeres durante la segunda mitad del s. XIX. - Conocer la situación sociolaboral de las mujeres en esta época.

Metodología: Se trata de un estudio histórico descriptivo, por tanto, nos referiremos a todas aquellas informaciones que aportan un conocimiento específico del periodo revisado, refiriéndonos principalmente a fuentes primarias y secundarias.

Resultados: El inicio de la formación reglada de las matronas supuso el reconocimiento de las mujeres en el ámbito académico y la ocupación de un rol productivo que era exclusivo del sexo masculino. La medicalización del embarazo y el parto por parte de los hombres permanece arraigada a un modelo patriarcal, el cual percibe el embarazo como un estado patológico digno de una intervención activa. Las escritoras/os feministas han discutido durante mucho tiempo que las experiencias de las mujeres dentro del sistema de salud al menos en cierta medida reflejan su posición social. A pesar de que la profesión de enfermería-partería y el feminismo son disciplinas relacionadas con las mujeres y las cuestiones que afectan a la vida de las mujeres, ha habido poca investigación o reconocimiento de las relaciones entre sus dos paradigmas.

Conclusiones: Con respecto a la labor de las matronas, oficio exclusivo de las mujeres como prolongación de su rol familiar, cabe destacar la existencia de matronas que poseían un título oficial y las que no lo poseían, hablando entonces de intrusismo profesional. No sólo se enfrentaron a eso, también lucharon por su trabajo, reclamando mejoras y reivindicando su labor como mujeres trabajadoras y con inquietudes, haciéndose camino en un mundo al que sólo tenían acceso los hombres.

Palabras clave: mujer; lactancia; matronas; intrusismo; formación; independencia

Referencias bibliográficas: Campell, M. A. (1974). *Why would a girl go into medicine?* New York, NY: Feminist Press.

Donnison, J. (1977). *Midwives and medical men: A history of interprofessional rivalries and Women's rights*. London, England: Heinemann.

Ehrenreich, B., & English, D. (1984). *Brujas, comadronas y enfermeras: Historia de las sanadoras*. Barcelona, España: La Sal.

Usandizaga, M. (1944). *La historia de la obstetricia y la ginecología en España*. Barcelona, España: Labor.

* Universidad de Castilla-La Mancha, Departamento de Enfermería, Fisioterapia y Terapia Ocupacional, Profesora de Enfermería

** UCLM, Enfermería y Fisioterapia, Enfermería [minervava@hotmail.com]

*** UCLM, Campus Toledo, Escuela Enfermería y Fisioterapia, Campus Toledo, Profesora [sagrario.gomez@uclm.es]

**** Universidad de Castilla-La Mancha, Enfermería, Fisioterapia y Terapia Ocupacional, TU [Isabel.Puerto@uclm.es]

PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

CARE DELIVERY

PRESTACIÓN DE CUIDADOS

A Misericórdia do Porto e os salários do pessoal de enfermagem no final do Século XIX

Viriato Mascarenhas Moreira*

Luís Fernando Carvalhinho Lisboa dos Santos**

Introdução: A cidade do Porto oitocentista distinguiu-se pela modernização e crescimento populacional em contraponto com as assimetrias entre a cidade burguesa e a cidade escondida dos assalariados excluídos. Dos quatro hospitais da Misericórdia do Porto dois eram de grande dimensão e dois de pequena dimensão onde trabalhavam perto de duas centenas de enfermeiros. O estudo da componente salarial visa fornecer, de forma modesta, um conjunto de informação que permitam a compreensão do estatuto socioprofissional de enfermagem no final de século XIX.

Objetivos: O final do século XIX foi marcado por significativos avanços científicos na medicina, exigindo, por isso, mais responsabilidades ao pessoal de enfermagem. Com este nosso estudo, pretendeu-se: Concorrer para a explicitação do estatuto socioprofissional dos enfermeiros e enfermeiras no contexto dos quadros gerais da Irmandade de Nossa Senhora da Misericórdia do Porto; Analisar o quadro salarial dos enfermeiros dos quatro dos hospitais geridos pela Misericórdia do Porto;

Metodologia: A partir dos regulamentos dos hospitais pertencentes a Irmandade de Nossa Senhora da Misericórdia do Porto procurámos informação que contribuisse para o (re)construção da história de enfermagem, no tocante á componente salarial do pessoal de enfermagem nestes hospitais. Utilizámos uma metodologia histórica com análise e interpretação documental de um conjunto de regulamentos dos hospitais administrados pela Irmandade da Santa Casa da Misericórdia do Porto (1883, 1885, 1896), que surgem como fundamento essencial para este nosso estudo. Outras fontes primárias ou secundárias complementarão as fontes para este enquadramento metodológico.

Resultados: As diferenças salariais entre profissionais de enfermagem eram acentuadas, tanto entre enfermeiros e enfermeiras para funções semelhantes, como entre hospitais de pequena e grande dimensão. A diferença salarial derivada do género era significativa. Um enfermeiro Homem ganhava em média 20% mais do que a sua colega enfermeira. Num dos hospitais de pequena dimensão encontramos a categoria de sub enfermeira, vencendo menos 40% do salário da enfermeira. Os salários anuais dos enfermeiros masculinos nos grandes hospitais situavam-se num intervalo entre 105.000 e 219.000 reis, das enfermeiras entre 100.000 e 175.000 reis, a parteira 288.000 reis. Nos pequenos hospitais, entre 64.000 e 144.000 reis para os enfermeiros homens e, enquanto o intervalo para as enfermeiras se situava entre os 64.000 e os 144.000 reis.

Conclusões: Dos regulamentos dos hospitais pertencentes á Misericórdia do Porto, verificamos que o pessoal de enfermagem continuava a não ter qualquer preparação científica. Era exigência na admissão, saber ler, escrever e contar. Em termos funcionais, sobressai a ênfase na higiene, a responsabilidade da alimentação e terapêutica, sempre no estrito cumprimento das prescrições médicas. Cuidar dos enfermos com humanidade e afeto cristão. Assumiam funções de gestão e supervisão dos funcionários hierarquicamente dependentes. Na perspetiva salarial é evidente a estratificação salarial, não por diferenciação funcional, mas eventualmente por antiguidade. Verifica-se uma marcada diferenciação salarial pela negativa (20%) do pessoal masculino sobre o feminino.

Palavras-chave: história; século XIX; história de enfermagem

Referências bibliográficas: Fontes Manuscritas: *Livro Registro do Pessoal de Enfermagem da Misericórdia Agraciado com Medalhas e Gratificações nos Termos do Regulamento Aprovado por Despacho Ministerial de 21 de Outubro de 1901* (1901). L. Porto, Portugal. Localizado em: Arquivo da Santa Casa da Misericórdia do Porto.

Fontes Impressas: *Quadros Geraes dos Funcionarios da Irmandade de Nossa Senhora da Misericórdia do Porto*. (1896). Porto, Portugal: Typographia a Vapor de Arthur José de Sousa & Irmão.

Regulamento do Hospital de Entrevados e do Hospital de Entrevadas. (1885). Porto, Portugal: Typographia de António José da Silva Teixeira.

Regulamento do Hospital Geral de Santo António na Cidade do Porto. (1893). Porto, Portugal: Typographia de António José da Silva Teixeira.

* Escola Sup. Enfermagem de Lisboa, Professor (contrato Colaboração)

** Escola Superior de Enfermagem São Francisco das Misericórdias, Professor Adjunto

El Hospital de la Santa Misericordia en Alcalá de los Gazules en el siglo XIX. Un análisis de la atención enfermera

Eloísa Paula Toscano Gracia

Miriam Parra Valenzuela

Miguel Bernal Luque, José Luis Flores Rodríguez*

Introducción: El Hospital de la Santa Misericordia, en la gaditana localidad de Alcalá de los Gazules, nace como fundación particular a comienzos del siglo XVI y continuará en funcionamiento hasta mediados del siglo XX. Este establecimiento benéfico sólo atendía a hombres pobres que aquí recibían la atención de un médico-cirujano y dos sangradores. También existía un administrador que llevaba el mantenimiento del hospital con los bienes donados al mismo, superiores a los gastos en botica, efectos, sueldos o cartas de caridad.

Objetivos: o Conocer el funcionamiento y personal enfermero del Hospital de la Misericordia en el siglo XIX. Coincidencias y diferencias con otros hospitales de pequeñas localidades. o Descubrir las dolencias de los alcalaínos en el siglo XIX. o Saber qué tratamientos recibían los pacientes de manos del personal sanitario y cuánto tiempo se prolongaba su estancia en el hospital. o Averiguar el papel que juega este establecimiento en momentos de epidemias.

Metodología: o Recopilación de bibliografía existente sobre el Hospital de la Santa Misericordia; tanto información coetánea al período investigado, como las investigaciones posteriores sobre el mismo. o Contrastar las fuentes documentales que expliquen el funcionamiento de otros establecimientos benéficos en la España del siglo XIX, así como enfermedades y tratamientos comunes en este período. o Recopilación y análisis pormenorizado de fuentes primarias procedentes del Archivo Municipal de Alcalá de los Gazules, el Archivo Histórico Diocesano de Cádiz y el Archivo Histórico Provincial de Cádiz.

Resultados: El hospital aquí tratado era un edificio de tres plantas, con una sacristía, depósito de cadáveres, dependencias del administrador y del capellán, enfermería y zona de contagiosos. A diferencia de otros hospitales de pequeñas localidades, el de Alcalá contaba en 1879 con siete camas, aunque en el pasado llegó a albergar doce, donde la mayoría de enfermos solían pasar entre tres y seis días. Durante el tiempo que estaban ingresados, los sangradores cumplían las instrucciones del médico, administrando sanguijuelas y otros remedios como sulfato de plomo cristalizado, sulfato de quinina, valeriana, camomila, crémor de tártaro, unguento de estoraque o morfina, además de alimentos como chocolate, tocino, aguardiente, huevos, vinagre, almendras, azúcar, merengue o naranja. Así, las dolencias más comunes serían la bronquitis y resfriados estacionales, esguinces, diarreas, coqueluche, difteria o infecciones urinarias además de los brotes de cólera morbo y paludismo que sufrió la población.

Conclusiones: Tras estudiar este hospital, resulta llamativa la duración en el tiempo y tamaño del mismo comparado con otros de pueblo, que solo trasladaban enfermos a ciudades. En este sentido, debemos considerar la mayor demografía (casi 10.000 habitantes) y posición geoestratégica de Alcalá, llegando a albergar dos hospitales militares provisionales en 1820. Además, algunos males que azotaban frecuentemente la localidad, como el paludismo, se debían, en gran parte, al medio, con abundancia de agua estancada cercana a la población. Finalmente, creemos importante seguir ahondando en este tema por la información que aporta sobre los tratamientos sanitarios y la población alcalaína decimonónica.

Palabras Claves: hospital; tratamientos; enfermedades; siglo XIX; Alcalá

Referencias bibliográficas: Po DE puellas y Ccenteno, J. M. (1908). *Como le quieran llamar: Colección de artículos, discursos y consejos*. Cádiz, España: [s. n.].

Guerrero Marín, F. (2016). *El Hospital de la Misericordia. Apuntes históricos de nuestro patrimonio: Cuadernos de temas alcalaínos*. Cádiz, España: Ayuntamiento de Alcalá de los Gazules. 95-102.

Martín Verdejo, F. (2004). Los hospitales rurales de pobres en el Antiguo Régimen: El Hospital de Domingo Pérez (y de Erustes). *Anales Toledanos*, 40, 321-396.

Ramos Romero, M. (1983). *Historia de los pueblos de la provincia de Cádiz. Alcalá de los Gazules*. Cádiz, España: Diputación de Cádiz.

* Salus Infirmorum

Evaluación histórica del proceso de Consentimiento Informado en el campo de la enfermería

Miguel Bernal Luque

Eloísa Paula Toscano Gracia

Miriam Parra Valenzuela, José Luis Flores Rodríguez*

Introducción: El Consentimiento Informado es un dilema ético que proviene de uno de los principios de la bioética, la autonomía. En el presente estudio, tras analizar sus orígenes en los siglos XVIII y XIX, y los hechos acaecidos a lo largo del s. XX como el Experimento Tuskegee o el Holocausto, analizaremos como la contundencia de la ley en esta materia, pone de relieve la importancia del personal de enfermería en la evaluación y protección de la autonomía de las personas.

Objetivos: Revisión bibliográfica a nivel histórico del papel de la enfermera en relación al Consentimiento Informado.

Metodología: Se ha realizado una búsqueda tanto en bases históricas como jurídicas de los antecedentes del Consentimiento Informado, centrándose en la intervención de la figura enfermera en el proceso, se ha realizado una búsqueda sistemática de la bibliografía científica actual, tanto a nivel nacional como internacional, se han obtenido y analizado 10 artículos.

Resultados: Los resultados se han obtenido a partir de los 10 artículos seleccionados, en los cuales se muestran las funciones de la enfermera en su relación con el Consentimiento Informado. Comparándose dichas funciones con las impuestas por las leyes, tanto en el ámbito jurídico como el deontológico, recogidos en documentos tales como el Código Deontológico de la Enfermería Europea o las directivas dictadas por el Parlamento Europeo; y con las recogidas en las bases históricas consultadas. Permite determinar que el Consentimiento Informado es un proceso intrínseco a la labor sanitaria de la enfermera, pero que no sería hasta la segunda mitad del s. XX cuando comenzaría a hacerse relevante y fundamental como proceso para la protección de la autonomía del paciente, siendo la enfermera responsable de dicha función.

Conclusiones: A pesar del breve transcurso histórico del que se tiene constancia sobre el consentimiento informado, y el marcado peso exigido por el ámbito jurídico al médico. Se puede observar que el papel de la enfermera va mucho más allá de informar al paciente. Teniendo el deber, recogido tanto por las leyes jurídicas, como las leyes deontológicas, la bibliografía empleada pone en evidencia que la enfermera es gestora, protectora y testigo de los cuidados y atención prestada al paciente, y no meramente como un refuerzo en la explicación aportada al paciente por el médico.

Palabras Claves: informed consent; nursing; ethics; capacity; communication

Referencias bibliográficas: BOE núm. 274 del 15 de Noviembre de 2002. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía de las decisiones de las personas en materia de información y documentación clínica.

Declaración de Helsinki de la World Medical Association. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos (64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, Octubre 2013) Belmont Report: Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research, de 1979, de la National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research

* Salus Infirmorum

Giros de enfermería en el siglo XIX. Una mirada al siglo XXI

Amparo Nogales Espert*

Introducción: En un momento del siglo XIX, la enfermería valenciana en el Hospital Provincial, se ve rebajada en el conjunto de sus atribuciones. Con el tiempo estas irán recuperándose. En la actualidad, y partiendo de la evidencia práctica, la enfermera está diariamente expuesta a una visión del dolor y familiaridad con el sufrimiento. En consecuencia aparece un cansancio progresivo. La enfermera no se siente crecer, le urge sentir las vibraciones de saberse en desarrollo creciente, que algo la empuje desde dentro.

Objetivos: En la presente comunicación se pretende mostrar aspectos de la situación de la enfermería hospitalaria en un momento concreto del siglo XIX, a partir de las fuentes primarias, o Reglamento del Hospital Provincial de Valencia, 1897. Segundo: para determinados momentos en la práctica enfermera del siglo XXI, proponer una visión positiva, a partir del Proyecto Estética Enfermera

Metodología: Fuente Primaria, documento del Archivo de la Diputación Provincial de Valencia, ADPV, signatura I-S.1/C-2 leg. 34. Reglamento de las Enfermerías del Hospital Provincial de Valencia, 1897. Se analiza qué ganó y qué perdió la enfermería en este momento de su historia. Breve comparación con la enfermería del siglo XXI, sus ganancias y posibles pérdidas, desde el Proyecto Estética Enfermera. Siguiendo a Charles Batteaux, trayendo como fundamento de la realidad, el sentido de la actividad propia. Encontrar así mismo, los valores de la observación e imitación en el cuidado.

Resultados: Si la enfermera hospitalaria del siglo XIX se vio compartiendo actividades con otros profesionales, Practicantes e Hijas de la Caridad, la enfermera actual se encuentra en una nueva época con un mismo espíritu; es buscadora de nuevas formas, de unir lo útil con lo agradable, como dice Bateaux, y va al encuentro de una actividad, la de cuidar bellamente, que una la observación con el sentimiento, la repetición de lo que siempre se ha hecho, cuidar por imitación, con el sentimiento de hacerlo con gusto

Conclusiones: El desgaste, como enemigo indeseado, no deja de estar presente en enfermería. La historia muestra cómo a veces se ha ido un poco atrás, para dar con este impulso un salto mayor hacia delante. La enfermera tiene ante sí grandes posibilidades donde apoyarse, una de ellas, el Proyecto Estética Enfermera

Palabras clave: enfermería; siglo XIX; historia

Referencias bibliográficas: Batteaux, C. (2017). *Las bellas artes*. Valencia, España: Universitat de Valencia. Freeland, C. (2016). *Pero ¿esto es arte?* Madrid, España: Ediciones.

Nogales Espert, A. (2017). *Proyecto estética enfermera*. Valencia, España.

Tolstói, L. (2012). *¿Qué es el arte?* Valladolid, España: Maxtor.

* Universidad Rey Juan Carlos

Os Enfermeiros no início da segunda metade do século XIX nos Hospitais de Guimarães e de Setúbal Longa distância, proximidade das intervenções. Uma reflexão

Luís Fernando Carvalhinho Lisboa dos Santos*
Viriato Mascarenhas Moreira**

Introdução: No ano (1952) em que Fontes Pereira de Melo referiu Portugal como um país onde não havia comunicabilidade entre povoações, ou entre Pessoas, e em que os produtos também não circulavam, com uma diversidade de locais para conhecer (Ramos, 2010), procuramos olhar dois hospitais distantes (Guimarães e Setúbal), e pensar as intervenções dos enfermeiros em ambos, tentando perceber se as palavras anteriores também eram adaptadas às funções dos enfermeiros em Portugal no século XIX.

Objetivos: Identificar as funções dos enfermeiros nos hospitais de Guimarães (1852) e de Setúbal (1853) Comparar numa contextualização histórica as funções dos enfermeiros nas referidas instituições.

Metodologia: Uma metodologia histórica, com análise e interpretação das fontes documentais, dimensionando a comparação de intervenções dos enfermeiros referidas em cada documento consultado. Por último, uma relação interpretativa dos dados obtidos com a frase de Fontes Pereira de Melo.

Resultados: No regulamento do hospital de Guimarães (1852) estão descritas funções específicas para os enfermeiros (Capítulo VII), com 14 parágrafos, como também para os outros técnicos da instituição hospitalar. Enfatização da higiene, tanto dos enfermos como das estruturas, como forma essencial da organização hospitalar. A residência dos enfermeiros era no hospital. A administração desta instituição estava a cargo de um provedor e de um mordomo; era este último o responsável pela observação das atividades dos enfermeiros, assim como da sua avaliação. Em relação aos enfermeiros no hospital de Setúbal (1853), tinham também funções específicas no regulamento (Capítulo IV), com 12 artigos. A residência dos enfermeiros no hospital continuava a ser obrigatória. Uma ênfase da forma de relação com os enfermos, baseada na caridade cristã, como também na higiene dos doentes e da estrutura hospitalar. Era o vice-mordomo o responsável pela administração desta instituição de assistência, com funções globais, entre as quais a de observação e avaliação das atividades dos enfermeiros.

Conclusões: Estamos em presença de duas instituições hospitalares pertencentes às Santas Casas da Misericórdia locais, o que pensamos que contribuiu para uma aproximação das funções dos enfermeiros nestas instituições de saúde. O que vem contrariar a frase de Fontes Pereira de Melo, uma vez que, com alguma distância, as atribuições eram aproximadas, o que significa que no início da segunda metade do século XIX, havia já uma organização hospitalar ao nível de diferentes locais do país.

Palavras-chave: história da enfermagem; hospitais

Referências bibliográficas: Hospital Civil de Guimarães. (1852). *Regulamento administrativo do Hospital Civil de Guimarães*. Porto, Portugal: Typographia Commercial.

Ramos, R. (coord.) (2010). *História de Portugal* (. 3ª e Ed.). Lisboa, Portugal: A Esfera dos Livros.

Santa Casa da Misericórdia de Setúbal. (1853). *Regulamento interno para o Hospital da Santa Casa da Misericórdia desta villa de Setúbal*. Setúbal, Portugal: Typografia de J. J. Banha & Cª. em Palhaes.

Entidade(s) Financiadora(s): Não se aplica

* Escola Superior de Enfermagem São Francisco das Misericórdias, Professor Adjunto

** Escola Sup. Enfermagem de Lisboa, Professor (contrato Colaboração)

Un Análisis de las profesiones enfermeras en el Hospital Real De Cádiz en el siglo XIX

Montero Carmona*

Francisco Glicerio Conde Mora**

Manuel Cano Leal***

Introducción: El origen del Hospital Real de Cádiz tuvo lugar en el año 1667 ante la delicada situación sanitaria existente en Cádiz agudizada por los soldados y marineros enfermos que no se podían atender en el Hospital de la Misericordia. En el período decimonónico, este nosocomio naval pasó de la Marina Española al Ejército, cediéndose la sala superior de éste, aunque angosta y reducida, a la Diputación Provincial como Hospital Provincial y Clínico de la Facultad de Medicina de Cádiz.

Objetivos: Esta investigación tiene como objetivos el conocimiento diacrónico de la actividad asistencial llevada a cabo en este nosocomio, su funcionamiento, las experiencias de los profesionales sanitarios y demás empleados menores, la morbimortalidad y su papel como centro asistencial en los conflictos bélicos y procesos que afectaron a Cádiz durante el siglo XIX. Al mismo tiempo, permitir ofrecer cualquier aportación interesante para la Sanidad Militar y Naval Española.

Metodología: Se trata de un estudio longitudinal, descriptivo y retrospectivo. Para su realización se efectuó una investigación en los fondos documentales necesarios, inéditos gran cantidad de los mismos, de la Real Academia de Historia, del Museo de las Cortes de Cádiz, Archivo General de la Marina Álvaro de Bazán, así como de los archivos de titularidad municipal o eclesíástica de la ciudad de Cádiz, sobre datos relacionados con el Hospital Real de Cádiz. A su vez, se realizó una revisión de la bibliografía necesaria y crítica.

Resultados: El análisis de las fuentes primarias analizadas en los diversos Archivos Históricos ponen de relieve la importancia de este hospital en la ciudad de Cádiz durante el siglo XIX. A través de los documentos históricos comprobamos la evolución de las profesiones enfermeras en este nosocomio castrense destacando la simbiosis entre la Sanidad Militar y Civil

Conclusiones: A lo largo de este estudio constatamos la importancia de los profesionales de enfermería dentro de este Hospital castrense. Su existencia posibilitó unos cuidados de calidad a las tropas acantonadas en la estratégica ciudad Cádiz y su Bahía.

Palabras Claves: hospital; militar; Cádiz; enfermería

Referencias bibliográficas: Ahumada, D. G. (1982). *La farmacia y la botánica en el Hospital Real de Marina de Cádiz* (Tesis doctoral). Universidad de Granada, España.

García Cubillana de la Cruz, J. M. (2010). El Hospital Militar de San Carlos (1809-1854), Heredero Naval del Real Colegio de Cirugía de La Armada de Cádiz. *Sanidad Militar*, 63(3), 183-198.

Rivas, M. G. (2006). La sanidad naval española: De Lepanto a Trafalgar. *Cuadernos de Historia Moderna*, 5, 167-185.

Rueda Pérez, J. M. (2013). Nacimiento de la cirugía española moderna en el siglo xviii. *Revista Hispanoamericana de Hernia*, 1(3), 113-116. doi:10.1016/j.rehah.2013.02.001

Entidad(es) Financiadora(s): Grupo investigación CTS 966 HSI (Historia Salus Infirmorum)

* Ministerio de Defensa, Sanidad Militar, Enfermero de Unidad

** Asc. Ntra Sra Salus Infirmorum, Enfermería, Docente

*** Colegio Oficial de Enfermería Cádiz, Secretaria, Secretario



Referência
REVISTA DE ENFERMAGEM | JOURNAL OF NURSING

BIOGRAFIAS

BIOGRAPHIES

BIOGRAFÍAS

Biografía de la enfermera gaditana Pilar Warleta de la Quintana

Mariana García González*

Manuel Cano Leal**

Introducción: A finales del siglo XIX comienza a constituirse las organizaciones colegiales de practicantes por todo el territorio español, pero la profesión estaba muy acotada para las mujeres, por esto es en 1944 cuando se modifican los colegios de Auxiliares Sanitarios y se establecen las secciones de Practicantes, Enfermeras y Matronas. De este modo aparecen las primeras mujeres presidentas en la provincia de Cádiz de lo que más tarde sería el Colegio de Enfermería de la provincia.

Objetivos: El objetivo principal de la biografía de Pilar Warleta es el reconocimiento de esta enfermera de grandes cualidades personales y profesionales, que fue la segunda mujer en presidir el Colegio de Enfermeras de Cádiz a partir de 1957 durante unos años complicados como fueron los de la dictadura franquista en que la ideología desaconsejaba la participación política de la mujer, máxime si estaba casada.

Metodología: Metodología basada en la búsqueda de fuentes documentales - declaraciones legislativas, cartas, actas colegiales y expedientes de la Universidad de Cádiz donde obtuvo el título de enfermera y posterior convalidación por el de ATS que ya no llegó a retirar. Las fuentes orales también han sido de gran importancia en la investigación, ya que hemos tenido la oportunidad de contactar con familiares y allegados, a los que hemos entrevistado y nos han aportado datos significativos y entrañables de su vida cotidiana y de las relaciones con su entorno personal y profesional.

Resultados: La biografía inédita de una enfermera gaditana (1909-1991) que rompió muchos esquemas para los tiempos en que vivió y que tuvo un papel relevante en la Organización Colegial de la provincia: - Consiguió el título de enfermera en 1946 aunque anteriormente fue enfermera de guerra durante la Guerra Civil en el Hospital de Mora de Cádiz. - No se casó, pero asumió el rol masculino de ser la responsable de sus tres hermanas solteras con las que convivió durante toda su vida. - Aprobó oposición para el Instituto Nacional de Previsión. - En el 1957 es elegida Presidenta del Colegio de Enfermeras cargo que desempeñó con responsabilidad hacia la profesión y generosidad hacia las compañeras durante 20 años. - La restitución de la memoria en la cronología e historia del propio Colegio de Enfermería de Cádiz de una Sección de la organización colegial desde que en 1944 tiene reconocimiento legal.

Conclusiones: Esta biografía forma parte de la aportación histórica de las mujeres y su visibilización, puesto que aunque tuvieron un papel decisivo en su labor profesional no fueron reconocidas a lo largo de los años. Desde la perspectiva de género analizamos como los trabajos marcadamente femeninos no eran relevantes ni han tenido huella en el relato histórico. La investigación biográfica de esta mujer enfermera y presidenta de su Colegio Profesional forma parte de la restauración de su vida y obra en este organismo profesional del mismo modo que gozan el resto de compañeros practicantes coetáneos.

Palabras Claves: enfermera; enfermería; biografía; colegio; género; Cádiz

Referencias bibliográficas: Feria Lorenzo, D. J., & J. E., Guerra González (2016). La historia por escribir en los Colegios Oficiales de Enfermería provinciales, los archivos como fuentes de investigación. *Cultura de los Cuidados*, 20(45). doi:10.14198/cuid.2016.45.04

Fernández Fernández, M. L. (2017). El valor de la investigación histórica en la consolidación de la profesión enfermera. In C. Sánchez Macarro, A. C. García

Flecha García, C. (2015). Aspectos sociales y educativos que confluyen en el reconocimiento de derechos a las mujeres. In M. L. Fernández Fernández, A. C. García Martínez, & M. J. García Martínez, *Un siglo cuidando a la sociedad. Centenario del reconocimiento de la Enfermería en España*. Santander, España: Colegio de Enfermería de Cantabria.

Galiana-Sánchez, M. E., Bernabeu-Mestre, J., & Ballester Añón, R. (2014). Mujeres, salud y profesiones sanitarias: Revisión historiográfica y estudio de casos en la sanidad española contemporánea. *Areas: Revista Internacional de Ciencias Sociales*, 33, 123- 137.

Entidad(es) Financiadora(s): Excmo. Colegio de Enfermería de Cádiz.

* SAS, Hospital San Carlos, Supervisión [cordo_besa@hotmail.com]

** Colegio Oficial de Enfermería Cádiz, Secretaria, Secretario

CONGREGAÇÕES RELIGIOSAS

RELIGIOUS CONGREGATIONS

CONGREGACIONES RELIGIOSAS

As Dominicanas de Santa Catarina de Sena nos Dispensários da Rainha

Ana Paula Gato Rodrigues Polido Rodrigues*

Introdução: A congregação portuguesa feminina católica Irmãs Dominicanas de Santa Catarina de Sena, foi fundada por Teresa de Saldanha no século XIX num ambiente anticlerical. As ordens religiosas femininas não contemplativas dedicavam-se, no século XIX, ao ensino e à assistência aos doentes, inválidos, aos pobres, às crianças e idosos. Cada uma destas Ordens respondia a objetivos concretos de ação assistencial. A ação das Dominicanas contemplava todos estes objetivos, especialmente o ensino de raparigas, não descurando os cuidados aos doentes, particularmente crianças.

Objetivos: Esta comunicação pretende analisar e discutir a ação das Irmãs Dominicanas de Santa Catarina de Sena na prestação de cuidados de enfermagem e gestão dos Dispensários da Rainha durante os finais do século XIX. Constitui-se como oportunidade de análise e reflexão sobre os cuidados de enfermagem prestados pelas enfermeiras religiosas no século XIX.

Metodologia: Trata-se de um estudo histórico, que, através de uma análise que contempla a dinâmica institucional e a ação das Dominicanas nos Dispensários, pretende responder aos objetivos propostos. Constituíram-se como fontes para este trabalho a documentação da Biblioteca Nacional e do Arquivo das Congregações do Arquivo Nacional da Torre do Tombo sobre a Congregação das Dominicanas e a sua fundadora, e sobre os Dispensários da Rainha, recorrendo-se paralelamente a legislação e alguma da produção bibliográfica sobre os temas.

Resultados: Por iniciativa e com o apoio da Rainha D^a Amélia, as Irmãs Dominicanas fundaram e assumiram os cuidados de enfermagem e a gestão dos Dispensários da Rainha em Lisboa, no Convento do Sacramento em Alcântara, e no Porto, no Convento de S. Bento, dos finais do século XIX até 1910. Os Dispensários da Rainha asseguravam cuidados médicos, de enfermagem e alimentação a crianças pobres e doentes até aos 12 anos de idade. Iniciaram o seu trabalho como enfermeiras no Dispensário de Alcântara no dia de Natal de 1893, sendo a Irmã Maria José Soares de Albergaria, religiosa de ascendência nobre e com uma cultura vasta, a enfermeira responsável pelo seu funcionamento. Dos cuidados prestados às crianças constavam, além das consultas médicas, tratamentos, vacinações, massagens, banhos e alimentação. No Dispensário do Porto, dirigido inicialmente pela Irmã Maria Joanna de Chantal, prestavam o mesmo tipo de cuidados a crianças e mães, incluindo algumas refeições para grávidas e puérperas.

Conclusões: O capital de cultura e social, acima da média para a época, detido por Teresa de Saldanha e outras dominicanas, permitiram-lhes ter a influência e os conhecimentos para levar por diante os seus projetos, apesar do ambiente anticlerical. Espaços de mulheres para cuidar de crianças os Dispensários constituíram-se como oportunidade para a concretização da espiritualidade das Dominicanas contribuindo para o bem-estar das crianças assistidas, numa época de graves dificuldades no acesso a cuidados de saúde. Estas enfermeiras revelaram uma preocupação com um cuidar global, e não apenas centrado sobre o tratamento, revelador das suas preocupações sociais.

Palavras-chave: história da enfermagem; religiosos; saúde da criança

Referências bibliográficas: Despesa diária do Dispensário da Rainha (1895/1908) PT/TT/AC/L0324

Estatística do Dispensário Rainha D. Amélia (1898) PT/TT/AC/M002.04/00004

Gato, A.P. (2013). *Da assistência aos pobres aos cuidados de saúde primários em Portugal: O papel da enfermagem: 1926-2002*

(Tese de doutoramento). Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública, Portugal

Mapa Geral do Movimento do Dispensário da Rainha (1893/1898). PT/TT/AC/DC L0166

Entidade(s) Financiadora(s): CIDEHUS

* Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal/CIDEHUS-UEvora, Enfermagem, Professora adjunta [anapaulagato@gmail.com]

Evolución de los Cuidados Enfermos en el Cádiz Decimonónico: las Asistencia Sanitaria de las Hijas de la Caridad en Cádiz (1801-1900)

Francisco Glicerio Conde Mora*

Isabel Lepiani Díaz**

Juan Carlos Paramio Cuevas***

Introducción: El presente trabajo analiza la presencia de las Hijas de la Caridad en las instituciones benéfico-sanitarias del siglo XIX. Fundadas en Francia en el siglo XVII (en 1633), establecidas en España en 1790 estudiaremos su presencia en Cádiz durante parte de los siglos XIX y XX analizando su labor enfermera en el Cádiz del siglo XIX, principios del siglo XX.

Objetivos: Nuestro objetivo es demostrar como la prestación de los cuidados de esta Orden Religiosa contribuyó a paliar los sufrimientos de la población en los establecimientos sanitarios gaditanos durante los siglos XIX y XX.

Metodología: En primer lugar se realizó una revisión bibliográfica usando las siguientes Bases de Datos. En segundo lugar, a través de las fuentes archivísticas y las hemerográficas analizaremos los datos que poseemos sobre su labor en la sanidad del siglo XIX en Cádiz. Los datos obtenidos fueron organizados siguiendo dos líneas: una vertical o diacrónica, y otra horizontal o sincrónica.

Resultados: A través de la documentación consultada del siglo XIX en los diversos Archivos Históricos y Bibliotecas se constata la calidad de los cuidados de las Hijas de la Caridad en la asistencia enfermera. Dentro de estas fuentes destacamos la Guía Rosety .. servicio a los pobres y a los enfermos, las hijas de la Caridad se dedican al cuidado de los huérfanos, a la asistencia de los enfermos en los hospitales, al cuidado de los ancianos en casas de reposo, Casas de Expósitos, asistencia de enfermos mentales y escuelas infantiles.

Conclusiones: Podemos afirmar que la labor de las Hijas de la Caridad en el Cádiz del siglo XIX fue fundamental en las instituciones benéfico- sanitarias y educativas. Desarrollaron una labor excepcional en el cuidado de los más desvalidos y necesitados. Todavía en nuestros días, en pleno siglo XXI continúan ejerciendo esta gran labor asistencial

Palabras Claves: enfermería; hermanas; caridad; cuidados; Cádiz

Referencias bibliográficas: Fernández Mérida, M. C. (1997). El sistema benéfico-asistencial en el siglo XIX: El Hospital provincial de Cádiz y las Hijas de la Caridad. *Index de Enfermería*, 18, 57-60.

Fernández Mérida, M. C. (1999). Las Hijas de la Caridad y su influencia en la profesionalización de la asistencia. *Index de Enfermería*, 24-25, 42-46.

Hernández Martín, F. (2006). Las Hijas de la Caridad en la profesionalización de la enfermería. *Cultura de los cuidados*, 10(20), 39-49.

Entidad(es) Financiadora(s): Cue Salus Infirmorum de Cádiz (adscrito Universidad de Cádiz)

* Asc. Ntra Sra Salus Infirmorum, Enfermería, Docente

** Salus Infirmorum, Salus Infirmorum, Profesora

*** Centro Universitario De Enfermería Salus Infirmorum, Salus Infirmorum, Profesor/Coordinador

Funciones de las Hijas de la Caridad en Cuba según el reglamento de 1860 para el servicio en los Hospitales Militares de la Isla

Josefa Centeno Brime*

Maria Isabel Arandojo Morales**

José Antonio Morales Bonilla***

Introducción: La labor de las Hijas de la Caridad, comenzó en Francia y posteriormente se establecieron en otros países europeos. Las Hermanas Sanitarias españolas prestaron además sus servicios en México, Cuba, Puerto Rico y Filipinas. Establecieron un modelo de cuidados basado en la sencillez, el orden, el respeto a los pobres y la disciplina en el quehacer diario, todo organizado desde los Contratos, los Reglamentos y las Reglas Particulares, con los que sabían lo que hacer en cada momento.

Objetivos: 1. Dar a conocer la labor realizada por las Hijas de la Caridad en los Hospitales Militares de la isla de Cuba, a través del Reglamento de 1860. 2. Indicar las funciones administrativas, supervisora y de cuidado a los enfermos, realizadas por las religiosas Hospital Militar de San Ambrosio. 3. Mostrar su contribución como pioneras en la función gestora y en la posterior profesionalización de la enfermería.

Metodología: Este estudio se ha realizado a partir del contenido en el Reglamento para el servicio de las Hermanas de la Caridad como auxiliares de la Administración Militar en los Hospitales Militares de la Isla de Cuba, documento que establecía la forma de proceder de esta comunidad en los hospitales militares de dicha isla. En la investigación se ha seguido el método histórico crítico según J. Aróstegui, que es la aplicación del método científico a los estudios históricos.

Resultados: En 1845 el Capitán General de Cuba pidió autorización al Gobierno español para que enviasen a la isla seis Hijas de la Caridad para la Casa de Maternidad y otros establecimientos de Beneficencia y posteriormente llegaron nuevas expediciones de hermanas para orfanatos, hospitales, leproserías, colegios y otras muchas instituciones de las que paulatinamente se fueron haciendo cargo, entre ellas el Hospital Militar de San Ambrosio. El Reglamento para el servicio de las Hermanas de la Caridad como auxiliares de la Administración Militar en los hospitales militares de la isla de Cuba, recogió con minuciosidad la continuidad de las actividades. Era un documento administrativo, un contrato oficial formado por 26 páginas y 41 artículos donde se especificaba de forma clara y precisa los derechos y obligaciones de ambas, el plan de actuación y las normas generales sobre las funciones de las hermanas cuando se ocupaban de la enfermería hospitalaria y era extensible también a todos los hospitales militares de la isla.

Conclusiones: El Reglamento objeto de estudio es un documento oficial y único, del que puede extraerse el modelo de organización de las Hijas de la Caridad, jerárquico y vertical, y una actuación sistemática para garantizar una asistencia organizada y continua. Las hermanas fueron las precursoras de la gestión de Enfermería, ya que se ocupaban de organizar y controlar los recursos materiales y humanos para mejorar la calidad y la eficiencia de la atención a los pacientes, mantener la disciplina y optimizar el uso de los recursos disponibles. Además, también contribuyeron a la posterior profesionalización de la enfermería.

Palabras Claves: historia de la enfermería; administración hospitalaria; Cuba

Referencias bibliográficas: Ancheta Niebla, E. (2006). Órdenes religiosas dedicadas al cuidado de los enfermos. Hijas de la caridad: *Historia de la Enfermería en Cuba*. La Habana, Cuba: Editorial Ciencias Médicas.

García González, M. (2013). *Hijas de la caridad. Precursoras de la enfermería Salud y enfermedad en los tiempos de las Cortes de Cádiz*. Cádiz, España: Silex.

Hernández Martín, F. (2006). Las hijas de la caridad en la profesionalización de la enfermería. *Cultura de los Cuidados*, 2(20), 39-49.

Reglamento para el servicio de las Hermanas de la Caridad, como auxiliares de la Administración Militar, en los Hospitales militares de la Isla de Cuba (1860). La Habana, Cuba: Imprenta del Gobierno y Capitanía General

* Facultad de Enfermería de la Universidad Complutense de Madrid, Fundamentos de Enfermería, Colaboradora Honorífica [joseface2@gmail.com]

** Colegio de Guardias Jóvenes "Duque de Ahumada", Servicio Médico, Enfermera [maribelarandojo@gmail.com]

*** Sanidad Militar, Colegio de Guardias Jóvenes Valdemoro, Enfermero Militar

Las Hijas de la Caridad en España

Mariana García González*
Inmaculada Quiles Gómez**

Introducción: Las Hijas de la Caridad han llevado la organización de los Hospitales y la atención a los enfermos desde mediados del siglo XVII hasta finales del siglo XX y continúan en otras formas de presencia actualmente. Han sido símbolo de la caridad de la Iglesia en el ámbito sanitario de España desde que se instalaran en el hospital de la Santa Cruz y San Pablo de Barcelona en 1790.

Objetivos: Es primordial analizar cómo esta institución, sin abandonar su vocación religiosa de servicio a los enfermos y habiendo llevado la organización de la asistencia de la mayoría de los centros de la Beneficencia pública, se profesionaliza y contribuye a la profesionalización de la enfermería. Apreciaremos en el estudio la capacidad de alto grado de división del trabajo que demostraban a principios del siglo XIX como uno de los aspectos fundamentales.

Metodología: Este trabajo es el resultado de una revisión bibliográfica mediante la recopilación de textos, libros, documentos, actas de congresos, incluidos recursos digitales, necesarios. La historiografía se completa con los medios de comunicación que nos contextualizan la situación sanitaria de este período y las disposiciones legales que a lo largo del siglo se van sucediendo. Se trata de una metodología cualitativa, descriptiva y dinámica desde la perspectiva histórica y antropológica de la enfermería en España en esta congregación religiosa.

Resultados: La responsabilidad de las Hermanas en los hospitales tiene desde el primer momento fundamentos sólidos y claros criterios de actuación. Todo se organiza desde los contratos, los reglamentos y las reglas particulares. La formación de las Hermanas enfermeras se desarrollaba a dos niveles: el servicio directo a los enfermos bajo la responsabilidad de una Hermana más experta y el estudio de los textos de formación. La experiencia, preparación y trato con los médicos, su paso por las distintas enfermerías y hospitales, les permitía adquirir unos conocimientos tanto teóricos como prácticos. Esta planificación se estructura a varios niveles: 1. Nivel de estructura Hospitalaria.- Existencia de Hospitales específicos para la preparación de las Hermanas enfermeras. 2. Nivel de equipos docentes. Existencia de Hermanas en las Comunidades locales capacitadas para enseñar a las nuevas. 3. Nivel de control de aprendizaje. Los informes de la Hermana de Oficio y de las Hermanas Sirvientas serán parte de la evaluación. Esta planificación posibilitaba la adecuada formación.

Conclusiones: El modelo religioso de las Hijas de la Caridad se basaba en el lugar de su actividad, primero comenzaron yendo a las casas de los pobres (visitadoras) y más tarde en el hospital (asistencial), la escuela, la calle y en general allí donde hubiera la necesidad de atender a pobres y enfermos. Es por esto que en 2005 fue galardonada con el Premio Príncipe de Asturias de la Concordia por su trayectoria histórica de excepcional labor social y humanitaria en apoyo de los desfavorecidos, pobres y enfermos desarrollada durante casi cuatrocientos años.

Palabras Claves: hijas; caridad; religiosas; enfermeras; profesionalización

Referencias bibliográficas: Hernández Conesa, J. (1995). *Historia de la Enfermería. Un análisis histórico de los cuidados de Enfermería*. Madrid, España: Interamericana, McGraw-Hill.

Herrera Rodríguez, F. (2016). El debate sobre la calidad asistencial en la España del siglo XIX. *Cultura de los Cuidados*, 10(20), 22-31.

Saint Vicent de Paül (1920-1925). *Correspondance, entretiens, documents* (vol. 14, 15). París, France: Librairie Lecoffre.

Tejero Vidal, L. L. (2016) *Las Hijas de la Caridad de San Vicente de Paül en el Hospital de Santa María, la casa de maternidad y la casa de misericordia de Lleida. (1792-1936): Aportaciones a la enfermería* (Tesis Doctoral). Universidad de Lleida, España.

Entidad(es) Financiadora(s): Excmo. Colegio de Enfermería de Cádiz.

* SAS, Hospital San Carlos, Supervisión [cordo_besa@hotmail.com]

** SAS, Pediatría, Enfermera

LIVROS E FONTES HISTÓRICAS

BOOKS AND HISTORICAL SOURCES

LIBROS Y FUENTES HISTÓRICAS

El Practicante Gaditano, la primera revista de la Organización Colegial provincial (1900)

Mariana García González*

Francisco Glicerio Conde Mora**

Manuel Cano Leal***

Introducción: A principios del siglo XX comienzan a constituirse las organizaciones colegiales de la profesión enfermera en diferentes ciudades y provincias de España. El Colegio de Practicantes de Cádiz se funda en 1900, pero apenas encontramos documentos de su trayectoria hasta que 16 años después comienza a publicarse la revista mensual provincial que recoge gran parte de la actividad profesional y colegial de sus miembros. El Practicante Gaditano es el testimonio directo de los inicios de la colegiación provincial.

Objetivos: Estas publicaciones nos muestran el origen del asociacionismo gaditano de los practicantes como predecesores de los actuales profesionales de Enfermería, por esto el objetivo principal es recuperar la memoria de aquellos que trabajaron para dignificar la profesión. A la vez trataremos de mostrar todos los aspectos profesionales, personales, socio-culturales del momento incluida la perspectiva de género que nos transmiten los medios de comunicación profesionales, en concreto El Practicante Gaditano.

Metodología: El análisis de fuentes primarias cotejadas con las fuentes orales, bibliográficas y en general de la prensa escrita de este período, nos sirven de contextualización para la investigación exhaustiva del Boletín Colegial. La bibliografía sobre el marco teórico está presentes en todas las etapas de la investigación. La investigación se realiza en base a los procedimientos de recopilación de datos que permiten redescubrir hechos, indicar problemas, orientar hacia otras fuentes de información y organizar el material, se trata de una metodología cualitativa, holística, descriptiva desde la perspectiva histórica y antropológica-comunicativa.

Resultados: Pretendemos conocer el origen y evolución de la Organización Colegial de Cádiz de la profesión de Enfermería. La investigación minuciosa de los numerosos ejemplares de esta revista nos muestra innumerables aspectos del colectivo: - Preocupaciones por el intrusismo de topiqueros y barberos. - Competencias con la carrera de enfermeras que aparece en 1915. - Remuneración de las distintas actuaciones profesionales. - Los distintos ámbitos profesionales como son las compañías marítimas, la Armada o la Beneficencia. - Relaciones de autonomía y subordinación con respecto a otras profesiones sanitarias, en especial los médicos. - Publicidad de fármacos y actividades curativas. - La defensa a ultranza de la obligatoriedad de la colegiación profesional no solo a nivel provincial sino a nivel nacional. - Análisis desde la perspectiva de género nos muestra las diferencias de sexo han separado la profesión hasta bien entrada la mitad de siglo. El practicante era una figura generalmente masculina y las mujeres eran enfermeras o matronas con roles distintos.

Conclusiones: La comunicación escrita en forma de boletín mensual, supone el impulso de la profesión para el desarrollo y divulgación del colectivo en las primeras décadas del siglo. Es de merecido reconocimiento la lucha incansable de aquellos profesionales por dignificar la profesión, mediante la divulgación profesional de todas las tareas del practicante en defensa y mejora de la clase, frase que empleaban para significar la importancia de la carrera dentro de las profesiones sanitarias a pesar de mantener un cierto orgullo profesional por su condición de auxiliar o ayudante del médico.

Palabras Claves: practicante; colegio; enfermería; gaditano; revista

Referencias bibliográficas: Peria Lorenzo, D. J. & Guerra González, J. E. (2016). La historia por escribir en los Colegios Oficiales de Enfermería provinciales, los archivos como fuentes de investigación. *Cultura de los Cuidados*, 20(45). Tomado de https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/57349/1/CultCuid_45_04.pdf

Fernández Fernández, M. L., García Martínez, A. C., & García Martínez, M. J. (Coords.) (2015). *Un siglo cuidando a la sociedad. Centenario del reconocimiento oficial de la enfermería en España*. Santander, España: Colegio Oficial de Enfermería de Cantabria.

Gallardo Moraleda, C., Jaldón García, E. & Villa García-Noblejas, V. (1993). *La Enfermería Sevillana. El Colegio y su Historia 1900/1930*. Sevilla, España: Colegio Oficial de Enfermería de Sevilla.

Mas Espejo, M., Siles González, J. & Pulido Mendoza, R. (2015). ¿Qué sabemos de las Damas Enfermeras de la Cruz Roja Española? *Metas Enfermeras*, 18(8), 12-19

Entidad(es) Financiadora(s): Excmo. Colegio de Enfermería de Cádiz.

* SAS, Hospital San Carlos, Supervisión [cordo_besa@hotmail.com]

** Asc. Ntra Sra Salus Infirmorum, Enfermería, Docente

*** Colegio Oficial De Enfermería Cadiz, Secretaria, Secretario

Enfermagem na Câmara dos Pares do Reino e Camara dos Senhores Deputados da Nação Portuguesa em 1883

Patrícia Freitas Pereira*

Marina Baptista Pereira**

Paulo Joaquim Pina Queirós***

Introdução: No ano de 1883 encontram-se em funcionamento duas câmaras de representantes, a Câmara dos Pares do Reino (CPR) e a Câmara dos Senhores Deputados da Nação Portuguesa.

Objetivos: Identificar e analisar os assuntos tratados nas Câmaras de Representantes durante a Monarquia Constitucional, relacionados com o tema enfermagem no ano 1883. Verificar a existência de diferença nos assuntos abordados nas duas câmaras em funcionamento. Refletir acerca da conceção da enfermagem no ano de 1883.

Metodologia: Proceceu-se ao levantamento e análise de fontes diretas, segundo uma metodologia de análise histórica. Recorreu-se a descritores: enfermeiro/a, enfermeiros/as, enfermarias/as, enfermagem par realizar a pesquisa nos diários das sessões das Câmaras de representantes em funcionamento no ano 1883. Com a informação do número das atas e paginas correspondentes aos descritores, fizeram-se quadros resumo com o enquadramento e transcrições. Seguiu-se a leitura e análise dos quadros par identificação dos temas predominantes.

Resultados: Os temas de destaque no ano foram acerca do estado dos hospitais portugueses, especialmente o hospital de S. José; o Serviço de saúde naval e um surto de febre tifoide. Relativamente ao Hospital de S. José discute-se na Assembleia de Representantes regulamentação acerca dos elementos necessários no hospital, um ministro pretende não regulamentar os empregos menores onde se incluem os enfermeiros. A administração, as condições e a alimentação que é fornecida aos doentes são também criticadas. A existência de comunicação direta entre as enfermarias preocupa os ministros devido à inquietação com a transmissão de infeções. Outra situação apontada é a sobrelotação de doentes. Neste ano há uma proposta de lei para reorganização do serviço de saúde naval, há falta de enfermeiros navais. Na vila de Manteigas há uma epidemia de febre typhoides, o Sr. Cunha Bellem faz uma homenagem a um enfermeiro que se ofereceu espontaneamente para acompanhar o cirurgião mór. A propósito desta epidemia foi necessário contratar mais enfermeiros.

Conclusões: No ano de 1883 as câmaras de representantes estavam preocupadas com a administração dos hospitais portugueses e devido a isso apontaram alguns dos pontos críticos. O descritor enfermarias foi o mais encontrado, o que nem sempre se referia exclusivamente à enfermagem. O descritor enfermagem não surgiu neste ano. Relativamente ao descritor enfermeiro/os estes surgem no contexto da necessidade de contratação, quer para o hospital de S. José, quer devido à epidemia de febre typhoides, quer devido à falta de enfermeiros navais. A homenagem a enfermeiros surgiu em duas circunstâncias sem que isso refletisse verdadeiramente as verdadeiras competências dos enfermeiros.

Palavras-chave: história; enfermagem; história da enfermagem

Referências bibliográficas: Câmara dos Pares do Reino. (1883). *Diários das Sessões de 1883*. Recuperado de <https://www.parlamento.pt/ArquivoDocumentacao/Paginas/default.aspx>

Câmara dos Senhores Deputados da Nação Portuguesa. (1883). *Diários das Sessões de 1883*. Recuperado de <https://www.parlamento.pt/ArquivoDocumentacao/Paginas/default.aspx>

Entidade(s) Financiadora(s): sem financiamento

* Escola Superior De Enfermagem De Coimbra

** Escola Superior De Enfermagem De Coimbra

*** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Enfermagem Fundamental, Professor - PhD, Pós-doutorado ICBAS-UP [pauloqueiros@esenfc.pt]

Enfermeiros e Enfermagem nos Diários das Câmaras dos Pares e dos Senhores Deputados em 1893

Marina Baptista Pereira*

Patrícia Freitas Pereira**

Paulo Joaquim Pina Queirós***

Introdução: No ano em estudo, 1893, encontram-se em funcionamento duas câmaras de representantes, a Câmara dos Pares do Reino e a Câmara dos Senhores Deputados da Nação Portuguesa.

Objetivos: Identificar e analisar os assuntos tratados nas câmaras de representantes relacionados com o tema enfermagem no ano 1893; Refletir sobre a perspetiva que existia em 1893 sobre a enfermagem, as condições de trabalho e o ensino de enfermeiros; Refletir sobre os temas relacionados com a saúde em 1893.

Metodologia: Através de descritores, enfermeiro/a, enfermeiros/as, enfermaria/as, enfermagem, realizou-se uma pesquisa nos diários das sessões das câmaras de representantes em funcionamento nesse ano. Analisou-se as páginas sensíveis aos descritores identificando os assuntos tratados e as temáticas relevantes.

Resultados: Enfermeiros do Hospital de S. José e anexos pedem melhores condições na renumeração e na reforma; Proposta para a criação de um instituto oftalmológico ou de enfermarias de doenças dos olhos no Hospital de S. José; Estabelecimento de um regulamento da política sanitária, marítima e quarentenária; Estabelecimento das condições para o concurso de barcos a vapor que iriam fazer a navegação entre Lisboa e os arquipélagos da Madeira e Açores; Falta de condições dos hospitais psiquiátricos para acolher penitenciários com doença mental faz surgir a proposta de criar uma enfermaria para alienados junto à penitenciária central de Lisboa; Discussão sobre as questões relacionadas com a pessoa com doença mental que comete crimes; Referencia ao ensino das enfermeiras feito em congregações religiosas.

Conclusões: Em 1893, os enfermeiros ainda viviam condições de trabalho precárias, com baixa renumeração em comparação com outros profissionais, o trabalho dos enfermeiros é visto como um serviço penoso que tem por único futuro a miséria. Também neste ano refletia-se sobre a doença mental e a prática de crimes, os juízes têm, muitas vezes, diante de si doentes e não facínoras, que devem ser curados e não punidos e dava-se importância às condições de segurança dos serviços públicos.

Palavras-chave: história; enfermagem; história da enfermagem

Referências bibliográficas: Câmara dos Pares do Reino e na Câmara dos Senhores Deputados da Nação Portuguesa. (1893). *Diários das Sessões de 1893*. Recuperado de <https://www.parlamento.pt/ArquivoDocumentacao/Paginas/default.aspx>.

Entidade(s) Financiadora(s): sem financiamento

* Escola Superior de Enfermagem

** Escola Superior de Enfermagem

*** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Enfermagem Fundamental, Professor - PhD, Pós-doutorado ICBAS-UP [pauloqueiros@esenfc.pt]

Las Profesiones Enfermeras en el Cádiz de los siglos XVIII y XIX.

Miriam Parra Valenzuela

Miguel Bernal Luque

Eloísa Paula Toscano Gracia

José Luis Flores Rodríguez*

Introducción: Reconstrucción de la historia en la búsqueda, interpretación y exposición del pasado de la enfermería, con la finalidad de entender adecuadamente el presente de esta profesión, y para que el colectivo que la integra haga frente al futuro con un fundamento humanístico desde sus orígenes. Analizaremos las profesiones enfermeras en Cádiz durante el siglo XVIII y XIX. Hablaremos sobre la evolución que ha tenido la figura enfermera, así como las funciones desarrolladas en estos siglos respecto a la actualidad.

Objetivos: Realizar una profesión de manera lícita. Conocer la aparición del perfil enfermero en la sociedad. De dónde viene, cómo surge, cuándo inicia y por qué aparece las profesiones enfermeras. Qué funciones enfermeras se realizaban, cuales se han modificado, y quiénes las realizaban. Preservar la identidad enfermera clarificando que es una profesión eficaz, eficiente, útil y necesaria desde el origen de la profesión hasta nuestros días.

Metodología: Documentación obtenida a partir de 2008 hasta la actualidad, obras originales del siglo XVIII-XIX, realizado desde Octubre/2016 hasta Junio/2017. Bases utilizadas: PUBMED, SCIELO, GOOGLE ACADÉMICO, DIALNET, y fuentes biomédicas como: Archivo Diocesano del Obispado de Cádiz y Ceuta, Archivo de la facultad de Medicina de Cádiz y Colegio de Enfermería de Cádiz. Libros y documentación de fuentes privadas de historiadores y profesionales sanitarios como: Dr. Manuel Bustos Rodríguez, Dr. García-Cubillana de la Cruz, Dr. Francisco Glicerio Conde Mora, D. Manuel Solórzano Sánchez y D. Manuel Cano Leal.

Resultados: Glicerio-Conde Mora, Cano Leal y García González (2017). En 1676, aparecen Flotomianos, Boticarios y Cirujanos en sus estatutos. La unificación de las profesiones enfermeras llegó en la Transición, incluyendo Estatutos Generales para enfermeras, practicantes y matronas. Quiles Gómez y García González (2013). La profesionalización de cuidadoras y enfermeras, actividades, reglamentos o primeros contratos en la congregación de las Hijas de la Caridad. García-Cubillana de la Cruz (2016). Hospitales en Cádiz a inicios del siglo XVIII. - En 1598, El Hospital de la Misericordia. - En 1634, Nuestra Señora del Carmen y El Real Hospital de la Armada. - En 1721, se inició la reforma de la Sanidad Naval, y anexo a él, se erigió en 1748 el Real Colegio de Cirugía de la Armada, primer establecimiento en España donde comenzó la enseñanza conjunta teórico-práctica de la Medicina y la Cirugía.

Herrera Rodríguez (2013). Los conocimientos médicos de la época referidos a la Anatomía y Cirugía, Fisiología y Patología.

Conclusiones: 1) Las Profesiones Enfermeras eran: Flebotomiano, Barbero-Sangrador, Practicante de Cirugía, Enfermera y Matrona. 2) Las funciones del Barbero Flebotomiano eran: sangrar, sajar, echar ventosas y sanguijuelas, sacar dientes o muelas. Funciones actuales: asistencial, administrativa, docente y técnica. 3) Preservar la vocación enfermera, no olvidar sus raíces e historia más allá de lo técnico, motivaciones humanísticas para asistir al enfermo de manera integral. 4) La figura enfermera aparece por necesidad humana, convirtiéndose en profesión específica y necesaria. 5) La asistencia sanitaria en Cádiz, se dirigía a todas las personas, fundamentalmente a necesitados, sin importar procedencia, raza, condición social o religión.

Palabras Claves: phlebotomians; barbeiros; sangramentos; enfermeiras; parteiras; protobarberate

Referencias bibliográficas: García-Cubillana de la Cruz, J. M. (2016). *La asistencia en el Hospital de San Juan de Dios en Cádiz en la época del traslado de la casa de Contratación desde Sevilla*. Tomado de <http://www.patrimoniolaaisla.com/la-asistencia-hospital-san-juan-dios-cadiz-la-epoca-del-traslado-la-casa-contratacion-desde-sevilla/>

Glicerio-Conde, M. F., Cano Leal M., & García González, M. (2017). De la Cofradía de San Cosme y San Damián al Colegio de Enfermería de Cádiz. *Revista Enfermería Gaditana*. Tomado de <http://enfermeriagaditana.coecadiz.com/de-la-cofradia-de-san-cosme-y-san-damian-al-colegio-de-enfermeria-de-cadiz/>

Herrera Rodríguez, F. (2013). Medicina, enfermedad y sociedad en la transición de la ilustración al romanticismo. In J. M. Blanco Villero & J. M. García-Cubillana de la Cruz (Coords.), *Salud y enfermedad en los tiempos de las Cortes de Cádiz: Crónica sanitaria de un bicentenario* (pp. 25-42). Cádiz, España: Silex.

Quiles Gómez, I., & García González, M. (2013). Las hijas de la caridad como precursoras de la enfermería. Salud y enfermedad en los tiempos de las Cortes de Cádiz. In J. M. Blanco Villero & J. M. García-Cubillana de la Cruz (Coords.), *Salud y enfermedad en los tiempos de las Cortes de Cádiz: Crónica sanitaria de un bicentenario* (pp. 223-236). Cádiz, España: Silex.

* Salus Infirorum

Ministrantes españoles en el Siglo XIX

Miriam Cobreros Peñas

Introducción: La sangría constituye una técnica curativa que ya emplearon algunas civilizaciones antiguas. Curiosamente, aún en el siglo XIX se seguía utilizando, siendo prescritas por el médico y ejecutadas por Ministrantes y Practicantes. En los manuales de enseñanza de estos últimos, podemos observar como una parte de su contenido se centra en la descripción de diversas intervenciones de la denominada Cirugía Menor, no faltando apartados sobre las diferentes técnicas de llevar a cabo la señalada extracción sanguínea.

Objetivos: Nuestra investigación plantea una aproximación histórica a la figura de Ministrante (1846-1857), centrándonos en el cometido de la evacuación sanguínea. Para ello, se examinan los contenidos sobre la sangría en tres de los manuales utilizados durante el periodo en el que se desarrolló este profesional. Los autores de dichos textos, además de tratar los conocimientos anatómicos e instrumentos necesarios para la realización de dicha técnica, especifican distintas clases de sangrías.

Metodología: Para llevar a cabo nuestra meta, analizamos el concepto de sangría en tres textos de aprendizaje publicados en el siglo XIX. Dichos manuales constituyen una fuente de información histórica sobre el pasado de la Enfermería: - Manual del Sangrador, escrita por Juan Chomón en 1847. - Guía teórico-práctica del sangrador, dentista y callista, o tratado completo de cirugía menor o ministrante, cuyos autores son José Díaz Benito y Angulo y Pedro González y Velasco, publicada en 1848. - Manual de flebo-tomianos o sangradores y dentistas de Ambrosio González, en 1846.

Resultados: Como se ha comentado anteriormente, estas obras están dirigidas a la formación de los Ministrantes. Por ello, Chomón, Díaz y González y Ambrosio González, dedican al ámbito de la sangría 88, 45 y 48 páginas respectivamente, constituyendo un 59%, 11% y 43% de la extensión de sus textos. El concepto de sangría, abarca toda incisión quirúrgica de un vaso sanguíneo del cuerpo humano, cuyo fin es terapéutico. Se clasifican en generales y locales. Las primeras se realizan en venas y arterias, mientras que las locales son evacuaciones sanguíneas del sistema capilar. La evacuación de sangre venosa, es conocida con el nombre de flebotomía. Las venas en las que más se practica son las de la frente, cuello, brazo, mano y pie. Si la extracción se consigue a través de una arteria, recibe el nombre de arteriotomía. Las sangrías locales pueden obtenerse por diferentes medios. El uso de sanguijuelas es el medio más seguro y más común para obtener sangría local.

Conclusiones: Algunas de las funciones que entonces englobaba la denominada Cirugía menor, como la realización de sangrías, la dentistería o la pedicura, fueron desempeñadas por los profesionales que han antecedido a los actuales enfermeros. Entre estas, la sangría ha sido una de las prácticas terapéuticas que ha gozado de mayor difusión a lo largo de los siglos. De un uso, relativamente frecuente, en el siglo XIX, se ha pasado a un empleo muy restrictivo en nuestros días, casi exclusivamente relacionado con la donación de sangre para transfusiones.

Palabras Claves: sangría; ministrante; manuales de enseñanza

Referencias bibliográficas: Chomón, J. (1847). *Manual del Sangrador*. Valencia, España: Imp. Monfort; 1847.

Díaz Benito y Angulo, J. D., & J. González y Velasco, P. (1848). *Guía teórico-práctica del sangrador, dentista y callista, o tratado completo de cirugía menor o ministrante*. Madrid, España: Librería de Ángel Calleja; 1848.

González del Valle, A. (1846). *Manual de flebo- tomanos o nsangradores y dentistas*. La Habana, Cuba: Oficina de D. Jose Severino Boloña; 1846.

Jiménez Rodríguez I. (2006). Las titulaciones quirúrgico-médicas a mediados del siglo XIX: Los Ministrantes. *Cultura de los Cuidados*, 119 (16), 16-36.

Ocupações e profissões da saúde em (re)configuração, anos 1821-22

Paulo Joaquim Pina Queirós*

Marina Baptista Pereira**

Patrícia Freitas Pereira***

Introdução: Após a revolução liberal de 1820 em Portugal entra em funcionamento a primeira câmara eleita de representantes da nação, o Soberano Congresso. Num contexto distanciado da profissionalização da enfermagem, do seu ensino, da sua regulamentação e controlo, são várias as referências a enfermeiros nos Diários das Sessões do Soberano Congresso também designado por Cortes Gerais e Extraordinárias da Nação Portuguesa. Este funcionou em 1821 e 1822, com poderes constituintes, deu origem à primeira Constituição Portuguesa (Bonifácio, 2010).

Objetivos: Analisar os diários das sessões. Estudar o que se discutia sobre enfermeiros e enfermagem, em 1821-22, no Soberano Congresso. Identificar através das referências encontradas o lugar da enfermagem enquanto atividade assistencial. Verificar as linhas de continuidade e de desenvolvimento da enfermagem, a par das outras ocupações e profissões de saúde. Contribuir com a análise destas fontes para a compreensão da autonomização e diferenciação do ser enfermeiro.

Metodologia: Pesquisa histórica nos diários das sessões, com levantamento, análise e interpretação de fontes (Mattoso, 1997; Torgal, 2015). Seleção prévia, no sítio informático do arquivo da Assembleia da República, através de motor de busca, das páginas dos diários das sessões sensíveis aos descritores enfermeiro/os; enfermeira/as; enfermagem; sangrador/es; parteira/as; enfermaria/as. Leitura, transcrição, análise e enquadramento das fontes. Identificação das atividades aí referidas que se constituem como ocupações ou profissões na área da saúde. Tipificação dessas atividades quanto à sua caracterização própria como à diferenciação de outras.

Resultados: Encontramos as ocupações-profissões: enfermeiro, enfermeiro-mor, parteira, sangrador, inspetor de saúde, administrador, médico, cirurgião, boticário, escrivão. No projeto de Regulamento de Saúde Pública, empregados de saúde são médicos, cirurgiões, boticários e parteiras, com formação e certificados pelas faculdades ou após serem examinados. O enfermeiro-mor, não é enfermeiro, terá a seu cargo tudo o que diz respeito ao pessoal dos doentes, e a todos os empregados. Ao administrador compete a economia. Os inspetores de saúde fiscalizam, são médicos para isso designado. Enfermeiros, parteiras e sangradores serão fiscalizados pela Junta de Saúde Pública a criar. Os sangradores, ainda persistem, em mutação, necessitam de carta de exame, podem assistir os doentes como enfermeiros onde não há médicos. A acabar a diferença entre sangrador ou cirurgião de pequenas operações e primeiro cirurgião, através da certificação de todos como cirurgiões. Dos enfermeiros espera-se no hospital o cuidado e bom serviço, no espaço domiciliário o acompanhamento para recuperação da saúde. Contrastam com parteiras formadas e certificadas.

Conclusões: Não há expressamente enfermagem, há enfermeiros, e só referidos no masculino. Enfermeiro-mor, diferenciado de enfermeiro, figura de destaque social com funções de gestão. Persistência de sangradores e destaque para as parteiras, com formação e certificação. Existência de enfermeiro como cuidador, no espaço hospitalar e domiciliário, em processo de diferenciação de outras atividades de assistência ainda longe da profissionalização. Em relação aos enfermeiros persistem situações pouco claras como cirurgião enfermeiro, semi-clérigos que faziam funções de enfermeiros, sangradores a assistir como enfermeiros. O processo de diferenciação profissional para os enfermeiros ainda agora vai no início. Claramente as parteiras assumem a dianteira.

Palavras-chave: história; enfermagem; história da enfermagem

Referências bibliográficas: Bonifácio, M. F. (2010). *A Monarquia Constitucional 1807-1910* (3ª ed.). Alfragide, Portugal: Texto Editores. Cortes Gerais Extraordinárias da Nação Portuguesa. (1822). *Diários das Sessões de 1821-1822*. Recuperado de <https://www.parlamento.pt/ArquivoDocumentacao/Paginas/default.aspx>.

Mattoso, J. (1997). *A Escrita da História: Teoria e métodos*. Lisboa, Portugal: Editorial Estampa.

Torgal, L. R. (2015). *História ... Que História? Notas críticas de um historiador*. Lisboa, Portugal: Temas e Debates, Círculo de Leitores.

Entidade(s) Financiadora(s): Não se aplica

* Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Enfermagem Fundamental, Professor - PhD, Pós-doutorado ICBAS-UP [pauloqueiros@esenfc.pt]

** Escola Superior de Enfermagem

*** Escola Superior de Enfermagem

CONFLITOS BÉLICOS

ARMED CONFLICTS

CONFLICTOS BÉLICOS

Análisis comparativo de la enfermería militar Británica e Hispánica

José Luis Flores Rodríguez*

María Huerga Vázquez**

Montero Carmona***

Francisco Glicerio Conde Mora****

Introducción: Por un lado, en lo referente a la enfermería militar británica debemos destacar fundamentalmente tres hitos históricos, a saber: 1. Las mejoras sanitarias que implanta Florence Nightingale en el hospital de Scutari durante el desarrollo de la Guerra de Crimea (1853-1856). 2. La creación en 1881 del ANS. Por otro lado, en España debemos poner en relieve la creación de la figura del practicante en 1834, así como, la creación de la Academia de Sanidad Militar (1877).

Objetivos: 1. Analizar comparativamente la evolución histórica de la enfermería militar tanto en el ámbito español como británico durante el desarrollo del siglo XIX. 2. Señalar las discrepancias entre ambos cuerpos sanitarios entre los años 1801-1900.

Metodología: El tipo de estudio realizado ha sido de tipo descriptivo a través de la revisión de diferentes artículos publicados entre los años 2010 y 2016, de los cuales, se ha realizado una selección según diversos criterios.

Resultados: En nuestro estudio comparativo destacamos el trabajo de José Manuel Mateo Lozano. En su artículo, Historia de los barberos, cirujanos y practicantes de la armada (2014)¹, realiza un recorrido histórico en el que nos muestra la evolución del papel de la proto-enfermería y la enfermería en la armada Española. Debemos destacar el paso de barbero a practicante, dictaminado por una Real Orden en 1834. Por otro lado, en el mundo británico, la enfermería militar sufría una revolución de la mano de Florence Nightingale como indica Pablo Young en su artículo Florence Nightingale y la Enfermería en el Hospital Británico.

Conclusiones: Después de este estudio, podemos concluir que a lo largo del desarrollo del siglo XIX, tanto la enfermería militar británica como la hispánica han crecido y evolucionado dentro de los ejércitos de ambos países. Así mismo, también debemos decir que las técnicas y los cuidados empleados por la enfermería militar británica eran superiores a los utilizados en esa época por los enfermeros militares españoles.

Palabras Claves: enfermería militar; Florence Nightingale; ANS

Referencias bibliográficas: Mateo Lozano, J. M. (2014). Historia de los barberos, cirujanos y practicantes de la armada. *Ateneo: Revista cultural del Ateneo de Cádiz*, 14, 2014, 219-229.

Young, P., Amarillo, H. & Emery, J. (2014). Florence Nightingale Y La Enfermería En El Hospital Británico. *Revista Argentina Coloproctología*, 25(1), 34-40.

Entidad(es) Financiadora(s): Centro Universitario de Enfermería Salus Infirmorum (Cádiz)

* Salus Infirmorum

** C.U.E. Salus Infirmorum (Cádiz)

*** Ministerio de Defensa, Sanidad Militar, Enfermero De Unidad

**** Asc. Ntra Sra Salus Infirmorum, Enfermería, Docente

Análisis histórico de la enfermería militar en España (1801-1900). La respuesta sanitaria en misiones y conflictos del siglo XIX.

María Huerga Vázquez*, José Luis Flores Rodríguez**
 Francisco Glicerio Conde Mora***, Montero Carmona****
 Manuel Cano Leal*****

Introducción: Primera campaña sanitaria humanitaria de carácter internacional, “la Expedición filantrópica” en la que destacó la intervención de la enfermera gallega Isabel Zendal, cuya misión fue distribuir desde España la primera vacuna de viruela de la historia por el mundo de forma gratuita. La enfermería militar fue de suma importancia en 1858 cuando se intervino en la Conchinchina. Igualmente, en 1899 con la pérdida de Cuba y Filipinas y compra venta de las colonias españolas.

Objetivos: Poner de relieve la importancia de la enfermería militar española en las diversas expediciones militares del siglo XIX.

Metodología: Se han escogido artículos de bases de datos tales como Pubmed, Dialnet, Medline y scielo. Como criterios de inclusión, tenemos: tipo de revista donde se localicen artículos relacionados con la enfermería y enfermería militar. artículos actualizados en los últimos cinco años. se toman publicaciones en diferentes idiomas. Y, se excluyeron publicaciones con más de 10 años, no actualizadas y por mal control de calidad. Se tuvieron en cuenta las revistas: Índice de enfermería y Sanidad Militar de las Fuerzas Armadas Española.

Resultados: Ya desde el siglo XIX la profesión enfermera ha demostrado ser de suma importancia e imprescindible en el equipo de la Sanidad Militar otorgándosele, al enfermero unas funciones determinadas que pueden llevarse en ámbito internacional cuando precisan algún tipo de ayuda humanitaria o en conflictos bélicos concretos donde es completamente ineludible en la fuerza del ejército. La relación del herido de guerra y las actuaciones de enfermería se vieron en un desequilibrio debido al efecto aún más dañino que provoca el armamento utilizado que, con el paso del tiempo se ha visto sometido a un gran desarrollo evolutivo. Por lo tanto, para actuar correctamente como enfermero militar se debe tener una gran preparación formativa para actuar con precisión y rapidez, pero además hay que tener una enorme fuerza psicológica.

Conclusiones: La Sanidad Militar durante el siglo XIX fue la rama más importante y menos imprescindible de la fuerza militar. Ésta supuso para la civilización el avance de técnicas médicas y enfermeras en heridos debido al caos y efecto que han provocado en el hombre los conflictos. Consideramos que la Sanidad Militar ha sido pionera de la enfermería. El trabajo que realizó en el siglo XIX el enfermero militar en el exterior atendiendo a poblaciones ha quedado como una de las pruebas más solidarias que tiene como función las Fuerzas Armadas.

Palabras Claves: conflictos bélicos; enfermería; misiones internacionales

Referencias bibliográficas: Boyero Pereira, M. A., & Igea Aznar, J. M. (2017). *Isabel Zendal, la primera enfermera de la historia en labor internacional*. Cádiz, España: Colegio de Enfermería Cádiz.

García-Cubillana de la Cruz, J. M. (2009). El cuerpo de Sanidad de la Armada (1728-1989). *Sanidad Militar*, 65(3), 188-203.

Cruz Barrientos, A. Conde Mora, & F. Núñez, A. (2015). La enfermería sanitaria en los buques de la armada (1895-1898). In M. L. Fernández Fernández, A. C. García Martínez & M. J. García Martínez (coord.), *Un siglo cuidando a la sociedad: Centenario del reconocimiento oficial de la Enfermería en España* (pp. 261-264). Santander, España: Colegio de Enfermería de Cantabria.

Entidad(es) Financiadora(s): C.E.U. Salus Infirmorum (Cádiz)

* C.U.E. Salus Infirmorum (Cádiz)

** Salus Infirmorum

*** Asc. Ntra Sra Salus Infirmorum, Enfermería, Docente

**** Ministerio de Defensa, Sanidad Militar, Enfermero de Unidad

***** Colegio Oficial de Enfermería Cádiz, Secretaria, Secretario

Asistencia a los enfermos y heridos en Toledo durante la Guerra de la Independencia (1808-1814)

Isabel del Puerto Fernández*, M^a Idoia Ugarte Gurrutxaga**
 Sagrario Gomez Cantarino***, Brígida Molina Gallego****
 Minerva Velasco Abellán*****, Ángela Pérez del Puerto*****

Introducción: La Guerra de la Independencia representa uno de los períodos más convulsos de la historia de España. La invasión de las tropas napoleónicas y el levantamiento popular del 2 de mayo provocaron una de las mayores catástrofes ocurridas en el siglo XIX. El hambre, la enfermedad y la muerte amenazaron a la población civil española durante la contienda. Castilla-La Mancha fue un gigantesco campo de batalla y ciudades como Toledo, sufrieron el saqueo del Ejército francés hasta 1814 (Cayuela, 2009)

Objetivos: La ciudad de Toledo no fue escenario de batallas durante la Guerra, pero sufrió el saqueo de las tropas francesas (hasta 20.000 hombres) desde su invasión en abril 1808 hasta su retirada definitiva en 1814. El objetivo de este trabajo es conocer dónde y cómo se atendía a los enfermos y heridos en la ciudad de Toledo durante esa época.

Metodología: El trabajo ha consistido en un análisis histórico, basado en fuentes primarias institucionales con el apoyo de fuentes bibliográficas y de la bibliografía existente sobre el tema de estudio. Se ha realizado una revisión de la bibliografía sobre la atención sanitaria durante esa época y se han analizado los documentos referentes al funcionamiento de los hospitales de la ciudad de Toledo. Las fuentes primarias se han obtenido del Archivo de la Diputación de Toledo, así como la bibliografía de la época para conocer el estado de la ciudad.

Resultados: A principios del siglo XIX Toledo era una ciudad en decadencia. Esta situación se acrecentó con la Guerra de la Independencia, Guerras Carlistas y la Desamortización (Jiménez, 1980). Toledo fue invadida por más de 20.000 soldados franceses, lo que provocó amotinamientos y revueltas (Lorente, 1993; Isabel, 1987). Los hospitales prestaban una atención sanitaria de servicio a la comunidad, basada en la caridad. Las personas que asistían (cuidaban) no tenían formación (hombres y mujeres), si exceptuamos a los cirujanos ministrantes (practicantes) (Sellán, 2010). Los enfermos y heridos, tanto españoles como franceses, fueron atendidos en los hospitales de: San Juan de Dios, San Juan Bautista y el de la Misericordia. En los hospitales había una enfermera para las mujeres, uno o dos enfermeros para los hombres, un sangrador /ministrante y 5 o 6 capellanes (López-Fando, 1955). Se llegaron a asistir, hasta 1814, más de 2.500 pacientes, teniendo que ocupar también el hospital de Santiago y el de San Lázaro (Gómez, 1995).

Conclusiones: Los enfermos y heridos en Toledo procedían de la resistencia ante la invasión francesa y de los trasladados de las batallas de la región. Los hospitales de Toledo proporcionaban asistencia muy específica, por lo que estos pacientes sólo fueron atendidos en tres hospitales de la ciudad. La atención era bastante deficiente, quedando los cuidados a cargo de enfermeras (para atender a las mujeres) y enfermeros para atender a los hombres, que no tenían ningún tipo de formación. A partir de 1822 comenzaron los cambios en la asistencia sanitaria, tanto a nivel legislativo (Juntas de Beneficencia) como formativo (practicantes y religiosas).

Palabras Claves: atención de enfermería hospitalares

Referencias bibliográficas: Archivo de la Diputación Provincial de Toledo. (1816). *Actas Capitulares 1802 a 1816* (Libro 12). Toledo, España: Autor.

Cayuela, J.G. (2009). Guerra de Independencia. La vida cotidiana. Objetivo: sobrevivir. *La Aventura de la historia*, 132, 52-56
 Gómez, S. (1995). *El Hospital de la Misericordia de Toledo en el Siglo XIX*. Toledo, España: C.S.I.C. Diputación Provincial de Toledo
 Lorente, (1993). *Agitación urbana y crisis económica durante la Guerra de la Independencia (Toledo 1808-1814)*. Cuenca, España. Servicio de Publicaciones de la UCLM

* Universidad de Castilla-La Mancha, Enfermería, Fisioterapia y Terapia Ocupacional, TU [Isabel.Puerto@uclm.es]

** Universidad de Castilla-La Mancha, Departamento de Enfermería, Fisioterapia y Terapia Ocupacional, Profesora de Enfermería

*** UCLM. Campus Toledo, Escuela Enfermería y Fisioterapia. Campus Toledo, Profesora [sagrario.gomez@uclm.es]

**** UCLM, Enfermería, Fisioterapia y Terapia Ocupacional, Profesora

***** UCLM, Enfermería Y Fisioterapia, Enfermería [minervava@hotmail.com]

***** UAM, Historia Contemporánea, Investigadora

La enfermería y la gestión hospitalaria del Real y Militar Hospital Nato de Algeciras en el primer cuarto del siglo XIX

Susana María Ramírez Martín*
Isabel Portela Filgueiras

Introducción: La ciudad de Algeciras es un punto estratégico en la defensa de la ruta de las Indias en los últimos años del siglo XVIII y se mantuvo con otros objetivos militares en los primeros años del siglo XIX, como consecuencia de la Guerra de Independencia Española.

Objetivos: El objetivo es analizar la práctica enfermera en el Real y Militar Hospital Nato de Algeciras, en el Campo de Gibraltar, en el momento que el Ayuntamiento de la ciudad se responsabiliza de él; para ello vamos a identificar la institución sanitaria y analizar los documentos que la gestión produce.

Metodología: Esta investigación histórica está realizada en base a fuentes archivísticas. Los documentos utilizados se conservan en el Archivo Histórico Nacional, en las secciones: Consejo y Tribunal Supremo de España e Indias (Consejo Reunido) y Depósito de la Guerra. Siguiendo la metodología archivística hemos identificado el fondo documental y hemos analizado los documentos conservados.

Resultados: Este estudio se enmarca en un proyecto de investigación más amplio que consiste en el análisis comparativo de los reglamentos de hospitales españoles a lo largo de la historia. Estos reglamentos ofrecen información variada sobre los diferentes aspectos de la gestión, administración y asistencia hospitalaria. En el año 1811, el Ayuntamiento de Algeciras, en el Campo de Gibraltar, establece las condiciones, el reglamento y el plan dietético del Real y Militar Hospital Nato de Algeciras. Para llevar a cabo este objetivo, el Ayuntamiento y la Junta de Subsistencias se encargarán de su dirección, manejo y asistencia. Las condiciones son fundamentalmente económicas, con el fin de no arruinar al vecindario de la ciudad. El reglamento tiene como modelo para su redacción la ordenanza de Hospitales militares del año 1739. Por otro lado, el plan dietético fue redactado por el Consultor de Medicina Bernardo Martorell y Morales.

Conclusiones: Las instituciones sanitarias de principios del siglo XIX siguen la normativa del siglo XVIII. Lo que cambia es la responsabilidad y el control de la gestión y el gobierno. El caos político y económico generado por la Guerra de Independencia exigió que la organización de estas instituciones fuera cercana a la población. En consecuencia, serán los ayuntamientos los que se encarguen de estos hospitales para garantizar su administración.

Palabras Claves: administración hospitalaria; enfermería; hospital de Algeciras

Referencias bibliográficas: Condiciones con que el Ayuntamiento y Junta de Subsistencias de esta ciudad se ha hecho cargo del hospital militar de la misma: Plan dietético nuevamente establecido: Formación de la Junta de Gobierno político-económico

Reglamento de las obligaciones de los empleados, dependientes y sirvientes del propio hospital. Algeciras: Imp. Juan Bautista Contilló, 1811. Oficios relativos a la organización y financiación del Hospital de Algeciras de los años 1796 a 1799. Archivo Histórico Nacional, Diversos- Colecciones, leg. 191, exp. 17.

* Universidad Complutense de Madrid, Ciencias Y Técnicas Historiográficas Y Arqueología, Profesora

PÓSTERES

POSTERS

PÓSTERES



Referência
REVISTA DE ENFERMAGEM | JOURNAL OF NURSING

ENSINO DE ENFERMAGEM

NURSING EDUCATION

ENSEÑANZA DE ENFERMERÍA

Enfermagem Psiquiátrica em Portugal, principais marcos históricos na Formação de Enfermeiros

Cândida Rosalinda Exposto Costa Loureiro*

Aida Maria De Oliveira Cruz Mendes**

José Carlos Pereira dos Santos***

Introdução: O ensino da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica em Portugal remonta ao início do séc. XX, ao ano de 1911, 63 anos após a inauguração do primeiro Hospital Psiquiátrico, Hospital de Rilhafoles. Esta formação passou por várias fases, desde dirigida apenas para os enfermeiros que prestam cuidados aos doentes mentais em Hospitais Psiquiátricos até aos dias de hoje em que se insere nos vários graus académicos (Licenciatura, Mestrado e Doutoramento) e de formação pós-graduada (Cursos de Especialização).

Objetivos: - Apresentar uma retrospectiva sobre o percurso da formação de enfermeiros em Portugal, concretamente ao nível da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica - Enfatizar os principais marcos históricos

Metodologia: Foi utilizada uma metodologia de pesquisa na literatura.

Resultados: 1848 - Inaugurado o Hospital de Rilhafoles, sem qualquer formação para os enfermeiros. 1911 - Ensino de enfermagem psiquiátrica nos hospitais do Conde de Ferreira e Miguel Bombarda. 1942 - Inaugurado o Hospital de Júlio de Matos em Lisboa. Veio um grupo de enfermeiros suíços para organizar o serviço de Ergoterapia e um Centro de Formação de Enfermeiros Psiquiátricos com dois anos de duração. 1962 - Abriu a Escola de Enfermagem das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus. 1968 - Criada a Escola de Enfermagem Psiquiátrica de Lisboa. Os cursos têm duração de dois anos. A partir de 1974 passa a existir um único nível de formação em enfermagem 1978 - Criado o primeiro Curso de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. De 1992 a 1999 existiram os Cursos de Estudos Superiores Especializados em Enfermagem com equivalência à Licenciatura. Atualmente existem as Pós-Licenciaturas de Especialização em Enfermagem de Saúde mental e Psiquiatria, Cursos de Mestrado e Doutoramento.

Conclusões: A formação de enfermeiros em Psiquiatria e Saúde Mental foi-se desenvolvendo, primeiro em Hospitais Psiquiátricos, seguindo-se em 1942 em Lisboa a formação ministrada por um grupo de enfermeiros suíços com dois anos de duração. O ensino foi passando dos hospitais psiquiátricos para centros de formação. A partir dos anos 60 do século passado as escolas de enfermagem foram emergindo, permitindo apenas o exercício de enfermagem em estabelecimentos psiquiátricos. A partir de 1974 passa a existir um único nível de formação em enfermagem e em 1978 é criado o primeiro Curso de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Palavras-chave: ensino; enfermagem; saúde mental; psiquiatria

Referências bibliográficas: Santos, J., Loureiro, C., & Mendes A. (2012). Mental health services in Portugal. In N. Brimblecombe & P. Nolan (Eds.), *Mental health services in Europe, provision and practice* (pp. 233-267). London, England: Radcliffe Publishing.

* Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, Professora Adjunta

** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, UCP de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, Docente [acmendes@esenfc.pt]

*** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Unidade Científico Pedagógica de Saúde Mental e Psiquiatria, Professor

LIVROS E FONTES HISTÓRICAS

BOOKS AND HISTORICAL SOURCES

LIBROS Y FUENTES HISTÓRICAS

O tema enfermagem nos debates parlamentares em 1885

Paulo Joaquim Pina Queirós*

Patrícia Freitas Pereira**

Marina Baptista Pereira***

Introdução: Em 1885 encontram-se em funcionamento a Câmara dos Pares do Reino e a Câmara dos Senhores Deputados da Nação Portuguesa. Num contexto de iniciação da profissionalização da enfermagem, do seu ensino, mas bem longe da sua regulamentação e controlo, são várias as referências a enfermeiros, enfermagem e enfermarias, nos Diários das Sessões destas duas Câmaras.

Objetivos: Analisar os diários das sessões. Estudar o que se discutia sobre enfermeiros e enfermagem, em 1885, nas Câmaras. Identificar através das referências encontradas o lugar da enfermagem enquanto actividade assistencial. Verificar as linhas de continuidade e de desenvolvimento da enfermagem, a par das outras ocupações e profissões de saúde. Contribuir com a análise destas fontes para a compreensão da autonomização e diferenciação do ser enfermeiro.

Metodologia: Pesquisa histórica nos diários das sessões, com levantamento, análise e interpretação de fontes (Mattoso, 1997; Torgal, 2015). Selecção prévia, no sítio informático do arquivo da Assembleia da República, através de motor de busca, das páginas dos diários das sessões sensíveis aos descritores enfermeiro/os; enfermeira/as; enfermagem; enfermaria/as. Leitura, transcrição, análise e enquadramento das fontes, com vista à identificação dos temas predominantes.

Resultados: Reorganização dos serviços de saúde naval apreciada pela Câmara dos Pares (CPR) e Câmara dos Deputados: com hierarquia de enfermeiros (1ª, 2ª classe e ajudante); diferenciação entre o quadro dos serviços e o quadro da companhia de saúde; releva a necessidade de prática e aprovação em exame para promoção de ajudante a enfermeiro de 2ª. Dificuldade de recrutamento de enfermeiros para os serviços do exército e navais, e na Madeira escasseiam. Outro tema é a degradação dos espaços assistenciais, de Lisboa à Guarda onde o hospital é autêntico antro. Criação do distrito do Congo em Angola com a afectação de hospitais, enfermarias, ambulâncias e enfermeiros. Na CPR lemos uma sindicância aos HUC feita em 1872, em causa gastos com o administrador e o capelão. Os enfermeiros são também notícia pela sua precária situação no H. S. José. Refere-se a necessidade de criar um internato no hospital central de Lisboa e formar médicos para a regência das escolas dos enfermeiros.

Conclusões: A reorganização dos serviços de saúde naval vem de trás e mantém-se. Enfermagem em processo de profissionalização. Fala-se em ensino (formar médicos regentes para as escolas de enfermagem), o acesso a enfermeiro de 2ª classe condicionado a prática e exame. No setor militar clara estruturação da enfermagem com hierarquia. Falta de enfermeiros e condições degradantes de trabalho. Estado deplorável de muitos espaços de assistência, hospitais e enfermarias.

Palavras-chave: história; enfermagem; história da enfermagem

Referências bibliográficas: *Câmara dos Pares do Reino e na Câmara dos Senhores Deputados da Nação Portuguesa.*

Diários das Sessões de 1885 (1885). Recuperado de <https://www.parlamento.pt/ArquivoDocumentacao/Paginas/default.aspx>.
Mattoso, J. (1997). *A escrita da história: Teoria e métodos*. Lisboa, Portugal: Editorial Estampa.

Torgal, L. R. (2015). *Historia... que história? Notas críticas de um historiador*. Lisboa, Portugal: Temas e Debates, Círculo de Leitores.

Entidade(s) Financiadora(s): sem financiamento

* Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Enfermagem Fundamental, Professor - PhD, Pós-doutorado ICBAS-UP [pauloqueiros@esenfc.pt]

** Escola Superior de Enfermagem

*** Escola Superior de Enfermagem

**COMUNICAÇÕES ORAIS
(TEXTO COMPLETO)**

**ORAL PRESENTATIONS
(COMPLETE TEXT)**

**COMUNICACIONES ORALES
(TEXTO COMPLETO)**



Referência
REVISTA DE ENFERMAGEM | JOURNAL OF NURSING

ENSINO DE ENFERMAGEM

NURSING EDUCATION

ENSEÑANZA DE ENFERMERÍA

Um resgate histórico da primeira instituição formadora de enfermeiros no Estado do Amazonas, Brasil

Iago Orleans Pinheiro Monteiro*
Gilsirene Scantelbury de Almeida**
Nair Chase da Silva***

Introdução

O Estado do Amazonas é uma das 27 unidades federativas do Brasil, pertencendo à região norte. Sendo configurado atualmente como o maior estado em território do País. Conforme dados do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), divulgados em 2015, o Amazonas conta com mais de 41.000 profissionais de enfermagem, sendo esse número dividido entre enfermeiros (20,2%) e técnicos e auxiliares de enfermagem (79,8%), desse total, a maioria se concentra na capital do estado, a cidade de Manaus (COFEN, 2015).

Diante do quadro exposto é facto que o contingente de enfermeiros no estado demanda uma formação de qualidade, tendo em vista o aumento no quadro de instituições formadoras. Fernandes (2012) afirma que é expressamente visível o aumento de cursos/instituições formadoras de enfermeiros no Brasil, entretanto, é necessário que esse aumento seja acompanhado pela qualidade do ensino e formação de enfermeiros capacitados para a prática nos diversos âmbitos demandados.

Nesse contexto, a Escola de Enfermagem de Manaus (EEM) se caracteriza como a primeira instituição a fornecer enfermeiros para o estado com formação superior reconhecida desde 1951, permanecendo como a única até 1999, e a segunda da região norte do País (Silva & Baptista, 2007). Para, além disso, compreende-se que a história da enfermagem no Amazonas tem início com instauração desta instituição que culmina com momentos históricos relevantes do País.

É de especial importância conhecer a história da enfermagem do Amazonas, porém poucos registros relatam o que foi a profissão e as ações de enfermagem nos anos de 1951. Relatos históricos fundamentam, esclarecem e fortalecem a construção da enfermagem de hoje. A história da profissão vai além de um mero vulto, trazendo para o profissional o desejo de se tornar um personagem ativo e promover o orgulho e valorização da profissão (Oguiso, 2005).

Considerando tais fatores, essa investigação de caráter histórico, promoveu o contato com dados secundários, onde se buscou destacar os pontos mais relevantes da história da instituição no Amazonas e a influência da mesma para o contexto nacional. A partir da formação de enfermeiros na região, a EEM mostra a sua relevância para a sociedade e para o contexto de saúde no estado ao priorizar as peculiaridades do ser Amazônia, focando na atenção a saúde indígena, o que auxilia e viabiliza criação de políticas públicas regionalizado o Sistema Único de Saúde.

Objetivos

Descrever os principais pontos históricos da EEM, evidenciando a sua relevância no contexto da enfermagem Brasileira como primeira instituição formadora de enfermeiros no estado do Amazonas.

Metodologia

Trata-se de uma investigação histórica. Assim como em outros métodos de pesquisa, o estudo historiográfico deve seguir meios que conduzam a informações fideis e suficientes para que possam gerar bons resultados. Segundo Vieira e Ferreira (2008), essas etapas compreendem a revisão da literatura e procura de fontes, interpretação da informação e escrita da narrativa.

Assim, esta investigação foi norteada pelas seguintes etapas: elaboração do plano de trabalho, identificação e localização das fontes para obtenção do material, tratamento das informações e descrição dos factos. Foi fundamentada em dados secundários do período compreendido entre 1949 a 2017, a saber: acervo da EEM, Biblioteca Setorial da EEM, artigos científicos publicados em periódicos brasileiros e um livro.

* Acadêmico de Enfermagem. Universidade Federal do Amazonas/Escola de Enfermagem de Manaus (UFAM/EEM). Mobilidade internacional Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENFC). [orleansiago@hotmail.com]

** Doutora. Professora Adjunta. Coordenadora do curso de enfermagem. Universidade Federal do Amazonas/Escola de Enfermagem de Manaus (UFAM/EEM)

*** Doutora. Professor Associado I. Diretora da Escola de Enfermagem de Manaus

Para melhor descrição dos factos encontrou-se a necessidade da criação de categorias, onde o delineamento histórico foi sendo discorrido de acordo com as temáticas, sendo elas: Linha do Tempo; a Escola de Enfermagem de Manaus, Nascedouro da Representação Política da Enfermagem; Diretoras da Escola de Enfermagem de Manaus; Marcos da Formação.

Resultados

Linha do Tempo

A EEM foi criada a 02 de dezembro de 1949 em resposta à necessidade da Fundação Serviço Especial de Saúde Pública – FSESP, em suprir as suas unidades de saúde com os profissionais de enfermagem. Essa iniciativa resultou na vinda de um grupo de enfermeiras da FSESP, órgão vinculado ao Ministério da Saúde, para analisar o local de instalação do curso, fazer a divulgação junto da sociedade e selecionar os interessados na realização do curso. Dados advindos dos documentos oficiais informam a precariedade de funcionamento dos serviços de saúde bem como as condições de higiene dos pacientes. A possibilidade de implantação de um curso de enfermagem certamente por esses motivos recebeu amplo apoio das autoridades de saúde e empresários locais.

As atividades didáticas foram iniciadas em abril de 1950 com a criação do curso de auxiliar de enfermagem cuja procura foi de 37 candidatos sendo selecionados 14. No ano seguinte, se daria a seleção para enfermeiros, dos 15 candidatos apenas 8 iniciaram o curso, dos quais sete do sexo feminino e 1 do sexo masculino. A procura do sexo feminino pela profissão, no Amazonas, reproduz uma tendência nacional e mundial. Em 1955 foi realizada a formatura da primeira turma com 4 concluintes, todas do sexo feminino. O início do curso deu-se com a presença de ilustres autoridades, a saber, governador do Estado, bispo de Manaus e diretores de instituições de saúde. A aula inaugural proferida pela enfermeira Rosaly Taborde, primeira diretora da EEM tendo como título A Enfermagem Moderna e seu Desenvolvimento no Brasil, retrata já nos anos 1950 a presença da enfermagem no cenário nacional e a preocupação em articular a profissão ao processo de desenvolvimento do país.

Nos anos seguintes a EEM expande a sua missão na formação de enfermeiros e auxiliares de enfermagem, passando a formar auxiliares de enfermagem e enfermeiros que viriam a atender a demanda do mercado de trabalho para a fundação no estado do Amazonas e da região norte do país.

Na década de 1960 passa a oferecer cursos de especialização em diferentes áreas do conhecimento em enfermagem e nos anos 2000 inaugura o *stricto sensu* na modalidade de mestrado acadêmico.

Com a transferência para a Universidade Federal do Amazonas, em 1997, os enfermeiros à época credenciados para o ensino passam por meio de concurso público a compor o quadro docente da Universidade Federal do Amazonas e a buscar titulação de mestrado e doutorado.

Atualmente a Escola de Enfermagem conta com 34 docentes, dos quais 24 doutores e 10 mestres; 230 estudantes de graduação, 8 estudantes de residência em enfermagem obstétrica, e 16 mestrandos. O seu curso de mestrado tem preparado enfermeiros para a docência para as 10 Instituições de Ensino Superior do Estado.



Figura 1. Escola de Enfermagem de Manaus em 1949. Reproduzido de Histórico by Escola de Enfermagem de Manaus, n.d., Recuperado de <http://www.em.ufam.edu.br/instituicao/historico>

A Escola de Enfermagem de Manaus, Nascidouro da Representação Política da Enfermagem

A Associação Brasileira de Enfermagem é uma entidade que agrega os profissionais e estudantes de Enfermagem no país. Na sua estrutura organizativa tem-se a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) e em cada um dos estados da federação tem-se as Seções Estaduais.

A ABEn Seção Amazonas foi criada a 27/11/1950, com sede na EEM onde permaneceu até o ano de 1981. Dessa forma, verifica-se a ampla participação da EEM, na história da criação da ABEn seção Amazonas, facto constatado através de documentos oficiais, que registram o exercício das diretorias da ABEn por professores da EEM, quadro este que se estende até ao dia de hoje.

Portanto, a participação da ABEn seção Amazonas na formação dos enfermeiros é um marco na região norte, estimulando continuamente o crescimento científico e político da categoria em favor da formação de auxiliares de enfermagem e enfermeiros, e no fortalecimento da enfermagem na sua função social.

Diretores da Escola de Enfermagem de Manaus

Ao longo dos seus 68 anos a EEM teve 15 diretores dos quais 14 mulheres e 1 homem. Em cada uma das gestões é patente a contribuição que cada um traz para a formação em enfermagem e para o fortalecimento da profissão. Todos estes dirigentes tiveram o reconhecimento da sociedade pelo trabalho desenvolvido ora fortalecendo os avanços obtidos, ora se defrontando com os desafios postos (Tabela 1; EEM, 2010).

Tabela 1

Diretores da Escola de Enfermagem de Manaus

Nome do Gestor	Gestão
Rosalyn R. Taborda	1949-1954
Izabel Macintyre	1955-1958
Iranildes A. Ferreira	1958-1980
Isaura L. de Godoy	1980
Terezinha Barroso	1980-1985
Josephina de Melo	1985-1989
Rita de Alencar	1989-1993
Lindalva Riker	1993
Maria de Fátima Farias	1994-1997
Iracema Nogueira	1997-1999
Valdelize Pinheiro	1999-2003
David Lopes Neto	2003-2011
Nair Chase	2011-2017

Marcos da Formação

A EEM no seu Planeamento Estratégico 2012-2020 definiu como missão “Formar enfermeiros com elevada competência política e técnico-científica, produzir e disseminar conhecimentos por meio do ensino, pesquisa, extensão e inovação tecnológica, contribuindo para a qualidade de vida da população” (EEM, 2011, p. 1). Nesse intento tem ampliado as suas ações no sentido de aperfeiçoar os seus processos de ensino-aprendizagem, os seus grupos de pesquisa e pesquisa em rede, e as suas ações junto da população com as atividades de extensão.

Como visão de futuro, a EEM procura “ser unidade acadêmica de referência no Brasil no ensino de graduação e pós-graduação em Enfermagem, com a preservação das conquistas acadêmica e institucionais, atendendo plenamente às necessidades de saúde da população conforme a política do Sistema Único de Saúde – SUS.” (EEM, 2011, pg. 1). Nessa perspectiva a EEM migrou o seu foco do *lato* para o *stricto sensu* e assumiu nos seus projetos pedagógicos de cursos ter o sistema de saúde brasileiro, o Sistema Único de Saúde (SUS), como norteador da formação e qualificação dos profissionais.

O ensino presencial e o ensino à distância tem feito parte do itinerário de formação assim como o intercâmbio para outros países. Isto tem promovido a autonomia e ampliado o capital cultural e político, bem como tem alargado a visão do estudante sobre a saúde e a profissão no mundo.

Conclusão

A EEM foi criada com o objetivo de atender as necessidades de saúde da população pela via da assistência à saúde. Atuou por quatro décadas como única instituição formadora em enfermagem no Estado do Amazonas. Nesse processo formou os quadros de enfermeiros e auxiliares de enfermagem para o Estado e, à medida que outros cursos de enfermagem iam sendo criados contribuiu com a sua experiência e a sua história para a implantação destes.

Vencida essa etapa, a EEM tem ampliado os seus horizontes na perspectiva de melhor contribuir para o fortalecimento da investigação na região e na continuidade de estudos para os profissionais inseridos no mercado de trabalho. O mesmo compromisso que moveu a criação da EEM continua vivo nas mentes e ações dos que atuam na EEM.

Referências Bibliográficas

- Conselho Federal de Enfermagem. (2015). *Cofen lança perfil do enfermagem no Amazonas*. Recuperado de http://www.cofen.gov.br/cofen-lanca-perfil-da-enfermagem-no-amazonas_33008.html
- Escola de Enfermagem de Manaus. (2010). *Histórico*. Recuperado de <http://www.eem.ufam.edu.br/instituicao/historico>
- Escola de Enfermagem de Manaus. (2011). *Planejamento estratégico da escola de enfermagem de Manaus 2012-2016*. Manaus, Brasil: Autor.
- Fernandes, J. D. (2012). Expansão de cursos/vagas de graduação em enfermagem e a qualidade do processo de formação da(o) enfermeira(o). *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(3), 395-396. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n3/v65n3a01.pdf>
- Oguisso, T. (Org.). (2005). *Trajetória histórica e legal da enfermagem*. Barueri, Brasil: Manole.
- Silva, B. R., & Baptista, S. S. (2007). O movimento de expansão dos cursos superiores de enfermagem na região norte do Brasil. *Revista de Enfermagem UERJ*, 15(4), 515-520. Recuperado de <http://www.facenf.uerj.br/v15n4/v15n4a06.pdf>
- Vieira, M., Ferreira, J. S. (2008). Investigação histórica: Um instrumento para o desenvolvimento profissional. *Servir*, 56(5/6), 167-172.

PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

CARE DELIVERY

PRESTACIÓN DE CUIDADOS

A Enfermagem na Misericórdia do Porto no final do século XIX: reconhecimento do mérito, promoções e gratificações

Viriato Moreira*

Luís Lisboa Santos**

Introdução

O início do século XIX do Portugal oitocentista foi marcado pelas invasões francesas, a implantação do liberalismo, sucessivos surtos de cólera de 1833 a 1834 e 1853 a 1856, febre-amarela em 1857 e pela peste bubónica em 1899.

A cidade do Porto, que serve de contexto para o presente estudo, caracterizou-se na segunda metade deste século pela industrialização, modernização e crescimento populacional, contrapondo com grandes assimetrias socioeconómicas. A habitação popular era um problema preocupante resultante do rápido crescimento urbano.

As “ilhas”, aglomerados habitacionais a baixo custo e salubridade mínima, eram a habitação possível para os mais pobres na segunda metade do séc. XIX. Esta cidade dos pobres era constituída por um estreito corredor a céu aberto separando múltiplos cubículos, com pouca luz e arejamento. O sanitário era comum em média a 15/20 famílias. A este propósito, Ricardo Jorge, médico proeminente na época, referiu-se à cidade do Porto como a “cidade cemiterial”, considerando as ilhas como foco de proliferação de doenças epidémicas. (Almeida, 2014, p. 693)

A enfermagem, neste período, foi assinalada pelo discurso higienista, respondendo às epidemias de cólera e peste bubónica. A baixa literacia e impreparação científica suportaram os frágeis desempenhos da profissão.

Este estudo inseriu-se no âmbito do projeto A contribuição das Misericórdias para a construção da História de Enfermagem em Portugal, na linha de investigação de História de Enfermagem (LIHE) da Unidade de Investigação & Desenvolvimento em Enfermagem, UI&DE, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

A finalidade do estudo foi analisar o modo como se constituiu e consolidou o processo de reconhecimento do mérito profissional e subsequentes promoções dos enfermeiros e enfermeiras dos hospitais que integram a Misericórdia do Porto e contribuir para o esclarecimento do estatuto socioprofissional dos enfermeiros e enfermeiras no último quartel da centúria de oitocentos.

Metodologia

Ao pretender a excelência e o mérito dos desempenhos de todos os enfermeiros, que ao longo de cinco anos apresentassem uma “folha de serviço limpa”, a Misericórdia do Porto tornou-se pioneira no processo de avaliação de desempenho dos seus enfermeiros. Avaliar o desempenho é um poderoso instrumento de retroinformação das pessoas, ao avançar no sentido da autoavaliação e autocontrolo. No âmbito da enfermagem portuguesa, os primeiros passos no sentido da avaliação do desempenho, ainda que de forma incipiente, só se viriam a verificar na década de 60 do séc. XX (Moreira, 2000).

Utilizámos uma metodologia histórica, com análise e interpretação das fontes documentais, sobre o modo como se constituiu e consolidou o processo de reconhecimento do mérito profissional e subsequentes promoções dos enfermeiros e enfermeiras dos hospitais que integram a Misericórdia do Porto.

Como fontes primárias, analisámos os regulamentos dos hospitais que integravam a Misericórdia e o manuscrito *de Livro Registo do Pessoal d'Enfermagem da Misericórdia Agraciado com Medalhas e Gratificações nos Termos do Regulamento Aprovado por Despacho Ministerial de 21 de Outubro de 1901*, disponíveis no arquivo do Hospital Geral de Santo António e Santa Casa da Misericórdia do Porto e submetemo-los a um processo de análise histórica, recorrendo a análise documental e à sua contextualização, bem como a triangulação das fontes e dos conteúdos e posterior reflexão.

* Mestre em Enfermagem, Professor na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa no âmbito do protocolo de cooperação, Investigador na Linha de Investigação de História de Enfermagem da Unidade de Investigação & Desenvolvimento em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Email: viriato.moreira@esel.pt

** Doutorado em Enfermagem na vertente de História e Filosofia da Enfermagem, Professor Adjunto na Escola Superior de Enfermagem S. Francisco das Misericórdias, Investigador na Linha de Investigação de História de Enfermagem da Unidade de Investigação & Desenvolvimento em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Email: lisboa.santos@gmail.com

PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

Como fontes secundárias recorremos a diferentes artigos, teses e à coleção *Portugaliae Monumenta Misericordiarum*, particularmente no seu Vol. 1 - *Fazer a História das Misericórdias*, como complemento das temáticas em estudo.

Resultados

Antes de avançarmos neste ponto faremos algumas considerações sobre a Misericórdia do Porto, no intuito de compreender a sua magnitude e contexto, suportando-nos no seu compromisso, regulamentos e disposição do grupo profissional de enfermagem.

Nos finais do século XIX, a Misericórdia do Porto era uma instituição com particularidades absolutamente excepcionais. Integrava o conjunto de misericórdias portuguesas com maior poder económico e, por isso, assegurava às populações um vasto conjunto de serviços.

A Misericórdia do Porto administrava um conjunto vasto de instituições: cinco hospitais - de Santo António, dos Alienados do Conde Ferreira, dos Lázaros e das Lázaras, dos Entrevados e das Entrevadas e o de Guelas de Pau, destinado especificamente a cholericos durante a invasão de *cholera morbus* (Regulamento do Hospital de Guelas de Pau, 1885); três recolhimentos - dos Orfãos de Nossa Senhora da Esperança, de Velhas Inválidas de Stª Clara, e o de Viúvas Pobres de Nossa Senhora das Dores; o Estabelecimento Humanitário do Barão de Nova Sintra, destinado a internato para adolescentes; o Instituto dos Surdos-Mudos Araújo Porto e, já no final desse século (1899), um asilo para cegos (Paiva, 2012).

Os regulamentos dos hospitais da Misericórdia incorporavam um conjunto de regras normativas e preceitos de atuação, que organizavam e esclareciam competências, proporcionando, deste modo, uma abordagem interpretativa das funções dos enfermeiros e enfermeiras.

O grupo de enfermagem distribuía-se em enfermeiros e ajudantes. Nas ausências dos primeiros, seriam substituídos pelos ajudantes. Os enfermeiros deviam saber ler, escrever e contar de forma expedita, e ter aptidões físicas e morais. De acordo com os regulamentos, do Hospital de Lazaros e do Hospital de Lazaras (1885) e do Hospital de Entrevados e do Hospital de Entrevadas (1885), associava-se às condições anteriores a fiança idónea para garantir a sua responsabilidade.

As funções expressas nos quatro regulamentos apontavam, em síntese, que os enfermeiros/as deveriam cuidar dos enfermos com humanidade e carinho, fazer-lhes os curativos e administrar a terapêutica baseados nas prescrições médicas, acompanhar o médico na visita aos enfermos e levar, no tempo próprio, a comida aos que dela precisem. Deviam também proceder à higienização dos doentes, dos utensílios de tratamento e da estrutura física. Os regulamentos descreviam o modo como realizar os cuidados na admissão dos enfermos nas enfermarias e, ainda, os cuidados *post mortem*.

Os mesmos documentos contemplavam funções na perspetiva de administração, como a gestão dos recursos humanos, dos materiais e da gestão económica e financeira.

A organização das enfermarias fazia-se por género. Nesta perspetiva, numa enfermaria masculina trabalhava um enfermeiro e/ou ajudante homem, e nas enfermarias femininas trabalhavam enfermeiras e ajudantes do mesmo género.

A formação dos enfermeiros continuava a ser realizada conforme a orientação prática dos enfermeiros que já exerciam a profissão. O enfermeiro ensinava os seus saberes ao ajudante e este partilhava com o criado. Aprendia-se, seguindo um modelo de repetição.

De acordo com a Tabela 1, Dotação de enfermeiros, enfermeiras e ajudantes que integram os hospitais da Irmandade Nossa Senhora da Misericórdia do Porto, observa-se a dotação de recursos humanos de enfermagem para os hospitais que tutelava, nomeadamente: os hospitais de Santo António; dos Lázaros e de Lázaras; de Entrevados e Entrevadas; e dos Alienados do Conde Ferreira. A dotação é reduzida em número de enfermeiros e ajudantes. O rácio de enfermeiro/ajudante era, aproximadamente, de um para dois no Hospital de Santo António, superior no Hospital do Conde Ferreira e, nos restantes, de um para um.

PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

Tabela 1

Dotação de enfermeiros, enfermeiras e ajudantes que integram os hospitais da Irmandade Nossa Senhora da Misericórdia do Porto

Quadros Geraes dos Funcionarios da Irmandade de Nossa Senhora da Misericórdia do Porto

Instituição	Enfermeiros	Enfermeiro da cadeia	Enfermeiras	Parteiras	Sub-Enfermeira	Ajudantes de Enfermeiro	Ajudantes de Enfermeira	Totais por Instituição
H. Geral de Santo António	6	1	7	1	-	18	20	15/38
H. de Lázaras e H. de Lázaras	1	-	1	-	-	1*	1*	2/2
H. de Entrevados e das Entrevadas	1	-	1	-	1	1*	3*	3/4
H. dos Alienados do Conde Ferreira	7	-	7	-	-	3	3	14/6

* Criado/a-Ajudante

Fonte: Adaptado de Quadros Geraes dos Funcionarios da Irmandade de Nossa Senhora da Misericórdia do Porto (1896).

O manuscrito *Livro Registro do Pessoal d'Enfermagem da Misericórdia Agraciado com Medalhas e Gratificações nos Termos do Regulamento Aprovado por Despacho Ministerial de 21 de Outubro de 1901*, que analisámos, continha a identificação de cada funcionário e a sua situação socioprofissional ao longo de um período temporal, todos eles candidatos a distinção por mérito e consequentes prémios.

Dos 137 registos analisados, seleccionámos 59 correspondentes aos funcionários que efetivamente possuíam a categoria de enfermeiro na coluna “cargo que ocupa atualmente”, comparando-a com a coluna “cargo em que foi provido quando se verificou a sua admissão”.

Assim, e de acordo com a análise da Tabela 2, podemos concluir que a progressão maioritária dos enfermeiros dos hospitais da Misericórdia do Porto fazia-se no sentido “criado-ajudante-enfermeiro”. Apenas 15,3% dos funcionários admitidos era, no momento da admissão, enfermeiro ou enfermeira, conforme consta na coluna “cargo em que foi provido quando se verificou a sua admissão”, enquanto cerca de 78% dos funcionários foi admitido para o cargo de ajudante de enfermeiro/a ou de criado/a. É de salientar que identificámos no Hospital de Entrevados e Hospital de Entrevadas a existência do cargo de subenfermeira, uma categoria intermédia entre enfermeira e ajudante. Com os dados disponíveis nos regulamentos não nos foi possível identificar as suas funções.

Estes hospitais destinavam-se, de acordo com o regulamento, a “dous dos estabelecimentos pertencentes á Irmandade de Nossa Senhora da Misericórdia do Porto e que tinha por fim albergar, tratar e subsidiar a alimentação a pobres, que permanentemente estejam impossibilitados, ou muito tolhidos, para os movimentos de locomoção” (Regulamento do Hospital de Entrevados e do Hospital de Entrevadas, 1885, p. 3).

Tabela 2

Categoria no momento da admissão do pessoal da Misericórdia do Porto

Categoria no momento da admissão																							
“Cargo em que foi provido quando se verificou a sua admissão”																							
Enfermeiros										Ajudante				Criado				Outros		Totais			
Enfermeiro		Enfermeira		Parteira Interna		Chefe de Enfermaria		Subenfermeira		de Enfermeiro		de Enfermeira		de Enfermeiro		de Enfermeira		Guarda-fatos					
						Homens	Mulheres																
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%				
2	3,4	5	8,5	1	1,7	-	-	1	1,7	2	3,4	7	11,9	13	22	11	18,6	15	25,4	2	3,4	59	100

Fonte: compilado a partir do *Livro Registro do Pessoal d'Enfermagem da Misericórdia Agraciado com Medalhas e Gratificações nos Termos do Regulamento Aprovado por Despacho Ministerial de 21 de Outubro de 1901*.

PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

Nos regulamentos consultados dos diferentes hospitais da Misericórdia do Porto, era evidente a exigência dos requisitos necessários para a admissão na profissão. O exigido para o ingresso na profissão de enfermagem era uma boa conduta religiosa, moral e civil, boa saúde, robustez física e saber ler, escrever e contar. A este propósito, transcrevemos o Regulamento do Hospital Geral de Santo António (RHGSA), no seu artigo 204º, que considerava:

Os requisitos para a admissão na profissão conforme descritos por Silva (2010) são, a boa conduta moral, religiosa e civil, a boa saúde e robustez física, uma idade compreendida entre 25 e 40 anos e, como referido anteriormente, saber ler, escrever e contar. Quanto ao estado civil, a mesma autora, refere, que no caso do hospital de Santo António, não era permitido que o pessoal de enfermagem feminino fosse casado (Silva, 2010).

Da leitura da Tabela 3, constata-se que cerca de 56% dos enfermeiros/as eram casados e 10,2% eram viúvos/as. Pelas fontes consultadas não é possível concluir se os enfermeiros/as tinham ou não filhos. No entanto, e de acordo com Rodrigues (1993), na cidade do Porto nos finais do séc. XIX, os jovens até aos 20 anos representavam 40 a 42% da população. Assim, e de acordo com a autora, existia alguma probabilidade de estes enfermeiros/as terem filhos. O cruzamento das fontes evidencia a fragilidade dos normativos face à realidade. Embora, como referido anteriormente, os regulamentos incorporassem um conjunto de regras normativas e preceitos de atuação, no cruzamento dessas fontes, a realidade pode ser diferente.

Tabela 3

Distribuição do pessoal dos Hospitais da Misericórdia do Porto segundo o género e o estado civil

Género/ Estado civil	Solteiros		Casados		Viúvos		Totais	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Enfermeiros	3	5,08	18	30,5	2	3,4	23	39,0
Enfermeiras	17	28,8	15	25,42	4	6,8	36	61,0
Subtotais	20	33,88	33	55,92	6	10,2	59	100,0

Fonte: compilado a partir do Livro *Registro do Pessoal d'Enfermagem da Misericórdia Agraciado com Medalhas e Gratificações nos Termos do Regulamento Aprovado por Despacho Ministerial de 21 de Outubro de 1901*.

O progresso da ciência médica em Portugal no final da centúria de oitocentos encontrava-se no nível do das maiores potências científicas da sua época. Câmara Pestana e Ricardo Jorge, dois proeminentes médicos da época, dialogaram em pé de igualdade com os seus pares estrangeiros, que se deslocaram a Portugal para estudar as epidemias, e nas conferências sanitárias internacionais. A enfermagem portuguesa não podia acompanhar o desenvolvimento tecnocientífico sem formação adequada, o que só viria a acontecer em 15 de Junho de 1896 no Hospital Geral de Santo António.

A exigência de apenas saber ler e contar de forma expedita e a inexistência de formação estruturada eram, assim, insuficientes para acompanhar o progresso do conhecimento médico no final da centúria de oitocentos.

Para Soares (1997, p. 23), “o ensino de enfermagem começou nos últimos anos do século XIX e foi da iniciativa de administrações de hospitais - Hospitais da Universidade de Coimbra, Hospital Real de S. José, Hospital Geral de Santo António da SCM do Porto”. No entanto, “a primeira escola de enfermagem, em Portugal, foi criada em 1881. Foi uma iniciativa voluntarista do administrador dos Hospitais da Universidade de Coimbra, Costa Simões, a expensas suas e sem reconhecimento oficial” (Soares, 1997, p. 31).

A taxa de analfabetismo em Portugal era a mais elevada da Europa Ocidental. Segundo o recenseamento da população de 1878, 79,4% dos homens e mulheres maiores de 6 anos não sabiam ler (Santos, 2012). A escolaridade obrigatória foi introduzida pela primeira vez pelo Decreto de 20 de setembro de 1844, assinado por Costa Cabral. A obrigatoriedade de frequência da instrução primária passa então a abranger todas as crianças entre os 7 e os 15 anos, residentes num quarto de légua de distância de uma escola, sendo os pais sancionados pelo administrador do concelho com uma pena que poderia ir a uma multa de 500 a 1\$000 réis (Justino, 2014).

A qualidade dos desempenhos do pessoal de enfermagem para responder às necessidades dos cuidados a prestar aos pacientes colocava sérias reservas à hierarquia dos hospitais da Misericórdia do Porto.

O livro manuscrito - Livro Registro do Pessoal d'Enfermagem da Misericórdia Agraciado com Medalhas e Gratificações nos Termos do Regulamento Aprovado por Despacho Ministerial de 21 de Outubro de 1901, doravante LRPEMAMG, no qual se suporta a nossa análise relativa à questão relativa às punições, é composto de 17 páginas com 19 colunas cada, algumas delas subdivididas em duas ou três colunas. Nestes espaços estão descritos os registos pessoais do funcionário em apreciação. As colunas têm os seguintes títulos: Designação do estabelecimento a cujo quadro de pessoal pertence o empregado; nome; estado; data de

nascimento (ano, mês dia); naturalidade (freguesia e concelho); filiação; cargo que ocupa atualmente; vencimento anual; data de admissão no serviço (ano, mês dia); cargo em que foi promovido quando verificou a sua admissão; promoções subsequentes (cargo, data (ano, mês dia)); data e numero do requerimento no livro da porta; informações e seus termos; data do despacho da mesa pela qual se conferiu a medalha e gratificação (ano, mês dia); qualidade do metal da medalha conferida; percentagem da gratificação; cerimónia de entrega (local, data (ano, mês dia)). O número de linhas varia com a quantidade de informação vertida. Assim, e de acordo com o referido livro, para colmatar os comportamentos considerados incorretos desenvolveu-se um sistema de punições com o intuito de disciplinar e corrigir os procedimentos inadequados, que incluíam sete tipos de sanções: advertência; repreensão; multa; suspensão; transferência; despromoção; e despedimento. A reincidência dos comportamentos era frequente, sendo a multa a pena mais recorrente para sancionar a negligência ou incompetência profissional neste sistema de punições (LRPEMAMG, 1901). A etapa seguinte foi reconhecer o mérito dos seus funcionários para poder promover e gratificar. Desenvolveu-se um sistema de promoções que, mais tarde, por despacho ministerial de 21 de Outubro de 1901 aprovou o regulamento de atribuições de medalhas e gratificações. A medalha de ouro representava 15% de acréscimo salarial, a de prata 10% e cobre 5% (LRPEMAMG, 1901).

Para que o sistema produzisse promoções e gratificações, o interessado/a deveria dirigir à direção clínica do hospital a que pertencia uma petição, expondo os motivos para a promoção e ou gratificação, desde que tivesse uma “folha de serviço” isenta de penalizações ao longo dos últimos cinco anos. Depois de validada, a petição seguia para a Mesa da Misericórdia, que aprovava ou rejeitava (LRPEMAMG, 1901).

Perante um comportamento desadequado, o enfermeiro comunicava ao inspetor fiscal, a quem competia posteriormente analisar e elaborar um relatório e enviar à Mesa da Misericórdia, que deliberava sobre a punição ou arquivamento.

Os desempenhos dos enfermeiros seriam observados pelo clínico diretor, procedendo de forma semelhante no caso de comportamentos desadequados (LRPEMAMG, 1901).

As fragilidades dos dados recolhidos nas fontes consultadas não permitem recuperar os critérios de atribuição das promoções, gratificações e posteriores medalhas. A informação constante na coluna “informações e seus termos” difere no tempo. Numa primeira fase, explicitava qual a entidade pronunciadora no processo. Numa segunda fase, e de acordo com o descrito no Livro Registro do Pessoal d’Enfermagem da Misericórdia Agraciado com Medalhas e Gratificações (1901), descrevia a causa das punições como: “encontrada a brincar com colegas” (p. 7); “encontrar um doente a passar roupa para uma ajudante e não deu parte ao físico” (p. 6); “travar de razões com ajudante, questionando em alta voz com grave escândalo de disciplina” (p. 8); “aceitar trabalhos das doentes e aconselhar a pedir alta” (p. 8); “não cumprir ordens do Sr. Inspector” (p. 8); “travar de razões com a creada”; “abandonar a sua enfermaria, entretendo-se a subir e descer no elevador” (p. 10); “não empregou medidas enérgicas para impedir que o pai de um doente o visitasse, estando proibida pelo clinico de receber visitas” (p. 9) (LRPEMAMG, 1901).

Numa terceira fase, encontramos apenas a síntese do despacho da direção: “Pode ser deferida a petição” ou “Esta Direção é de parecer que pode ser deferido” (LRPEMAMG, 1901).

Em muitas das situações, a direção clínica propunha a atribuição de um louvor por “Bons e inteligentes serviços em tempo de peste” (LRPEMAMG, 1901) e no caso de uma folha de serviço com múltiplas penalizações, o louvor perdoava todas as penalizações, alcançando-se, assim, o objectivo pretendido.

Como a análise de dados demonstra, a Misericórdia do Porto foi precursora na implementação de um sistema de avaliação do desempenho, embora de forma insipiente, através do reconhecimento do mérito do desempenho profissional e subsequentes promoções.

Conclusões

Nos finais do século XIX, a Misericórdia do Porto era uma instituição com particularidades absolutamente excepcionais. Integrava o conjunto de misericórdias portuguesas com maior poder económico. Administrava cinco hospitais, recolhimentos, internatos e asilos, o que permitia assegurar às populações um amplo conjunto de serviços.

Para o ingresso na profissão de enfermagem era exigida uma boa conduta religiosa, moral e civil, boa saúde, robustez física e saber ler, escrever e contar, não existindo qualquer referência sobre conhecimentos técnicos e científicos.

O modelo de aprendizagem fazia-se por repetição, de uns para os outros. O enfermeiro ensina o ajudante e este o criado, fazendo-se em sentido inverso a progressão na profissão. O elevado analfabetismo, associado ao baixo nível de conhecimentos, explicam uma mão-de-obra acessível e de salários baixos.

O progresso da ciência médica em Portugal no final da centúria de oitocentos encontrava-se no nível do das maiores potências científicas da sua época, exigindo aos enfermeiros outro tipo de investimento na prestação dos cuidados aos

enfermos. A enfermagem portuguesa não podia acompanhar o desenvolvimento tecnocientífico sem formação adequada, o que só viria a acontecer em 15 de Junho de 1896, no Hospital Geral de Santo António.

A organização das enfermarias fazia-se por género, tanto para os doentes como para o pessoal que nelas trabalhavam.

Numa tentativa de disciplinar e corrigir os comportamentos considerados incorretos, a administração do hospital recorreu a um “sistema de punições”, que produziu alguns resultados, mas não os melhorou efetivamente.

Para colmatar a situação anterior, foi implementado um sistema de reconhecimento do mérito, promoções e gratificações que, mais tarde, viria a atribuir medalhas e consequentemente acréscimo salarial.

A Misericórdia do Porto geria um conjunto de instituições hospitalares significativas, que integravam um número significativo de funcionários, nomeadamente enfermeiros e enfermeiras, parteiras e ajudantes de enfermeiro e de enfermeira, de entre um conjunto muito mais vasto de outros funcionários. Da análise efetuada aos diferentes regulamentos e documentos da Misericórdia do Porto, podemos concluir, que esta instituição foi perscrutadora na implementação, embora de forma muito incipiente, de um modelo de avaliação do desempenho, através do reconhecimento do mérito do desempenho profissional e subsequentes promoções dos seus funcionários.

A debilidade das fontes disponíveis não nos permite identificar quais os indicadores utilizados no reconhecimento do mérito, promoções e gratificações. A antiguidade na instituição e o bom relacionamento com a hierarquia poderiam ter sido premissas para essa atribuição.

A análise efetuada aos documentos do arquivo destes hospitais revelou que ser punido não era impedimento para ser promovido ou mesmo medalhado. Punições, repreensões, multas e advertências podiam coabitar na folha de registo individual com promoções e louvores conduzindo ao perdão de todas as penas.

Referências bibliográficas

Fontes Manuscritas:

Livro Registo do Pessoal d'Enfermagem da Misericórdia Agraciado com Medalhas e Gratificações nos Termos do Regulamento Aprovado por Despacho Ministerial de 21 de Outubro de 1901. Localizado em: Arquivo da Santa Casa da Misericórdia do Porto.

Fontes Impressas:

Almeida, M. A. (2014). As epidemias nas notícias em Portugal: Cólera, peste, tifo, gripe e varíola: 1854-1918. *História, Ciências, Saúde—Manguinhos*, 21(2), 687-708. doi: 10.1590/S0104-59702014000200012

Justino, D. (2014). Escolaridade obrigatória: Entre a construção retórica e a concretização política. In M. L. Rodrigues, J. Sebastião, J. T. Mata, L. Capucha, L. Araújo, M. V. Silva & V. Lemos (Coords.), *40 anos de políticas de educação em Portugal: A construção do sistema democrático de ensino* (Vol. 3, pp. 109-129). Coimbra, Portugal: Almedina.

Moreira, V. (2000). *Os enfermeiros e a avaliação do desempenho* (Dissertação de mestrado). Universidade Católica Portuguesa, Faculdade de Ciências Humanas, Lisboa.

Paiva, J. P. (2002). Portugaliae monumenta misericordiarum. In *Centro de estudos de história religiosa universidade Católica Portuguesa, União das Misericórdias Portuguesas* (Vol.1, pp. 238-240).

Quadros Geraes dos Funcionarios da Irmandade de Nossa Senhora da Misericórdia do Porto. (1896). Porto, Portugal: Typographia a Vapor de Arthur José de Sousa & Irmão.

Regulamento do Hospital de Entrevados e do Hospital de Entrevadas. (1885). Porto, Portugal: Typographia de António José da Silva Teixeira.

Regulamento do Hospital Geral de Santo António na Cidade do Porto. (1893). Porto, Portugal: Typographia de António José da Silva Teixeira.

Regulamento do Hospital de Guelas de Pau. (1885). Porto, Portugal: Typographia de António José da Silva Teixeira

Regulamento do Hospital de Lázaras e das Lázaras. (1885) Porto, Portugal: Typographia de António José da Silva Teixeira.

Rodrigues, T. (1993). A dinâmica populacional da cidade do Porto em finais do século XIX. *Revista da Faculdade de Letras do Porto*, 2(10), 301-316. Recuperado de <http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/2243.pdf>

Santos, L. S. (2012). *Uma história de enfermagem em Portugal (1143-1973)* (Tese de doutoramento). Recuperado de <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/12265/1/TD%20-%20Dezembro%202012%20-%20Final.pdf>.

Silva, H. (2010). Punir para disciplinar: O caso do pessoal de enfermagem do Hospital Geral de Santo António (Porto, 1890-1899). *Atas XXX Encontro da APHES, Lisboa, Portugal, 19 Novembro 2010* (pp. 1-25).

Soares, M. I. (1997). *Da blusa de brim à touca branca: Contributo para a história do ensino de enfermagem em Portugal (1890-1950)*. Lisboa, Portugal. Educa / Associação Portuguesa de Enfermeiros.

Perspectiva histórica da assistência de enfermagem em saúde mental no Brasil

Kelly Graziani Giacchero Vedana*
José Carlos dos Santos

Introdução

O paradigma de atenção à saúde mental no Brasil passou por uma profunda modificação, revisão e desconstrução de conhecimentos, aparatos legislativos, administrativos, culturais e relações de poder que se articulavam ao manicômio e lhe davam sustentação (Paim et al., 2011; Reinaldo, 2008). Esse paradigma de assistência foi fortalecido mundialmente a partir de um movimento em diversos países sobre as práticas adotadas no modelo manicomial, anteriormente vigente, que feria os direitos humanos (Reinaldo, 2008).

Essas transformações na assistência ocorreram como um processo dialético que não avançou de forma automática e esteve associado a elementos presentes em diferentes esferas (social, política, econômica e cultural) nacionais e internacionais (Gonçalves & Sena, 2001).

O contexto histórico da assistência e do ensino em enfermagem oferecem subsídios para a compreensão abrangente da assistência de enfermagem considerando seus determinantes históricos, sociais, econômicos, políticos e ideológicos, sua produção/reprodução (Olschowsky & Silva, 2003).

Enfatiza-se, assim, a importância de estudos que contribuam para a reflexão sobre a história da atuação da enfermagem ao longo desse processo, pois a retrospectiva histórica da enfermagem em saúde mental revela, em linhas gerais, os diferentes processos envolvidos na construção e consolidação de saberes, identidade profissional, imagem social, formação profissional, prática social e diferentes aspectos que sustentam o papel da enfermagem na equipe transdisciplinar (Sadigursky, 2002).

O conhecimento da história da Enfermagem em saúde mental e da Psiquiatria é fundamental para a construção de uma nova prática profissional (Botti, 2006), pois fomentam reflexões teóricas e possibilitam a melhor compreensão do contexto atual da assistência e da formação dos profissionais enfermeiros (Silva et al., 2017).

Objetivo

Este trabalho apresenta uma perspectiva histórica da assistência de enfermagem em saúde mental no Brasil.

Metodologia

Este estudo teve como questão principal: “Quais são as evidências científicas disponíveis em artigos científicos sobre perspectiva histórica da assistência de enfermagem em saúde mental no Brasil?”

Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica no qual foram identificadas produções científicas sobre a temática. O estudo foi dividido em duas etapas.

Na primeira etapa, foi realizada busca sistematizada da literatura em todas as bases de dados disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde: LILACS, BDENF, PAHO, MedCarib, REPIDISCA, HomeoIndex, DESASTRES, WHOLIS, BBO, ADOLEC, CidSaude, IBECs. A busca de dados foi realizada por meio da adoção dos seguintes operadores: “HISTORIA DA ENFERMAGEM” [Descritor de assunto] and [“SAUDE MENTAL”] or “PSIQUIATRIA” [Descritor de assunto] and “BRASIL” [País, ano de publicação]. Foram identificadas oito publicações na base de dados LILACS e oito publicações na base de dados BDENF. No total, foram analisadas 11 publicações, pois algumas estavam duplicadas nas bases de dados.

Nessa etapa, foram adotados os seguintes critérios de inclusão: estudos científicos sobre a perspectiva histórica da assistência de enfermagem em saúde mental no Brasil e que contenham os descritores “história da enfermagem” e “saúde mental” ou “psiquiatria”, independente do ano e idioma de publicação. O único critério de exclusão previsto no estudo foi estudos que não tivessem sido publicados na íntegra. Todavia, nenhum estudo foi excluído devido a esse critério.

Houve uma segunda etapa do estudo na qual a revisão bibliográfica foi complementada por documentos, leis e produções

* [kellygiacchero@yahoo.com.br]

PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

científicas brasileiras sobre a reforma psiquiátrica, a assistência em saúde mental e a atuação da enfermagem no Brasil. Os documentos foram analisados por meio da abordagem qualitativa com enfoque na perspectiva histórica, temas e recomendações relacionadas à assistência de enfermagem.

Resultados

Na tabela que segue estão apresentados sucintamente as publicações identificadas na primeira etapa do presente estudo, que consistiu numa busca sistematizada da literatura científica acerca da perspectiva histórica da assistência de enfermagem em saúde mental no Brasil.

Tabela 1.

Título, objetivo e principais resultados das publicações sobre a história da assistência de enfermagem em saúde mental no Brasil identificadas nas bases de dados

Autores e Ano	Objetivo	Principais contribuições
(Silva et al., 2017)	Analisar os primeiros anos do estágio em enfermagem psiquiátrica da Escola Anna Nery (EAN) no Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil (IPUB).	Foram abordadas as seguintes temáticas: inserção do estágio de Enfermagem Psiquiátrica da EAN no IPUB; desenvolvimento do estágio; crise no ensino de Enfermagem Psiquiátrica na EAN; desdobramentos para superar a crise da assistência de enfermagem na EAN/IPUB. A integração entre EAN e IPUB proporcionou avanços na assistência técnica científica e no ensino de enfermagem psiquiátrica.
(Araujo, Moreira, & Rocha, 2009)	Identificar os principais pontos da trajetória profissional de Teixeira Brandão.	Transição Monarquia – República (1860-1880) Segregação dos “desequilibrados mentais” Primeiro alienista brasileiro Fundador da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto Contribuição para a profissionalização da enfermagem no Brasil.
(Vidal & Amorim, 2008)	Discutir a participação do psiquiatra nos assuntos inerentes à organização estudantil que justificaram a denominação do Diretório Acadêmico Jurandyr Manfredini na Escola de Enfermagem Alfredo Pinto.	Direção do Serviço Nacional de Doenças Mentais Proximidade com o corpo estudantil Ações sociais e defesa de interesses dos discentes.
(Botti, 2006)	Realizar uma análise histórica sobre as práticas e saberes da enfermagem psiquiátrica brasileira na primeira metade do século XX.	Prática e saberes do paradigma asilar pautado na tutela, segregação e exclusão social. Crença de que o conhecimento da história da enfermagem e da psiquiatria é fundamental para a construção de uma nova prática profissional.
(Sadigursky, 2002)	Entender como se deu a inserção da enfermeira na equipe transdisciplinar de saúde mental.	Prática da enfermagem: inicialmente submissa ao poder hegemônico médico; manutenção do controle no espaço asilar (coerção, controle, vigilância e violência). Trabalho coletivo e capacitação como processo de transformação, reconhecimento e respeito. Transformação do objetivo do cuidado à pessoa em sofrimento psíquico (enfoque na independência e cidadania)

PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

Tabela 1. (Continuação)

Título, objetivo e principais resultados das publicações sobre a história da assistência de enfermagem em saúde mental no Brasil identificadas nas bases de dados

(Olschowsky & Silva, 2003)	Caracterização do ensino de pós-graduação “lato-sensu” de enfermagem psiquiátrica e saúde mental na EE/UFRGS e EERP/USP e o perfil dos docentes.	Cursos pioneiros e dinamizadores do ensino especializado da área. Discussões sobre carga horária, número de disciplinas, titulação e formação dos docentes envolvidos, mostrando como vem se constituindo o ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental.
(Kirschbaum & Cabral, 2000)	Identificar as motivações que levaram enfermeiras formadas por escolas oficiais a trabalhar no campo da assistência psiquiátrica, no Brasil, no período entre as décadas de 30 e 70, utilizando como metodologia de pesquisa a história oral.	Entre os motivos para a escolha da especialidade, predominaram: a vocação, a afinidade e a identificação com os professores. Expressão da subjetividade no processo de escolha profissional.
(Fraga, 1995)	Resgatar os antecedentes históricos da prática de enfermagem psiquiátrica no Ceará e apreender como tal prática se articula com a psiquiatria e com a saúde, e como estas se articulam com o modo de produção onde se inserem.	Na década de 90, a prática de enfermagem psiquiátrica não sofreu transformações significativas: essencialmente hospitalar lexicalizante. A interação da prática de enfermagem com a assistência psiquiátrica e com a sociedade.
(Santos et al., 2017)	Analisar os trabalhos acerca da enfermagem psiquiátrica apresentados nos Congressos Brasileiros de Enfermagem (CBEn), no período de 1947 até 1981.	Foram apresentados 30 trabalhos sobre as temáticas: Ensino e Assistência de Enfermagem Psiquiátrica. Os CBEn promoveram discussões e reflexões acerca do ensino, da assistência, mudança no modelo assistencial.
(Cunha, Junior, & Silva, 2013)	Analisar a inserção e discutir a atuação da Enfermeira Visitadora Social como monitora de higiene mental.	As visitadoras sociais (especialistas em psiquiatria) substituíram monitoras de higiene mental (não especialistas). Principais ações: visitação, orientação aos pacientes, familiares e auxílio ao médico.
(Domingues & da Silva Júnior, 2012)	Descrever a implementação da Reforma Psiquiátrica no período de 1981 a 1990 e identificar as discussões e temas sobre Enfermagem Psiquiátrica/Saúde Mental nos CBEn.	Foram identificados artigos trabalhos sobre prática profissional e assistência. Houve destaque para discussão do tema: desqualificação do profissional de Enfermagem que atuava na área psiquiátrica no período estudado.

As publicações brasileiras identificadas abordam contextos, atores e processos de consolidação e transformações relacionados ao ensino e prática assistencial e a própria produção científica sobre esses temas.

Na segunda etapa do presente estudo, a revisão bibliográfica foi complementada pelo levantamento de documentos, leis e produções científicas brasileiras sobre a reforma psiquiátrica, a assistência em saúde mental e a atuação da enfermagem no Brasil. Os principais temas relacionados nesse material, encontram-se disponíveis na tabela seguinte.

Tabela 2.

Principais temas sobre a reforma psiquiátrica, a assistência de enfermagem em saúde mental identificados em documentos, leis e produções científicas brasileiras

Principais temas	Subtemas
Saberes e práticas relacionados à saúde mental no Brasil	Práticas e saberes do paradigma asilar pautado na tutela, segregação e exclusão social Marcos históricos e políticos da Reforma Psiquiátrica Brasileira; O processo de desinstitucionalização; O Sistema Único de Saúde e a Saúde Mental A coexistência de práticas fundamentadas em diferentes paradigmas
Perspectiva histórica da enfermagem em saúde mental no Brasil	A saúde mental e a formação profissional dos enfermeiros brasileiros; A evolução histórica da assistência de enfermagem em saúde mental no Brasil; A enfermagem e os contextos assistenciais no modelo manicomial e antimanicomial; O modelo de reabilitação psicossocial Avanços e desafios relacionados à assistência de enfermagem, considerando o panorama atual.

A atenção à saúde mental no Brasil deve ser considerada como parte de um processo político, histórico e social que envolve tensões e interesses entre grupos distintos, bem como avanços e retrocessos relacionados à defesa de direitos humanos.

Até início do século XX, a prática da enfermagem ainda era praticamente restrita ao interior das instituições de internamento e estava ligada a uma função segregadora e de suporte ao profissional médico (Botti, 2006; Sadigursky, 2002).

As práticas e saberes do paradigma asilar estavam pautadas na tutela, segregação, tratamento moral, exclusão social e destituição de direitos e da cidadania daqueles considerados inaptos para a vida em sociedade. A formação profissional esteve marcada por tais características. Destaca-se ainda que as primeiras iniciativas de ensino de enfermagem no Brasil estiveram ligadas à psiquiatria (Sadigursky, 2002).

O modelo de assistência legitimava diversas práticas de violência institucionalmente aceitas contra as pessoas em sofrimento mental que por muito tempo foram consideradas recursos para o tratamento (Botti, 2006; Sadigursky, 2002).

A assistência de enfermagem refletia esse paradigma e era caracterizada principalmente pela vigilância, observação, controle do comportamento dos pacientes e cuidados solicitados pelos médicos para atender necessidades físicas dos pacientes. Nesse contexto, a enfermagem possuía pouco poder de participação efetiva nas decisões clínicas (Botti, 2006; Sadigursky, 2002). Todavia, nesse contexto já estava presente, entre os enfermeiros, a insatisfação com seu papel profissional e já se instalava um processo de questionamento das práticas vigentes nesse período.

O processo de questionamento do paradigma asilar realizado por diferentes profissionais culminou no Movimento dos Trabalhadores e desempenhou importante papel na Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Cabe destacar que, na década de 70, há um movimento mais incisivo para consolidação da Reforma Psiquiátrica e também o início dos primeiros programas de pós-graduação *Stricto Sensu* em enfermagem no Brasil (Reinaldo, 2008; Scochi et al., 2013). Historicamente, as décadas de 1980 e 1990 constituíram marcos significativos nas discussões pela reestruturação da assistência psiquiátrica no país (Hirdes, 2009).

O movimento da Reforma Psiquiátrica, no Brasil, acompanhou e foi reforçado pelo movimento de Reforma Sanitária, decisivo na construção do Sistema Único de Saúde (SUS). Desde a Constituição de 1988, o Brasil tem estabelecido esse sistema de saúde dinâmico e complexo, baseado na premissa da saúde como direito do cidadão e dever do Estado (Paim et al., 2011). O funcionamento do SUS foi organizado e regulamentado pela Lei n. 8080 de 1990.

O SUS tem como princípios doutrinários a universalidade, equidade e integralidade e como princípios organizacionais, a regionalização, hierarquização, participação popular, descentralização e a participação complementar do setor privado.

Consequentemente, esses princípios passaram a ser incorporados à atenção à saúde mental no Brasil.

Entre as políticas de saúde mental brasileiras, destaca-se a Lei Federal 10.216, sancionada em 2001, que dispõe sobre os direitos das pessoas com transtornos mentais e privilegia o tratamento em serviços territoriais, de base comunitária, dando impulso ao processo de Reforma Psiquiátrica. Atualmente, as ações de promoção, prevenção e reabilitação em saúde mental, previstas pelo SUS, integram uma rede de serviços de saúde tais como estratégias de saúde da família, núcleos de apoio à saúde da família, centros de atenção psicossocial, unidades básicas de saúde, centros de convivência, serviços de urgência e emergência, unidades de acolhimento, leitos de retaguarda para internações e residências terapêuticas, iniciativas de economia solidária e diversos dispositivos sociais (Ministério da Saúde, 2013).

Com as transformações relacionadas à Reforma Psiquiátrica, a prática e o ensino de enfermagem foram modificados e a enfermagem passa a ter uma transformação no seu papel na equipa de saúde. As recomendações relacionadas à assistência de enfermagem voltaram-se para a prevenção, o cuidado centrado na pessoa, a humanização, respeito aos direitos humanos, equidade, autonomia, reabilitação psicossocial, reinserção social, combate ao estigma, redução de danos, produção de subjetividade e promoção da saúde integral dos indivíduos, família e comunidade. Todavia, a prática da enfermagem em saúde mental nos diferentes contextos assistenciais, nem sempre é orientada por tais recomendações.

Discussão

As publicações brasileiras identificadas abordam contextos, atores e processos de consolidação e transformações relacionados ao ensino e prática assistencial e a própria produção científica sobre esses temas. Curiosamente, apesar de diversos estudos abordarem de forma crítica a submissão da enfermagem ao profissional médico, a caracterização das publicações sobre a história da assistência de enfermagem em saúde mental no Brasil identificadas nas bases de dados revelou que os dois únicos artigos que enfocavam biografias retratavam histórias de profissionais médicos (Araujo et al., 2009; Vidal & Amorim, 2008). As metas da reforma psiquiátrica incluíram o rompimento com as práticas e conhecimentos tradicionais da psiquiatria e a construção de novos paradigmas e modelos de atenção à saúde mental. Tais mudanças impulsionaram mudanças profundas na assistência de enfermagem (Gonçalves & Sena, 2001).

A reflexão sobre a história da assistência de enfermagem mental revela a importância de transformações ocorridas no âmbito da contratualidade, autonomia, solidariedade, humanização, ética, proteção aos direitos humanos e cidadania (Botti, 2006). É importante que tais elementos também sejam continuamente avaliados nos diferentes contextos e situações de assistências para a superação de desafios ainda presentes no contexto da assistência à saúde mental no Brasil.

O processo de transformação do modo de atuação da enfermagem em saúde mental no Brasil foi fortemente influenciado por pressupostos da Reforma Psiquiátrica Italiana e pelo modelo de reabilitação psicossocial que preconiza a cidadania plena; a contratualidade afetiva, relacional, material, habitacional, produtiva, social, econômica, civil, a solidariedade e inclusão, o desenvolvimento de planos para o futuro, singularidade, liberdade, o protagonismo nas próprias escolhas, a concepção de que todas as pessoas são ativas e produtoras de competências (Saraceno, 2001).

Assim, foi incorporado nas recomendações para a prática de enfermagem um várias intervenções terapêuticas e ações intersetoriais para detecção e intervenção precoces, controle de sintomas, prevenção de consequências prejudiciais, reabilitação psicossocial e redução do estigma.

A educação em enfermagem constitui-se como promotora e, simultaneamente, consequência dos processos político-econômicos do contexto em que está inserida. Desse modo, a educação e transformações assistenciais parecem exercer influência mútua com amplo potencial para promover avanços e qualificação do cuidado, valorização da enfermagem como profissão (Olschowsky & Silva, 2003). Assim, um importante elemento para a produção de transformações na assistência em saúde mental é a formação de enfermeiros com compromisso social, visão ética e humanística, críticos e reflexivos (Botti, 2006). A análise histórica da reforma psiquiátrica e da assistência em saúde mental mostram que ainda existem desafios a serem superados, tais como a capacitação dos profissionais, articulação entre serviços especializados e atenção básica, a adoção dos princípios da reforma psiquiátrica e da reabilitação psicossocial, a construção efetiva de projetos terapêuticos individualizados, e a avaliação e reflexão sobre as práticas em curso (Hirdes, 2009).

Limitações do estudo

Este estudo possui como limitações a quantidade limitada de base de dados utilizada para identificação dos estudos sobre a produção científica relacionada à história da enfermagem em saúde mental. Outra limitação diz respeito ao método de pesquisa utilizado com uma única combinação de descritores e a ausência de avaliação da qualidade dos estudos incluídos nesta revisão.

Conclusões

Os avanços da assistência de enfermagem alcançados com a implantação de um novo modelo de assistência foram muitos, mas a realidade ainda aponta limites, contradições e entraves importantes. A compreensão desse panorama é necessária para a atuação crítica, política e ativa dos profissionais de enfermagem. A enfermagem deve ser incentivada ao ativismo político no nível local, nacional e internacional para atuar em favor de modificações necessárias neste contexto.

Referências bibliográficas

- Araujo, M. V., Almerinda, M., & Rocha, B. (2009). Biografia de João Carlos Teixeira Brandão: De alienista a diretor da 1ª Escola de Enfermagem do Brasil. *Revista SMAD*, 5(1), 1–13. doi:10.11606/issn.1806-6976.v5i1p1-13
- Botti, N. C. (2006). Uma viagem na história da enfermagem psiquiátrica no início do século XX. *Escola Anna Nery*, 10(4), 725–729. doi:10.1590/S1414-81452006000400015
- Cunha, A., Junior, O., & Silva, L. (2013). The performance of the social visiting nurse as a monitor of mental hygiene (1927-1942). *Revista Online de Pesquisa: Cuidado é Fundamental*, 5(3), 318–327. doi:10.9789/2175-5361.2013.v5i3.318-327
- Domingues, P. S., & Junior, O. C. (2012). Enfermagem psiquiátrica/saúde mental nos congressos brasileiros de enfermagem de 1981 a 1990. *Revista Online de Pesquisa: Cuidado é Fundamental*, 4(4), 2859–2866. http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2092/pdf_626
- Fraga, M. N. (1995). A prática de enfermagem psiquiátrica no Ceará e sua relação com o contexto sócio-histórico. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 48(1), 17–25. doi:10.1590/S0034-71671995000100003
- Gonçalves, A. M., & Sena, R. R. (2001). A reforma psiquiátrica no Brasil: Contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 9(2), 48–55. doi:10.1590/S0104-11692001000200007
- Hirdes, A. (2009). A reforma psiquiátrica no Brasil: Uma (re) visão. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1), 297–305. doi:10.1590/S1413-81232009000100036
- Kirschbaum, D. I., & Cabral, M. A. (2000). A escolha pelo trabalho em psiquiatria como vocação nas décadas de 30 a 70: Relatos orais de enfermeiras. *Escola Anna Nery Revista Enfermagem*, 4(3), 311–320.
- Ministério da Saúde. (2013). *Cadernos de atenção básica saúde mental*. Recuperado de http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf
- Olschowsky, A., & Silva, G. (2003). Pós-graduação lato sensu em enfermagem psiquiátrica e saúde mental: História, contexto institucional e atores. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 56(2), 151–154. doi:10.1590/S0034-71672003000200008
- Paim, J., Travassos, C., Almeida, C., Bahia, L., & Macinko, J. (2011). O sistema de saúde brasileiro : História, avanços e desafios. *Lancet*, 11–31. Recuperado de http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/Sistema%20de%20sa%C3%BAde_Celia%20Almeida_2011.pdf
- Reinaldo, A. M. (2008). Mental health in the basic attention as historical process of community psychiatry evolution. *Escola Anna Nery Revista Enfermagem*, 12(1), 173–178. doi:10.1590/S1414-81452008000100027
- Sadigursky, D. (2002). A enfermeira na equipe transdisciplinar de saúde mental. *Revista Baiana de Enfermagem*, 17(3), 45–53. doi:10.18471/rbe.v17i3.3860
- Santos, T., Silva, B., Miranda, J., Guimarães, J., Aperibense, P., & Peres, M. A. (2017). Contribuições da associação brasileira de enfermagem para a enfermagem psiquiátrica : Um olhar sobre os congressos brasileiros de enfermagem (1947-1981). *História da Enfermagem: Revista Eletrônica*, 7(2), 406–422. Recuperado de <http://here.abennacional.org.br/here/2a04.pdf>
- Saraceno, B. (2001). *Libertando identidades: Da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Belo horizonte, Brazil: Te Cora.
- Scochi, C. G., Munari, D. B., Gelbcke, F., Erdemann, A. L., Gutierrez, M., & Rodrigues, R. A. (2013). Pós-graduação stricto sensu em enfermagem no brasil: Avanços e perspectivas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(esp.), 80–89. doi:10.1590/S0034-71672013000700011
- Silva, B. T., Guimarães, J. C., Tarma G. S., Santos, T. C., Almeida Filho, A. S., & Peres, M. A. (2017). Instituto de psiquiatria da universidade do Brasil as internship field of Escola Anna Nery (1954-1962). *Escola Anna Nery*, 21(3), 1–8. doi:10.1590/2177-9465-ean-2016-0379
- Vidal, L. V., & Amorim, W. M. (2008). Reconhecimento do psiquiatra Jurandyr Manfredini entre estudantes da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, 1954-1955. *Revista SMAD*, 4(1), 1954–1955. doi:10.11606/issn.1806-6976.v4i1p01-15

LIVROS E FONTES HISTÓRICAS
BOOKS AND HISTORICAL SOURCES
LIBROS Y FUENTES HISTÓRICAS

Para os enfermeiros do Séc. XVII: *Luz da Medicina, pratica racional, e methodica, guia de infermeiros, directorio de principiantes*

António Freitas*

Lucília Nunes**

“Perguntará o Leitor curioso que razão me moveu a fazer esta breve prática em língua Portuguesa?” Assim dá início Francisco Morato Roma à sua obra, de 1664, dirigida aos *naturais* da língua portuguesa, aos enfermeiros e outros que, com *capa de médico*, não cometam erros na cura dos enfermos.

Antes do Renascimento, a medicina na Europa foi construída, em grande parte, com teorias baseadas em pouca pesquisa sobre o real funcionamento dos órgãos e desconhecimento pelo aparecimento de enfermidades.

A principal mudança na abordagem à doença pós-renascentista deveu-se muito aos conhecimentos da anatomia, em virtude das disseções dos cadáveres que até então não eram permitidas. Contudo, a abordagem à doença ainda mantinha uma raiz hipocrática em que a razão das pessoas adoecerem se devia ao desequilíbrio entre os fluidos corporais e os humores (sangue, bile amarela, bile negra e fleuma).

Se por um lado a abordagem à doença podia ser conseguida pelo reequilíbrio dos humores, através da administração de remédios, por outro lado a cirurgia ia ganhando força, para aquelas situações em que o estudo da anatomia se revelava importante para a resolução de algumas enfermidades *internas* tais como a hérnia ou tumores e as sangrias (De La Faye, 1787).

Ao mesmo tempo que o conhecimento da anatomia ia permitindo aos médicos obter uma melhor compreensão do corpo humano, os remédios, elaborados a partir de ervas e outras substâncias presentes na natureza, ainda se cruzavam com a superstição.

É neste enquadramento que surge a primeira obra também dirigida a enfermeiros, *Luz da medicina, pratica racional, e methodica, guia de Infermeiros, directorio de principiantes*, escrita pelo médico Francisco Morato Roma, que conheceu 9 edições entre os séculos XVII e XVIII e cuja primeira edição data de 1664, em Lisboa (Figura 1).

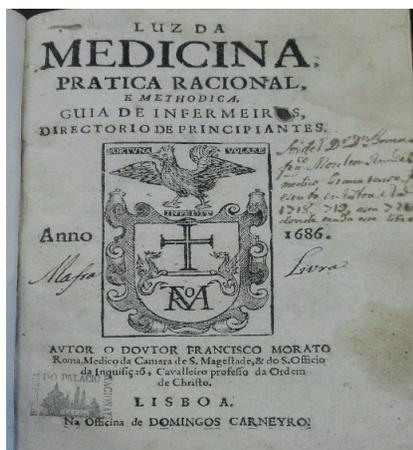


Figura 1. Capa de Luz da medicina, pratica racional e methodica, guia de infermeiros, directorio de principiantes, edição de 1686 – Acervo da Biblioteca do Palácio de Maifa.

* Doutorando do X Curso de Doutoramento em Enfermagem, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa; Professor Adjunto, Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde (antonio.freitas@ess.ips.pt)

** Doutora em Filosofia; Professora Coordenadora com Agregação, Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde [lucilia.nunes@ess.ips.pt]

A primeira edição desta obra traz-nos um corpo de conhecimentos que, para além de apresentar ao enfermo uma abordagem predominantemente médica, surgem com frequência referências ao que hoje designaríamos como promoção de saúde, ou seja, hábitos de vida saudável e a conservação da saúde, perspetivando a prevenção da doença. Embora não seja um manual de e para enfermeiros evoca a importância do seu papel, que somente é clarificado em 1741 na *Postilla Religiosa, e arte de Enfermeiros*. Contudo, na vizinha Espanha, o *Instrucción de Enfermeros* publicado em 1617, constituiu-se efetivamente como o primeiro manual de enfermeiros da Península Ibérica. De destacar que, quer o *Instrucción de Enfermeros*, quer a obra de Morato Roma, se referem ao enfermeiro como elemento importante na ausência do médico, conferindo-lhe a capacidade de ajuizar e intervir perante a doença.

No prólogo ao leitor, Morato Roma afirma que esta obra permite aos principiantes um aprofundamento das doutrinas de Hipócrates e Galeno. Já para os enfermeiros esta obra irá permitir conhecer o modo de como socorrer a tempo os enfermos. Contemporâneo à obra de Morato Roma, Antonio Ferreyra, cirurgião da Casa Real, na obra *Luz Verdadeira*, em 1683, refere que os enfermeiros têm que reunir as condições de serem “brandos”, “pacíficos”, “alegres” e “discretos” (p. 9).

Rafael Bluteau, em 1712, no primeiro dicionário de língua portuguesa, define Enfermeiro como “Aquelle, que tem a seu cargo a enfermaria, e os enfermos” (p. 108) e, por sua vez define enfermaria como “O lugar em que fe curão os doentes em hum Convento, ou em hum Hospital” (p. 108). Ora, a obra de Morato Roma não faz distinção sobre o local onde aqueles cuidados são ministrados, se num hospital, se num convento, ou noutro sítio qualquer; na capa da última edição, de 1753, vem inclusivamente expresso que esta também se dirige a todo o “Pay de famílias” (Roma, 1753, capa), trazendo a ideia de que seria de utilização mais abrangente.

Podemos considerar esta obra de elevado valor histórico, não só pelo número de edições – 9 edições das quais 8 já foram obras póstumas, revestindo-se assim de grande importância na disseminação do conhecimento sobre doenças e tratamentos nos séculos XVII e XVIII, mas também por ter sido identificada em várias Boticas em Portugal e também no Brasil, através da Ordem dos Jesuítas nesse país (Leite, 1953).

Quem foi o autor Francisco Morato Roma?

Francisco Morato Roma, médico e cavaleiro professo da Ordem de Cristo e Familiar do Santo Officio, nasceu em Castelo de Vide, a 4 de outubro de 1588.

Estudou Filosofia em Évora e Medicina em Coimbra. Foi médico do Duque de Bragança, D. Teodósio II, em 1619, e do Rei D. João IV em 1640, em Lisboa, tendo sido nomeado como médico da Real Câmara em 1642.

Diogo B. Machado (1747) descreve-o como um homem de “admirável talento” e que no seu exercício como médico “divertia muito aos enfermos que visitava” (p. 210). Faleceu em 1668, com 80 anos.

A sua obra, escrita em português, vem, segundo o autor, dirigir-se a todos em geral e em particular aos enfermeiros que assistem os enfermos, para que saibam quando administrar os remédios, e para aqueles que vivem em locais afastados e que não dispõem de médicos e assim possam acudir atempadamente os *achaques*. Nesta obra é já patente o cuidado e a segurança dos enfermos, pois no prólogo ao leitor é manifestada uma preocupação com os charlatões que “com capa de médico” (Roma, 1686, Prologo ao Leitor) possam intervir junto dos doentes de forma errada e assim lhes possam causar prejuízo.

As Edições

A primeira edição de *Luz da medicina, pratica racional e methodica, guia de enfermeyros, directorio de principiantes* teve a sua primeira edição em 1664 em Lisboa, seguindo-se mais oito edições. Destaca-se o ano de 1686, em que, simultaneamente em Lisboa e Coimbra, são publicadas edições diferentes da mesma obra. A partir da edição de 1726, a obra foi ampliada com compendio de cirurgia. Nos anos de 1726 e 1727 foram realizadas duas edições consecutivas, em que a primeira foi editada pelo Real Collegio das Artes da Companhia de Jesus e a do ano de 1726 publicada pela Officina de Joam Antunes. A última edição data de 1753, em Coimbra (Tabela 1).

Tabela 1.

Edições da obra *Luz da medicina, pratica racional e methodica, guia de enfermeiros, directorio de principiantes*

Ano de Edição	Cidade	Edição
1664	Lisboa	Henrique Valente de Oliveira
1672	Lisboa	Antonio Craesbeeck de Mello
1686	Lisboa	Officina de Domingos Carneyro
1686	Coimbra	Officina de Manoel Rodrigues d'Almeyda
1700	Coimbra	Joam Antunes
1712	Coimbra	Joam Antunes
1726	Coimbra	Real Collegio da Artes da Companhia de Jesu
1727	Coimbra	Officina de Joam Antunes
1753	Coimbra	Officina de Francisco de Oliveyra

À obra original, ao longo das diferentes edições, foram sendo acrescentados outros tratados e compêndios. Na edição de 1727 foi acrescentado o “Tratado unico das tresans perniciosas & malignas & Compendio de vários remedios de cirurgia recopilado do Theorico de Pobres & outros autores”, escrito por Gonçalo Rodrigues Cabreyra, cirurgião. Este acrescento constituiu-se como obra individual, que foi publicada em 1611 e que mais tarde integrou a obra de Morato Roma na edição de 1727.

Da estrutura e conteúdo geral da obra na edição de 1753

No século XVII, a cirurgia ainda não se tinha conseguido afirmar como ciência e a posição do cirurgião na sociedade era significativamente inferior à do médico. Por outro lado, neste período, a divisão entre cirurgiões e barbeiros persistia. Na sua obra, Mourato Roma estabelece bem os limites dos “profissionais” da arte de tratar os doentes, em que ao cirurgião lhe cabem as intervenções de “abrir”, “cortar” e “cozer” pelas suas mãos, aos Boticários, a execução e elaboração de xaropes e purgas e ao Barbeiro, as sangrias. Perante a febre, ou seja, perante a doença, apenas o médico tem a arte necessária para “alcançar a saúde do enfermo” (p. 4).

Morato Roma afirma que nada de novo apresenta, mas que reúne o conhecimento de origem grega, árabe e latina, assentes nos pressupostos e doutrinas de Aristóteles e Galeno. Embora conste do título da obra que a mesma constitui um guia para enfermeiros, são poucas as referências diretas. Aliás, as primeiras referências aparecem no prólogo, designadamente no que concerne aos destinatários da obra e, mais adiante, à dimensão da ação do enfermeiro no “socorro” ao doente.

No corpo da obra, a primeira referência à intervenção do enfermeiro coloca-o paralelamente ao médico, na caracterização de sinais apresentados pelo enfermo, nomeadamente no que diz respeito aos vitais: “se ao pulso foge o tacto, he pequeno, e acelerado, mostra fraqueza na facultade vital . . . O Médico, ou enfermeiro, que assistir ao enfermo, poderá conhecer pelos sinais apontados, em que estado está o enfermo” (p. 30).

A segunda referência encontra-se já na segunda parte da obra, “Prática Racional: sumario de remedios para poder acodir . . .”, em que é clara a responsabilidade do enfermeiro na administração da medicação quando prescrita: “devem guardar na aplicação dos remedios aos assistentes enfermeiros o tempo, e hora, em que lhe for necessário.” (p. 133).

É feita a referência da existência de “doenças leves”, para as quais não são necessárias quaisquer intervenções, uma vez que a natureza se encarrega de restabelecer a saúde. Para as doenças graves é necessária a intervenção da *arte*, que requer a administração de remédios que depois de aplicados irão restabelecer a saúde, a que se chama *medicina prática racional*. A primeira parte é composta por 6 livros, nomeadamente “Da ordem e modo de alimentar os enfermos”; “Do modo e ordem de aplicar os remédios pelas indicações simples”; “Das indicações compostas”; “Das doenças que se devem curar, e das que se devem deixar por conta da natureza”; “Da ordem que se deve guardar no sangrar e purgar”; e “Dos remedios simples e compostos”.

A segunda parte é constituída por um livro que se dedica à identificação e descrição dos remédios particulares para serem administrados a cada um “dos achaques que ouver no corpo humano”.

A terceira parte constitui um livro dedicado às doenças particulares das mulheres e a obra termina com um tratado sobre febres.

Para Morato Roma, a Prática Racional e Metódica divide-se em três partes: Diatheutica; Phamaceutica e Chirurgica.

A dieta é considerada a dimensão mais importante para conservar a saúde e para a restituir àqueles que a perderam. Deste modo, a abordagem à cura de doenças que necessitem da intervenção médica passa sempre primeiro pela dieta, em seguida pela purga e depois pela sangria.

O exercício, o repouso (*quietação*), o ar que se respira, as paixões da alma, as evacuações e retenções quotidianas são considerados como aspetos necessários para conservar a vida; contudo, todas elas deverão ser em moderação, para assim se preservar a saúde, a que o autor chama de precaução. Estas coisas são chamadas de não naturais, pois apenas dependem da vontade do sujeito.

A cura de uma doença poderá requerer o uso de ferro, fogo ou medicamentos. Estes últimos, por sua vez, poderão ser de dois tipos: os interiores e os exteriores. Os medicamentos interiores serão aqueles que serão absorvidos pelo tubo digestivo, nomeadamente os xaropes e as purgas. Também incluídos na categoria de interiores são aqueles que são introduzidos líquidos, nomeadamente clisteres e irrigações.

Já os medicamentos exteriores consistem nos banhos, lavagens, unturas e emplastos, ou seja, todas as intervenções que são aplicadas externamente.

Os tratamentos de ferro são aqueles que hoje poderíamos incluir na prática cirúrgica, como é o caso das sangrias, da excisão de tecido necrosado, das suturas de feridas e da drenagem de abscessos. O tratamento com o fogo, que consistia na utilização de um ferro em brasa, serviria igualmente para fazer drenagens e incisões de abscessos. É nesta diferente abordagem à doença que Morato Roma faz a distinção do que seriam as esferas de competência do cirurgião-barbeiro e do médico.

Para melhor se compreender o processo de doença, é-nos apresentado o conceito de *faculdade vital*, que é o que sustenta a vida, e isso resulta da conservação das coisas que compõem o Homem, nomeadamente o temperamento das partes sólidas, dos humores e dos espíritos, que por sua vez se conservam através do beber, do comer, e das restantes coisas não naturais. Acrescenta também que a faculdade vital pode ser observada se as pulsações do pulso forem iguais [às do coração], sem maior celeridade que o costume, papáveis e “se há viveza nos olhos, e boa cor no roíto” (p. 30).

Na manutenção da saúde ou, como refere Morato Roma, para manter a *faculdade vital*, é necessário o alimento, uma vez que as forças se conservam com o comer. Já na presença de doença, em que são necessários os remédios, também a alimentação é necessária, para que o enfermo não morra de fraqueza. Morato Roma identifica dois erros comuns no que diz respeito à dieta dos doentes: Nas doenças graves reduzem a alimentação, o que provoca a diminuição das forças do enfermo e o outro erro é aumentar a alimentação durante a doença., “quando a natureza está ocupada com o cozimento dos humores, impedindo a obra da natureza” (p. 7). Esta última perspetiva, como o próprio autor afirma, é contrária à teoria hipocrática que defende que logo no início da doença a alimentação deverá ser aumentada, pelo facto do *cozimento* dos humores. Refere ainda que nas doenças “do peito [respiratórias] em que a matéria se há de purgar por escarro, he necessário dar mais de comer” (p. 7). Já nas doenças de estômago deve minorar-se a alimentação e dar alimentos “de fácil degeftão” (p. 8).

Contudo, defende que na situação de doença se deve mudar muito pouco os hábitos do doente, isto porque “as mudanças repentinas fazem muito damno” (p. 9) e devem manter-se os hábitos antes da doença no que diz respeito ao sono, ao exercício, ao ar, e às evacuações quotidianas. Ainda relativamente à alimentação, não deve apenas importar a quantidade, mas também a qualidade, e poderá assumir duas funções: a de sustento e a de medicamento. Enquanto sustento, é aquela que “coza” bem no estômago, e enquanto na função de medicamento, este pode ser quente ou frio, seco, adstringente ou laxante. Nas febres deverão ser administrados alimentos frios e húmidos.

Quanto à ingestão de líquidos, afirma que servem para diluir o mantimento e encaminhá-lo e para “apagar a secura”; isto só deve ser feito com água, uma vez que esta não é sustento. As bebidas que não servem de sustento são utilizadas no âmbito medicinal, como é o caso dos cozimentos (ervas cozidas em água), sumos de ervas e xaropes. Já o vinho, o leite e os caldos, são bebidas que alimentam. Ainda relativamente ao vinho, este pode ser bebido diluído em água ou puro, para aqueles que não se satisfazem só com água.

Não só a alimentação é responsável para uma boa manutenção da saúde, mas o sono, o repouso e a atividade. Com a recomendação de que quando o corpo está cansado se deve descansar e após as refeições dever-se-á movimentar pois o movimento “ajuda na distribuição dos alimentos” (p. 17) e “purgar e abalar os humores” (p.18) e é muito importante para *conservar a saúde*.

A dimensão religiosa está presente ao longo de toda a obra e é manifestada nas alusões aos desígnios de Deus bem como no que concerne às doenças venéreas, uma vez que resultam de atividades que vão contra a lei de Deus.

São identificadas e enumeradas as enfermidades conhecidas cuja estranheza no tratamento nos suscita dúvidas como é o caso da aplicação de leite de cão sobre um dente, para retirar a dor, ou outros aspetos, nomeadamente relacionados com as mezinhas ou superstições que também assumem igualmente relevo, como é o caso do tratamento da insónia: “Tomem cera da orelha de hum cão, e dem-a a beber com vinho e logo dormirão”; ou o tratamento para aqueles que dormem muito: “tomem o coração do morcego e tragam-o comsigo e nunca adormecerão” (p. 361).

Já no tratado sobre as doenças das mulheres dedica-se também à descrição dos primeiros cuidados a ter com o recém-nascido, a quem ele se dirige como “creatura”. Após o nascimento se for do sexo masculino, deverá ser pulverizado com pó de sal e “çumagre” (pó grosseiro de plantas trituradas] “principalmente nos machos, para que fiquem mais duros”. Já os bebés do género feminino deverão ser lavados com vinho branco fervido com rosas e depois untá-las com óleo de amêndoas doces “para ficar a carne branda” (p. 313). A sua alimentação requer cuidados especiais “para quem os quer sãos e sem achaques”, advogando de que o leite terá que ser o “mais puro” e, de preferência, o de sua mãe por ser o mais “próximo do temperamento da criança”. Acrescenta que não se deve dar leite mais do que três vezes ao dia, para que faça “bom cozimento” afirmando que assim se previne a epilepsia e outras enfermidades. Nesta parte da obra, dá orientações quanto à alimentação da criança durante o seu desenvolvimento, nomeadamente a introdução de comida sólida e a escolha de amas-de-leite mais adequadas.

Ao longo de toda a narrativa são comuns as expressões, como “saber o costume do enfermo, da família, da gente” (p. 13), remetendo-nos, imediatamente, para o que hoje chamamos de abordagem holística da pessoa e família, inserida num determinado contexto sociocultural. Esta é, sem dúvida, uma visão perscrutadora para os cuidados de saúde individualizados e personalizados.

Conclusão

Nesta obra Morato Roma não só descreve as doenças, mas também os problemas do corpo humano, reconhecendo as alterações e condições decorrentes da doença. Descreve uma série de doenças, com uma maior incidência nas enfermidades do adulto, dando especial atenção em capítulo próprio à mulher e criança.

A descrição que faz na primeira parte incita o leitor, durante a leitura da obra, a tirar conclusões racionais baseadas nos progressos da ciência de então. O autor do tratado estava interessado em partilhar conhecimento médico para melhor se cuidarem os enfermos, oferecendo tratamento para todas as enfermidades descritas na obra.

Se por um lado a sua organização se assemelha aos livros enciclopédicos médicos atuais dirigidos a leigos, por outro lado reúne informação dirigida àqueles que estão muito familiarizados com os processos de doença. Contudo, nesta obra que pretende ser um referencial baseado em conhecimentos científicos, a transição entre a superstição na doença e o ponto de vista científico não se consegue estabelecer de forma exata.

Tenhamos em conta que a *Luz da medicina, pratica racional, e methodica, guia de enfermeiros, directorio de principiantes*, é, à data e com os conhecimentos atuais, a primeira obra escrita para enfermeiros em Portugal, que teve 9 edições (das quais 8 póstumas, que se prolongaram por quase um século - de 1664 a 1753 - com edições quase simultâneas em Lisboa e Coimbra) que foram divulgadas, estando a obra presente nas boticas de jesuítas, no Brasil. Finalmente, além de importante compêndio médico, excede o público profissional, pois tal como o autor afirma na primeira edição, “Obra muito util, e necessaria, não so para os Professores da Arte da Medicina, e Cirurgia, mas tambem para todo o Pay de familias; De que se poderão aproveitar pobres, e ricos na falta de Medicos doutos” (Roma, 1753, capa).

Referências Bibliográficas

- Bluteau, R. (1712). *Vocabulário portuguez latino*. Coimbra, Portugal: Collegio das Artes da Companhia de Jesus.
- De La Faye, J. (1787). *Princípios de cirurgia*. Lisboa, Portugal: Officina de Simão Thaddeu Ferreira.
- Ferreira, A. (1683). *Luz verdadeyra e recopilado exame de toda a cirurgia*. Lisboa, Portugal: Officina de João.
- Leite, S. (1953). *Artes e ofícios dos Jesuítas no Brasil, 1549-1760*. Lisboa, Portugal: Edições Brotéria.
- Machado, D. B. (1747). *Bibliobeca lusitana, historica, critica, e cronológica* (Tomo II). Lisboa, Portugal: Officina de Ignacio Rodrigues.
- Roma F. M. (1664). *Luz da medicina prática racional e methodica, guia de infermeiros, directorio de principiantes*. Lisboa, Portugal: Officina de Henrique Valente de Oliveyra.
- Roma F. M. (1686). *Luz da medicina prática racional e methodica, guia de infermeiros, directorio de principiantes*. Lisboa, Portugal: Officina de Domingos Carneyro.
- Roma F. M. (1712). *Luz da medicina prática racional e methodica, guia de infermeiros, directorio de principiantes*. Coimbra, Portugal: Officina de Joam Antunes.

LIVROS E FONTES HISTÓRICAS

Roma F. M. (1753). *Luz da medicina prática racional e methodica, guia de enfermeyros, directorio de principiantes*.
Coimbra, Portugal: Oficina de Francisco de Oliveyra.

O papel do enfermeiro-mor na reforma do Hospital Real de Todos os Santos após o terramoto de 1755

Ângela Fernandes*, Carolina Vicente
Miguel Valente, Anastasiya Trunova
Helga Rafael, Isabel Pereira

Introdução

A 1 de novembro de 1755 vários edifícios de Lisboa sofreram danos irreparáveis, na sequência do terramoto ocorrido nessa data e subsequente incêndio. Não foi exceção o Hospital Real de Todos os Santos (HRTS), cujo início da construção datava de 1492. Neste dia parte das enfermarias em funcionamento teriam ficado destruídas, o que impediu a assistência aos feridos que se encontravam pelas ruas e aos que se feriram no próprio hospital (Lisboa, 1758).

Na sequência do terremoto, para além das cabanas improvisadas no Rossio (Lemos, 1991), Marquês de Pombal ordenou que se improvisassem também enfermarias públicas em Mosteiros (dos “Monges Benedictinos” e do “Conde de Castello-Melhor”) Palácios e Casas de Fidalgos para receber os feridos desalojados.

Marquês de Pombal, figura incontornável no pós-terramoto (imediato e a médio e longo prazo), emitiu ao longo dos meses seguintes diversas providências específicas sobre os locais de recolha dos feridos. Das providências datadas de 28 de fevereiro de 1756, destacam-se duas: uma consiste num aviso ao Abade do Mosteiro de São Bento da Saúde para que o mesmo recolhesse os feridos do HRTS no seu Convento enquanto se dava o arranjo/comodidades do Hospital; outra corresponde a um aviso ao monteiro-mor do Reino indicando que o Mosteiro de São Bento da Saúde deveria ser utilizado para a cura dos doentes, quer de febres quer de outras enfermidades semelhantes (Lisboa, 1758).

A reconstrução do HRTS iniciou-se também de imediato e foi progredindo a bom ritmo. No final de maio (dia 26) de 1756, Sebastião de Carvalho e Mello dá indicação para que se transfiram para este hospital os primeiros doentes homens que se encontravam nas enfermarias provisórias, indicando ainda a organização das mesmas: não se deve juntar feridos com os doentes de febre e não deve haver mais que uma pessoa por cama. As mulheres mantiveram-se nos celeiros do Conde Castello-Melhor (Lisboa, 1758).

O terramoto, com as evidentes consequências negativas a nível de estruturas disponíveis, organização e gestão dos próprios serviços (já por si deficitários face ao aumento da procura), contribuiu para que a desorganização e os abusos por parte do pessoal se acentuassem no HRTS nos anos subsequentes.

À data do terramoto era enfermeiro-mor o Conde de Castro Marim, monteiro-mor do Reino (Graça, 2000). Em 1758, Marquês de Pombal nomeou um novo enfermeiro-mor, Jorge F. Machado de Mendonça, um homem da sua confiança, coronel de infantaria e comendador da Ordem de Avis.

Esta comunicação tem como finalidade evidenciar o papel do enfermeiro-mor Jorge F. Machado de Mendonça na reforma ocorrida após o terramoto de 1755 no HRTS.

Objetivos

- Identificar os abusos, registados pelo referido enfermeiro-mor Jorge F. Machado de Mendonça, que ocorriam no HRTS, após o terramoto de 1755;
- Descrever as áreas de intervenção do enfermeiro-mor do HRTS na gestão destes abusos;
- Analisar o papel social do enfermeiro-mor no século XVIII.

Metodologia

A metodologia utilizada teve por base uma pesquisa documental, recorrendo ao método histórico. Na Biblioteca Nacional de Portugal consultámos presencialmente a fonte primária: *Pelo breve memorial expõe Jorge Francisco Machado de Mendonça ao Ill.mo e Exc.mo Senhor Conde de Oeiras, Do conselho de S. Majestade, e Seu Secretário de Estado dos negócios do Reino, O regímen, que tem estabelecido no Hospital Real de Todos os Santos, donde por Decreto do mesmo*

* [angela.fernandes@campus.esel.pt]

Senhor be Thefourreiro Executor da fua fazenda, e Enfermeiro Mór (Mendonça, 1761), obra na qual são apresentados os registos da administração das enfermarias, escritos pelo enfermeiro-mor Francisco Mendonça. Esta obra foi sujeita à categorização e análise, mediante os objetivos do estudo.

Resultados

Com base na obra escrita pelo enfermeiro-mor Francisco Mendonça, em 1761, categorizámos áreas de atenção da intervenção do enfermeiro-mor do HRTS: área financeira, arquivo de documentação, pessoal do HRTS, instalações físicas, organização das enfermarias, e fiscalização (Figura 1).

Áreas de atenção da intervenção do enfermeiro-mor do HRTS	Área financeira
	Arquivo de documentação
	Pessoal do HRTS
	Instalações físicas
	Organização das enfermarias
	Fiscalização

Figura 1. Categoria e subcategorias identificadas na obra escrita pelo enfermeiro-mor Francisco Mendonça.

Área financeira

Na área financeira do Hospital, desde as cobranças ao registo da despesa corrente, são vários os relatos que indicam um elevado grau de desordem, falta de registos e, conseqüentemente, perdas diretas de dinheiro e valores. A análise feita permitiu agrupar os problemas e as respetivas medidas tomadas em três dimensões principais: a) despesa: “Estava o mesmo Hospital dando todos os annos oitenta pannos de palha á pessoa... evitei esta despesa” (Mendonça, 1761, p. 20); b) receita: “o qual tem recebido o beneficio de serem continuas as execuções a seu favor, o que de antes se não via” (Mendonça, 1761, p. 19); c) gestão dos ativos: “Relata-se também a prata, que havia quebrada, e despedaçada, e no que se empregou, tudo em beneficio do mesmo Hospital” (Mendonça, 1761, p. 21).

As principais dificuldades evidenciadas pelo enfermeiro-mor no que às despesas diz respeito retratam, por um lado, gastos com serviços que não tinham necessariamente que ser realizados por alguém externo (como as remedeiras) e, por outro, perdas devido a roubos de material e alimentos, que aumentavam a despesa:

tanta desordem nos remedios de cirurgia para os doentes, por estes estarem em poder dos Enfermeiros, e Ajudantes, que mais se gastava com os furtos dos ditos, e praticantes, que com os mesmos enfermos, e o mesmo succedia com o azeite para allumear as enfermarias (Mendonça, 1761, p. 13).

Com vista à diminuição da despesa ilegítima, várias foram as medidas implementadas, nomeadamente: algumas tarefas contratadas externamente passaram a ser executadas por elementos do Hospital, incluindo por doentes capazes (as “doudas” passaram a remendar a roupa); os pagamentos de salários aos aposentados foram extintos e reduziu os ordenados que considerou excessivos; o enfermeiro-mor, para evitar esquemas de fraude, recusou requerimentos para vinculação de prazos, evitando assim encargos posteriores.

Relativamente à receita, são implementadas várias medidas com o objetivo de aumentar as cobranças dos serviços prestados, que eram “más e vagarosas”, bem como de dívidas antigas que, segundo o enfermeiro-mor Francisco Mendonça, datavam de até 40 anos antes “Pelo que pertence á cobrança, estava em tal descuido, e negligencia, que tenho cobrado dividas de vinte, trinta e quarenta annos” (Mendonça, 1761, p. 18).

O enfermeiro-mor procedeu à contratação de dois procuradores, responsáveis pelas cobranças, conseguindo assim chegar a execuções a favor do hospital. Quanto aos juros, que se encontravam ausentes e sem registos desde o terramoto, Francisco Mendonça requereu ao Concelho da Fazenda nova ordem para que os tesoureiros não duvidassem do pagamento e requereu 6 meses para recuperar “os ditos padrões” (Mendonça, 1761, p. 19). Evidenciando os abusos cometidos pelas pessoas internas do HRTS, foi ainda deliberado que qualquer pessoa do hospital (Procuradores, Oficiais, etc) que conhecesse outra

com fazenda ou dinheiro sonogado ao hospital, teria de apresentar as respectivas escrituras/títulos, caso contrário os bens em questão revertiam para o hospital.

Na gestão de ativos, considerámos a ordem de reutilização da prata que se encontrava danificada em favor da despesa do hospital, bem como a definição do procedimento relativo às esmolas dos santos:

Pelo Edital do primeiro de Maio de 1760 dei a forma a respeito das esmolas, que pertencem aos Santos Cosme, Damião, Sebastião, e Barbara, como se havia de abrir a caixa, e tudo o que mais se declara no dito Edital a bem da arrecadação das ditas esmolas (Mendonça, 1761, p. 74).

A implementação de livros de registos para o inventário da botica, assim como para as despesas correntes foram algumas das medidas tomadas que permitiram colmatar a falta de organização.

Arquivo de documentação

O registo e arquivo de dados relativos às atividades no HRTS são assunto com grande relevância na obra em análise. São apresentados como problemas: a) o desaparecimento de escrituras de reconhecimento de bens, o que constituía motivo de embaraço para o enfermeiro-mor e criava desconfiança; b) os documentos estavam desorganizados e os papéis mal tratados; c) a documentação relativa a testamentos a favor do hospital não estava em ordem nem autenticada “não achei nada em ordem, varios papeis muito mal tratados, e outros não os havia” (Mendonça, 1761, p. 19).

As medidas implementadas para colmatar estas falhas passaram pela organização e centralização dos documentos no cartório do hospital. Os documentos foram ainda encadernados por ordem alfabética e autenticados. Estas ações permitiram evitar situações de embaraço e dúvidas relativamente às fazendas do Hospital. O enfermeiro-mor solicitou ainda a construção de um tomo/arquivo organizado, ficando este resguardado na Casa da Fazenda.

Pessoal do HRTS

A análise da obra de Francisco Mendonça permitiu objetivar um conjunto de abusos cometidos pelo pessoal do HRTS, bem como as medidas implementadas para controlar e, em alguns casos, erradicar os mesmos.

Os comportamentos inapropriados são descritos como “fugas pelo telhado, jogavam e tocavam instrumentos” (Mendonça, 1761, p. 12), atribuídos aos enfermeiros e ajudantes e ainda a cobrança excessiva de taxas de certidões, por parte do escrivão, que se apoderava do valor excedente para si. Face a este panorama, o enfermeiro-mor declarou e instituiu penas para os comportamentos inadequados.

No serviço da capela existia frouxidão por parte dos “meninos da Capela”, o que levou o enfermeiro-mor a decretar penas para quem não cumprisse os seus deveres. As penas referidas, quer num quer outro cenário, não foram descritas “e nelle se declara o que se deve em diante observar, e as penas, a que ficão sujeitos quem assim não cumprir” (Mendonça, 1761, p. 74). Relativamente ao pessoal médico, existe a descrição de várias deliberações instituídas com vista a organizar as tarefas do mesmo. Verificava-se a ausência de médico quando alguns doentes precisavam de ser admitidos, uma assistência médica deficitária nas enfermarias, bem como a falta de caridade no tratamento dos doentes. As providências vieram determinar com que frequência deveriam ocorrer as visitas médicas às enfermarias, definindo ainda que os médicos deveriam comparecer na enfermaria respetiva sempre que os enfermeiros os chamassem.

São ainda definidas várias regras quando à seleção dos aprendizes de sangria ou cirurgia, de modo a que os mestres contratassem apenas os melhores cirurgiões e sangradores. As aulas de anatomia são também tornadas obrigatórias, onde é disponibilizado um praticante para fazer demonstrações.

O enfermeiro-mor procedeu ainda à organização de tarefas nas enfermarias e à contratação de outros recursos com o objetivo de manter os enfermeiros e os ajudantes na assistência direta aos enfermos, evitando que estes se ausentassem das enfermarias:

Por evitar a desordem da má assistencia dos enfermos pela falta, que havia de Ajudantes, e Enfermeiros, quando hião embargar as galinhas, me pareceo crear seis lugares de Ajudantes supranumerarios sem ordenado, mas só com razão, e pão para o serviço do Hospital todo de fóra, e tirarem os pobres falecidos, e levaremnos para a casa dos mortos, e amortalharem-nos, e deste modo os outros doentes não ficarem sem a assistencia dos Enfermeiros (Mendonça, 1761, p. 18).

Instalações físicas

Em relação às condições das instalações físicas, o enfermeiro-mor Francisco Mendonça, reconhecendo a sua inadequação, mandou construir uma “casa de aceitação de doentes para a visita de médicos e cirurgiões”, uma “casa para o escrivão dos

assentos” e outra “casa para o confessor” (Mendonça, 1761, p. 20). Estas foram colocadas junto à porta das enfermarias, para facilitar a admissão e circulação dos doentes. É ainda relatada a existência de uma passagem pública dentro do hospital por onde passavam muitas pessoas, o que perturbava os doentes. Para evitar que tal acontecesse, o Francisco Mendonça mandou fechá-la e assim conseguiu reduzir os estímulos que perturbavam os doentes.

Expressa preocupação com a “pureza do ar” nas enfermarias, onde se “juntavam doentes com várias enfermidades” (p. 22). Refere ainda que as camas onde se curavam os doentes eram as mesmas onde estes convalesciam. Sugere, portanto, que se deveriam criar mais enfermarias de convalescença e que se separassem os doentes por patologias nas enfermarias, visando a redução da mortalidade e mobilidade. Há também a indicação de alterações na casa da fazenda, para que a mesma fosse transformada num local organizado e “com gravidade de tribunal” (Mendonça, 1761, p. 21). Foi colocado na porta um repositório com armas reais e o escrívão da fazenda passou a trabalhar numa sala separada, onde também o tesoureiro e o enfermeiro-mor iam fazer despachos. Determinou ainda a colocação de uma “Caixa segura para as partes deitarem seus requerimentos” (Mendonça, 1761, p. 21).

Organização das enfermarias

Ao longo da obra são ainda publicadas e publicitadas diversas medidas, providências e diligências gerais sobre a organização e gestão das enfermarias do hospital. Francisco Mendonça relata que na chegada ao hospital este parecia uma estalagem com vários ladrões. Posto isto, proibiu todas as pessoas de pernoitar no Hospital, independentemente da sua “qualidade, e estado” (Mendonça, 1761, p. 8).

A gestão das refeições, aquisição de alimentos e racionalização dos mesmos são assuntos várias vezes abordados. É indicado que existia uma má distribuição dos jantares e ceias pelos enfermos, acrescendo o facto das refeições serem muitas vezes roubadas. Para resolver estes problemas, foi deliberado o seguinte: a) repartição das rações passou a estar a cargo do trinchante, consoante o número de doentes de cada enfermaria (a contagem era feita com o bilhete do médico e cirurgião, onde constavam as entradas e saídas de doentes); b) proibição dos pastéis, por não serem convenientes para os doentes. O enfermeiro-mor considerava que “em vez de 24 pasteis, com a mesma despesa serve 48 açordas” (Mendonça, 1761, p. 16); c) diminuição da utilização de sal; d) redução da quantidade de vitela para as refeições; e) doação aos pobres das rações dos mortos e de quem tinha alta; f) extinção da “aplicação” de grande número de galinhas aos médicos, cirurgiões e afins e g) obrigatoriedade do médico indicar o que cada doente deve comer de galinha (“ovos e fígados para desfastio dos doentes”; Mendonça, 1761, p. 17). Foi ainda implementada, junto à cozinha, uma sala com balanças para o trinchante confirmar o peso do pão que se recebesse do exterior.

A organização da roupa nas enfermarias foi também alvo de melhorias por parte do enfermeiro-mor. Estabeleceu que a distribuição da roupa passaria a ser feita pelos enfermeiros, em vez da roupeira, e que o Irmão maior fizesse livros para o inventário de cada enfermaria. Com isto, para além de ter melhorado o fornecimento de roupa quando a mesma era necessária, reduziu também a despesa com o ordenado da roupeira.

Na análise da obra foi ainda possível perceber que o enfermeiro-mor defendia que os doentes deveriam ser assistidos “com amor e caridade” (Mendonça, 1761, p. 12).

Os recursos materiais necessários à prestação de cuidados também são referidos na obra. É indicado que não existia um único instrumento de cirurgia no hospital, sendo preciso pedir emprestado quando era necessário. O enfermeiro-mor refere que, com a sua diligência, tais instrumentos passaram a existir no hospital.

Mendonça indica ainda que procedeu à aquisição de cobre e empregou-o, por um lado na cozinha, “para com limpeza se fazer o comer aos doentes” (Mendonça, 1761, p. 15), e, por outro lado, para fazer “bilhas para remédios, comadres, catimploras, e seringas” (Mendonça, 1761, p. 14), para a assistência aos enfermos nas enfermarias. De realçar que é relatado que o cobre da cozinha fica preso com uma corrente de ferro e cadeados, evitando assim que o mesmo fosse roubado, o que faz supor que tais materiais tenham desaparecido, por roubo, do hospital antes da intervenção deste enfermeiro-mor. Tendo igualmente detetado problemas no fornecimento dos medicamentos aos enfermos internados, ordenou ao boticário que, na botica, não se consentissem estranhos ao serviço, como enfermeiros e ajudantes, e que se examinasse os recipientes em que se colocavam os remédios, para que estivessem sempre limpos. Desta forma conseguiu evitar o desvio de medicamentos e garantir a sua frescura.

Fiscalização

Ao longo de toda a obra, o enfermeiro-mor assume-se como o fiscalizador do cumprimento das medidas por si decretadas e com repercussão nos diferentes setores.

Discussão

Após o terramoto de 1755, o HRTS atravessou várias dificuldades. D. Jorge de Mendonça, enfermeiro-mor a partir de 1758, fez uma avaliação exaustiva dos múltiplos problemas com que se confrontou no Hospital, tendo verificado problemas financeiros, desorganização no arquivo, instalações desajustadas, problemas no fornecimento de alimentos, medicamentos e roupas para os doentes; falta dos mais variados utensílios e instrumentos necessários ao funcionamento das enfermarias, etc. (Carreira, 2012).

D. Francisco Furtado Mendonça, o primeiro enfermeiro-mor do Hospital de S. José implementou várias medidas para controlar os gastos exagerados que se verificavam em diversos serviços - cozinha, rouparia, botica, etc. - para regular a qualidade e o horário das refeições dos enfermos, para controlar o horário de trabalho dos funcionários, para melhorar o funcionamento da botica (Carreira, 2012, p. 297).

O enfermeiro-mor do HRTS, Francisco Mendonça, exerceu, portanto, funções de administração hospitalar, com intervenção nas diferentes áreas da gestão daquela instituição. Também Ferreira (2013) verifica que, nesta época, o enfermeiro-mor dos hospitais militares tinha como atribuições “o acolhimento dos doentes, a distribuição dos doentes pelos enfermeiros, a distribuição do serviço dos enfermeiros no turno da noite, distribuição das refeições e medicamentos, registos de cuidados prestados pelos enfermeiros e acompanhamento dos médicos e cirurgiões” (p. 58).

As funções deste enfermeiro-mor são mais abrangentes que as do enfermeiro-mor do mesmo hospital após a sua fundação. Santos (2014) enuncia que o Regimento do HRTS, datado de 1504, define várias tipologias de funcionários, entre as quais se encontra o provedor, com funções administrativas e, no quadro técnico, juntamente com os físicos, cirurgiões, hospitaleiros e enfermeiros-pequenos, encontram-se os enfermeiros-maiores (ou enfermeiros-mor). Ou seja, em 1504, as funções do enfermeiro-mor seriam mais técnicas do que administrativas e, por isso, mais circunscritas a um serviço específico e não a toda a instituição.

O enfermeiro-mor estava encarregue da enfermaria que lhe estava atribuída, objetivamente da visita, cuidados e satisfação das necessidades dos doentes; era ainda responsável pela escrita do tipo de alimentação de cada doente, com base nas indicações do físico (Santos, 2014).

No século XVI, a administração do HRTS era da responsabilidade do provedor (Santos, 2014).

Segundo Graça (2000), após a fundação do HRTS a nomeação do provedor baseava-se na confiança pessoal e política do rei, sendo escolhido de entre o clero ou nobreza. A partir de 1564, com a junção do HRTS à Misericórdia de Lisboa, esta nomeação passou a ser feita de entre os membros da mesa daquela misericórdia¹, próximos, por isso mesmo, dos cargos de poder. A designação *provedor* caiu em desuso, sendo substituído por *enfermeiro-mor*. De acordo com Graça (2000, para. 3) esta última designação “será provavelmente uma corruptela de irmão-mayor”, já que originalmente, no Regimento do HRST (1504),

o enfermeiro-mor não era um cargo dirigente, mas sim uma simples categoria ocupacional ... enfermeiro-mor (ou enfermeira-mor) era aquele(a) que era responsável por uma enfermaria (de cirurgia ou de medicina, de homens ou de mulheres), tendo para o efeito, como ajudantes, os enfermeiros pequenos.

O enfermeiro-mor do HRTS, após o terramoto de 1755 detinha, portanto, funções de administração hospitalar, sendo recrutado de grupos sociais de onde vinham os enfermeiros menores (clero ou militares). Este cargo terá mais tarde, após a revolução Liberal de 1820, passado a ser exercido por médicos, mantendo a designação de enfermeiro-mor (Graça, 2000). Também Ferreira (2013) encontrou a mesma tendência de transição de poder no cargo de enfermeiro-mor, que começando por ser uma “categoria maior dos enfermeiros militares” (p. 58) em 1766, foi perdendo autonomia ao longo dos anos para o físico-mor em 1797 e culminando com a sua extinção nos hospitais permanentes em 1842.

Conclusão

O enfermeiro-mor Jorge F. Machado de Mendonça, após o terramoto de 1755, reformou o Hospital Real de Todos os Santos, local onde encontrou abusos de várias ordens e elevada desorganização na assistência e no funcionamento. A sua reforma foi abrangente, revelando que o papel do enfermeiro-mor se localizava ao nível da administração do hospital, englobando e abrangendo várias áreas de gestão. Após o terramoto de 1755, o enfermeiro-mor Jorge F. Machado de Mendonça foi,

¹ Até 1530, a administração do Hospital pertenceu à Coroa, sendo esta que designava o Provedor ou Enfermeiro-Mor; de 1530 a 1564, a administração passou à Congregação de S. João Evangelista e, a partir de 1564, à Misericórdia de Lisboa.

portanto, uma figura incontornável da história da enfermagem, com poder de intervenção em áreas como as finanças, a tesouraria, o arquivo, a gestão, disciplina e formação do pessoal, as instalações físicas e gestão de recursos materiais. Apesar de à data da fundação do HRTS o enfermeiro-mor (ou maior) ser uma figura com menos poder, responsável apenas pela gestão de um serviço/enfermaria e sujeito à supervisão por parte de várias outras funções, em 1758, e pelo menos até à revolução liberal em 1820, o enfermeiro-mor, recrutado dos mesmos grupos sociais que os enfermeiros menores (clero ou militares), permaneceu com funções de administração hospitalar.

Referências Bibliográficas

- Carreira, A. M. (2012). *Lisboa de 1731 a 1833: Da desordem à ordem no espaço Urbano* (Tese de doutoramento). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10362/9467>
- Enfermagem, Lisboa, Maio 2013* (pp. 58-59). Recuperado de <http://anhe.pt/wp-content/uploads/2016/11/ebook-ANHE2013.compressed.pdf>.
- Ferreira, J. E. (2013). A figura do enfermeiro como enfermeiro mor: Regulamentos dos hospitais militares do século XVIII e XIX. In *I Simpósio Internacional de História de*
- Graça, L. (2000). *Administração hospitalar: Da laicização à profissionalização*. Recuperado de <http://www.ensp.unl.pt/luis.graca/textos78.html>
- Lemos, M. (1991). *História da medicina em Portugal: Doutrinas e instituições*. Lisboa, Portugal: Dom Quixote/ Ordem dos Médicos.
- Lisboa, A. P. (1758). *Memórias das principais providências, que se derão no terramoto, que padecio a Corte de Lisboa no anno de 1755, ordenadas, e oferecidas à Magestade fidelissima de El Rey D. Joseph I Nosso Senbor*. Recuperado de <http://purl.pt/6695/1/index.html#/s/btml>
- Mendonça, J. F. (1761). *Pelo breve memorial expõe Jorge Francisco Machado de Mendonça ao Senbor Conde de Oeiras, do Conselho de S. Magestade, e seu Secretario de Estado o regimen, que tem estabelecido no Hospital Real de Todos os Santos*. Lisboa, Portugal: Oficina de Miguel Manescal da Costa, Impreffor do Santo Offício.
- Santos, L. L. (2014). Os enfermeiros no hospital Real de Todos os Santos em Lisboa (1504). *Nursing*. Recuperado de <http://www.nursing.pt/?s=Os+Enfermeiros+no+Hospital+Real+de+Todos+os+Santos+em+Lisboa+%281504>

CONFERÊNCIAS

CONFERENCES

CONFERENCIAS

Costa Simões e a necessidade de enfermeiros preparados

Manuel Carlos Rodrigues Fernandes Chaves*

“Somos mais dependentes do que nós queremos dum passado que não conhecemos ou conhecemos mal”.
(Gélis, 1988, p.13)

Introdução

A história da Enfermagem, em particular, a história das escolas e do ensino da Enfermagem em Portugal, tem sido um tema que só recentemente tem sido tratado com cuidado, isto é, tratado com robustez ao nível da investigação, tratamento dos arquivos, a memória e a divulgação do conhecimento histórico da Enfermagem (Silva, 2008).

Concordamos com a ideia de Febvre (1985), como citado por Nunes (2003)

“toda a história é uma escolha. Quando os documentos abundam, o historiador resume, simplifica e coloca em destaque ou apaga (...) o historiador não vagueia ao acaso pelo passado (...) ele parte com uma intenção precisa, responde a um problema ou uma hipótese de trabalho a verificar”.(p. 5)

Assim, ao longo deste texto iremos responder ao desafio de apresentar o percurso e enquadramento histórico do início do ensino da Enfermagem em Portugal, nomeadamente acerca da influência do Dr. António Augusto da Costa Simões e a necessidade de enfermeiros preparados para os Hospitais da Universidade de Coimbra. Principia-se assim uma nova época de formação para a Enfermagem com a abertura de uma escola de enfermeiros, através de um enquadramento teórico, para além da prática e da transmissão oral do conhecimento, tal como tinha acontecido em 1860 em Inglaterra através de Florence Nightingale, em 1873 nos Estados Unidos da América e em 1877 em Paris.

Depois da Escola dos Enfermeiros de Coimbra criada nos Hospitais da Universidade de Coimbra em 1881, nada ficou igual na formação em Enfermagem em Portugal. Um conjunto de escolas com os mesmos princípios foram criadas posteriormente em Lisboa 1886 e no Porto em 1896 (Silva, 2008).

O Contexto

Os primeiros métodos sistemáticos do ensino da Enfermagem foram desenvolvidos por congregações religiosas femininas, num contexto de valorização da caridade, ao nível da saúde, como meio de conciliação de classes sociais e como via de missionação (Silva, 2008). Florence Nightingale, à data, considerava que pertencer a uma classe social elevada ou a vontade de oferecer conforto espiritual não eram qualificações suficientes para o que a Enfermagem e os utentes necessitavam.

Assim, em 1860, Florence Nightingale fundou a *Nightingale Training School*. Durante um ano as estudantes foram preparadas para exercer Enfermagem, superentender e treinar outras estudantes em todas as áreas da Enfermagem (Silva, 2008). A referida escola foi criada em Inglaterra numa altura em que se registava um crescimento da Enfermagem religiosa. Florence Nightingale colocava o aperfeiçoamento da profissão através do treino, salários e estatuto superior, pelo contrário, as irmandades defendiam padrões morais e espirituais superiores em conjunto com trabalho gratuito (Silva, 2008).

Em França, na segunda metade do século XIX, era evidente a soberania das religiosas na prestação de todo o tipo de cuidados, com destaque para as Irmãs da Caridade. Os trabalhos de Pasteur (1822-1895) através da Teoria dos Germes e descobertas relacionadas com a antissepsia e a assepsia tiveram consequências e implicações diretas na saúde pública, nos cuidados assépticos e vacinação, aspetos estes, não valorizados pelas Irmãs da Caridade que por outro lado abdicavam o emprego de técnicas de cuidados de saúde eficazes e, simultaneamente, resistiam aos avanços científicos. Em 1879, no dia 29 de dezembro, o Conselho Municipal de Paris atribuiu uma verba de 17.700 francos e no ano seguinte uma verba de 25.835 francos para a organização da Escola de Enfermeiros e Enfermeiras Seculares (Escola de Enfermeiros e Enfermeiras Laicos) no Hospital Geral de Bicêtre e no Hospital Universitário de Salpêtrière ambos em Paris (Simões, 1888). O *curriculum* deste curso era lecionado por sete professores e compreendia sete unidades curriculares: administração e contabilidade hospitalar; elementos de anatomia, elementos de fisiologia, curativos, especialidades de enfermagem para com as puérperas e recém-nascidos, higiene e pequena farmácia (Silva, 2008; Simões, 1888).

* Prof. Adjunto da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra [mchaves@esenfc.pt]

Apesar das diferenças, a evolução da situação francesa contribuiu para o início da formação dos enfermeiros em Portugal, evitando o recurso aos serviços das religiosas (Soares, 1997).

Em 1884 nos Estados Unidos da América havia já 17 Escolas de Enfermagem (Simões, 1888).

Em Portugal, no início do século XIX havia já um conjunto de hospitais com cargos e funções definidas para os enfermeiros. Como exemplo referimos que em 1805, o regulamento dos hospitais militares previa a existência de um Enfermeiro-Mor, Enfermeiro-Praticante, Enfermeiro-Ordinário e Enfermeiro-Supranumerário (Santos, 2012).

A primeira década do século XIX ficou marcada pelo início das invasões francesas a Portugal e a partida da família Real para o Brasil (Santos, 2012). A segunda década fica marcada “pela revolução liberal com ideias importadas da revolução francesa, onde as ordens religiosas são consideradas um elemento retrógrado no novo projeto liberal” (Henriques, 2007, p.13, citado por Santos, 2012, p. 283).

Em 1851, através do decreto lei de 26 de novembro que reformava o Conselho Geral da Beneficência, o Ministério do Reino determinou “que se fizesse apelo à corporação das Irmãs da Caridade e outras semelhantes para tomar parte no cuidado dos hospitais” (Alves, 1919, p.66). Sobre este mesmo assunto, o Dr. Costa Simões refere que a propaganda do reino “nunca perde o menor ensejo em seu favor, por insignificante que pareça. Trabalha constantemente e sempre com insistência premeditada. Se encontra obstáculos resvala por outra via, à surdina, sem barulho, mas avançando sempre” (Simões, 1888, p. 329).

Após discussão no Parlamento sobre a participação de ordens religiosas, estas foram repatriadas através de um decreto de Anselmo Braancamp em 11 de março de 1862, e reforçada em 31 de maio do mesmo ano através de uma lei que expulsava a Ordem religiosa das Irmãs da Caridade Francesas (Oliveira, 2000). Apesar desta publicação, no dia 9 de dezembro de 1887, podia ler-se no jornal do Porto, “O Primeiro de Janeiro” que o Bispo de Coimbra pretendia que lhe fosse concedido o Convento de Celas para servir de recolhimento às Irmãs Hospitalares, que iriam ser Enfermeiras nos Hospitais da Universidade de Coimbra, o que nunca veio a acontecer (Simões, 1888).

Entre 1868 e 1871 houve cinco eleições, um golpe de estado e oito governos. O país vivia uma enorme instabilidade resultado em parte pelos “enormes défices e colapso do crédito do Estado” (Martins, 2011, p. 37).

No final do século XIX, os hospitais portugueses debatiam-se com problemas de espaço e qualidade das instalações uma vez que estas se apresentavam desadequadas, deterioradas e sobrelotadas, com condições insuficientes ao nível da higiene e salubridade com pessoal médico desprovido de tecnologia moderna e com enfermeiros com falta de formação, em número muito insuficiente e com uma remuneração reduzida (Silva, 2008).

No final do século XVIII e século XIX, havia ainda uma opinião defendida por alguns clínicos que a formação dos enfermeiros deveria ser planeada pelos médicos com o cuidado de delimitar claramente a sua esfera de ação. No programa do curso de enfermeiros do Hospital da Marinha, criado em 1888, no seu programa incluía matérias como “a conduta enquanto o médico não chega” e sobre as “circunstâncias em que o enfermeiro pode substituir o médico” (Silva, 2008, p. 47). Miguel Bombarda, [1851-1910], médico, num artigo escrito em 1900 na revista *A Medicina Contemporânea* de 4 de março, ironizava referindo que “os hospitais civis de Lisboa continuarão a viver sem esta perigosa inovação de enfermeiros capazes” (Silva, 2008, p.48).

O Professor Doutor António Augusto da Costa Simões

Nasceu em 23 de agosto de 1819 no lugar de Moinhos do Reconco na Mealhada. Era filho do capitão do exercito Francisco José Simões natural de Almolfa de S. Pedro atualmente do concelho de Figueiró dos Vinhos e de D. Teresa Justina de Jesus natural da Vacariça, concelho da Mealhada (Carvalho, 1997; Lopes & Rodrigues, 2009; Salgado, 2003).

Na sua educação estiveram bem presentes a austeridade de procedimentos e respeitabilidade vindos do seu pai e a bondade e a idiossincrasia herdada de sua mãe. Desde cedo foi preparado para o trabalho, retidão de comportamentos e respeito pelo dever (Salgado, 2003). Iniciou os seus estudos pré-universitários numa escola de latim, teologia e outras disciplinas, escola esta que terminou no decurso do século XIX na paróquia e então sede do concelho da Vacariça (Salgado, 2003).

Em 1835 iniciou os seus estudos universitários com vista à sua licenciatura em medicina, que à data tinha a duração de oito anos, principiando com a frequência do primeiro ano de matemática, três anos na faculdade de filosofia e os restantes quatro anos na faculdade de medicina (Salgado, 2003). Terminou a licenciatura em medicina em 1843 com 24 anos e iniciou de imediato as suas funções como médico municipal em Figueiró dos Vinhos (Salgado, 2003). Em 1848 escreveu a Topografia Médica das Cinco Villas (Chão de Couce, Avelar, Pousa Flores, Maças de Dona Maria e Aguda pertencentes ao concelho de Figueiró dos Vinhos, apresentando de forma pormenorizada as suas gentes e o seu viver (costumes, hábitos, alimentação, movimentos demográficos, graus de instrução e as suas crendices). O Dr. Costa Simões doutorou-se em medicina no dia 16 de julho de 1848 com apenas 29 anos de idade (Salgado, 2003; Universidade de Coimbra, 2017).

No ano de 1850 apresentou à Câmara Municipal da Mealhada um plano de reforma dos Banhos do Luso. A reforma que se seguiu fez com que o Luso passasse a ser procurado por pessoas de todo o País “para cura de doenças de pele, reumatismas e a ser o único centro termal de Portugal” (Lopes & Rodrigues, 2009, p. 101).

Em outubro de 1952 foi nomeado demonstrador da cadeira de Matéria médica e Farmácia da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (Lopes & Rodrigues, 2009). Em decreto de 6 de dezembro de 1854 foi-lhe conferido o lugar de lente substituto ordinário da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (UC; Salgado, 2003). Em 3 de maio de 1860 foi nomeado professor catedrático da cadeira de Anatomia descritiva.

Em 1852, foi sócio fundador do *Instituto*, uma academia Científica criada em Coimbra pela maior intelectualidade da época, composta pelas secções de Arqueologia, Literatura e Belas Artes (Salgado, 2003). Em 1853, o Dr. Costa Simões iniciou os seus estudos sobre *construções e regime sanitário e administrativo dos hospitais* tornando-se, provavelmente, o único especialista em Portugal e um dos mais reputados da Europa.

A reforma dos estudos em medicina a partir de 1853 começou a ser defendida por Costa Simões que os considerava, até à data, meramente teóricos defendendo a introdução do método experimental que implicava a constituição de laboratórios e a compra de instrumentos e aparelhos adequados (Salgado, 2003). Segundo Providência e Lobo (2017), o Dr. Costa Simões propôs à Faculdade de Medicina em 1859 uma cadeira de Histologia e Fisiologia Geral que só passados 4 anos no dia 26 de maio de 1863 viria a ter a sua regência, fruto da sua persistência e “postura na ciência que sempre se destacou através de um espírito inovador e uma forte vontade em romper com a tradição e as rotinas instaladas nos meios académicos” (Lopes & Rodrigues, 2009, p. 99). As facetas da personalidade do Dr. Costa Simões são variadas e apontam para a sua tendência de corrigir tudo aquilo que se afigurava suscetível de ser melhorado. De acordo com Salgado (2003), era dotado de um

“espírito linfático e geneticamente inovador, criativo e perseverante, atingindo mesmo a teimosia apresentava ao mesmo tempo uma configuração física atraente, embora de pequena estatura e elegante, o seu perfil era cativante, com barba e cabelo alvos como a neve, fronte de pensador, sorriso límpido, olhar meigo e sereno”. (p. 35)

Os seus discípulos carinhosamente e respeitosamente referiam-se ao Dr. Costa Simões como “Sábio” e “Velhinho”. Este referia que sendo considerado como “Velhinho” significaria que o consideravam *sábio* e *bom* simultaneamente (Salgado, 2003).

O Dr. Costa Simões mantinha uma ligação institucional, mas próxima com os estudantes. Nas suas aulas práticas, inovadoras na época, o Dr. Costa Simões vestia a sua bata e praticava em conjunto com os futuros médicos nos laboratórios, contrariando assim os seus colegas docentes que privilegiavam e defendiam as aulas Magistrais. Dava o seu *feedback* de imediato aos seus estudantes escrevendo pequenas informações com o que cada estudante deveria melhorar e entregava-as individualmente (N. Salgueiro, entrevista pessoal, 15 de setembro, 2017). Aliás, o papel de pedagogo destacava-se à data como inovador e criticado pela academia. Atualmente sabemos que o Feedback Imediato do Desempenho dado aos estudantes é uma das Sete Boas Práticas na Docência do Ensino Superior (Chaves & Pinheiro, 2015).

O Dr. Costa Simões acompanhava e estava muito presente em todos os seus projetos desde a fase inicial, alguns destes eram desenhados pelo próprio, acompanhando rigorosamente os orçamentos e os meios para os financiamentos e alguns deles pagos com o seu próprio dinheiro (N. Salgueiro, entrevista pessoal, 15 de setembro, 2017).

Nos anos de 1855 e 1856, no momento em que a cidade de Coimbra sofria uma epidemia de cólera, o Dr. Costa Simões foi nomeado pela Faculdade de Medicina para o cargo de diretor dos hospitais dos cólericos, ou seja, o Hospital da Conceição em Coimbra, juntamente com o seu colega Dr. Macedo Pinto. Suspendeu o seu cargo em novembro de 1855 para preparar o seu cargo seguinte, a eleição inesperada para a Presidência da Câmara Municipal de Coimbra (Lopes & Rodrigues, 2009). Em 1856 foi eleito para o cargo de Presidente da Câmara Municipal de Coimbra, cargo este que exerceu durante 2 anos de 1 de janeiro de 1856 a 31 de dezembro de 1857 (Salgado, 2003). Neste período, o Dr. Costa Simões preocupou-se com o fornecimento ao domicílio de água potável aos habitantes da cidade assim como outras reformas sanitárias como esgotos e ordenamento dos cemitérios.

Ainda no ano de 1857, no dia 23 de março tornou-se sócio da Academia Real das Ciências de Lisboa.

Em 17 de dezembro de 1864, com o objetivo de visitar os principais institutos médicos europeus, inicia a sua primeira viagem a qual suportou parte das despesas com o seu próprio dinheiro, visitando França, Bélgica, Holanda, Suíça, Áustria e Alemanha, ouvindo e trabalhando com os mestres mais célebres nos seus laboratórios, encomendando aparelhos laboratoriais atuais e nas melhores condições económicas. A sua primeira viagem termina no dia 16 de dezembro de 1865 (Salgado, 2003).

Entre 1866 e 1882 foi ensinando a sucessivas gerações de estudantes as técnicas mais modernas de Histologia e Fisiologia Geral, sendo à data, considerado o primeiro histologista e fisiologista português e o fundador da primeira escola experimental em Portugal (Salgado, 2003).

CONFERÊNCIA

Em 1868 foi eleito membro do Parlamento Português, cargo que manteve até 18 de maio de 1870 dando assim por terminada a sua “efémera e fugaz carreira política” (Salgado, 2003, p.84).

No ano de 1870, no mês de julho, o Dr. Costa Simões foi nomeado administrador dos Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC). No ano de 1872, no dia 30 de outubro, elabora um ofício remetendo o orçamento para o biénio seguinte onde fez constar uma proposta de aumento do pessoal das enfermarias, nomeadamente para os enfermeiros onde propunha um aumento de 14,2% propondo 400 réis por dia de trabalho e para as enfermeiras um aumento de 7.1% totalizando 300 réis, valores estes que igualavam os salários de um quadro médio e/ou elevado que se praticava na indústria à data. Esta proposta, fundamentada “nas exigências atuais da profissão de Enfermagem e também pela dificuldade de selecionar novos enfermeiros, simplesmente porque não existem, evitando assim uma crise” não teve a aprovação do governo assim como na renovação deste pedido nos orçamentos seguintes até ao final da sua administração nos HUC (Simões, 1888, p.276-277). No ano de 1878 publicou o livro intitulado *Histologia dos Músculos*. Neste mesmo ano iniciou a segunda viagem científica à Europa, viagem esta totalmente financiada pelo seu dinheiro sem qualquer comissão ou subvenção do governo (Silva, 2008). Visita Espanha, Itália, França, Inglaterra e Bélgica. Nesta viagem, para além de estar relacionada com a sua cadeira de *Histologia e Fisiologia* e também a aquisição de novos materiais laboratoriais, o Dr. Costa Simões aproveitou a riqueza desta segunda viagem científica para aprofundar os seus estudos relacionados com a hospitalização para aplicação nos HUC (Lopes & Rodrigues, 2009; Salgado, 2003).

No dia 17 de outubro de 1881, por sua iniciativa, com a ajuda dos seus amigos e com um orçamento suportado pelo próprio, é inaugurada a primeira Escola de Enfermagem em Portugal, a Escola dos Enfermeiros de Coimbra.

Entre 25 de novembro de 1882 e 11 de dezembro de 1883, o Dr. Costa Simões suspendeu a sua administração dos HUC para atender ao pedido da Santa Casa da Misericórdia para reformar o Hospital de Santo António no Porto (Lopes & Rodrigues, 2009; Salgado, 2003; Simões, 1888).

No final do ano letivo de 1881/1882, o Dr. Costa Simões requereu a jubilação do ensino oficial da Universidade de Coimbra, encerrando a docência que cumpriu ao longo de 30 anos. Numa sessão solene em 23 de fevereiro de 1883, promovida pelos estudantes de medicina e por iniciativa do seu discípulo, o Dr. Eduardo Abreu, à data estudante do 5º ano, ofereceram um álbum com a fotografia de todos os estudantes com a seguinte dedicatória “Ao Sábio, Honrado e Benemérito Professor Costa Simões” (Salgado, 2003, p.34). O Dr. Costa Simões não esteve presente devido à sua humildade e pouco interesse pelas comendas e títulos quando tinham como objetivo a sua pessoa (Lopes & Rodrigues, 2009; Salgado, 2003).

Em agosto de 1890, foi incumbido pelo governo a realizar uma terceira viagem científica no estrangeiro. Por motivos de doença, esta viagem só se concretizou em 1891 e dirigiu-se fundamentalmente a realizar visitas a diversos hospitais de um conjunto alargado de países da Europa. Esperavam-se resultados práticos, uma vez que ao longo de 25 anos de estudos, os HUC mantinham-se estagnados (Silva, 2008).

O Dr. Costa Simões foi nomeado reitor da Universidade de Coimbra em 24 de setembro de 1892 mandato que cumpriu ao longo de seis anos até ao dia 17 de fevereiro de 1898. Durante o último ano como reitor aconselhava os estudantes a modificarem os códigos de conduta relativamente à praxe académica, evitando assim, tal como hoje ainda se verifica, abusos e alguns com gravidade (Salgado, 2003). A sua demissão como reitor resultou, apesar de todo o seu empenho e dedicação à academia, pelo rotativismo político da época entre Regeneradores e Progressistas da Monarquia Constitucional. Foi demitido pelo conselheiro José Luciano de Castro que se dizia amigo do Dr. Costa Simões (Salgado, 2003).

Após a demissão como reitor em 1898, com 79 anos, o Dr. Costa Simões refugiou-se na sua casa na Quinta do Murtal na Mealhada, casa que o próprio desenhou, dispondo de um laboratório e de uma biblioteca valiosa. Este património bibliográfico foi entretanto doado após a sua morte, uma parte à Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra em 1904. Por influência da Professora Jubilada Nídia Salgueiro e de uma sobrinha do Dr. Costa Simões, uma outra parte do seu acervo bibliográfico foi doado em 1981 à Escola Superior de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca por ocasião da comemoração do seu centenário, atualmente denominada Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (Bento, 2006; N. Salgueiro, entrevista pessoal, 15 de setembro, 2017).

Em 1900, o Dr. Costa Simões ainda organizou a sua quarta e última viagem científica com o objetivo de atualizar os seus trabalhos já publicados. Esta viagem não se concretizou devido a dois fatores, o primeiro deveu-se ao não financiamento pelo ministro do reino da época, alegando o caráter pessoal desta viagem, o segundo motivo deveu-se aos escassos recursos económicos do Dr. Costa Simões que não permitiam custeá-la na totalidade. A recusa do financiamento pelo ministro do reino chocou profundamente o Dr. Costa Simões, dado que quase todas as viagens científicas anteriores que empreendeu foram custeadas pelo seu próprio dinheiro e se destinarem a satisfazer o interesse público e nunca os interesses pessoais (Salgado, 2003).

O Dr. Costa Simões, apesar de ter trabalhado incessantemente ao longo de 60 anos, nunca pediu honorários pelos seus trabalhos suplementares que realizou um pouco por todo o país, desabafa numa carta escrita pelo próprio referindo “quando devia ter recompensa de tão desinteressadas canseiras, estou lutando com falta de meios para a manutenção do meu modesto viver” (Salgado, 2003, p. 91).

O Dr. Costa Simões faleceu em sua casa a 26 de novembro de 1903 na Quinta do Murtal, com 84 anos de idade.

Escola de Enfermeiros de Coimbra

Em 17 de outubro de 1881 foi inaugurada a Escola de Enfermeiros de Coimbra, a primeira Escola de Enfermeiros em Portugal (Bento, 2016; Chaves, 2012; Fernandes, 1998; Lopes & Rodrigues, 2009; Nunes, 2003; Pereira, Cardoso & Rodrigues, 2013; Santos, 2001; Santos, 2012; Silva & Bastos, 2013; Silva, 2008; Simões, 1888).

Importa referir que, ao contrário de outros países, como França por exemplo em 1877, as Escolas de Enfermagem em Portugal foram criadas para habilitar pessoal laico estranho às ordens religiosas, que substituíse vantajosamente as irmãs da Caridade nos serviços hospitalares (Simões, 1888). A razão da criação da Escola de Enfermeiros de Coimbra não foi a formação de enfermeiros/as para a substituição das religiosas, uma vez que estas nunca existiram nos Hospitais da Universidade de Coimbra (Silva, 2008; Simões, 1888). A única razão foi “dar melhor instrução aos enfermeiros e enfermeiras” (Simões, 1888, p. 333). A fundação das primeiras escolas de enfermeiros em Portugal enquadra-se no contexto técnico e organizacional através da institucionalização da medicina e as respetivas consequências, como a crescente complexidade dos cuidados de saúde (Nunes, 2003).

Segundo o Dr. Costa Simões, as condições de funcionamento da primeira Escola de Enfermeiros de Portugal “eram limitadíssimas”, uma só cadeira de serviços de enfermagem e três cadeiras preparatórias, instrução primária, português e tradução da língua francesa (Simões, 1888, p. 334).

Na cadeira de *Serviços de Enfermagem*, da qual era responsável o seu amigo e companheiro de algumas viagens científicas o Dr. Ignacio Rodrigues da Costa Duarte que em conjunto com o Dr. Costa Simões optaram por limitar as noções teóricas (mais direcionadas ao médico) e optar por um ensino mais técnico e prático, este sim da competência do enfermeiro (Silva, 2008). Na impossibilidade de fazer constar nesta única cadeira, as sete cadeiras das escolas de Enfermagem de Paris, e também pelo facto de os estudantes não estarem ainda preparados para a tradução de publicações francesas, o Dr. Costa Duarte litografou todas as suas aulas numa brochura a que denominou “*Guia do Enfermeiro*”, que não chegou a passar da página 96” (Simões, 1888, p. 335). Nesta publicação além das noções práticas dos serviços de enfermagem estavam também “noções de anatomia humana, noções de fisiologia, curativos e aparelhos de apósitos, ligaduras e algumas intervenções de pequena cirurgia assim como noções gerais de matéria médica e de farmácia” (Simões, 1888, p. 336).

A cadeira de *Tradução da Língua Francesa* teve como regente o Dr. Joaquim da Fonseca, médico interno dos HUC. A cadeira teve como objetivo proporcionar aos enfermeiros a leitura dos manuais que já haviam sido publicados em França e outros que, entretanto, fossem publicados (Simões, 1888).

A cadeira de *Instrução Primária* iniciou-se no dia 25 de outubro de 1881. Era regida pelo Professor Anastácio Franco da Silva. Dirigia-se fundamentalmente às criadas para que pudessem concorrer às vagas no quadro das enfermeiras (Simões, 1888).

A cadeira de *Português* foi regida pelo Professor Cândido António Leite e teve início em dezembro do mesmo ano. Teve como objetivo dotar os estudantes de noções de gramática necessárias para a aprendizagem da língua francesa (Silva, 2008). A sua dedicação e desempenho exemplar proporcionou aos estudantes um bom aproveitamento (Simões, 1888).

O Dr. Ignacio Costa Duarte no dia 17 de outubro deu início aos trabalhos do curso, reunindo todos os enfermeiros que pretendia formar, expôs as vantagens de uma instrução apropriada, embora reconhecesse as dificuldades relativas à profissão de Enfermagem, como um trabalho intenso e difícil e sempre de baixo vencimento provavelmente dependente das poucas habilitações que habitualmente tem a classe de Enfermagem (Simões, 1888). Por outro lado, O Dr. Costa Duarte referia simultaneamente a caridade enquanto virtude cristã do bom desempenho do serviço de enfermagem defendendo “o modelo de enfermeira ideal na qual a devoção ocupava um lugar central” (Silva, 2008, p. 63). Pelo contrário, o Dr. Costa Simões, fazia questão, sempre que oportuno, citar o médico Rudolf Virchow [1821-1902], considerado o pai da Patologia Moderna e da Medicina Social, que opinava e defendia a “secularização de todos os hospitais, referindo que os princípios da caridade, inerentes ao coração humano, não eram apanágio exclusivo do catolicismo, protestantismo ou de qualquer outra religião” (Simões, 1888, p. 324).

Importa realçar que as despesas do funcionamento da Escola de Enfermeiros de Coimbra não sobrecarregaram os encargos do hospital. Segundo o Dr. Costa Simões a escola nunca teve autorização do governo uma vez que nunca foi pedida. O trabalho desempenhado pelo Dr. Ignacio Costa Duarte e Joaquim da Fonseca foi gratuito. A despesa foi apenas relativa aos honorários dos Professores Cândido Leite e Anastácio Silva, a compra de livros e a litografia do *Guia do Enfermeiro*. Todas estas despesas foram custeadas pelo Dr. Costa Simões (Simões, 1888).

A Escola dos Enfermeiros de Coimbra não progrediu. A jubilação do Dr. Costa Simões em 1882, a comissão de serviço que desempenhou no Hospital de Santo António no Porto e a doença grave do Dr. Ignacio Costa Duarte foram factos sucessivos que iam forçando o adiamento da reabertura da escola. A este propósito, no dia 31 de dezembro de 1885, dia em que terminou o seu mandato como administrador dos Hospitais a Universidade de Coimbra, reconheceu humildemente que não cumpriu o seu desejo de realizar a reforma da Escola de Enfermeiros de Coimbra. Apenas fica a “lisonja nota de ter sido a iniciadora das outras escolas de enfermeiros que já temos no país e d’outra que terá que substituir aquella nos hospitais da universidade, n’um futuro que não se deixará esperar por muito tempo” (Simões, 1888, p. 340).

Apesar da Escola de Enfermeiros de Coimbra não ter continuado, não significa que a necessidade de enfermeiros preparados não fosse sentida em Coimbra. Em 1883 na revista *Coimbra Médica* de 15 de outubro, falava-se na criação de uma Escola Especial de Enfermeiros organizada pela Faculdade de Medicina de Coimbra no âmbito das *Reformas da Faculdade*, referindo-se que “seriam óbvias as vantagens que daí adviriam, nem se pode compreender um serviço hospitalar bem organizado sem enfermeiros instruídos na sua profissão” (Silva, 2008, p. 66).

Após 40 anos da criação pelo Dr. Costa Simões da Escola de Enfermeiros de Coimbra, formação de enfermeiros em Coimbra é retomada apenas em 1919 através pela publicação do Decreto nº 5736 por ocasião da reorganização dos serviços dos Hospitais da Universidade de Coimbra (Silva, 2008).

Considerações finais

O Dr. António Augusto da Costa Simões, o fundador da primeira Escola de Enfermagem em Portugal, foi um homem empenhado, persistente e interveniente, que aliou uma sólida carreira científica e académica ao desempenho de importantes cargos administrativos, municipais, universitários e sobretudo hospitalares. O seu interesse pelos assuntos hospitalares e as suas visitas científicas pela Europa torna compreensível a sua preocupação também com as questões ligadas ao desenvolvimento da Enfermagem (Silva, 2008). Este desenvolvimento consubstancia-se no contributo importante que teve, seja na formação para capacitar os enfermeiros e enfermeiras para a crescente complexidade dos cuidados de saúde, seja nas persistentes tentativas que realizou junto do governo para uma melhoria dos salários dos enfermeiros, contribuindo assim para uma maior dignificação da profissão de Enfermagem.

Advogamos e concordamos que “a criação da Escola de Enfermeiros de Coimbra representou um marco importante, decisivo e incontornável, naquele que foi o percurso de construção, evolução e solidificação da Enfermagem enquanto profissão em Portugal” (Bento, 2016, p. 6).

O Professor Doutor Costa Simões construiu um passado ímpar, totalmente dedicado às diversas missões que desempenhou com brio, dedicação, inovação e muitas vezes usando os próprios recursos financeiros. Deixou uma extensa obra escrita, 56 livros, resultante da atividade científica intensa que desenvolveu praticamente até ao fim da sua vida.

A grande homenagem que ainda hoje e no futuro podemos fazer ao Dr. António Augusto da Costa Simões é usarmos o seu valioso exemplo.

Referências bibliográficas

- Alves, A. L. (1919). O ensino de Enfermagem nos hospitais de Lisboa. *A Medicina Contemporânea*, 9, 65-68.
- Bento, M. C. (2006). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra: A história de um percurso de fusão. *Revista de Enfermagem Referência*, 2(3), 73-77.
- Bento, M. C. (2016). *Discurso do dia da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*. Recuperado de <https://www.esenfc.pt/pt/page/3457?idMenu=22>
- Carvalho, A. B. (1997). *A escrita do tempo*. Mealhada, Portugal: Bombeiros Voluntários da Mealhada.
- Chaves, M. C. (2012). O ensino de Enfermagem: De Nightingale a Bolonha. In M. A. Rodrigues & M. C. Bento (Coords.), *Enfermagem: De Nightingale aos dias de hoje: 100 anos* (pp. 119-129). Coimbra, Portugal: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde – Enfermagem/Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Chaves, M., & Pinheiro, M. R. (2017). Boas práticas docentes no ensino superior: Uma questão de autoeficácia individual e coletiva. In C. P. Albuquerque, A. L. Oliveira, A. M. Seixas, A. G. Ferreira, C. C. Santos, M. P. Paixão & R. P. Paixão (Coords.), *O ensino superior pós Bolonha: Tempo de balanço, tempo de mudança: Livro de atas, Coimbra, Portugal, 5-6 Novembro 2015* (pp. 63-68). Recuperado de <https://estudogeral.sib.ucp.pt/bitstream/10316/37062/1/O%20ENSINO%20SUPERIOR%20P%C3%93S%20BOLONHA.pdf>
- Fernandes, J. (1998). A construção do currículo em Enfermagem: Concepções educacionais e pedagógicas: Da normativa à autonomia. *Revista de Enfermagem Referência*, 1(0), 33-39.

CONFERÊNCIA

- Gélis, J. (1988). *La saga-femme au la médecin*. Paris, France: Fayard.
- Lopes, A., & Rodrigues, M. (2009). Apontamentos sobre a obra e o homem que fundou a primeira Escola de Enfermagem em Portugal: António Augusto da Costa Simões. *Revista de Enfermagem Referência*, 2(10), 97-106.
- Martins, R. C. (Coord.). (2011). *Portugal 1974: Transição política em perspetiva histórica*. doi: 10.14195/978-989-26-0465-7
- Nunes, L. R. (2003). *Um olhar sobre o ombro: Enfermagem em Portugal (1881-1998)*. Loures, Portugal: Lusociência.
- Oliveira, J. T. (2000). *Veneza e Portugal no século XVI: Subsídios para a sua história*. Lisboa, Portugal: Comissão Nacional para as Comemorações dos Descobrimientos Portugueses/Imprensa Nacional-Casa de Moeda.
- Pereira, A., Cardoso, D., & Rodrigues, M. (2013). Marcos históricos do ensino e investigação em Enfermagem em Coimbra: Séc. XIX-XXI. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(9), 191-200. doi: 10.12707/RIII13HM
- Providência, P., & Lobo, R. (2017). *Costa Simões: Edifícios de investigação médica na Universidade de Coimbra na segunda metade do Século XIX*. Recuperado de http://www.ces.uc.pt/myces/UserFiles/encontros/849_Paulo%20Provid%EAncia%20%26%20Rui%20Lobo%20CLBHC%202.pdf
- Salgado, N. (2003). *O Prof. Doutor Costa Simões: O passado como exemplo no futuro*. Coimbra, Portugal: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Santos, A. C. (2001). A Escola Superior de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca: ontem, hoje e amanhã. *Revista de Enfermagem Referência*, 1(7), 43-50.
- Santos, L. F. (2012). *Uma história da Enfermagem em Portugal (1143-1973): A constância do essencial num mundo em evolução permanente* (Tese de doutoramento não publicada). Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, Portugal.
- Silva, A. I. (2008). *A arte de enfermeiro: Escola de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca*. Coimbra, Portugal: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Silva, F., & Bastos, L. (2013). *Faces e fases da Enfermagem*. Vila Nova de Famalicão, Portugal: Editorial Novembro.
- Simões, A. A. (1888). *A minha administração dos Hospitais da Universidade: Uma gerência de 15 anos sob a reforma de 1870*. Coimbra, Portugal: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Soares, M. I. (1997). *Da touca de brim à blusa branca: Contributo para a história do ensino em Portugal (1880-1950)*. Lisboa, Portugal: Educa.
- Universidade de Coimbra. (2017). *António Augusto da Costa Simões (1819-1903)*. Recuperado de https://www.uc.pt/org/historia_ciencia_na_uc/autores/SIMOES_antonioaugustodacosta

Fontes para a história da enfermagem: Condições e possibilidades do ofício de *clio*

José Manuel Louzada Lopes Subtil*

Introdução

Alguma historiografia recente sobre a enfermagem tomou um rumo novo que é de saudar, porém, no meu entender, é necessário ser acompanhado por reflexões, análises e instrumentos capazes de qualificar a atividade científica. Se é um momento diferente da pré-história que o antecedeu, tem vários desafios pela frente, sobretudo porque a grande maioria dos produtores dos novos discursos não são historiadores mas profissionais da saúde que tendem a ser convencidos facilmente pela ideia de que a história é uma ciência fácil desde que saibamos escolher boas fontes, perseguir a *verdade* dos documentos e possuir competências para produzir discursos narrativos devidamente encadeados e lógicos que façam sentido e justifiquem a concretização dos objetivos da investigação.

Mas a história é talvez a ciência mais complexa por ser contaminada pela ideia do senso comum de que, afinal de contas, todos somos capazes de contar *estórias* como comprovam, aliás, as práticas quotidianas das nossas vidas. Este impulso irresistível para dizer aos outros o que achamos que ocorreu é dominado, também, pela ideia de que devemos preencher o horror do vazio da *realidade* quando não encontramos sentido ou explicação para as coisas. E quando assim é, quanto maior for o esforço de ficção maior parece ser a probabilidade de verosimilhança dos *factos* com a realidade. Contra moinhos de vento e subjetividades, umas mais porosas que outras, os nossos desejos tomam conta das explicações, por isso, as nossas práticas científicas no domínio da história são também práticas de poder dominadas pela luta das interpretações e pelo domínio dominante da orientação interpretativa dominante.

Pelo que se pode verificar por este simpósio e por outras iniciativas recentes, esta nova fase da historiografia da enfermagem é caracterizada pela preocupação positivista, quanto a mim, bem na medida em que o suporte empírico será fundamental para a fase da teorização, embora alguns sempre acabarão por ficar pelos *factos legitimados* pelos documentos ou por lógicas de oportunidade, interesse ou moda e pelas narrativas literárias.

Mas esta etapa *positivista* precisa de ser controlada epistemologicamente na medida em que facilmente se admite que o conhecimento científico é o conhecimento verdadeiro, racional, certo e preciso, neste caso fundamentado por documentos *verdadeiros*, portanto, um conhecimento assente na orgânica dos conteúdos informativos dos documentos. Nestas circunstâncias, a grande tarefa do historiador parece ser a de encontrar estes documentos, testar a sua veracidade de produção e proceder ao confronto das informações para construir uma história sobre o que efetivamente se terá passado.

Precisamente por tudo isto, este momento positivista está associado a uma dinâmica para organizar arquivos, bibliotecas e museus como instituições de custódia e preservação da memória dos documentos. E, concomitantemente, à criação de instrumentos de acesso e recuperação da informação como sejam reportórios, índices, catálogos, descrições de séries e inventários.

Dividirei a minha contribuição para o debate destas questões em duas partes. Numa primeira, convocarei algumas das tarefas mais urgentes e consistentes no domínio das fontes com base na experiência portuguesa que se iniciou no século XIX e que ainda prossegue, doravante com novas tecnologias, plataformas e contornos técnicos e metodológicos.

Numa segunda parte, como reação ao método positivista, evolucionista e individualista, invocarei alguns tópicos relacionados com a conceptualização em história, a reconstrução de uma heurística pós-moderna, a multidisciplinariedade do conhecimento histórico sem fronteiras disciplinares. E, como referencial do trabalho científico, a hermenêutica sobre a construção social do conhecimento, a gnoseologia da interpretação e a ontologia dos sentidos cujas consequências cobrem os territórios da história da enfermagem, tão dispareas como a microsociologia, a nova história institucional, a taxonomia da diferenciação, a regulação não oficial, o poder simbólico, a cartografia, a representação literária, os dispositivos disciplinares, o processo de inculcação, a produção imagética, a prosopografia, a biografia, a iconografia, a ritualização e o cerimonial, a

* Professor Catedrático, Universidade Autónoma de Lisboa

autorrepresentação, a história das ideias, das ausências, dos espaços, dos sentimentos e dos desejos.

Em conclusão: a par da *revolução* empírica que está a acontecer, a historiografia da enfermagem terá que fazer a sua incursão teórica ou, pelo menos, alguns terão que a fazer. A grande maioria prosseguirá, certamente, uma história narrativa sobre a actividade profissional da enfermagem e dos seus protagonistas, mas não será capaz de oferecer interpretações que contribuam para a (des)construção das perceções sociais, culturais e mentais que acompanharam e acompanham o exercício da enfermagem.

A vantagem da interpretação sobre a explicação é que, desde logo, se assume como um olhar particular e não único, mostra os contornos conceptuais que desenham os modelos de análise e, deste modo, fica disponível para a reconstrução dos sentidos e das conclusões retiradas do processo interpretativo. Pelo contrário, a explicação é exclusiva, restringe, limita e cega o olhar plural sobre a realidade.

O Pólo Empírico

O conjunto de informações disponíveis nas instituições arquivísticas e nas bibliotecas desde, pelo menos o século XVI, é muito diversificado, enorme e está marcado pelo paradigma positivista do século XIX na sequência da revolução liberal (1820) e das sucessivas *mortes institucionais* de organismos políticos e administrativos da Coroa e da Igreja Católica (tribunais, secretarias, intendências, mesas, conventos, mosteiros e remodelação dos cartórios) bem como pelo incremento da investigação científica e o desenvolvimento dos conhecimentos impulsionados, sobretudo, pela Academia Real das Ciências. Podemos dizer que esta dinâmica que veio a ter implicações na conservação, custódia e acessibilidade dos documentos foi cunhada pelos parâmetros da teoria liberal estadualista sem preocupações teóricas.

De destacar, portanto, como consequência desta mudança a incorporação dos núcleos arquivísticos dos organismos do Antigo Regime, a criação de instituições de arquivo, tratamento documental (instrumentos de descrição, acessibilidade e recuperação da informação), produção em massa de coleções de legislação, dicionários e repertórios e, não menos importante, a formação de profissionais habilitados com competências e técnicas apropriadas (arquivistas e bibliotecários). Este contexto marcou a preferência por temas ligados aos municípios, poder régio, organização da administração central e corporações com o objetivo de desenvolver um programa político regenerador da revolução contra o *absolutismo* como, mais tarde, no início do século XX, aconteceria com a democracia contra a ditadura do Estado Novo e a ideologia corporativa. Do que acabou de ser dito podemos retirar a conclusão de que a qualidade da informação disponível está assente, na sua grande maioria, na produção e tramitação burocrática, ou seja, informação *oficial* produzida por órgãos ligados ao poder, tanto para o Antigo Regime como para o Liberalismo. Estamos, portanto, diante de relatos e descrições que correspondem a agentes e produtores de textos muito limitados e circunscritos o que não nos permite aceder a fontes ligadas a camadas menos letradas ou menos privilegiadas.

O caso da enfermagem é, neste aspeto, muito importante na medida em que o discurso dos médicos, pela relevância social e política que adquiriram desde os finais do século XVIII, é o que prevalece nos documentos disponíveis, além de que deixou de ser oportuna e adequada a atividade de enfermagem nos meios eclesiais ou corporativos ligados à Igreja. Todas as fontes documentais administrativas que nos permitem quantificar e identificar a atividade dos enfermeiros surgem, portanto, em contextos administrativos nos quais os enfermeiros não tinham, de uma forma geral, uma intervenção dominante e estavam afastados dos circuitos de decisão e participação política.

Por outro lado, a voz feminina, tão próxima da atividade da enfermagem, está ausente destes discursos e circuitos *oficiais* o que tolhe, em grande parte, a perceção que os enfermeiros e enfermeiras tinham da sua própria profissão, bem como percecionavam a sua relação com outras profissões no domínio da saúde pública e na evidência social das suas contribuições para o bem-estar das populações em todas as dimensões.

No conjunto destes documentos oficiais, ganha uma importância excessiva a legislação por se reconhecer nos seus textos a voz do Estado e, nesta medida, podemos recolher o sentido dos avanços e das reformas que se pretendiam introduzir ou que eram mesmo programas para o sector da saúde pública. Neste tipo de fontes legislativas ganha predominância o fascínio pela sua utilização na medida em que são de fácil reconhecimento e permitem o desenvolvimento de discursos fáceis sobre as suposições que encerram ou permitem sugerir. Trata-se de uma fonte importante mas de tratamento muito cuidadoso para podermos retirar conclusões e significados, muito em especial, na maioria dos casos, efeitos antropológicos da acção política. Recordar-se aqui que o produto final da legislação é resultado de dois momentos antecedentes que, efetivamente, exprimem o nível dos conflitos ideológicos e as suas dimensões sobre os problemas abordados. O primeiro é a discussão no seio das comissões ou dos grupos de trabalho do governo que acabaram sempre por alterar o texto colocado ao debate. O segundo momento é a sua discussão parlamentar, já depois de concertado o debate no conselho de ministros.

É claro que para além da aproximação aos textos escritos, o mais importante será, posteriormente, confrontar as suas intenções com as práticas e as resistências às aplicações, em que muitas das vezes o que foi aprovado não foi concretizado, em parte ou no todo, ou nem sequer foi experimentado, o que nos transporta para uma leitura cuidada, atenta e sistémica. Estes exemplos sobre o tratamento analítico documental pressupõe não só a ideia de que os documentos transportam uma memória do passado que pode não corresponder à realidade como, para confiar nas suas análises, teremos que enfrentar as dificuldades colocadas por sucessivas camadas de memórias e registos de atividades e práticas que exigem uma preparação teórica adequada e uma versatilidade na utilização de várias metodologias e técnicas.

De referir, ainda, como estruturante dos sistema de informação documental arquivístico, o facto de que, com exceção da correspondência epistolar, a grande maioria dos documentos estarem inseridos num modo de produção sistémico pelo que será no seu interior que podemos desenvolver capacidades para entender o seu contexto de informação, a função que representaram, o tipo de produto, os circuitos de tramitação e registo e, finalmente, o seu arquivo como sistema plasmado nos ficheiros de recuperação e acesso.

Todo este campo de contexto sistémico constitui um verdadeiro *monumento documental* e será neste território organizado da informação que teremos e devemos trabalhar os documentos, nunca de forma isolada, portanto integrados numa sértie documental. Usando um dispositivo simples de entendimento diria que os documentos poderão ser comparados a pedras de um monumento, por exemplo, o Mosteiro da Batalha, percebendo que se retirarmos todas as pedras do monumento para as amontoar em sítios diferentes, esses novos conjuntos não representam o papel nem o lugar que cada uma das pedras ocupava no conjunto monumental.

Para além dos documentos escritos não são muitos mais os que nos permitem uma aproximação historiográfica à profissão de enfermeiro embora não possamos esquecer, por exemplo, os que nos transmitem imagens e signos iconográficos. Este tipo de fontes pode, por vezes, revelar-se fundamental por corresponderem a representações menos tolhidas pelo discurso oficial sobre a profissão. A *arrumação* destes documentos ou artefactos em bibliotecas ou museus deverá seguir, também os mesmos critérios de contexto sistémico que referimos para os documentos escritos, ou seja, as peças não poderão surgir desgarradas dos seus contextos orgânicos e funcionais. Por exemplo, um serviço vale pela forma e conjunto pelo que qualquer desarrumação deste ambiente sistémico, separando objetos e artefactos afeta, irremediavelmente, a percepção real dos seus significados particulares.

Também os arquivos privados, institucionais, de família ou pessoais, constituem um repositório singular por fugirem às limitações do discurso estadualista e oficial, embora não se conheçam trabalhos nestas áreas que, em todo o caso, poderão ser motivados pela descoberta de um epistolário de registos de atividades, um arquivo de um consultório de cuidados de saúde, correspondência de familiares, testemunhos, testamentos, apontamentos e guiões para a transmissão de conhecimentos e recenseamento de boas práticas.

Como se pode constatar, as tarefas a empreender são muitas o que obriga à conjugação de esforços e recursos das duas associações dedicadas à produção e divulgação da história da enfermagem, quicá mesmo, num tempo próximo, à junção numa só organização. Das tarefas mais urgentes, a mais fácil será o recenseamento das fontes existentes nos arquivos públicos e a organização de um guia geral que poderá e deverá estar disponível, numa versão aberta, embora controlada, num site criado para o feito pelas duas associações para que possa ser sempre completado com novos contributos devidamente validados por uma equipa de supervisão e controlo da qualidade que decide sobre as inserções no guia digital. Este projeto pode ter, também, a colaboração das instituições arquivísticas na medida em que muitas já terão disponíveis formas de acesso controlado e seletivo sobre os seus núcleos e séries documentais. Assim, como produto final deste projeto resultará, ao longo do tempo, um guia geral digital de acesso a fontes com informação para a história da enfermagem existente nos arquivos públicos (arquivo nacional, arquivos distritais e arquivos municipais).

Ao lado deste guia de fontes, um outro dispositivo deveria ser construído correspondente a um arquivo digital de documentos de acesso livre ou condicionado e que respeitasse às mais diversas atividade e fundos arquivísticos doados ou cedidos às associações por atores individuais ou institucionais. As associações deviam criar, para o efeito, uma rede de *informadores* e colaboradores que se articulassem a nível nacional.

Sempre conscientes que as associações não podem fazer o trabalho todo, devia ser criado um Conselho Executivo que envolva dirigentes de instituições hospitalares, escolas de formação (instituições, hospitais, misericórdias, associações profissionais, igreja), técnicos de arquivo e responsáveis por centros de investigação que, em articulação com as associações, que promova instrumentos de descrição arquivística e que apoie a organização de arquivos referentes às últimas décadas. Se isto não for feito pode-se cair no paradoxo de termos investigadores a estudar o século XIX e períodos anteriores e não estarmos a preservar a documentação dos séculos XX e XXI com critérios de seleção e eliminação.

No fundo, queremos salientar a constituição e funcionamento de um repositório de instrumentos de acesso (redes de utilizadores, índices, guias, motores de busca) e de acervos digitais a cargo de uma aplicação gerida pelas associações e de uma política de incorporações, avaliação e seleção, em suporte de papel, digitalização ou microfilmagem. O buraco da informação da internet está, por agora, suprimido pelo [arquivo.pt](#) que garante a preservação de muita informação dos últimos anos a que corresponde o ímpeto da atividade na historiografia da enfermagem.

No que toca, ainda, às fontes haverá a salientar o controlo da qualidade da informação, ou seja, a constatação do grau de autenticidade da informação atendendo ao autor do documento, à finalidade do mesmo e ao cruzamento eventual com outras fontes para testar conteúdos. Esta tarefa é fundamental e deve prevalecer sobre a leitura acrítica dos documentos. Na própria investigação, o historiador deve ter um momento que dedica a este tema e explicar, nos seus textos, qual foi a atitude que tomou em relação à leitura e uso da informação dos documentos que decidiu utilizar para o seu projeto de investigação.

O Pólo Teórico

Nesta parte, orientam-nos alguns princípios que servem para balizar o que entendemos pela teorização em história da enfermagem sem pretensão, evidentemente, de desenvolver o tema em termos substantivos.

O primeiro, fundamental, é o entendimento de que não existem factos históricos mas apenas interpretações. Os acontecimentos ocorrem mas não são transformados em factos objetivos, só ganham sentido no âmbito das interpretações que viermos a assumir para explicar esses mesmos acontecimentos. É claro que mesmo neste âmbito, a escolha das fontes, o complemento de informações posteriores e a descoberta de novos documentos podem alterar as interpretações porque arrastam consigo a eventualidade de novos instrumentos de interpretação.

Contudo, não quero com isto dizer que se defenda o relativismo absoluto porque se recusa a objectividade, mas objetiva-se a prática científica como apropriação do real – única atividade da prática que comanda a obtenção do conhecimento. Não sendo, portanto, a interpretação uma investigação sobre a verdade (apreciação e depreciação do mundo), avalia a atribuição de valores que hierarquizam a realidade segundo prioridades e interesses do investigador e da moldura da época.

Depois, as configurações de enunciados discursivos que tipificam a singularidade de uma determinada época (práticas discursivas e não discursivas) tomam conta das nossas subjectividades, ou melhor dito, limitam a nossa própria vontade de dizer as coisas uma vez que cada época vive das suas capacidades de produção de enunciados e fórmulas retóricas.

O terceiro princípio orientador tem a ver com o facto de se tomar a produção científica como uma produção de verdades que sustentam um determinado modelo de saber de uma época, precisamente a construção da fronteira entre o verdadeiro e o falso, terrenos nos quais temos que fazer correr as nossas intervenções posteriores como leitores mergulhados noutras configurações e noutros limites de expressão e linguagem. Estas relações fazem, portanto, da produção científica uma produção de poderes de dominação e submissão, uma luta permanente pelo domínio dominante da interpretação dominante que legitima a maioria das intervenções no domínio dos projetos de investigação.

Segue-se a ideia da história como um processo de descontinuidades e singularidades, rompendo com as evidências da naturalização, lógica e evolução com consequências nas ilusões de uma história global, radicular (projeto divino ou humano, origem metafísica da historiografia). Imaginário de um *Big Bang* que impulsionaria a história da enfermagem e do enfermeiro, imaginário dissolvido em narrativas ficcionais contaminadas por crenças ideológicas e por interesses sociológicos e enlaçado numa epistemologia evolucionista desenhada por Charles Darwin (1809-1882) para as espécies e que contaminaria todas as ciências sociais. O darwinismo, ao defender que todos os seres vivos tiveram uma origem comum, investe, portanto, nas ideias de *primitivismo* e *progresso*, de um estádio inicial que evoluiu por linear aperfeiçoamento.

Nada na história parece tão evidente como, ao contrário, o carácter aleatório dos acontecimentos, a sua conjugação dispersa e imprevisível na pluralidade de recortes rizomáticos e não radiculares. Penso, ao contrário, que a história não é um processo evolutivo mas um *continuum* de descontinuidades; que os autores do processo histórico não são, apenas, os homens; que a história não é a execução de um programa racional para ser revelado pelo tempo e pelo trabalho dos historiadores. Penso mesmo que a história é a ciência social mais complexa e, por isso, o historiador deve colocar no lugar central do seu trabalho a reflexão epistemológica, a conceptualização teórica e a objetivação das suas subjectividades. São frequentes os textos da história da enfermagem que investiram muito trabalho neste modelo de tipo evolutivo, no nosso entender com resultados pouco operacionais e úteis.

Esta recusa pela procura da origem, de que haverá uma *verdade* antes de qualquer história, uma crença que justifique as coisas e o homem, conduz, ao contrário, ao uso de um outro método - o genealógico - sobre a proveniência e a emergência: como acidentes, desvios, inversões, erros e falhas que, ganhando aparente valor para nós, não foram resultado de um processo mas de episódios em série.

Esta tautologia gera, evidentemente, categorias antagônicas, a começar pelo *fantasma* das sociedades sem enfermeiros ou ainda, na sua fórmula literária, o *nós* e os *outros*, a identidade e a sua fronteira, a associação e a dissociação, o destino das cartografias sociais da atividade da enfermagem.

Tomemos de empréstimo duas imagens do mundo agrário, a árvore e o rizoma, para traçar as linhas orientadoras de dois modelos epistemológicos distintos. As árvores, com as suas raízes, troncos e ramos caracterizam um sistema em que as proposições derivam umas das outras, algumas são fundamentais e outras secundárias. É um sistema fundado em taxonomias, seguindo deduções em que o que é afirmado a um nível superior não pode deixar de ser verdadeiro para um nível inferior. A dicotomia é a base da lógica binária deste sistema que opõe, por exemplo, loucos a normais, o bem ao mal, o certo ao errado, os dominadores aos dominados. Este processo de classificação está centralizado na raiz e hierarquiza-se pelo tronco através dos ramos. O caso da história biológica do homem seria a descrição da história da árvore do *homo sapiens sapiens*. A história da enfermagem e do enfermeiro decorreria da descrição de uma filiação por descobrir.

Ao contrário, a figura do rizoma como um tubérculo com vários brotos que crescem de forma horizontal, emitindo raízes que se reproduzem indefinidamente, que morrem e dão origem a tantas outras, serve de imagem a um outro modelo epistemológico alicerçado na conexão, heterogeneidade e pluralidade. Neste sistema qualquer conceito pode ser e/ou estar conectado com outros, numa rede de implicações sem hierarquização. Esta reprodução sem *caput* é, portanto, aberta e imprevisível.

Aplicado à história da enfermagem, o sistema radicular constituiu-se *pensamento-enfermagem* em que o enfermeiro tem necessidade de uma imagem que lhe sirva de axioma e capture a interioridade do sujeito que, por esta imposição, só o poderá pensar a partir de um lugar de encerramento, precisamente o da centralidade do pensamento-enfermagem. Ao contrário, o sistema rizomático procura explicar o aparecimento do enfermeiro por fora destes limites, sem ficar obrigado a contorná-los.

É claro que este envolvimento teórico provoca, só por si, uma escolha de temas e problemas. Vejamos algumas possibilidades que podem conduzir a projetos de investigação.

Começemos pelo tema da desconstrução dos mecanismos de centralidade para uma certa microsociologia das funções de enfermagem, estudando realidades inusitadas e pouco confinadas aos centros de tratamento de saúde. Por exemplo, casas particulares, núcleos de sociabilidade, locais de ruralidade, ou seja, tentar *fugir* do institucional e das formas duráveis de práticas e organizações, procurando camadas submersas onde possamos encontrar funções e atividades semelhantes.

A questão das representações e autorrepresentações vistas do lado do *pathos* e *ethos* da enfermagem como linguagens de diferenciação que possam ser relevantes, mecanismos de convencimento, resistência e identidade tanto no que se refere à relação política, social e cultural, a montante como a jusante. Trata-se, sem dúvida, de um interessante caminho a percorrer para explicar e interpretar o que terá sido a enfermagem com enfermeiros e a enfermagem sem enfermeiros ou enfermeiras. Evidentemente que relacionados com estes aspectos, a análise e a abordagem das questões de produção e reprodução simbólica, desde uso de distintivos até ao cerimonial das práticas e das liturgias de entronização da profissão, são aspetos relevantes sobre o que os próprios pensam de si e os outros pensam deles, do investimento de capitais culturais e sociais para a capacidade de qualificar e dar sentido social à profissão.

De assinalar, igualmente, outros temas que fogem ao ambiente *não oficial* da regulação e da prática (tradições, costumes, teias de poderes informais) que contribuem, com a força que conseguem as crenças, para um poderoso processo de inculcação do *habitus*. Ou mesmo os dispositivos disciplinares e autorreguladores de natureza menos coerciva e mais doces como o da aceitação social, os reconhecimentos das suas prestações, prémios, louvores, privilégios e ofertas.

Como teoria geral, seleccionávamos a teoria dos campos sociais em substituição das teorias que estigmatizam os atores em palcos únicos ou pouco relacionáveis. A utilização da teoria dos campos sociais como teoria sociológica e histórica aborda o espaço estruturado da luta e do conflito pelo domínio do poder dominante, um sistema de forças em que os diversos atores e agentes concorrem com capitais e movidos pela *illusio* sobre os efeitos das lutas que travam e justificam o empenho que emprestam à lógica de funcionamento dos campos de poder.

Este empenho distancia-se, portanto, de qualquer emulação pela organização da lógica de poder e consolida as razões da sua própria sobrevivência. Aqui, o resultado da aplicação desta teoria ao desenvolvimento e identidade da profissão de enfermeiro parece-me poder dar frutos muito interessantes para o entendimento, inclusive, da emergência de uma história da enfermagem. O desanuiamento e o desprendimento desta história são tanto mais profundos quanto mais forem percebidos como uma história dos poderes científicos, sociais e políticos, em especial a partir de meados do século XVIII quando o conceito de vida, morte e valor da saúde ficam contaminados pela virulência da supremacia do poder económico. O conceito de *habitus*, estrutura estruturante e estruturada, formado por esquemas duráveis de percepção, apreciação e

ação que contribuem para que os agentes do campo social lhes confiram sentido e valor, tendencialmente ajustados aos limites e probabilidades das expectativas criadas mas não, necessariamente, determinadas, poderá ser aplicado com proveito à história da enfermagem. Diferente do hábito, formado por práticas continuadas e repetidas que criam automatismos e podem ser contrariados, o *habitus* é formado pela interiorização de noções, constitui a consciência possível dos atores sociais no jogo de assimilações e contradições das suas práticas sociais, difícil de ser mudado, por vezes tão resiliente que comanda as próprias vontades dos agentes e das relações sociais. No caso da enfermagem, o *habitus* parece constituir um dispositivo teórico muito poderoso por tudo o que envolve a formação, o ambiente profissional e a relação, por vezes estranha e tensa, entre o enfermeiro, o médico e o técnico de saúde. Penso que será proveitoso e útil compreender a criação e a reprodução deste *habitus* do enfermeiro em comparação com o dos outros atores da saúde no tratamento da doença, da morte e da vida.

Ao lado desta teoria relacional e multifuncional, a teoria autopoietica e a teoria dos sistemas de nova geração (sistemas abertas, autoreferenciais e híbridos) permitirão abordagens mais complexas sobre o conjunto de possibilidades de acontecimentos possíveis em que não é possível estabelecer vínculos de correspondência biunívoca e de contingência. Como todos os acontecimentos do mundo não são eventos necessários, mas somente possibilidades, toda a realidade existente no mundo poderia ser diferente, o que obriga o investigador a escolher e seleccionar possibilidades de acontecimentos. A natureza do sistema autopoietico vive de uma dinâmica circular e autorreferencial porque as possibilidades de ocorrerem modificações internas estão sujeitas à auto-observação do sistema de forma a garantir, se ocorrerem, a autorreprodução. O sistema vê-se e observa-se nas operações de relacionamento com o ambiente através da sua própria autorreferência, a sua característica fundamental.

Desde a organização onde exerce a sua atividade até ao sistema político que a tutela, passando pela mediação profissional/sindical e pelas instituições de formação, tudo constitui uma rede sistémica onde se tecem respostas ao equilíbrio relacional da profissão e a sua valorização política e social. Os ajustamentos a que a mesma se vê obrigada a fazer ou até as respostas criativas às solicitações do exterior. Desde a instituição onde exerce a profissão, até ao sistema político que a tutela, à ordem profissional que medeia a valorização da profissão, às associações sindicais, às instituições de formação inicial e continuada, aos congéneres estrangeiros, às comunidades religiosas, tudo constitui uma rede sistémica onde se tecem respostas capazes de manterem um razoável equilíbrio relacional tendo em vista a conformidade da profissão e a sua valorização política e social.

Não fossem as limitações da economia deste texto, não invocariamos apenas uma última sugestão que recai sobre metodologias inovadores que, de momento, se praticam sobre o método biográfico, prosopográfico e a aplicação estatística à quantificação de grandes séries de dados.

A biografia foi um género que caiu em *desgraça* no pós-guerra e que presentemente voltou a ter cultores mas constitui uma atividade científica muito complexa e polémica. Fundamentalmente, os seus cultores adotam o modelo da continuidade e naturalidade (cronologia) ou assentam as suas metodologias em temáticas e problemas ou, ainda, para outros a biografia é vista como observatório de partida para uma análise social ou, então, como objeto da psicologia ou psicanálise.

O género biográfico divide, portanto, os historiadores e demais cientistas sociais, entre os que destacam a virtualidade de estudar personalidades ou grandes atores como reis, papas, líderes, ou seja, a singularidade e o específico que fará da história um campo impermeável à ciência social, e os que escolhem a dimensão societária e comunitária, as regularidades, os costumes, a cultura, o coletivo, as estruturas. Ou mesmo os que, por entre variadas correntes (marxistas, neomarxistas, Escola dos *Annales*, estruturalistas e funcionalistas ou cultores das grandes narrativas) rejeitam a biografia por ser um produto não científico e próximo do género literário.

De destacar, nesta polémica, duas posições emblemáticas pelas consequências que encerram. A de Pierre Bourdieu ao afirmar que a biografia é um cavalo de Tróia do senso comum no campo científico devido a ser descrita enquanto encadeamento lógico quando o real é, de facto, descontínuo. Contra esta armadilha teórica, o sociólogo defende a necessidade de compreender a trajetória de cada indivíduo o que é uma abordagem bem diferente e obriga a analisar as relações do indivíduo nos diversos campos sociais. Bem como a proposta teórica de Michel Foucault que ao assinalar a *morte* do homem como produtor e condutor do processo histórico catapultou para o primeiro plano da epistemologia das ciências sociais o peso das estruturas culto-mentais e das regularidades discursivas. Para a história da enfermagem, a biografia pode, contudo, vir a revelar-se como uma importante linha de investigação se forem acauteladas as limitações e controladas as dificuldades elencadas por alguns dos seus críticos e dos seus melhores seguidores.

O método prosopográfico assente em grandes séries documentais de informação sobre a atividade académica e profissional dos enfermeiros num determinado período ou época, poderá colmatar com relativa vantagem, o resultado das biografias ou,

em certa medida, completá-las. Por outro lado, a retoma da micro-história, desde os finais da passada década de 90, muito influenciada pela filosofia e antropologia, tendo como figura de proa Carlo Ginburg, um crítico da Escola dos *Annales* e criador da famosa revista *Quaderni Storici*, que defende a ideia de que mais do que as redes sociais interessa estudar a ação individual, o quotidiano, o específico, mas, em todo o caso, relacionado com personagens extremas cujas vidas encerraram o que podemos designar por *máximo de consciência possível de uma época* ou, então, apresentaram claramente sintomas carismáticos (por exemplo, Kant, Nietzsche, Picasso, Beethoven, Nuno Álvares Pereira, D. João II, Sidónio ou Oliveira Salazar, Hitler, Napoleão, Churchill).

Também Michel de Certeau, nos finais do século passado, ao (re)-inventar o quotidiano das práticas, manhas, truques, habilidades e representações abria, à psicanálise social e a todas as ciências sociais em geral, novas estratégias de conhecimento sobre o desenvolvimento e a sedimentação das *personalidades* individuais e coletivas. Ou a poderosa e inovadora filosofia de Gilles Deleuze, com uma aproximação privilegiada ao desejo e aos *corpos sem órgãos* abriu a todos os historiadores *tout court* grandes problemas de investigação relacionados com o discernimento entre a capacidade da liberdade que cada indivíduo tem e o quadro dos constrangimentos, a origem das mudanças e a *dessacralização* do homem como condutor do processo histórico.

Tudo isto na linha, aliás, do dinamismo pós-moderno que revalorizou o *small is beautiful*, a incerteza, a contingência e a singularidade, anunciando, para todos os efeitos, a *morte* da história estrutural em sintonia, no plano político e social, com a emergência dos movimentos contra a globalização a favor das identidades locais e regionais, do género, da etnografia e antropologia que facilitam o ambiente da propagação do género biográfico numa versão mais fina e insondável, o indivíduo enquanto *persona*, *máscara* no pressuposto de que há mesmo quem viva, realmente, uma vida biográfica. Donde que, ao lado da insensibilidade das prosopografias se possa falar, igualmente, de uma metabiografia que teria como objeto de estudo as diversas biografias como se tratasse de um grande biografia, um zoom da sociedade.

Compreende-se que o campo da história da enfermagem possa alargar-se a perspectivas de trabalho inovadoras com grandes capacidades de interpretação, ou mesmo de explicação, e o pior que poderia acontecer ao rumo que está a ser traçado, com grande expectativa, seria o mergulho no tradicionalismo e nas convicções que, desde as últimas décadas do século XX, a moderna teoria da história considerou como pouco úteis ou de baixa intensidade científica.

Conclusão

Se a atenção referida ao recenseamento, acessibilidade, conservação e custódias das fontes para a História da Enfermagem forem tomadas em conta e se as sugestões das teorias tiverem repercussões nos projetos de trabalho e de investigação, estou certo que as dificuldades de «crescimento» nesta área científica das ciências da saúde serão, em grande parte, ultrapassadas. As dinâmicas inovadoras criarão um ambiente propício a novas e grandes descobertas.

Todavia, esta reflexão deverá ser feita, no meu entender, em grupos pluridisciplinares em que as fronteiras científicas não percam as suas naturezas distintas mas dialoguem para se influenciarem e deixarem-se contaminar. Penso mesmo que nos projetos a apoiar nos centros de investigação as equipas possam integrar esta diversidade e que nos projetos de dissertação ou de tese sejam entregues, para orientação, a historiadores ou sociólogos dos departamentos das ciências sociais das universidades através de protocolos de colaboração.

Finalmente, será imprescindível praticar a história comparada, em especial com a Inglaterra, Espanha, Itália, França e Alemanha e bem assim com alguns países ibero-americanos com os quais mantivemos laços de relações culturais, políticas, administrativas e de formação.

É provável que todas estas operações possam decorrer, neste momento, em condições que não facilitam a prática científica no domínio da história da enfermagem mas o pior que poderá acontecer será a incomunicabilidade entre a cultura da atividade de enfermagem com outras ciências sociais, nomeadamente da história, em torno de temas e problemas que quisemos chamar a atenção de forma aleatória e ilustrativa.

Não tenho dúvidas de que os *novos investigadores-enfermeiros* no domínio da história da enfermagem devem afastar-se de qualquer tipo de sentimento sobre o cumprimento da ordem científica dominante e das *virtudes* canónicas imaginadas e submissas e, ao contrário, arriscar na inovação e na transgressão teórica.

Faço votos e alimento desejos por uma história da enfermagem e do enfermeiro que elucide mais sobre o regime da saúde, da morte e da vida, da constituição dos poderes sobre os corpos e as almas do que uma fábrica de bandeiras profissionais para disputar o terreno dos adversários e concorrentes no campo de poder da área da saúde.

O cuidado de enfermagem no Brasil: dos primórdios à profissionalização

Antonio José de Almeida Filho*

Introdução

Este trabalho, apresentado na conferência proferida no III Simpósio Internacional da Associação Nacional de História da Enfermagem e I Simpósio Internacional de História da Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, realizados a 9 e 10 de novembro de 2017, em Coimbra – Portugal, intitula-se *O cuidado de enfermagem no Brasil: dos primórdios à profissionalização*. Constitui um desafio que, obviamente, não se pretende esgotar neste trabalho, mas destacar aspectos relevantes acerca do cuidado de enfermagem antes da sistematização do ensino de enfermagem no Brasil; as primeiras experiências de ensino de enfermagem - o que tratarei como período de profissionalização da enfermagem - e a implantação da enfermagem no território brasileiro, segundo o modelo de enfermagem desenvolvido por Florence Nightingale – entendido aqui como expansão da enfermagem moderna.

O Brasil, país de dimensões continental, já contava em 1920 com uma população de 30.635.605 habitantes (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2017) e, decorridos 30 anos após a criação da primeira escola de enfermagem (em 1890), a escola profissional de enfermeiros e enfermeiras do hospital nacional de alienados, atualmente denominada Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, o país contava com algumas dezenas de enfermeiros. Tal cenário permite-nos inferir que o cuidado de enfermagem não era realizado, àquela época, por pessoas com qualificação desejável e necessária às demandas de saúde de parte considerável da sociedade.

Nesse sentido, este estudo encontra-se estruturado em três partes, assim denominadas: enfermagem pré-profissional, enfermagem profissional e a implantação da enfermagem moderna no Brasil.

O objetivo é analisar aspectos que influenciaram a prática assistencial da enfermagem pré-profissional, enfermagem profissional e na implantação da enfermagem moderna.

Conhecer mais acerca desses aspectos permite-nos entender os desafios empreendidos por autoridades governamentais, da saúde e da enfermagem, para desenvolver a profissão em todo o território nacional. Tal feito, contou em 1921 com a contribuição da Missão de Cooperação Técnica para o Desenvolvimento da Enfermagem no Brasil, chefiada por Ethel Parsons, por isso, a missão é conhecida até os dias atuais como *Missão Parsons*. Esse investimento do governo brasileiro deu-se no contexto da Reforma Sanitária, implementada em função da precariedade sanitária que propiciava a recorrência e disseminação de epidemias, afetavam a dinâmica de trabalho e a economia, revertendo-se em insatisfação política e social (Barreira et al., 2015).

A Missão Parsons, sob os auspícios da Fundação Rockefeller, importante organização americana, com várias atividades em países da América Latina, entendia que a assistência de enfermagem qualificada dependia também de Escolas de Enfermagem de excelência, de um veículo para difusão do conhecimento e assuntos de interesse da enfermagem brasileira, além de uma entidade associativa que representasse os interesses da profissão e da sociedade, bem como um código de ética para orientar e normatizar, nesse âmbito, as atividades dos profissionais (Barreira et al., 2015).

Método

Estudo de perspectiva histórica, qualitativo e descritivo. O Corpus documental contou com fontes primárias: documentos escritos do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) arquivados no Centro de Documentação da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, além de artigos científicos e literatura acadêmica que abordavam a temática. Além disso, acessou-se as bases de dados do anuário estatístico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), nomeadamente no que tange a população brasileira nos diferentes momentos tratados no estudo.

* Enfermeiro. Professor Associado da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Pesquisador do Núcleo de Pesquisa de História da Enfermagem Brasileira (NUPHEBRAS). [ajafilhos@gmail.com]

CONFERÊNCIA

O espaço geopolítico a qual circunscreve-se este estudo é o Brasil, cuja dimensão geográfica é de 8.514.876 km², dividido em cinco regiões, com indicadores sociodemográficos bastante distintos. A população em 1920 era de 30.635.605 habitantes e em 2017 é de 207.660.929 habitantes, conforme a Figura 1.

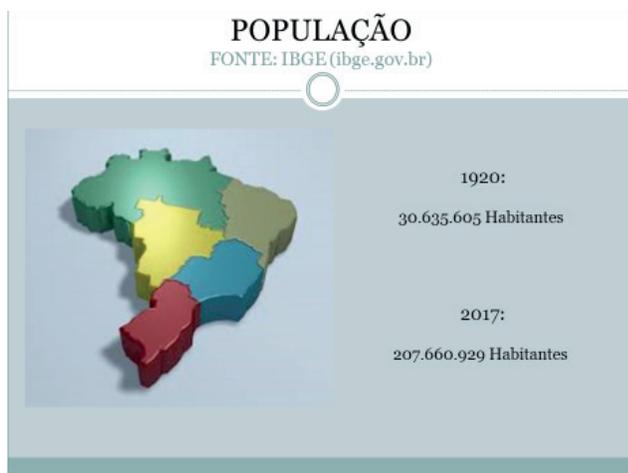


Figura 1. Mapa do Brasil com dados populacionais das décadas de 1920 e 2017 (IBGE, 2017).

Os dados foram organizados em função das três categorias definidas e sua cronologia. Assim, se foi possível destacar alguns aspectos relevantes acerca dos cuidados de enfermagem pré-profissional, profissional e moderna, no território brasileiro.

A enfermagem Pré-profissional no Brasil

O cuidado de enfermagem no Brasil colonial, inicialmente era desenvolvido pelos religiosos, sendo em seguida também realizado por voluntários e escravos, a executar tais atividades nas Santas Casa de Misericórdia. Estas Unidades destinadas ao tratamento das pessoas eram poucas, distribuídas assim geograficamente: Santa Casa na cidade de Santos, estado de São Paulo (1543); Santa Casa do Rio de Janeiro (1840); Santa Casa de Vitória, estado do Espírito Santo (1545); Santa Casa de Olinda, estado de Pernambuco (1540) e a de Ilhéus, estado da Bahia, sem uma data precisa de sua inauguração, até o momento. Todas estas instituições, a despeito da importância do serviço destinado à população, prestavam uma assistência precária, destinado sobretudo aos doentes pobres e aos soldados (Koerich, Costa, Coelho, Costa, & Boreinstein, 2015)

Sob responsabilidade das Irmandades de Misericórdia estavam várias atividades sociais, dentre as quais destaca-se a instalação de Hospitais ou Santas Casas, as quais funcionavam como “hospedarias para náufragos, velhos desamparados e personagens importantes em trânsito” (Koerich et al., 2015, p. 141). Além disso, as Irmandades criaram em 1738 um serviço denominado “*rodas dos expostos*”. Cabia a roda dos expostos receber, cuidar e educar crianças abandonadas. Também era objeto de investimento das Irmandades de Misericórdia a “construção de edifícios para jovens desajustadas, mulheres adúlteras e prostitutas”, além do sustento de indigentes, alimentação de pessoas encarceradas, dentre outras atividades de saúde, sempre de forma caritativa, até a primeira metade do século XIX (Koerich et al., 2015, p. 141).

O cuidado de enfermagem realizado no Brasil colonial do século XVI caracterizava-se por uma prática doméstica, a partir de experiências e instintos portanto, sem nenhum amparo científico. Esses cuidados ficavam sob a responsabilidade de homens, escravos, maioritariamente voluntários, no âmbito dos domicílios e das Santas Casas. Nessa época não se tinha uma definição de políticas de saúde. A força de trabalho foi, lentamente, substituída pelo trabalho dos imigrantes, à medida de sua instalação na Colônia (Koerich et al., 2015; Moreira, 2002)

Uma brasileira, importante voluntária leiga, precursora do trabalho de enfermagem no século XVII foi Francisca de Sande, filha dos portugueses Francisco Fernandes do Sim e Clara de Sande. Sua atuação em Salvador, estado da Bahia, quando a

cidade era a capital do país, foi decisiva na atenção a pessoas necessitadas e convalescentes (Koerich et al., 2015; Oguisso, Campos, & Moreira, 2011). É considerada por alguns estudiosos a primeira enfermeira brasileira, com registros de que fez da sua residência um hospital improvisado, destinado a abrigar e cuidar dos doentes que, com a colaboração dos escravos, eram recolhidos das ruas. Sande fornecia alimento e medicamentos, por ela mesma manipulados, além de custear os serviços médicos. A sua atuação foi interrompida com seu falecimento em 21 de abril de 1702 (Koerich et al., 2015; Oguisso et al., 2011).

Estudos historiográficos apontam para a importância da atuação de padres jesuítas, com destaque para o padre José de Anchieta, cuja participação se deu na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro. Tem-se o entendimento de que os jesuítas exerceram influência destacada na fundação, direção e manutenção de obras assistenciais, bem como no ensino e na supervisão dos trabalhos assistenciais (Koerich et al., 2015)

Com a expulsão dos jesuítas do Brasil, por Marquês de Pombal, em 1759, tanto a administração hospitalar como os cuidados aos doentes das Santas Casas de Misericórdia perdem o caráter religioso. Apenas no século XIX, quando as Irmãs de Caridade de São Vicente de Paulo assumem a administração das instituições de saúde, o cuidado adquire, novamente, um caráter religioso (Koerich et al., 2015; Padilha, 1997)

O frei Fabiano de Cristo, religioso franciscano, importante pela sua dedicação aos doentes no Brasil-Colônia por quase quarenta anos, exerceu a função de enfermeiro no convento de Santo Antonio, no Rio de Janeiro, onde residiu no século de XVIII.

Tem-se que os hospitais militares e as Santas Casas de Misericórdia eram mantidos pela iniciativa privada e filantrópica. Por isso, a atuação desses religiosos voluntários era percebida como exemplos importantes de doação ao cuidado dos mais necessitados (Gomes, Almeida Filho, & Baptista, 2005; Koerich et al., 2015).

Enfermagem Profissional: a criação das primeiras escolas de enfermagem

O primeiro registro de sistematização do ensino de enfermagem no Brasil ocorreu em 1890, com a criação da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras do Hospício Nacional de Alienados (HNA), pouco depois da proclamação da República (Baptista, 1997; Barreira et al., 2015).

O estabelecimento da República no Brasil impôs uma mudança significativa à sociedade, como o embate nas relações envolvendo, de um lado, o Estado Republicano, de expressiva inspiração positivista, logo cientificista e anticlerical, e, do outro lado, a Igreja. É nesse contexto que a categoria médica, amparada nos ideais positivistas, intensificava as críticas à administração da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, no Hospital Nacional de Alienados, onde os médicos eram administrativamente subordinados ao pessoal religioso, ali representado pelas Irmãs de Caridade de São Vicente de Paulo (Barreira et al., 2015).

A reforma da estrutura do HNA, subtraiu da Irmãs de Caridade o poder e o prestígio relacionados à administração do hospital. As restrições impostas a essas religiosas e a recusa do diretor médico, João Carlos Teixeira Brandão, em aceitar as condições da Congregação Vicentina para manutenção das irmãs nos serviços do HNA, culminaram com a saída dessas do hospício, o que provocou uma crise institucional, decorrente da ausência de mão de obra qualificada para substituir as religiosas nas atividades administrativas e de enfermagem (Barreira et al., 2015; Moreira, 2002; Peres, 2008).

A substituição das irmãs de caridade por enfermeiras leigas não se deu com a intenção de melhorar a assistência de enfermagem ao doente mental, mas sim por motivação político-ideológica, pois, houve a contratação de aproximadamente quarenta enfermeiras francesas para atuarem nesse hospital, em substituição às irmãs de caridade. Assim, vislumbrava-se também, a possibilidade de se inaugurar no Brasil uma profissão para mulheres, conforme o modelo idealizado pelo psiquiatra francês Bourneville (Barreira et al., 2015). A essas enfermeiras cabia cumprir as tarefas determinadas pelos médicos, ser boas administradoras e cuidadoras, com atenção aos princípios modernos de higiene. Ainda mais, estas deveriam ser devotadas à religião, mas não uma irmã religiosa (Barreira et al., 2015).

Foi nesse contexto que se deu em 1890, a criação da primeira iniciativa de sistematização do ensino de enfermagem no Brasil, a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras do HNA, atual Escola de Enfermagem Alfredo Pinto. Essa escola foi implantada por médicos alienistas (psiquiatras) que também atuavam como docentes. Recebia-se na escola, alunos de ambos os sexos que, a despeito de possuírem instrução elementar, consideravam-se com qualidades morais próprias ao cumprimento com exatidão das determinações médicas e para tratar com humanidade os doentes, pessoas alienadas das suas faculdades mentais (Barreira et al., 2015; Moreira, 2002).

Cabe destacar que na vigência da Primeira República, registram-se três reinaugurações da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras do HNA, sendo estas em 1897, 1905 e 1913. Isso indica que a tentativa de implantação do modelo francês de assistência hospitalar não obteve, à época, os resultados desejados (Barreira et al., 2015; Porto & Santos, 2007).

A Sociedade da Cruz Vermelha Brasileira identificou a necessidade de profissionalização da enfermeira e criou em 1916, no Rio de Janeiro – Capital da República – a escola Prática de Enfermeiras, cujo objetivo era o de “ministrar às pessoas do sexo feminino a instrução teórico-prática à profissão de enfermeiras” (Barreira et al., 2015, p. 229). Essa escola era dirigida por Getúlio dos Santos, diretor do Serviço Médico da Cruz Vermelha Brasileira (CBV). Cabe registrar que na cidade de São Paulo já funcionava uma Escola Prática de Enfermeiras, desde 1914. Estas duas escolas não adotaram o modelo da enfermagem moderna, conhecido em vários países da América do Sul, desde o final do século XIX. Ambas as escolas eram subordinadas ao Ministério da guerra, vinculadas a hospitais e não integravam ao sistema oficial de ensino. Para candidatar-se a esses cursos, as pretendentes deveriam ser sócias da CBV, saber ler e escrever, e fazer as quatro operações aritméticas. Além disso, deveriam apresentar atestado de boa conduta, certidão de nascimento para comprovar idade entre os 18 e 30 anos, assim como um atestado médico (Barreira et al., 2015; Porto & Santos, 2007).

Desse modo, mesmo antes do advento da enfermagem moderna (1922) no país, a enfermagem configurava-se como uma profissão feminina, seja pela predominância de mulheres, seja pela natureza do trabalho realizado. Assim, a ação de cuidar revelava-se uma prática social sexuada, para a qual se requeria atributos que não se coadunavam com a necessidade de conhecimentos técnicos e científicos, mas com qualidades intrínsecas à natureza feminina (Barreira et al., 2015; Santos & Barreira, 2002).

Tem-se que, até então, a enfermagem no Brasil era uma ocupação onde se predominava a atuação de religiosas católicas, um pequeno quantitativo de pessoal treinado na escola profissional do HNA e nas escolas da CVB, além de algumas enfermeiras diplomadas estrangeiras, sobretudo, filhas de pastores protestantes, ou formadas para atenderem hospitais evangélicos (Barreira et al., 2015; Sauthier & Barreira, 1999).

Implantação da Enfermagem Moderna no Brasil

A implantação do modelo de enfermagem anglo-americano, na capital do Brasil em 1922, aconteceu num contexto de grande influência dos Estados Unidos da América (EUA) no âmbito da economia e da tecnologia. A criação da Escola de Enfermagem do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), atual Escola de Enfermagem Anna Nery, propiciou que as americanas, envolvidas nessa missão, transferissem para o Brasil um modelo de enfermagem que, ao mesmo tempo que agregava o tradicional modelo de Nightingale, também acrescia outras características, desenvolvidas no processo de adaptação naquele país (Santos & Barreira, 2002).

Ao longo da Missão de Cooperação Técnica para o desenvolvimento da Enfermagem no Brasil (1921 - 1931), liderada por Ethel Parsons, a escola de Enfermeiras do DNSP teve três diretoras norte-americanas. Foram elas: Clara Louise Kieninger (1922 – 1925); Lorraine Geneviève (1925 – 1928) e Berta Lucile Pulles (1928 – 1931). Essa escola de enfermagem foi a primeira no Brasil planejada, organizada e dirigida por enfermeiras e, o seu quadro de pessoal de ensino era constituído, fundamentalmente, por enfermeiras, o que significava interferência no exercício do poder dos médicos (Santos & Barreira, 2002). Para se candidatar a uma vaga de aluna na escola de enfermagem do DNSP, a interessada deveria atender algumas exigências, como: ter entre 20 e 35 anos; ser solteira ou legalmente separada do marido; ter cursado a escola normal ou o equivalente; apresentar atestado médico com informações sobre constituição, resistência, mentalidade, ausência de defeitos orgânicos e doenças contagiosas, além de uma carta que atestasse as suas qualidades morais e intelectuais (Santos & Barreira, 2002).

O curso da Escola de Enfermeiras do DNSP era inicialmente de dois anos e quatro meses. Em seguida, esse tempo foi aumentado para dois anos e oito meses e, algum tempo depois, para três anos. O corpo docente contava com ilustres médicos sanitaristas e também professores da Escola de Medicina, além das enfermeiras norte-americanas, responsável por aqui reproduzir o ensino ministrado nas melhores escolas de enfermagem de seu país. Além das aulas, as professoras também trabalhavam no Hospital São Francisco de Assis, principal campo de desenvolvimento de habilidades práticas e teórico-práticas das alunas. O ensino integrado à assistência era tido como essencial na formação das estudantes (Barreira et al., 2015; Sauthier & Barreira, 1999).

Para além do preparo básico das alunas, eminentemente prático, a conferir-lhe condições necessárias para atuarem na área de saúde pública e nos hospitais, existia o projeto de formação de uma elite nativa, capaz de assegurar a inserção da enfermagem na sociedade brasileira e uma interlocução com as líderes da enfermagem norte-americana. Para isso, as melhores alunas recebiam uma bolsa de estudos da Fundação Rockefeller para se especializarem nos EUA, em diferentes áreas (Barreira et al., 2015).

A primeira turma formou-se em 1925 e, logo em seguida, tiveram a iniciativa de criarem uma associação de ex-alunas, o que era percebido como algo interessante para a escola e para as alunas que iniciava sua vida profissional num mundo masculino – o do trabalho profissional. A pouca experiência das alunas egressas da escola motivou-as a um desafio ainda maior, o de criar uma associação que reunisse enfermeiras diplomadas de todo o país, então, foi criada em 1926, a Associação

Nacional de Enfermeiras Diplomadas (Aned), atual Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), única entidade associativa da enfermagem brasileira até o início da década de 1970, quando contribuiu ativamente para a criação de outras entidades de representação da enfermagem brasileira (Barreira et al., 2015).

O mercado de trabalho era bastante favorável aquela altura, pois, todas as formadas podiam ingressar no serviço público federal na qualidade de enfermeiras visitadoras do DNSP. Em 1927, inicia-se no Rio de Janeiro a implantação do modelo de Centros de Saúde, cuja novidade ao que se tinha antes era a descentralização dos diversos programas e a aproximação de diversos consultórios especializados num mesmo edifício, porém, destinavam-se apenas às atividades profiláticas, pois, o tratamento de doenças ainda permanecia a cargo dos médicos e hospitais. Cabe destacar que essa situação diminuía o poder da Superintendência do Serviço de Enfermeiras, uma vez que as enfermeiras visitadoras ficavam subordinadas aos diretores dos centros de saúde onde eram lotadas (Barreira et al., 2015).

Destacamos a importância do primeiro periódico da Enfermagem brasileira, a Revista Brasileira de Enfermagem, criada em 1932, com objetivo de impulsionar o crescimento do próprio saber/conhecimento profissional, além de preservar a memória do pensamento científico da Enfermagem como disciplina. A ideia de criação da revista tornou-se parte importante do trabalho de Rachel Haddock Lobo e Edith de Magalhães Frankel. Em junho de 1931, Rachel Haddock Lobo assumiu a direção da Escola de Enfermagem Anna Nery, em substituição à enfermeira americana Berta Pullen. Nesse mesmo ano, Edith de Magalhães Frankel substituiu a enfermeira também americana Ethel Parsons na Superintendência do Serviço de Enfermeiras do DNSP. Sob a liderança de ambas, ocorre o lançamento do primeiro número da revista na Escola de Enfermagem Anna Nery, no dia 20 de maio de 1932, data alusiva ao falecimento de Anna Nery, figura ilustre que atuou como voluntária na Guerra entre Brasil e Paraguai (Cabral & Almeida Filho, 2013).

AABEn esteve diretamente envolvida em outros investimentos, desde as suas primeiras versões, com relevantes contribuições para o desenvolvimento da enfermagem brasileira. Entre estes, destacamos a criação da Semana de Enfermagem em 1940, na Escola de Enfermagem Anna Nery, aquando da gestão de Laís Netto dos Reys. Na abertura da Semana, a Diretora, fez um pronunciamento através de uma emissora de rádio do então Ministério da Educação e Saúde e informou que esse evento se daria entre duas datas ligadas intimamente, 12 de maio, nascimento de Florence Nightingale, importante fundadora da enfermagem moderna, e 20 de maio, falecimento de Anna Nery, tida como voluntária leiga da enfermagem nacional (Cabral & Almeida Filho, 2013).

Durante a Semana da Enfermeira Brasileira, assim denominada à época, deveriam ser enfatizados vários aspectos da concepção moderna dessa missão sublime, por nomes ilustres da ciência e da medicina do Rio de Janeiro. Naquele momento, o Rio de Janeiro era a capital do Brasil, o Presidente da República era o senhor Getúlio Vargas, o Reitor da Universidade do Brasil era o professor Raul Leitão da Cunha. Assim, com uma série de palestras radiofônicas se comemorou a primeira Semana da Enfermeira. Nomes expressivos da ciência brasileira, corpo discente e docente, e enfermeiras, discursaram acerca das lutas e conquistas, mas sobretudo, das alegrias de ser enfermeira (Cabral & Almeida Filho, 2013).

Para difusão dos saberes da Enfermagem e discutir questões de interesse nacional da categoria, adotou-se como estratégia a realização dos Congressos Nacionais de Enfermagem, atual Congresso Brasileiro de Enfermagem. No período de 17 a 22 de março de 1947, ocorreu na cidade de São Paulo a sua primeira versão, com o lema: “Elaborar, em conjunto, um programa eficiente de Enfermagem, visando o desenvolvimento da profissão num plano elevado”, e, a segunda, realizada em 1948, na cidade do Rio de Janeiro (Cabral & Almeida Filho, 2013, p. 15). Cabe enfatizar que tanto no primeiro Congresso de Enfermagem, como nos seguintes, o programa esteve a cargo das Divisões de Educação e de Saúde Pública (Cabral & Almeida Filho, 2013, p. 15).

Um aspecto significativo que devemos registrar é a importância das teorias de enfermagem para o desenvolvimento profissional e sua autonomia no campo da saúde. As teorias de enfermagem relacionam conceitos, proposições e princípios acerca da “natureza da enfermagem, seu campo de ação e seus métodos de trabalho” (Kruse, 2006, p. 409). O trabalho do enfermeiro emprega metodologia que organiza o conhecimento e o cuidado àquele que desses necessitam, ao que chamamos de processo de enfermagem. A adoção desse processo remete a aplicação dos fundamentos teóricos na prática assistencial, a ordenar e direcionar o cuidado de maneira individualizada, personalizada e humanizada. Utilizado pela primeira vez na década de 1950, traduz-se numa atividade intelectual que instrumentaliza o enfermeiro nas suas decisões, de modo a alcançar determinados resultados (Kruse, 2006, p. 409).

A despeito de reconhecer a importância que o processo de enfermagem traz ao fazer do enfermeiro, a sua implantação em todas as unidades de saúde no território nacional ainda não é uma realidade. A escassez de recursos humanos qualificados, por diferentes motivos, dificulta sua adoção em escala nacional, ainda que o Conselho Federal de Enfermagem, através da resolução 358, expedida em 15 de outubro de 2009, determine a sua aplicação em ambientes públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem.

Ademais, e finalizando este texto, acrescento que a ABEn sempre se preocupou com as condições em que os profissionais de enfermagem exercitam o seu ofício. Outras entidades representativas da enfermagem brasileira, igualmente preocupadas com essas condições, também passam a compartilhar esta tarefa, pois, “o exercício profissional da Enfermagem aprofunda-se na consideração de aspectos fundamentais de cidadania e, nesse sentido, deve-se assegurá-los aos profissionais e àqueles que procuram assistência à saúde” (Cabral & Almeida Filho, 2013, p. 17). Todavia, essa situação, recorrentemente crítica, poder-se-ia dizer de calamidade em determinadas áreas do território nacional, é produto do predomínio de interesses diversos que, não raramente, se opõem aos princípios do Sistema Único de Saúde brasileiro (Cabral & Almeida Filho, 2013, p. 17).

Além disso, é sabido que contingente significativo da Enfermagem atua em espaços laborais inapropriados, por vezes inóspitos, com remuneração incompatível com sua responsabilidade social, assim, impondo aos profissionais “necessidade de jornadas múltiplas de trabalho, sob o testemunho frequente de descaso com a saúde daqueles que somente podem dispor do serviço público de saúde” (Cabral & Almeida Filho, 2013, p. 17). Tal realidade ocorre perante a cegueira e insensibilidade das autoridades públicas e de parlamentares, que vulnerabiliza a ação cuidativa do enfermeiro e demais profissionais da enfermagem, impõe riscos à sociedade, e, não raramente, temos os mídia, com sua inabilidade de síntese, a apresentar-nos, profissionais de enfermagem, como produtos de formação questionável. Devemos também considerar esse aspecto, mas consciente de que não é o único, apenas faz parte de uma tragédia anunciada pelo descaso com o interesse público (Cabral & Almeida Filho, 2013, p. 17).

Conclusão

Transformações econômicas, sociais e políticas ocorridas na sociedade brasileira determinaram o avanço tecnológico da assistência em saúde. Tais mudanças exigiram o desenvolvimento de novos modelos de prestação de serviços de saúde e demandaram o surgimento de novos perfis profissionais de enfermeiro, adequados à sustentação dos novos programas governamentais.

Hoje, muito mais respaldada legal e cientificamente, a Enfermagem brasileira a cada dia constrói e sedimenta os seus conhecimentos, ampliando horizontes, impondo-se como uma profissão que busca e constrói uma história própria, seja na prática, no ensino ou na investigação, procura junto das suas entidades de classe e órgãos representativos um saber, um fazer e um ser enfermagem valorizando todas as dimensões do ser humano, como um agente inovador, moderador e transformador do processo de cuidar.

Referências bibliográficas

- Baptista, S. S. (1997). Trajetória das escolas de enfermagem na sociedade brasileira. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 1(2), 84-105.
- Barreira, I. A., Baptista, S. S., Sauthier, J., Santos, T. C., Aperibense, P. G., Peres, M. A., . . . & Almeida Filho, A. J. (2015). Primeira República: A implantação da enfermagem laica e seus desdobramentos. In M. I. Padilha, M. S. Boreinstein & I. Santos (Eds.), *Enfermagem: História de uma profissão* (2ª ed., pp. 113-150). São Caetano do Sul, Brasil: Difusão Editora.
- Cabral, I. E., & Almeida Filho, A. J. (2013). 85 anos de ABEn® e 80 de REBEn® promovendo o desenvolvimento científico e profissional da Enfermagem brasileira. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(Esp.), 13-23. doi: 10.1590/S0034-71672013000700002
- Geovanini, T., Moreira, A., Schoeller, S. D., & Machado, W. C. (2015). *História da Enfermagem: Versões e interpretações* (3ª ed.). Rio de Janeiro, Brasil: Revinter.
- Gomes, M. L., Almeida Filho, A. J., & Baptista, S. S. (2005). Enfermeiras-religiosas na luta por espaço no campo da enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 58(3), 361-366. doi: 10.1590/S0034-71672005000300021
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Anuário estatístico*. Recuperado de https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censohistorico/1872_1920.shtm
- Koerich, A. M., Costa, E., Coelho, E. S., & Boreinstein, M. S. (2015). A organização da enfermagem e da saúde no contexto da idade moderna: O cuidado e a ciência no mundo e no Brasil. In M. I. Padilha, M. S. Boreinstein & I. Santos (Eds.), *Enfermagem: História de uma profissão* (2ª ed., pp. 113-150). São Caetano do Sul, Brasil: Difusão Editora.
- Kruse, M. H. (2006). Enfermagem moderna: A ordem do cuidado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59(Esp.), 403-410. doi: 10.1590/S0034-71672006000700004
- Moreira, A. (2002). Desmitificando a origem da enfermagem brasileira. In T. Geovanini, A. Moreira, S. D. Schoeller & W. C. Machado (Eds.), *História da enfermagem: Versões e interpretações* (2ª ed., pp. 68-77). Rio de Janeiro, Brasil: Revinter.
- Oguisso, T., Campos, P. F., & Moreira, A. (2011). Enfermagem pré-profissional no Brasil: Questões e personagens. *Enfermagem em Foco*, 2(Supl.), 68-72. Recuperado de <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/85/71>

CONFERÊNCIA

- Padilha, M. I. (1997). *A mística do silêncio: A prática da enfermagem na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro no século XIX* (Tese de doutoramento). Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Brasil.
- Peres, M. A. (2008). *A ordem no hospício: Primórdios da enfermagem psiquiátrica no Brasil (1852 – 1890)* (Tese de doutoramento). Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Brasil.
- Porto, F. R., & Santos, T. C. (2007). A enfermeira brasileira na mira do clique fotográfico (1919 – 1925). In F. R. Porto & W. M. Amorim (Eds.), *História da enfermagem brasileira: Lutas, ritos e emblemas* (pp. 99–121). Rio de Janeiro, Brasil: Águia Dourada.
- Santos, T. C., & Barreira, I. A. (2002). *O poder simbólico da enfermagem norte-americana no ensino de enfermagem na capital do Brasil: 1929 – 1938*. Rio de Janeiro, Brasil: Escola de Enfermagem Anna Nery.
- Sauthier, J., & Barreira, I. A. (1999). *As enfermeiras norte-americanas e o ensino da enfermagem na capital do Brasil: 1921–1931*. Rio de Janeiro, Brasil: Escola de Enfermagem Anna Nery.

PAINÉIS

PANELS

PANELES

**PAINEL I: FONTES PARA A HISTÓRIA
DE ENFERMAGEM NO SÉC. XIX**

**PANEL I: SOURCES FOR THE
HISTORY OF NURSING IN THE 19TH
CENTURY**

**PANEL I: FUENTES PARA LA
HISTORIA DE LA ENFERMERÍA EN
EL SIGLO XIX**

Os diários das sessões das câmaras de representantes na Monarquia Constitucional. Fontes para a história da Enfermagem no séc. XIX.

Paulo Joaquim Pina Queirós*

Introdução

A história da enfermagem do século XIX não nos é tão imediata como a do século XX. Naturalmente pelo distanciamento cronológico, mas também, no que particularmente diz respeito à história de enfermagem, pelo diminuto estudo específico. A enfermagem, enquanto atividade, se quisermos enquanto ocupação, e o seu processo de construção identitária, é algo bem anterior ao século XIX, que se impulsionou nesse século e se projetou no século XX. Sendo que no século XX a enfermagem vive um processo pleno de profissionalização até aos anos 80, para depois iniciar uma outra fase, que vinda atrás, e aí ainda incipiente, inacabada, se projeta no século XXI, com a afirmação da enfermagem como ciência.

O século XIX português é o século da Monarquia Constitucional (1820-1910). Em bom rigor, tudo terá começado com as invasões francesas de 1807, onde foram criadas “as circunstâncias internas que, aliadas ao contágio internacional e peninsular, conduziram em 1820 ao derrube da monarquia de antigo regime” (Bonifácio, 2010, p. 14).

Ilustremos a história de enfermagem do século XIX, com três citações diretas de fontes documentais. Para o início do período, um excerto extraído de um documento de 1821, relativo à ação fiscalizadora do inspetor de saúde, enfatiza:

... o estado dos hospitaes, notando o reparo dos edifícios, a boa ou má localidade deles, o seu aceio, o numero dos doentes, a qualidade das moléstias, a atenção e assistência dos médicos, e cirurgiões, o cuidado, e bom serviço dos enfermeiros, o bom sortimento das boticas, a salubridade dos alimentos, e fornecimento das roupas... (Diário nº 199, de 13 de outubro de 1821, p. 2640).

Da mesma data, em 1821, surge uma referência ao enfermeiro em espaço domiciliário: “Bernardo José de Sousa Lobato, pede licença para sair de casa com um enfermeiro a dar passeios necessários em restabelecimento de sua saúde” (Diário nº 218, de 6 de novembro de 1821, p. 2963).

Para o final do período, em 1906, ecos da profissionalização enfatizam:

O preceito da bondosa e inteligente miss Nightingale – de fornecer ao doente em abundancia o ar puro, confirmado em 1869 pelas experiências dos dois medicos tuberculosos Bennett e Brehmer, que encontraram a cura nos climas frigidios e determinaram o methodo scientifico do tratamento da tísica pulmonar, foram os motivos que originaram a organização dos sanatórios de altitude na Allemanha, na Suissa, etc. (Ribeiro, 1906, p. 194).

Neste texto daremos nota de uma investigação genericamente identificada como “Enfermeiros na Monarquia Constitucional: Análise dos Debates Parlamentares de 1820 a 1910”, que decorre na UICISA: E, inserido no projeto estruturante História e Epistemologia da Saúde e Enfermagem. Com início em 2015, conta com uma equipa internacional de investigadores da Escola de Enfermagem Anna Nery (Rio de Janeiro) e da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Apresentaremos, embora sinteticamente, as leituras e as sínteses, conseguidas até ao momento.

Os objetivos deste estudo foram expressos pela equipa investigadora, em artigo já publicado, da seguinte forma:

... interpretar as fontes históricas disponíveis nos diários das sessões das câmaras de representantes de Portugal, no período 1821-1910. Para tanto faz-se necessário efetuar a identificação, o levantamento e a organização de fontes históricas que possibilitem compreender, de forma sistematizada, o processo de afirmação da enfermagem moderna em Portugal através da sua visibilidade/invisibilidade na arena das lideranças políticas. (Queirós, Almeida-Filho, Monteiro, Santos & Peres, 2017, p. 2)

* PhD, ESEnFC, UICISA: E, projeto estruturante História e Epistemologia da Saúde e da Enfermagem. [pauloqueiros@esenfc.pt]

O que remete para a formulação de uma pergunta orientadora de toda a pesquisa: O que discutem as elites nestes palcos relacionados com a enfermagem?

Procedimentos Metodológicos: Ao encontro das fontes, sua leitura, análise e interpretação

O acesso aos diários das sessões das câmaras de representantes da nação durante a monarquia constitucional encontra-se facilitado, na medida em que estes estão acessíveis no sítio informático da Assembleia da República de Portugal. A digitalização quase completa das várias séries de diários referentes às diversas câmaras que funcionaram ao longo deste período, com a disponibilização de motores de busca, facilita a tarefa inicial de pesquisa de uma forma muito significativa, pela rapidez e comodidade do acesso a fontes primárias.

No período da Monarquia Constitucional, entre 1820 e 1910, datas que correspondem a dois momentos de rutura, ou seja, duas revoluções, com as suas consequentes alterações de regime: (i) a revolução liberal (passagem da monarquia absoluta para a monarquia liberal – liberalismo); e (ii) a revolução republicana (passagem da monarquia para a república). Na monarquia liberal ganhou maior expressão, ou uma expressão diferenciada, a representatividade da nação em câmaras que funcionavam de forma sistemática e organizada, com poderes legislativos, de fiscalização da ação política, e em alguns momentos com poderes constitucionais, para a redação de novas constituições ou textos similares.

Ao longo da Monarquia Constitucional funcionaram seis câmaras de representantes, em alguns momentos em sistema bicameral: Cortes Gerais e Extraordinárias da Nação Portuguesa (1821-1822); Câmara dos Senhores Deputados (1822- 1910); Câmara dos Pares do Reino (1826-1838); Cortes Gerais e Extraordinárias da Nação Portuguesa (1837-1838); Câmara dos Senadores (1838-1842); Câmara dos Pares do Reino (1842-1910).

Numa primeira fase, procedeu-se à leitura livre e exploratória de vários diários, em anos diferenciados e câmaras distintas. Pretendeu-se a perceção do material em presença. Ao mesmo tempo, ganhou-se familiaridade com as facilidades e possibilidades informáticas disponibilizadas. Importou saber como estava organizada a informação e a relevância da utilização do motor de busca através de descritores ou palavras-chave. O passo seguinte, passou por ponderar os descritores que correspondessem aos fins pretendidos e que, nesse sentido, se mostrassem produtivos. Procurou-se uma amplitude de cobertura equilibrada, conjugando o essencial perante o volume de informação disponível e procurando não cair no reductionismo traduzido no levantamento episódico de alguns dados desgarrados. Assim, avançamos para uma pesquisa sistemática em todo o período e em todos os diários, utilizando os seguintes descritores: enfermeiro; enfermeiros; enfermeira; enfermeiras; enfermagem; enfermaria; enfermarias. Este levantamento exaustivo permitiu identificar um volume considerável com sensibilidade a esses descritores.

Procedeu-se ao estudo da dispersão por descritor, por câmaras, por anos, a sua concentração por quartéis e a determinação dos índices de densidade da informação. Deste trabalho, resultou um artigo publicado na Revista da Escola de Enfermagem Anna Nery, com o título “Debates Parlamentares em Portugal de 1821 a 1910: Identificação de fontes para a História da Enfermagem”. Na prossecução do trabalho, passou-se ao levantamento e análise da informação recolhida por anos. O objetivo é efetuar a análise de todos os anos, tarefa que forçosamente demorará, e por isso terá de ser gradual e encontra-se em desenvolvimento. À medida que vamos conhecendo, analisando e interpretando o material anual, vamos construindo ideias de conjunto. Optámos por começar a pesquisa nos anos que mostraram maior produtividade; assim, iniciou-se a análise pelo ano de 1896, seguindo-se 1880 e, posteriormente, 1883, 1885 e 1893. Conforme se constata, os anos com maior produtividade concentram-se no período final do século XIX. O levantamento inicial tinha já dado com precisão essa mesma indicação.

À medida que íamos ensaiando a construção de ideias e narrativas de conjunto, foi evidente a falta da análise de dados referentes ao período inicial da Monarquia Constitucional. Por essa razão, passou-se para a análise dos anos de 1821-22, com a análise do material referente às Cortes Gerais e Extraordinárias. Procurámos um contraponto analítico, no mesmo período, mas distanciado no tempo, em relação ao que, entretanto, foi sendo apurado. Aqui apercebemo-nos da necessidade de alargar os descritores, tendo sido acrescentados os seguintes: parteira; parteiras, sangrador(es).

A metodologia definida para a persecução deste estudo comporta o levantamento e a visão de conjunto de todo o período, sobretudo no estudo da produtividade dos descritores, e sua evolução ao longo dos 90 anos da Monarquia Constitucional. É, portanto, um estudo transversal, temático, envolvendo pormenorizadamente todos os anos considerados, com a simultânea construção progressiva da ideia de conjunto. Uma última fase corresponderá à construção global da narrativa, interpretativa e explicativa, acerca da presença da enfermagem e dos enfermeiros nas câmaras de representantes no século XIX.

Importa referir que durante todo este percurso orienta-nos o posicionamento conceptual metodológico referido por Mattoso, como comportando três momentos: “primeiro, o exame do passado através das suas marcas, depois a representação

mental que desse exame resulta e, por fim, a produção de um texto escrito ou oral que permite comunicar com outrem” (Mattoso, 1997, p. 16). Neste contexto, é também necessário considerar que

a História é, pois, um saber complexo, lato e definido, explicativo e problematizador, do passado e do «presente», de uma realidade que passou, mas também de uma realidade que vai passando e que, por isso, incita o historiador a intervir e até a transformar-se, originando igualmente a atração de outros grupos científicos e culturais (Torgal, 2015, p. 50).

Ainda sob o ponto de vista de orientação metodológica, guia-nos a afirmação de que “os documentos só têm sentido quando inseridos numa totalidade, que é a existência do homem no tempo” (Mattoso, 1997, p. 17).

Resultados

Dos dados globais, aos cortes transversais por anos, no caminho da construção da ideia de conjunto

Obtivemos um conjunto de fontes primárias constituído por 1317 páginas, de 903 diários de sessões. A determinação de índices de densidade por ano e por quartel, mostrou uma linha genericamente contínua e ascendente ao longo do provir histórico, acompanhando o natural aumento de informação e volume ocupado pela totalidade de assuntos nos diferentes diários. Uma análise pormenorizada dos mesmos, permitiu identificar concentrações de fontes, lacunas, pontos altos, pontos baixos, descontinuidades pontuais, impulsos no volume de informação localizados temporalmente, evidenciando a necessidade de aprofundar a investigação. O reagrupar de descritores em três grupos, permitiu perceber que na Monarquia Constitucional os descritores pessoalizados [enfermeiro(s); enfermeira(s)] e os descritores institucionais [enfermaria(as)] se equivaliam no volume produzido, em detrimento do descritor relativo à entidade “enfermagem”, que é escasso e tardio. Pensamos que esta análise documental, enquanto processo de investigação histórica, possibilita oportunidades de pesquisar com rigor metodológico o impacto da enfermagem na sociedade portuguesa, identificando os assuntos e temas eleitos pelas elites que tiveram assento nos órgãos representativos, bem como o estudo das ausências ao longo de um determinado período, contribuindo para a compreensão da visibilidade e da invisibilidade da enfermagem nos dias de hoje.

Em 1821-22, ocupações e profissões em reconfiguração

A análise dos diários de 1821-22 permite-nos sinteticamente estabelecer algumas conclusões, com o denominador comum de ocupações e profissões de saúde em processo de reconfiguração. Os descritores só revelaram abordagens pessoalizadas e no masculino. Nos diários das sessões não há enfermagem, há enfermeiros (a existência da mulher enfermeira é englobada na designação masculina).

Encontram-se vastas referências ao enfermeiro-mor, figura social de destaque. Este enfermeiro-mor é diferenciado da figura de enfermeiro, não sendo considerado enfermeiro, mantendo funções administrativas e de gestão, responsável por tudo o que diz respeito ao pessoal clínico e a todos os outros empregados. As funções deste enfermeiro-mor eram também distintas das atribuídas ao administrador ou a outros das áreas clínicas. O enfermeiro-mor pode, neste sentido, ser considerado como um eventual antecessor da posterior figura de enfermeiro geral, da atual figura do enfermeiro diretor, com percurso evolutivo. Nesta evolução, foram ainda diferenciados o enfermeiro-maior e o enfermeiro-menor, em linhas de continuidade a investigar. Verificámos a persistência de profissões anteriores, tais como: (i) sangrador, por vezes identificado como de cirurgião de pequenas operações, e ainda com referências tangenciais à atividade de enfermeiro; (ii) parteiras, identificadas a par de médicos e cirurgiões, como empregados de saúde, com ensino, certidão e regulação, o que não acontece com os enfermeiros; (iii) preocupações higienistas, de organização, qualificação e segurança, bem presente no inovador projeto de Regulamento Geral de Saúde Pública.

Observou-se a existência de atividades do enfermeiro relativas ao cuidar e ao acompanhar, sendo nos hospitais expectável o cuidado e bom serviço dos enfermeiros, atividades estas que são objeto de fiscalização. No espaço doméstico, em casa e na rua, a função de enfermeiro é de acompanhamento no restabelecimento da saúde. Estamos perante a atividade do enfermeiro num processo de diferenciação em relação a outros, como sejam, os sangradores, os cirurgiões, as parteiras e longe ainda das características de profissionalização da enfermagem moderna. Os enfermeiros não são expressamente identificados como empregados de saúde, contrastando com as parteiras, não têm formação formal, não são examinados, nem são certificados. Verifica-se a existência de várias referências a espaços assistenciais degradados, a serem reorganizados num palco de soluções à luz da confiscação dos bens monásticos.

Em 1880, a reestruturação dos serviços de saúde do ultramar e o Lazareto de Lisboa

Neste ano verificámos, em continuidade com o período anterior, a preponderância dos descritores pessoais sobre os descritores institucionais, emergindo assuntos como: (i) a criação do Serviço de Saúde na Guiné e a modificação do

PAINEL I: FONTES PARA A HISTÓRIA DE ENFERMAGEM NO SÉC. XIX

Serviço de Saúde de Cabo Verde; (ii) a organização dos Serviços de Saúde em dois contingentes, os quadros de saúde com facultativos e farmacêuticos, os quadros de companhia compostos por enfermeiros, amanuenses e praças; (iii) as diferenças de clima a ocasionarem que os empregados do quadro de saúde de Cabo Verde tivessem direito à reforma com 12 anos de serviço efetivo e na Guiné com 8 anos; (iv) na Guiné existiam hospitais e enfermarias em Bolama, Bissau e Bolor, com 22 lugares efetivos, dos quais 9 para enfermeiros e 7 ambulâncias, cada uma com 1 enfermeiro; (v) em Moçambique, diz-se que até à pouco tempo, não existiam quartéis e hospitais, apenas algumas enfermarias sem condições de conforto e higiene; (vi) a criação de esquadras de ambulância.

Outra temática identificada foi a melhoria das condições de reforma dos enfermeiros da companhia de saúde naval, diferenciando os espaços ultramarinos em função da salubridade e equiparando-os em regalias aos do “exército de terra”. O tema da aposentação está presente também em proposta de lei para os quadros do Hospital de S. José, defendendo a igualdade de tratamento para aqueles que “mais trabalham e que mais riscos correm em tão espinhoso serviço”, argumentando que “os enfermeiros servem de dia e de noite, segundo a escala do serviço chama, e desempenhando zelosamente as suas obrigações nada pode comparar-se à dureza, especialidade e responsabilidade da sua missão” (Diário da Câmara dos Senhores Deputados, 1880, p. 2154).

Foi ainda possível constatar que a cedência de terrenos e instalações para enfermarias e hospitais não é isento de polémica, até porque, alguns, são “altamente inconveniente e contra todos os preceitos de hygiene” (Diário da Câmara dos Senhores Deputados, 1880, p. 2474).

Quanto ao Lazareto de Lisboa, para seu enquadramento, procedemos à pesquisa livre na internet de obras editadas nas décadas 80 e 90 do século XIX relacionadas com o assunto. Identificámos a obra “No Lazareto de Lisboa” de Bordalo Pinheiro (1881) e um artigo no *semanário ilustrado* “Branco e Negro” (1897).

A 30 de março, no sumário do diário nº 59 da Câmara dos Senhores Deputados, podemos ler que o Sr. Ministro do Reino apresenta uma proposta para criar no Lazareto mais dois lugares de facultativos e alguns lugares de enfermagem. Trata-se de uma proposta de Luciano de Castro, visando substituir a contratação de facultativos extraordinários que iam ao Lazareto em auxílio do facultativo residente, por mais dois, que aí permanecessem em regime permanente. Como “não há hospital sem enfermeiros”, propõe-se também a criação de cinco lugares de enfermeiros e dois de enfermeiras. Tudo isto aumenta a despesa e justifica-se “porque se a necessidade de pôr o paiz a coberto de epidemias aconselha o estabelecimento de quarentenas, é também dever do governo tornar estas, pelos melhoramentos do serviço eficazes sim, mas o menos incomodas que possível seja”. A 15 de maio dá-se conta, nessa Câmara, do parecer da comissão de saúde pública, referindo que “quanto a enfermeiros e enfermeiras ... este pessoal é o indispensável auxiliar e complemento dos facultativos”, sendo óbvia “a necessidade de enfermeiros e enfermeiras” (Diário da Câmara dos Senhores Deputados, 1880, p. 2101). A proposta de lei chegou à Câmara dos Pares do Reino em 17 de maio para apreciação, e a 7 de junho é aprovada, criando os lugares referidos e de demais funcionários, obrigando a que todos eles tenham residência obrigatória no Lazareto.

O Lazareto de Lisboa foi estabelecido em 1815, na Torre Velha, para servir de quarentena às pessoas e mercadorias vindas de barco, estando situado na Tráfaria/Porto Brandão. Em 1869, abriu um novo edifício nesse mesmo local, de construção moderna, com pavilhões para os quarentenários em forma de T, dispostos em leque, segundo os modelos arquitetónicos prisionais do século XIX.

Em 1880, Bordalo Pinheiro, no regresso do Brasil, é internado de quarentena no Lazareto. Desenha e escreve uma obra crítica onde realça, com o seu humor característico, as precárias condições de alojamento, a espoliação de bens, a fraca assistência, a indiferenciação de alojamento para 1ª, 2ª, 3ª classe, a comida fraca. Embora note, após dois anos, quando publicou o que escreveu e desenhou, que houve reformas e melhorias, enfatiza que o Lazareto “continua a ser uma penitenciária que prende tudo – menos a febre amarela” (Pinheiro, 1881, p. 56). Em 1897, António Frazão relata-nos no “Branco e Negro” uma sucessão de melhoramentos e modernizações, atribuindo mérito ao Dr. António Homem de Vasconcelos, inspetor do Lazareto e (mas) seu superior hierárquico.

A Enfermagem Militar e o Serviço de Saúde do Ultramar são outros assuntos em destaque neste ano de 1880. Em 8 de março e, posteriormente, a 19 de abril, a Câmara dos Senhores Deputados analisa e discute a proposta do Marquez de Sabugosa, Ministro da Marinha, sobre a criação dos serviços de saúde na Guiné e a reestruturação dos de Cabo Verde. O quadro do serviço sanitário desdobra-se no quadro de saúde (com facultativos e farmacêuticos) e no da companhia de saúde (com enfermeiros, amanuenses, praças dos hospitais, das enfermarias, das boticas e das ambulâncias).

Na Guiné, é aplicada toda a legislação dos espaços ultramarinos modificada em apenas no que respeita à contagem de tempo para reforma dos facultativos e dos enfermeiros, acrescentando esta contagem em mais metade de tempo do serviço prestado. A 7 de maio, a Câmara dos Pares do Reino aprova os quadros de pessoal, ficando em Cabo Verde 12 facultativos, 3 farmacêuticos, e na Guiné 6 facultativos e 3 farmacêuticos.

PAINEL I: FONTES PARA A HISTÓRIA DE ENFERMAGEM NO SÉC. XIX

O hospital militar da cidade da Praia passa a poder dispor, pela proposta legislativa, de 9 enfermeiros e 1 ajudante de enfermagem, na Ilha de S. Vicente fica 1 enfermeiro e 1 ajudante, para as restantes ilhas um total de 7 enfermeiros. Na Guiné, para hospitais e enfermarias, ficam em Bolama 4 enfermeiros e 1 ajudante, em Bissau 2 enfermeiros e 1 ajudante, em Bolor 1 enfermeiro. Existiam ainda ambulâncias com 1 enfermeiro cada em Bolama do Oeste, Colonia, Buba, Geba, Cacheu, Farim e Zaguichor. Em maio, a Câmara dos Senhores Deputados interessa-se por promoções e reformas equiparando corpos diferentes, diferenciando em função de condições de salubridade. Joaquim Perdigão, cirurgião, chefe de serviços de saúde da 3ª divisão militar, apresenta exposição na Câmara dos Deputados a que chama “Apontamentos para reorganização completa do serviço de saúde médico militar em Portugal”, onde se advoga a necessidade de aumentar o quadro técnico e estabelecer um sistema de inspeções periódicas, onde prevê que devem organizar-se “em cada corpo as esquadras de ambulância, compostas de 1 cabo e 8 soldados, que serão exercitados no manejo dos meios de condução dos feridos ou doentes, empregando-se de preferência a quaisquer outros como enfermeiros e serventes dos hospitais regimentais” (Diário da Câmara dos Senhores Deputados, 1880, p. 1334).

A 10 de maio, é apreciado, na Câmara dos Deputados, o regulamento da Academia Militar que terá duas enfermarias, uma para o tratamento dos alunos colegiais e outra para o tratamento dos soldados alunos. As infra-estruturas de saúde no ultramar são um assunto recorrente. A 14 de abril, lembrava-se que ainda à pouco, em Moçambique, não havia quartéis nem hospitais, pelo que “os soldados que durante o caminho adoeciam, ficavam sobre a areia, apenas com alguma palha por baixo...” (Diário da Câmara dos Senhores Deputados, 1880, p. 1426), ou em 17 abril, os deputados preocupam-se com o contrato de fornecimento de coberturas metálicas para duas enfermarias do hospital de Luanda, também em 21 de maio, em relação à Guiné, refere-se a demora no fornecimento de peças de ferro, e a necessidade de mobília para as enfermarias. Poderemos sintetizar cinco temas para as duas Câmaras: (i) questões corporativas; (ii) de organização da assistência em espaços como a academia militar; (iii) ou em área geográficas como a Guiné e Cabo Verde; (iv) estruturação dos quadros de pessoal em dois grupos diferenciados, quadro de saúde e quadro da companhia de saúde, com a presença de enfermeiros militares e ajudantes de enfermagem; (v) situações de carência de material e de recursos.

Em 1883, preocupações higienistas, o estado dos hospitais e o surto de febre tifóide

Os temas de destaque neste ano foram o estado dos hospitais portugueses, especialmente o hospital de S. José, o serviço de saúde naval, e um surto de febre tifóide. Relativamente ao Hospital de S. José, discute-se a regulamentação do pessoal necessário ao hospital, apresentando-se argumentos para a não regulamentação dos “empregos menores” onde se incluem os enfermeiros. Outra situação apontada é a sobrelotação de doentes. Neste mesmo ano, há uma proposta de lei para reorganização do serviço de saúde naval, devido à constatação da falta de enfermeiros navais. Neste contexto, a administração, as condições e a alimentação que é fornecida aos doentes são também criticadas. A existência de comunicação direta entre as enfermarias é uma preocupação, devido à inquietação com a transmissão de infeções. Na vila de Manteigas há uma epidemia de “febre typhoides”, o Sr. Cunha Bellem faz uma homenagem a um enfermeiro que se ofereceu espontaneamente para acompanhar o cirurgião-mor. A propósito desta epidemia, foi necessário contratar mais enfermeiros.

No ano de 1883, as câmaras de representantes estavam preocupadas com a administração dos hospitais portugueses, apontando alguns dos pontos críticos. O descritor enfermarias foi o mais encontrado, e o descritor enfermagem não surgiu nesse ano. Relativamente ao descritor enfermeiro(s), estes surgem no contexto da necessidade de contratação, quer para o hospital de S. José, quer devido à epidemia de “febre typhoides”, quer devido à falta de enfermeiros navais.

Em 1885, precariedade no trabalho dos enfermeiros, degradação dos espaços de assistência, e notícias do ensino de enfermagem

A reorganização dos serviços de saúde naval é apreciada pela Câmara dos Pares (CPR) e pela Câmara dos Deputados: (i) com hierarquia de enfermeiros (1ª, 2ª classe e ajudante); (ii) diferenciação entre o quadro dos serviços e o quadro da companhia de saúde; (iii) necessidade de prática e aprovação em exame para promoção de ajudante a enfermeiro de 2ª. Consta-se a dificuldade de recrutamento de enfermeiros para os serviços do exército e navais, embora também seja identificada escassez de enfermeiros na Madeira. Outro tema recorrente é a degradação dos espaços assistenciais, de Lisboa à Guarda, onde o hospital é considerado um autêntico “antro”. A criação do distrito do Congo, em Angola, com a afetação de hospitais, enfermarias, ambulâncias e enfermeiros. Na CPR lemos uma sindicância aos Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC), feita em 1872, estando em causa gastos com o administrador e o capelão. Os enfermeiros são também notícia pela sua precária situação no Hospital S. José. Refere-se a necessidade de criar um internato no hospital central de Lisboa e formar médicos “para a regência das escolas dos enfermeiros” (Diário da Câmara dos Senhores Deputados, 1885, p. 2425).

PAINEL I: FONTES PARA A HISTÓRIA DE ENFERMAGEM NO SÉC. XIX

A reorganização dos serviços de saúde naval vem de trás e mantém-se. Constatámos a enfermagem em processo de profissionalização. Fala-se em ensino (formar médicos regentes para as escolas de enfermagem), o acesso a enfermeiro de 2ª classe condicionado a prática e exame. No sector militar constata-se clara estruturação da enfermagem com hierarquia. Verifica-se a falta de enfermeiros e condições degradantes de trabalho, bem como o estado deplorável de muitos espaços de assistência, hospitais e enfermarias.

Em 1893, espaços e condições de trabalho, a assistência a delinquentes alienados

Em 1893, os enfermeiros do Hospital de S. José e anexos pedem melhores condições na renumeração e na reforma. Surge uma proposta para a criação de um instituto oftalmológico ou de enfermarias especializadas para as doenças dos olhos, no Hospital de S. José. Apela-se ao estabelecimento de um regulamento da política sanitária, marítima e quarentenária. Definem-se condições, em matéria de saúde, para o concurso de barcos a vapor, para a navegação entre Lisboa e os arquipélagos da Madeira e Açores. A falta de condições dos hospitais psiquiátricos para acolher penitenciários com doença mental, faz surgir a proposta para a criação de uma enfermaria para “alienados” junto à penitenciária central de Lisboa. Matéria que dá azo à discussão sobre a pessoa com doença mental que comete crimes, afirmando-se que “os juízes têm, muitas vezes, diante de si doentes e não facinoras, que devem ser curados e não punidos” (Diário da Câmara dos Senhores Deputados, 1893, p. 27). Em 1893, os enfermeiros viviam condições de trabalho precárias, com baixa renumeração em comparação com outros profissionais, o trabalho dos enfermeiros é visto como um “serviço penoso” que “tem por único futuro a miséria”. Foi também encontrada referência ao ensino das enfermeiras em congregações religiosas, mas sem desenvolvimento.

Em 1896, os detidos alienados, os serviços de saúde do ultramar com praticantes de enfermagem, maqueiros e irmãs hospitalares. O regulamento geral dos serviços de saúde do ultramar prevê facultativos, farmacêuticos e enfermeiros para hospitais, enfermarias e ambulâncias. Os enfermeiros/praticantes de enfermagem, formam-se em Lisboa, durante um ano, no Hospital da Marinha. Após exame, são colocados no ultramar, como enfermeiros-mor, enfermeiros de 1ª e 2ª classe, ou como ajudantes de enfermeiro. O regulamento prevê maqueiros, mobilizados entre o pessoal das companhias militares, ou entre indígenas, com instruções específicas sobre o modo de levantar e de deitar, o transporte, a marcha com ferida, bem como hemóstase, talas e pensos oclusivos. Surge também referência às Irmãs Hospitalares, colocadas pelo Ministro de acordo com a Superioria Geral. Estas Irmãs Hospitalares “não devem ser consideradas como mercenárias: os enfermeiros e doentes devem-lhe deferência e respeito”; assumem serviço nas enfermarias de mulheres, auxiliam e substituem os enfermeiros, superintendem e fiscalizam a cozinha e a lavandaria. Este pessoal é distribuído por todo o império em quadros de pessoal, por locais, categorias e vencimentos, agregando-se da seguinte forma: (i) Cabo Verde e Guiné; (ii) Angola e S. Tomé; (iii) Moçambique; (iv) Índia; (v) Timor e Macau. O regulamento surge para suprir lacunas de saúde no ultramar, prevendo pessoal em três patamares: (i) facultativos e farmacêuticos; (ii) praticantes de enfermagem, maqueiros e irmãs hospitalares; e (iii) auxiliares. Os enfermeiros são formados em Lisboa e os maqueiros no local. A polémica entre enfermagem laica e religiosa encontra-se espelhada, neste regulamento, na abordagem às Irmãs Hospitalares. A agregação dos serviços em cinco grandes espaços corresponde à geografia do império e à possibilidade de permuta, pela insalubridade, entre os espaços continentais e as ilhas a eles adjacentes. Insere-se no evoluir das ciências médicas e nas preocupações políticas de ocupação efetiva do espaço ultramarino na sequência do Ultimato.

Neste período, é ainda notícia os empregados subalternos das enfermarias dos HUC que se sentem discriminados, bem como o contrato para circulação de barcos, só com enfermarias. Em Elvas, um convento confiscado é entregue à Misericórdia para se tornar em um hospital.

Sintetizando, em 1896, encontramos aspetos relativos à política da saúde, como sejam os direitos dos alienados, a ocupação do espaço ultramarino ou as preocupações higienistas. Também aspetos institucionais são identificados, tais como enfermarias para inimputáveis, organização de serviços no ultramar, melhoria de instalações (Elvas) ou requisitos nos barcos. Questões de disciplinaridade são igualmente sinalizadas, espelhadas na formação de enfermeiros para o ultramar; bem como os aspetos de profissionalidade, como sejam o embrião de carreira, funções e vencimentos, separação das águas com as Irmãs Hospitalares ou manifestações de descontentamento pelas condições de trabalho.

Em síntese, os Temas Transversais

O estudo a que nos propusemos - a expressão da enfermagem e dos enfermeiros nas câmaras de representantes durante o período da monarquia constitucional - é ainda um processo inacabado e encontra-se em desenvolvimento. O que aqui trazemos é uma leitura descontínua, de sondagem, em seis momentos distintos (1821-22; 1880; 1883; 1885; 1893; 1896), mas que permite realçar nove aspetos.

PAINEL I: FONTES PARA A HISTÓRIA DE ENFERMAGEM NO SÉC. XIX

Enfermeiros

Surge em 1821-22 o enfermeiro-mor, distinto da figura de enfermeiro, com funções administrativas e de gestão, responsável por tudo o que diz respeito ao pessoal dos doentes, e a todos os empregados, com funções diferentes das atribuídas ao administrador e de outros das áreas clínicas. Perdura a figura de sangrador; confundido, por vezes, com o cirurgião de pequenas operações e com referências tangenciais à atividade do enfermeiro. Os enfermeiros não são incluídos na categoria de empregados de saúde, contrariamente aos médicos e às parteiras, indiciando estas claramente maior diferenciação. No entanto, sinalizam-se, como atividades do enfermeiro, o cuidar e o acompanhar, sendo expectável o cuidado e bom serviço dos enfermeiros nos hospitais. No espaço doméstico, em casa e na rua, a função do enfermeiro é de acompanhamento no restabelecimento da saúde. Estamos perante a atividade do enfermeiro num processo de diferenciação em relação a outros, como sejam, os sangradores, os cirurgiões, as parteiras, mas longe ainda das características de profissionalização da enfermagem moderna. Os enfermeiros não são expressamente identificados como empregados de saúde, contrastando com as parteiras, não têm formação formal, não são examinados, nem são certificados.

Já em 1896, para o ultramar, esboça-se uma hierarquia, com enfermeiros-mor, enfermeiros de 1ª e 2ª classe, e ajudantes de enfermeiro. O regulamento prevê maqueiros, mobilizados entre o pessoal das companhias militares, ou entre indígenas, com instruções de atuação muito específicas. Nestes anos de fim de século, foi evidente a existência de pessoal em três patamares distintos: (i) facultativos e farmacêuticos; (ii) praticantes de enfermagem, maqueiros e irmãs hospitaleiras; e por último, (iii) auxiliares vários.

Enfermagem Militar

Em 1880, dá-se a organização dos Serviços de Saúde em dois contingentes: (i) os quadros de saúde com facultativos e farmacêuticos; e (ii) os quadros de companhia compostos por enfermeiros, amanuenses e praças. As diferenças de clima fazem com que os empregados do quadro de saúde de Cabo Verde tivessem direito à reforma com 12 anos de serviço efetivo e na Guiné com 8 anos. Procurava-se a melhoria das condições de reforma dos enfermeiros da companhia de saúde naval, diferenciando os espaços ultramarinos, em função da salubridade e equiparando-os, em regalias, aos do “exército de terra”. Constata-se, em 1883, acerca do assunto da reorganização do serviço de saúde naval, que há falta de enfermeiros navais. Em 1885, a reorganização dos serviços de saúde naval é apreciada pela Câmara dos Pares e pela Câmara dos Deputados, estabelecendo-se uma hierarquia de enfermeiros (1ª, 2ª classe e ajudante), diferenciando-se entre o quadro dos serviços e o quadro da companhia de saúde, e relevando-se a necessidade de prática e aprovação em exame para promoção de ajudante a enfermeiro de 2ª classe.

Parteiras

Em 1821-22, as parteiras surgem com funções claras. Estas parteiras são identificadas, a par dos médicos e cirurgiões, como empregados de saúde, com ensino, certidão e regulação, o que não acontece com os enfermeiros.

Irmãs Hospitaleiras

Em 1896, o Ministro, de acordo com a Superiora Geral, refere-se às Irmãs Hospitaleiras como não devendo ser entendidas como “mercenárias”, pelo que “os enfermeiros e doentes devem-lhe deferência e respeito”. Assim, as Irmãs Hospitaleiras fazem serviço nas enfermarias de mulheres, auxiliam e substituem os enfermeiros, superintendem e fiscalizam cozinha e lavandaria. A polémica entre enfermagem laica e religiosa encontra-se aqui espelhada, sendo expressada no regulamento de serviços de saúde do ultramar.

Ensino de enfermagem

Em relação ao ensino de enfermagem, encontramos referências em três datas: (i) em 1885 é apontada a necessidade de prática e aprovação em exame para promoção de ajudante a enfermeiro de 2ª, referindo-se no hospital central de Lisboa a necessidade de formar médicos “para a regência das escolas dos enfermeiros”; (ii) em 1893, é feita referência ao ensino das enfermeiras em congregações religiosas; e (iii) em 1896, relata-se que os enfermeiros/praticantes de enfermagem são formados em Lisboa, durante um ano, no Hospital da Marinha e, após exame, são colocados no ultramar, como enfermeiros-mor, enfermeiros de 1ª e 2ª classe, ou como ajudantes de enfermeiro, sendo os maqueiros formados nos diversos locais do império.

Espaços degradados, condições de trabalho deploráveis

Em 1821-22, os espaços assistenciais degradados são reorganizados num palco de soluções à luz da confiscação dos bens monásticos. Em 1880, o tema da aposentação está presente em proposta de lei para os quadros do Hospital

PAINEL I: FONTES PARA A HISTÓRIA DE ENFERMAGEM NO SÉC. XIX

de S. José, defendendo a igualdade de tratamento para aqueles que “mais trabalham e que mais riscos correm em tão espinhoso serviço”, argumentando que “os enfermeiros servem de dia e de noite, segundo a escala do serviço chama, e desempenhando zelosamente as suas obrigações nada pode comparar-se à dureza, especialidade e responsabilidade da sua missão” (Diário da Câmara dos Senhores Deputados, 1880, p. 2155). Já em 1883, a sobrelotação de doentes, a administração, as condições e a alimentação que é fornecida aos doentes são também criticadas. De forma recorrente, em 1885, dá-se nota novamente da degradação dos espaços assistenciais de Lisboa à Guarda, sendo o hospital considerado um autêntico “antro”. Os enfermeiros são também notícia pela sua precária situação no Hospital S. José. Neste hospital, em 1893, os enfermeiros pedem melhores condições na renumeração e na reforma. Diz-se que viviam condições de trabalho precárias, com baixa renumeração em comparação com outros profissionais, sendo o seu trabalho visto como um “serviço penoso” que “tem por único futuro a miséria”. Na mesma linha, em 1896, surge a notícia dos empregados subalternos das enfermarias dos HUC que se sentem discriminados.

Higiene e higienismo

Em 1821-22, o projeto de Regulamento Geral de Saúde Pública espelha preocupações higienistas, de organização, qualificação e segurança. Os senhores deputados, em 1880, preocupam-se com melhorias do serviço clínico no Lazareto de Lisboa, que iria beneficiar da criação de 5 lugares para enfermeiros e 2 para enfermeiras. Apesar de aumentar a despesa, este investimento seria justificado “porque se a necessidade de pôr o paiz a coberto de epidemias aconselha o estabelecimento de quarentenas, é também dever de o governo tornar estas, pelos melhoramentos do serviço eficazes sim, mas o menos incommodas que possível seja”. A 15 de maio, dá-se conta nessa Câmara do parecer da comissão de saúde pública, em que se expressa “a necessidade de enfermeiros e enfermeiras”.

Na vila de Manteigas, em 1883, há uma epidemia de “febre typhoides” e um enfermeiro oferece-se espontaneamente para acompanhar o cirurgião-mor, sendo alvo de homenagem. Nesse mesmo ano, verifica-se a cedência de terrenos e instalações para enfermarias e hospitais, facto que não é isento de polémica, uma vez que alguns são “altamente inconveniente e contra todos os preceitos de hygiene” (Diário da Câmara dos Pares do Reino, 1883, p. 244).

Dez anos depois, em 1893, advoga-se um regulamento da política sanitária, marítima e quarentenária, bem como a definição das condições, em matéria de saúde, para o concurso de barcos a vapor que iriam fazer a navegação entre Lisboa e os arquipélagos da Madeira e Açores. Procurando-se definir, em 1896, que os contratos para circulação de barcos, só é possível, se estes tiverem enfermarias.

Delinquentes alienados

A falta de condições dos hospitais psiquiátricos para acolher penitenciários com doença mental faz surgir, em 1893, a proposta de criar uma enfermaria para “alienados” junto à penitenciária central de Lisboa. Nesta sequência, discutem-se as questões relacionadas com a pessoa com doença mental que comete crimes, uma vez que “os juizes têm, muitas vezes, diante de si doentes e não facinoras, que devem ser curados e não punidos” (Diário da Câmara dos Senhores Deputados, 1893, p. 27). Neste contexto, afirma-se, em 1896, que a existência de enfermarias anexas aos estabelecimentos prisionais responde ao imperativo de direito dos alienados e reconhecimento da sua inimizabilidade.

Impulso regulador num vasto espaço para administrar

Em 1880, existe a discussão acerca da criação do Serviço de Saúde na Guiné e a modificação do Serviço de Saúde de Cabo Verde, advogando-se a necessidade de aumentar o quadro técnico e estabelecer um sistema de inspeções periódicas. Neste sentido, é prevista a organização das “esquadras de ambulância, compostas de 1 cabo e 8 soldados, que serão exercitados no manejo dos meios de condução dos feridos ou doentes, empregando-se de preferência a quaesquer outros como enfermeiros e serventes dos hospitaes regimentaes” (Diário da Câmara dos Senhores Deputados, 1880, p. 1334).

A criação do distrito do Congo em Angola, no ano de 1885, surge com a discussão da afetação de hospitais, enfermarias, ambulâncias e enfermeiros. Em 1896, o regulamento dos serviços de saúde do ultramar prevê facultativos, farmacêuticos e enfermeiros para hospitais, enfermarias e ambulâncias. Este pessoal é distribuído por todo o império em quadros de pessoal, por locais, categorias e vencimentos, e que se agregam. O regulamento surge para suprir lacunas de saúde no ultramar prevê pessoal em três patamares: facultativos e farmacêuticos; praticantes de enfermagem, maqueiros e irmãs hospitaleiras; auxiliares. A agregação dos serviços em cinco grandes espaços, corresponde à geografia do império, e à possibilidade de permuta, pela insalubridade, entre os espaços continentais e ilhas adjacentes contíguas. Insere-se no evoluir das ciências médicas e nas preocupações políticas de ocupação efetiva do espaço ultramarino na sequência do Último.

Conclusão

O termo enfermagem é tardio na sua visibilidade surgindo o de enfermeiro desde o início do período em estudo, o que a nosso ver acompanha a profissionalização tardia da enfermagem em Portugal, em linha com os primeiros movimentos de estruturação do ensino que são, como se sabe, do final do século XIX. Percebe-se o claro avanço da enfermagem militar, na sua estruturação profissional, e a dianteira absoluta, em matéria de profissionalização das parteiras. Diríamos que todo este período é de reconfiguração das profissões de saúde e de tentativas de organização nos vastos espaços do império. Nos debates, estão também presentes questões como as condições de trabalho, a salubridade e higienismo, uma nova visão dos delinquentes alienados, bem como a problemática religiosa na sua vertente ligada à assistência na doença.

Referências bibliográficas

- Bonifácio, F. (2010). *A monarquia constitucional (1807-1910)*. Alfragide, Portugal: Texto Editores.
- Diários das Sessões de 1821-1910*. Recuperado de <https://www.parlamento.pt/ArquivoDocumentacao/Paginas/default.aspx/monarquiaconstitucional>
- Mattoso, J. (1997). *A escrita da história: Teoria e métodos*. Lisboa, Portugal: Editorial Estampa.
- Pinheiro, R. B. (1881). *No Lazareto de Lisboa*. Lisboa: Empreza Litteraria Luso-Brazileira Editora.
- Queirós, P., Filho A., Monteiro A., Santos T., & Peres M. (2017). Debates parlamentares em Portugal de 1821 a 1910: Identificação de fontes para a história da enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem Anna Nery*, 21(1), 1-6. doi: 10.5935/1414-8145.20170006
- Ribeiro, V. (1906). História da beneficência em Portugal. *O Instituto: Jornal Científico e Litterario*, 53, 193-202.
- Torgal, L. (2015). *História... Que história?: Notas críticas de um historiador*. Lisboa, Portugal: Temas e Debates.

Notes on Hospitals (1863): Uma fonte para o estudo do Hospital da Bemposta

Óscar Manuel Ramos Ferreira*

Introdução

Como fonte para a história de enfermagem no século XIX, para além dos diários das sessões das câmaras de representantes na Monarquia Constitucional e de muitas outras, temos os escritos daquela que é considerada a mãe da enfermagem moderna, Florence Nightingale (1920-1910).

De entre as suas obras e para a história da enfermagem hospitalar portuguesa e dos hospitais portugueses, mais concretamente do Hospital da Bemposta, posteriormente conhecido como Hospital D. Estefânia destaca-se *Notas sobre Hospitais* (*Notes on Hospital*; Nightingale, 1863).

Ao estudar os Diários da Câmara dos Senhores Deputados da Nação Portuguesa de 25 de abril de 1864, verifiquei que o Sr. Deputado Casal Ribeiro¹ apresentou uma proposta no sentido de que “no orçamento do ministério das obras públicas se incluía uma verba de 20:000\$000 réis para auxiliar a continuação das obras do hospital Estefânia, fundado na quinta da Bemposta por El-Rei o Senhor D. Pedro V” (Diário da Câmara dos Deputados, 25-04-1864, (80), p. 1298), a qual fundamenta de forma resumida com a história da criação dessa obra de assistência para crianças pobres de Lisboa, afirmando que “o plano foi mandado vir de Inglaterra e encomendado ao príncipe Alberto” (Câmara dos Senhores Deputados, Diário da Câmara, (80), p. 1298).

Sendo o príncipe Alberto (1819-1861) consorte da rainha Vitória (1819-1901). Nessa época, Florence Nightingale era membro da *Royal Commission on the Health of the Army* (Lopes, 2012). Nas suas obras, em final da década de 1850 e princípios de 1860, esta enfermeira escreveu sobre os hospitais, pelo que poderiam ser uma boa fonte para o estudo do Hospital da Bemposta e da enfermagem hospitalar dessa instituição no último quartel do século XIX.

Desta forma, foi realizada uma pesquisa que culminou com o *download* das obras *Notes on Hospitals: Being two papers read before the National Association for the Promotion of Social Science, at Liverpool in October, 1858 with evidence given to the Royal Commission on the state of the Army in 1857* e das *Notas sobre Hospitais*, respetivamente a 2ª e 3ª edição dos seus escritos publicados sobre os hospitais, a partir do site da *Internet Archive* (<https://archive.org/>), uma biblioteca digital de acesso gratuito a investigadores, historiadores, estudiosos e público em geral, membro da *American Library Association*. Com este trabalho, pretende-se compreender qual a importância da obra *Notas sobre Hospitais*, publicado em 1863, como fonte para o estudo do Hospital da Bemposta e, conseqüentemente, da enfermagem hospitalar praticada nessa instituição a partir da década de 1870, mais concretamente a partir de 17 de julho de 1877, data da sua abertura (Diário Ilustrado, 1877, p. 1). Os objetivos deste trabalho visam: (i) identificar os princípios a que se deveria atender na construção dos hospitais em geral e dos hospitais pediátricos em particular; (ii) compreender a especificidade da enfermagem infantil e a sua peculiaridade; (iii) identificar princípios inerentes à prática da enfermagem infantil e as propostas para uma gestão adequada das enfermeiras e enfermarias dos hospitais de crianças.

As edições de *Notas sobre Hospitais*

A obra de Florence Nightingale, em português, *Notas sobre Hospitais*, foi redigida por esta enfermeira em meados do século XIX e teve três edições, a última das quais muito aumentada. Rafferty e Wall (2010) referem que este trabalho de Nightingale continua ainda a ser importante para a investigação no âmbito da saúde, possibilitando paralelamente confirmar as competências de pesquisa e retórica da autora.

* Doutor em Educação na especialidade de História da Educação; Presidente da Direção da ANHE; Professor na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, investigador da ui&de, linha de investigação de História da Enfermagem e colaborador da UIDEF do IEUL; Portugal; ESEL- Polo Gulbenkian, Avenida Professor Egas Moniz, 1600- 190 Lisboa, [oferreira@esel.pt], tlm 936521610.

PAINEL I: FONTES PARA A HISTÓRIA DE ENFERMAGEM NO SÉC. XIX

A 1ª edição deste livro surgiu em 1858 e intitulava-se *Notes on the Sanitary Condition of Hospitals, and on Defects in the Construction of Hospital Ward*. À época, não era mais do que uma comunicação/artigo apresentada à *National Association for the Promotion of Social Science*, em Liverpool, a 22 de setembro desse ano (McDonald, 2012).

A 2ª edição foi publicada um ano depois (1859), intitulava-se *Notes on Hospitals: Being two papers read before the National Association for the Promotion of Social Science, at Liverpool in October, 1858 with evidence given to the Royal Commission on the state of the Army in 1857* e tinha 137 páginas.

Já a 3ª edição de é de 1863 e está dividida em nove partes.

A obra *Notas sobre Hospitais* de 1863

Ao redigir esta obra, a autora teve como intenções: (i) dar conta das condições sanitárias então existentes nos hospitais; (ii) identificar os defeitos estruturais que os hospitais apresentavam, com influência no progresso em diferentes casos clínicos em tratamento, tanto médicos como cirúrgicos; (iii) apresentar os princípios a atender na construção dos novos hospitais; (iv) aperfeiçoar os planos para hospitais e instituições de convalescença; (v) divulgar propostas adotadas pelo Congresso Internacional de Estatística para melhorar o método de tabulação das estatísticas hospitalares, juntamente com uma proposta para um sistema uniforme de registo estatístico de operações cirúrgicas, suas complicações e resultados.

A primeira parte da obra trata das condições sanitárias dos hospitais na qual, entre outros aspetos, identifica quatro defeitos que originam as doenças hospitalares, nomeadamente: (i) a aglomeração de doentes num mesmo espaço; (ii) o défice de espaço (m³) para as camas hospitalares, nas quais muitas vezes se acumulavam mais de um doente; (iii) a ausência de ar fresco; e (iv) a luz solar insuficiente.

Na segunda parte, depois de considerar que o ar fresco, a luz natural, os espaços amplos e a divisão dos doentes por instalações separadas ou pavilhões são condições essenciais para estabelecer e manter um ambiente hospitalar saudável, apresentando os defeitos encontrados nos planos e construções hospitalares então existentes, nomeadamente os relacionados com: (i) a má seleção dos locais para a construção dos hospitais e do clima inadequado onde foram erigidos; (ii) a edificação destes estabelecimentos em termos que impedem a entrada de ar fresco; (iii) os problemas existentes nas enfermarias com prejuízo para a ventilação (altura inadequada das divisões); (iv) a largura excessiva das divisões entre as janelas opostas; (v) a arrumação das camas ao longo das chamadas paredes mortas; (vi) a existência de mais de duas linhas de camas entre janelas opostas; (vii) a existência de janelas apenas de um lado, ou o corredor que liga os quartos fechado; (viii) os meios defeituosos de ventilação e de aquecimento, nos sistemas de esgotos e nas casas de banho; (ix) a inadequabilidade dos materiais selecionados para revestir o chão e as paredes; (x) a má disposição das cozinhas, das lavandarias dos hospitais e dos aposentos das enfermeiras bem como do mobiliário hospitalar. Nesta parte, a autora trata ainda dos problemas existentes em termos de gestão das enfermeiras e das enfermarias.

Neste âmbito, refere que a “supervisão eficaz e fácil é essencial para cuidados adequados e enfermagem” (Nightingale, 1863, p. 49). Acrescenta “quatro pontos essenciais de construção, no que se refere à enfermagem e à sua gestão, nos quais os hospitais geralmente são deficientes, por falta de atenção dos arquitetos hospitalares”: (i) “economia de atendimento”; (ii) “facilidade de supervisão”; (iii) “conveniência quanto ao número de doentes na mesma ala e no mesmo andar, de modo a economizar em prestadores de cuidados extras e em deslocações desnecessários entre pisos”; e (iv) “acomodações suficientes para as enfermeiras nas alas onde desempenham funções” (Nightingale, 1863, p. 50).

Na terceira parte da obra, são considerados os princípios a atender na construção dos novos hospitais, defendendo a divisão dos doentes por pavilhões separados, de que é exemplo em Lisboa o Hospital Curry Cabral.

Segundo Nightingale, a construção dos pavilhões hospitalares deveria ter em consideração vários aspetos: (i) o número de pisos por pavilhão; (ii) o número de salas por piso; (iii) as dimensões das salas, dos pavilhões e hospitais; (iv) o espaço e área destinado a cada cama; (v) o número de camas alocada a cada janela; (vi) o material a utilizar para o revestimento do chão, das paredes e tetos; (vii) a sala e a copa das enfermeiras; (viii) as casas de banho e as pias para despejos; (ix) a ventilação das diferentes divisões; (x) as características do mobiliário hospitalar, da roupa de cama; (xi) o abastecimento de água; (xii) a cozinha; (xiii) a lavandaria (como lavar a roupa suja e sala da roupa limpa); (xiv) a sala de operações. Ao abordar estes aspetos, a autora dá orientações claras sobre os critérios a considerar na tomada de decisões mais corretas, fundamentando-os à luz do conhecimento disponível na altura acerca destes assuntos.

Na quarta parte, são apresentados os planos para o aperfeiçoamento de pequenos e grandes hospitais e instituições de convalescença. Na quinta parte, trata dos hospitais de convalescentes, na sexta são focados os hospitais de crianças, na sétima parte descreve os hospitais militares indianos, na oitava relata os hospitais para as esposas dos soldados e na nona parte, apresenta as estatísticas hospitalares. A autora termina a obra com apêndices relativos aos cinco diferentes sistemas

da enfermagem hospitalar então existentes, dando exemplos de instituições onde esses sistemas estavam implantados: (i) enfermagem religiosas sob direção de um superior religioso, sendo o hospital administrado por um órgão de governo separado e secular (hospitais de Paris e do King's College em Londres); (ii) enfermagem religiosa cujo superior, também religioso, administra tanto a ordem como o hospital (instituições protestantes de Bethanien em Berlim, Kaiserswerth no Reno, muitas instituições católicas romanas em Roma e em toda a Europa e também “irmãs” anglicanas em Inglaterra); (iii) enfermagem seculares sob a direção de seculares, possuindo o hospital um governo separado e secular (hospitais de Londres); (iv) enfermagem secular e sob a mesma autoridade secular daquela que governa o hospital (grande hospital geral em Viena e o Charite em Berlim); (v) enfermagem masculina e seculares sob a mesma autoridade masculina secular que o hospital (hospitais militares da Alemanha, e até então da Inglaterra, França e Rússia).

Hospitais para crianças

O pessoal de enfermagem dos hospitais de crianças em meados do séc. XIX e o que propõe Nightingale

Ao abordar este assunto, Nightingale (1863) alerta para que a primeira coisa a fazer é tomar a decisão relativa à construção ou não de um hospital infantil. Por um lado, cada criança doente exige quase uma enfermeira só para si, embora nos hospitais gerais as melhores protetoras e enfermeiras das crianças doentes eram muitas vezes as mulheres aí internadas. De acordo com a autora, os cuidados de enfermagem prestados pelas freiras não garantiam, em absoluto, a qualidade dos cuidados. De facto, para algumas religiosas era melhor as crianças morrerem do que viverem, pelo que por vezes se via mais ternura para com as crianças por parte de enfermeiras laicas do que das religiosas. Para a autora, a enfermagem deveria ser “uma vocação genuína em que o amor pelo trabalho e pelas crianças fosse revelado” (Nightingale, 1986, p. 125). Assim, a enfermeira de um hospital infantil deveria assumir as suas tarefas de forma conscienciosa, como um dever, ligando a sua própria felicidade à recuperação de cada criança doente, a quem a enfermeira devia providenciar amor e mostrar companheirismo.

Nightingale afirma que estas são as peculiaridades dos hospitais infantis que deverão ser atendidas antes de se tomar a decisão de construir um estabelecimento desta natureza, nomeadamente salvaguardar a existência de enfermeiras suficientes e dotadas com as qualidades requeridas pelos cuidados às crianças doentes.

Ao que parece, a ideia que então imperava sobre os hospitais infantis, ao contrário do que pensava Nightingale (1863), era de locais onde as crianças seriam admitidas para se recuperarem ou morrerem e serem enterradas o mais depressa possível. Segundo a autora, havia vantagens na criação destas instituições para crianças, uma vez que elas preservavam a criança de assistir aos horrores e sofrimentos vividos nos hospitais de adultos, enquanto paralelamente permitiam que as crianças se recriassem e exercitassem fisicamente, atividades que se deveriam constituir como parte integrante do tratamento. Acrescentava que as crianças exigiam uma supervisão mais rigorosa, difícil de assegurar numa enfermaria de um hospital geral, não se devendo esquecer que as crianças nunca podem ser deixadas sozinhas e, como tal, cada enfermaria de crianças deve ser dotada do pessoal necessário e específico.

Propostas para as instalações, o pessoal, os cuidados e a prevenção de acidentes num hospital de crianças

Quanto às instalações deste tipo de hospitais, Florence Nightingale (1863) defendia que os hospitais infantis poderiam ter serviços médicos, cirúrgicos e dermatológicos, sendo as instalações balneares uma das mais importantes. Neste sentido, os espaços para banhos deveriam ser destinados especificamente: (i) a meninos; (ii) a meninos com problemas cutâneos; (iii) a meninas; e (iv) a meninas com problemas cutâneos, de modo a impedir a mistura de sexos, bem como de crianças com e sem problemas cutâneos nas diferentes áreas. Cada balneário deveria estar sob a responsabilidade de uma enfermeira competente, com um ou mais ajudantes sob sua supervisão pois, caso contrário, a possibilidade de acidentes por afogamentos e escaldões seria elevada. Nightingale defendia ainda a privacidade do banho, propondo que cada divisão fosse separada por uma cortina, apesar de haver ocasiões em que várias crianças pudessem ser banhadas de uma só vez. No caso das meninas, estas deviam tomar banho sozinhas e vestidas a não ser que o tipo de doença o não recomendasse, os bebês juntos, a menos que a doença não o permitisse, sendo os médicos a decidir a partir de que idade os meninos poderiam tomar banho sozinhos.

Quanto às casas de banho, a autora recomendava, como regra geral, que não deveria haver nelas a possibilidade de uma criança ficar aí sozinha ou com outra criança, devendo ser bem iluminadas (dia e noite), adequadas em termos de dimensões e de acessibilidade aos seus utilizadores, devendo ainda salvaguardar-se uma provisão de bacias portáteis para a higiene das inúmeras crianças.

A autora defendia a existência de espaços de lazer, recomendando a existência de um espaço ajardinado com vegetação e objetos do agrado das crianças, que pudessem utilizar sem receio de destruir. Em alternativa, poderia pensar-se nas mesmas quatro divisões, ou seja, quatro jardins para: (i) meninos; (ii) meninos com problemas dermatológicos; (iii) meninas; e (iv) meninas com problemas dermatológicos.

PAINEL I: FONTES PARA A HISTÓRIA DE ENFERMAGEM NO SÉC. XIX

Estes espaços deviam ser combinados com áreas, interiores e exteriores, que permitissem a realização de ginástica, atividade esta que deveria ser supervisionada por um professor do sexo masculino, assessorado por uma enfermeira em cada um dos campos de jogos. Aconselhava também que alguns exercícios fossem acompanhados de canto. A existência de um salão coberto para a realização de ginástica, sempre que necessário e ou adequado, poderia ser convertido para a realização de peças de teatro, sala de aula e/ou de outras tarefas. Propunha também que se providenciassem espaços para duas salas de aulas (uma para meninos e outra para meninas), à responsabilidade de uma religiosa que assumiria o papel de professora, a qual poderia também lecionar nas enfermarias àqueles meninos e meninas que não se pudessem deslocar. Segundo ela, também na capela deveria ser planeado um local onde o ensino religioso e secular pudesse ser realizado pelo capelão. Só aí, segundo ela, os meninos e meninas se poderiam encontrar para receber as lições. Salienta ainda a autora que em todos os hospitais, mas mais nos de crianças, os doentes não devem permanecer um dia mais do que o absolutamente necessário.

O Hospital da Bemposta

Para Nightingale, em 1863, o único plano de um hospital infantil que satisfazia todas as condições por ela preconizadas estava a ser erguido em Lisboa. Tratava-se do Hospital da Quinta Velha da Bemposta

um Hospital de Crianças, de edifícios agregados, com um corpo principal formado por quatro alas dispostas em quadrilátero em torno de um pátio central alongado, dominado pela posição axial da capela. Na fachada principal, distribuem-se os serviços de acolhimento e de direção e, na fachada posterior, e ao eixo, a capela ladeada por duas salas para convalescença, sala de operações, cozinha e armazéns de logística. O pátio central está rodeado por uma arcaria aberta e, no piso superior, a galeria aberta serve fundamentalmente para a comunicação entre os dois pavilhões, com dois pisos de elevação. Por se tratar de um hospital para crianças e com menor número de camas, o plano é mais contido, só contemplando dois pavilhões de dois pisos, cada um com 32 camas. (Pinto, 2014, p. 2)

Da planta da dita instituição apresenta um esboço (Figura 1).

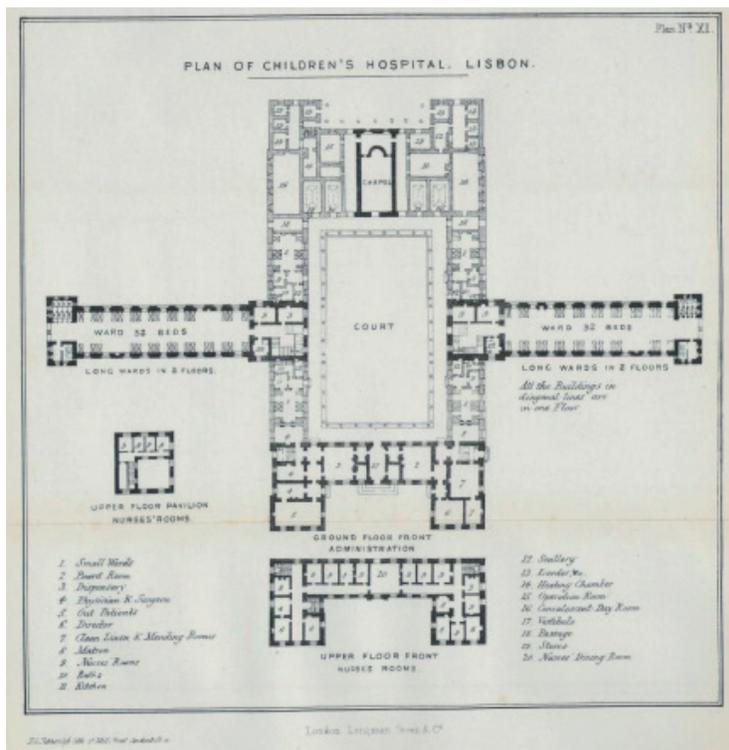


Figura 1. Esboço da planta da dita instituição. Reproduzido de *Notes on hospitals* (3rd ed.) por F. Nightingale, 1863, p. 130.

PAINEL I: FONTES PARA A HISTÓRIA DE ENFERMAGEM NO SÉC. XIX

Segundo a enfermeira inglesa, este plano possuía um interesse peculiar, devido ao fato de ser a consubstanciação de um desejo do falecido Rei de Portugal, D. Pedro V, em memória da sua consorte, a rainha D. Estefânia, falecida em 1859, em conformidade com o revelado pelas diferentes fontes consultadas (Diário da Câmara dos Senhores Deputados 20-07-1860, (16), p. 216; 24-03-1866, (55), p. 938).

Revela ainda que foi o príncipe Alberto, marido da rainha Vitória e tio de D. Pedro V¹ (Mónica, 1999; 2007) que, de alguma forma, nomeou o arquiteto para o projeto, o Sr. Albert Jenkins Humbert², confirmado na primeira página do Diário Ilustrado de 22 de janeiro de 1873 que afirma que “o projeto do edifício tinha vindo de Londres, onde tinha sido elaborado em Abril d`aquele ano (1861) pelo Architecto Humbert” e, posteriormente, na 1ª página do mesmo diário em 25 de julho de 1877. Era desejo do príncipe Alberto “introduzir em Portugal um modelo de construção hospitalar para crianças com todos os recentes melhoramentos na construção hospitalar feitas neste país” (Nightingale, 1853, p. 129). Deste modo, o edifício

está organizado ao longo de um paralelogramo, de 135 pés de comprimento por 75 de largura, cercado por um corredor aberto e terraço. É composto por dois pavilhões, semelhantes em construção aos de Lariboisière³. Estes pavilhões são de dois andares em altura, e as alas superiores são alcançadas por ampla abertura nas escadarias. Uma peculiaridade do pavilhão é que a equipa de enfermagem é acomodada no final da escadaria. (...) Cada ala contém trinta e duas camas. As casas de banho, banheiros e lavatórios, (...) são especialmente planejados para o uso das crianças. Cada casa de banho é ventilada separadamente e também é cortado do corpo do compartimento em que está colocado, de modo que todos eles estão rodeados por uma massa considerável de ar que se desloca passando pelo compartimento através de janelas colocadas em três lados, além de uma janela separada para cada casa de banho. (Nightingale, 1853, p. 129)

Cada sala, ampla, possui dois pequenos balneários, adequados ao tamanho das crianças, dotados com água quente e fria. Cada ala tinha 128 pés de comprimento, por 30 de largura e 18 de altura, o que dava 160 pés cúbicos por cama. Para Nightingale (1853), eram as enfermarias de crianças mais magníficas da Europa. Prossegue com a descrição dos espaços por onde seriam distribuídos os doentes e o pessoal médico, de enfermagem e administrativo, de acordo com o que preconiza na obra.

as alas nos pavilhões, (...) são dotadas com salas de enfermagem, copa, (...), etc. A frente do hospital contém os escritórios administrativos, e aposentos para o diretor, médico oficial, matrona e “irmãs” não adstritas às camas. (...). A capela é colocada como no plano Lariboisière, e em cada lado são os balneários gerais do estabelecimento. Nesta mesma parte do hospital estão a sala de estar/visitas, também a cozinha, e outros serviços de apoio (...), os campos de exercícios, são todos feitos de acordo com os princípios já estabelecidos. (Nightingale, 1853, p. 131).

E conclui que “tomado como um todo, o edifício foi bem considerado em seus detalhes e, sem dúvida, provará uma estrutura saúclável” (Nightingale, 1853, p. 131).

Atendimento essencialmente feminino

Florence Nightingale entendia que os cuidados às crianças deveriam ser essencialmente femininos, o que se compreende à luz das ideias da época, afirmando que nem “uma mulher mais do que o essencial num hospital militar” (Nightingale, 1853, p. 131), também “nem um homem mais do que o absolutamente necessário num hospital infantil” (Nightingale, 1853, p. 131).

Para ela os únicos homens que deveriam dormir num hospital de crianças seriam o médico residente (responsável e experiente), o porteiro (que deveria estar tão longe das enfermarias quanto possível), o administrador e o capelão. A autora alertava ainda que no continente europeu, apesar de haver mais homens a trabalhar em enfermagem do que em Inglaterra, uma atividade que ela considerava doméstica, havia a necessidade de ter o menor número possível de homens a exercer

¹ D. Pedro V, 30º Rei de Portugal havia falecido em 11 de novembro de 1861.

² Albert Jenkins Humbert (1859-1860), nasceu no Surrey. Estudou em Itália com Reeks, tendo-se inicialmente dedicado a projetar moradias. Membro do Royal Institute of British Architects, foi responsável em 1853 por reconstruir a igreja de St. Giles, Bodiam (1853). Foi apresentado ao Príncipe Alberto por Thomas Cubitt, tendo-se responsabilizado por projectar Sandringham House, St. Mildred's Church de Whippingham, o Mausoléu para a duquesa de Kent e o Mausoléu Real entre outras obras encomendadas pelo real consorte. Durante a elaboração do projecto Hospital de Crianças para Lisboa trocou imensa correspondência com Florence Nightingale, que o assessorou no âmbito da arquitetura deste hospital (Pinto, 2014; Pinto, 2015).

³ Era então a instituição hospitalar mais moderno em toda a Europa, a qual apresentava uma arquitetura constituída por pavilhões separados (Eizerik, 2008).

PAINEL I: FONTES PARA A HISTÓRIA DE ENFERMAGEM NO SÉC. XIX

atividades nos hospitais de crianças. Entendia, aliás, que toda a limpeza devia ser feita pelos homens, não ligados ao hospital, sendo que nenhum ajudante do sexo masculino deveria estar ligado às enfermarias de crianças. Reforçava que este tipo de hospitais requeria muito mais prestadores de cuidados de enfermagem do que um hospital de adultos, enfatizando que todas as enfermeiras deviam ser mulheres e dormir perto das enfermarias em que trabalhavam. Para ela, as únicas mulheres que ficariam dispensadas de viver no hospital de crianças seriam as professoras escolares.

Conclusão

A obra *Notas sobre Hospitais*, de 1863, revela-se uma importante fonte para o estudo dos primórdios do Hospital da Bemposta, da enfermagem no século XIX e das ideias de Florence Nightingale acerca dos princípios a atender na construção de diferentes tipos de hospitais e da organização do pessoal e espaços, em função das características dos doentes quanto a patologia, sexo e idade.

Ao longo do texto, constata-se que Florence Nightingale colaborou na reforma e planeamento de diferentes hospitais entre 1856 e 1894 (McDonald, 2012), avançando com ideias concretas sobre os princípios a que se deveria atender na construção dos hospitais em geral e dos hospitais pediátricos em particular, nomeadamente: (i) disponibilidade de ar fresco; (ii) fornecimento de luz natural; (iii) enfermarias amplas e pavilhonares. A autora alertava para a especificidade e peculiaridade da enfermagem infantil, apelando que os cuidados pediátricos deverem ser prestados por mulheres e os serviços serem dotados de pessoal em qualidade e quantidade adequadas às características dos pequenos doentes, os quais exigiam uma enfermeira para cada um deles. Defende a separação das crianças por sexo e patologia, uma supervisão rigorosa das mesmas para o cumprimento do plano terapêutico o qual poderá incluir exercício físico e a prevenção de acidentes. Entende ainda que as crianças devem permanecer no hospital apenas os dias absolutamente necessários e que durante o internamento deverão manter as atividades lúdicas e escolares próprias da sua idade.

Aconselha-se o uso desta obra como fonte para o estudo da história dos hospitais e da enfermagem hospitalar, a partir de meados do século XIX, especificamente para todos os que pretendam estudar a história da enfermagem proporcionada às crianças no Hospital da Estefânia, a partir da década de 1870, e noutros hospitais/serviços para crianças, criados posteriormente em Portugal. Tal recomendação vem no sentido de compreenderem em que medida os espaços dessas instituições cumpriam com o preconizado por Florence, no que diz respeito aos prestadores de cuidados, e a organização destes estavam, ou não, em conformidade com a filosofia de Nightingale relativamente à infância.

Referências bibliográficas

- Diário Ilustrado*, 22 janeiro 1873, II (202), p. 1.
- Diário Ilustrado*, 25 julho 1877, VI (1605), p. 1.
- Diários da Câmara dos Senhores Deputados* 20-07-1860, (16), pp. 213-255.
- Diários da Câmara dos Senhores Deputados* 24-03-1866, (55), pp. 933-947.
- Diários da Câmara dos Senhores Deputados* 25-04-1864, (80), pp. 1293-1299.
- Eizerik, M. (2008). *Barcelona: Um ano com 365 dias*. Porto Alegre, Brasil: AGE Editora.
- Lopes, M. (2012). Florence Nightingale: Algumas reflexões. In P. Queirós (Coord.), *Enfermagem: De Nightingale aos dias de hoje 100 anos* (pp. 9-18). Coimbra, Portugal: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem; Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Lucas, P. I. (2012). *Conde de Casal Ribeiro: Um percurso político no liberalismo oitocentista (1846-1896)* (Dissertação de mestrado). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10362/9150>.
- McDonald, L. (Ed.). (2012). *Florence Nightingale and hospital reform: Collected Works of Florence Nightingale*. Ontário, Canada: Wilfrid Laurier University Press.
- Mónica, M. F. (2007). *D. Pedro V*. Lisboa, Portugal: Temas e Debates.
- Mónica, M. F. (Eds.). (1999). *Correspondência entre D. Pedro V e seu tio, o Príncipe Alberto*. Lisboa, Portugal: Quetzal.
- Nightingale, F. (1859). *Notes on Hospitals: Being two papers read before the National Association for the Promotion of Social Science, at Liverpool in October, 1858 with evidence given to the Royal Commission on the state of the Army in 1857*. London, England: John W. Parker and Son, West Strand.
- Nightingale, F. (1863). *Notes on hospitals* (3rd ed.). London, England: Longman, Green, Longman, Roberts and Green.
- Pinto, H. G. (2014). *A cura e a arquitetura: História da arquitetura hospitalar portuguesa na época contemporânea: Hospital D. Estefânia*. Recuperado de http://www.arquiteturasdasaude.pt/main/files/pdf/d_estefania.pdf
- Pinto, H. G. (2015). *A cura e a arquitetura: História da arquitetura hospitalar portuguesa na época contemporânea*.

PAINEL I: FONTES PARA A HISTÓRIA DE ENFERMAGEM NO SÉC. XIX

Da programação à tipologia arquitectónica. (Tese de doutoramento). Universidade de Lisboa, Faculdade de Arquitectura, Portugal.

Rafferty, A. M., & Wall, R. (2010). Re-reading Nightingale: Notes on hospitals. *International Journal of Nursing Studies*, 47(9), 1063-1065. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2010.07.010

**PAINEL II: A ARTE DE ENFERMAGEM
NO SÉC. XIX**

**PANEL II: THE ART OF NURSING IN
THE 19TH CENTURY**

**PANEL II: EL ARTE DE LA
ENFERMERÍA EN EL SIGLO. XIX**

Problemas recorrentes da saúde pública em Portugal na primeira metade do século XIX

Carlos Louzada Subtil*

Introdução

Tendo em conta as ruturas e as continuidades dos processos históricos, falar dos problemas da saúde pública em Portugal, na primeira metade do século XIX, aconselha-se que revise, por breve que seja, o quadro político e a estrutura administrativa deste importante setor nos finais do Antigo Regime e se destaque o que de mais significativo ocorreu durante o período que nos ocupa.

1. O contexto político e a administração sanitária

Se se pudesse definir apenas numa frase a situação cultural, política e social de Portugal, no início do século XIX, diríamos que “no começo de Oitocentos, a sociedade portuguesa seguia repetindo rotinas ancestrais em praticamente todos os domínios da sua existência. Com uma população de escassos três milhões de habitantes, o país era esmagadoramente rural, muito pobre e, claro está, analfabeto” (Bonifácio, 2010, p. 13).

1.1 As vésperas da Revolução Liberal de 1820

Nos finais do Antigo Regime, o quadro geral da administração da saúde pública caracterizava-se pela dispersão de poderes, pela insuficiência ou inexistência da polícia médica em todo o reino, pela dificuldade em controlar as doenças infetocontagiosas vindas do exterior ou desenvolvidas endemicamente, pela proliferação de indivíduos não habilitados a exercerem como físicos, cirurgiões, boticários ou parteiras, por hospitais com modelos de gestão, recursos humanos e instalações inapropriados, insuficiência de amas para o crescente número de expostos (crianças abandonadas) e por um *exército* indiferenciado de mendigos, entre várias outras fragilidades (Subtil, 2016).

A Coroa tinha por principal função regular o exercício dos ofícios da saúde, através de duas figuras de recorte político, o *Físico-mor* e o *Cirurgião-mor*, o que quase sempre fez sem sucesso, por falta de recursos humanos e financeiros e pela deficiente rede de meios de comunicação. Para obviar esta dificuldade, em 1740, foi estabelecida uma rede de comissários do Físico-mor em todas as comarcas, rede que já existia mas que era constituída, não por profissionais da saúde, mas por oficiais régios que exerciam a magistratura.

Para superintender em tudo o que dissesse respeito à saúde pública, a Coroa instituiu o cargo de Provedor-mor da Saúde, com as funções de coordenar o trabalho de combate às epidemias nos portos de mar e fronteiras terrestres, fiscalizar as medidas de quarentena, reprimir a mendicidade e vadiagem, fiscalizar a venda de géneros alimentícios, as fábricas de curtumes, policiar as ruas da cidade e examinar as bebidas espirituosas. Pelos regimentos de 1693, o combate às epidemias passou a contar com um provedor de saúde em cada vila ou cidade, nas pessoas do vereador do pelouro da saúde e de um por um almotacé, inspetor camarário que passou a exercer funções na área da saúde pública para as quais não tinha preparação nem formação, tais como encerrar casas, mandar queimar roupas, isolar doentes, recrutar médicos e boticários e escolher um lugar fora da povoação para erguer uma Casa de Saúde para internar todos os doentes contagiosos ou suspeitos de contágio. Nas freguesias, havia *cabeças de saúde*, *homens honrados* que deviam auxiliar o provedor nas tarefas de prevenção e vigilância da higiene das casas, da limpeza das ruas e dos enterros.

O cargo de Provedor-mor foi extinto pela Portaria de 1813, dando lugar à Junta de Saúde.

A assistência aos pobres, doentes, desfavorecidos e excluídos era assegurada pelas *confrarias*, pelos *hospitais das misericórdias* e por uma rede municipal de *médicos de partido*.

Sob a gestão da Coroa estavam apenas o principal hospital do Reino, o Hospital de S. José, o Hospital Termal das Caldas e o Hospital Real de Santo António, no Porto.

* Universidade Católica Portuguesa [carloslousadasubtil@gmail.com]

O movimento confraternal teve as suas raízes na Idade Média, recebendo um forte impulso depois do concílio de Trento (1545-1563), passando as confrarias a dividir-se em eclesíásticas e laicas, destacando-se, destas segundas, as misericórdias. As obras de caridade e misericórdia traduziam-se em “dar de comer a quem tem fome, dar de beber a quem tem sede, dar abrigo aos peregrinos, visitar os presos e os doentes, vestir quem não tem roupa e enterrar os mortos” (Ariès & Chartier, 1990, p. 97). As confrarias estavam, portanto, associadas às manifestações de piedade e devoção, à instituição de missas, sermões, resposos e outros meios de salvação da alma dos seus fundadores e familiares ou das almas do Purgatório (Sá, 1996 a, pp. 55-60). Algumas confrarias, tendo como pano de fundo uma dimensão religiosa, acabaram por se dedicar à assistência e à fundação de hospitais para cobrir as carências não resolvidas pela Coroa nem pelos municípios (Lopes, 2010; Sá, 1996 a; Sá & Lopes, 2008).

A rainha D. Leonor fundou a primeira misericórdia, a Misericórdia de Lisboa (1498), cujo modelo serviu de exemplo para a criação de quantas se lhe seguiram. Desde então, até ao final da guerra civil entre liberais e absolutistas (1834), foi implementada uma extensa rede que cobriu praticamente as necessidades dos concelhos com mais população.

A partir do século XVIII, os mendigos e os pobres deixaram de ser legendas para a prática religiosa da salvação, passando o Estado a considera-los elementos perigosos e marginais, que era necessário isolar da sociedade. As misericórdias passaram a ser instituições de enorme valor social. As que tinham hospitais anexos passaram a privilegiar o tratamento dos pobres hospitalizados, a fazer visitas domiciliárias a doentes em sofrimento, através dos seus *mordomos visitantes* e a fazer a entrega gratuita de remédios que produziam nas suas boticas. Além destas funções, as misericórdias distribuíam dotes às raparigas pobres, internavam mulheres abandonadas, visitavam os presos, organizavam funerais gratuitos para os mais pobres e o tratamento dos militares feridos e doentes, através de contratos que estabeleciam com a Coroa. Também recolhiam mulheres em dificuldade, davam apoio às viúvas e, embora pertencesse às câmaras fazê-lo, asseguravam a criação de enjeitados e órfãos e o pagamento às amas. Socorriam igualmente os viajantes e asseguravam um serviço de transporte dos doentes para os hospitais (cadeirinha), sustentavam róis de entrevados e pobres que eram visitados e mulheres merceiras, que recebiam vários tipos de socorro. Eram, pois, espaço de disputa por lugares nas suas mesas, como forma de adquirir prestígio social e conquistar um lugar na carreira política. O poder que foram adquirindo conferiu-lhes tal estatuto que logo surgiram conflitos: i) com os magistrados régios, devido a descentendimentos relativos ao andamento de processos judiciais dos presos, ii) com as autoridades religiosas, a propósito do incumprimento relativo à assistência aos mais pobres e, iii) com os municípios, por causa do pagamento às amas dos expostos.

A partir do final do século XVI, eliminaram-se ou reuniram-se muitos dos hospitais pequenos e procedeu-se ao alargamento e melhoramento dos hospitais das misericórdias nos concelhos. O processo iniciou-se em Lisboa, com a fusão de pequenas unidades hospitalares (1492) no Hospital de Todos os Santos, o qual passou a agregar 43 hospitais da cidade e arredores.

A grande maioria destes hospitais tinham instalações pequenas, reduzidas a um ou dois quartos, um para a hospitaleira e outro para “nelle se recolherem e dormirem alguns pobres” (Abreu, 1999, p. 123), isto é, uma utilização que tinha por destino alimentar e acomodar os desgraçados e, sobretudo, garantir serviços religiosos (missas, confissões e extrema-unções) que pudessem ajudar os internados (mendigos, peregrinos e viajantes) a entrar no Reino dos Céus, uma vez que a doença era vista como uma etapa no caminho da morte e, por isso, os cuidados com a alma superavam os cuidados com o corpo.

A partir de meados do séc. XVIII até à Revolução Liberal de 1820, a instabilidade política (Tabela 1) foi permanente e refletiu-se a nível dos serviços centrais e do comando político do setor da saúde. O Físico-mor e o Cirurgião-mor viriam a ser substituídos pela Junta do Protomedicato, que, também ela, acabou por ser extinta em 1809, depois das invasões francesas e da retirada da Corte para o Rio de Janeiro. Posteriormente foram restaurados os antigos cargos de Físico-mor e de Cirurgião-mor, que, por sua vez, foram definitivamente extintos em 1813, dando lugar à Junta de Saúde Pública, que durou até à Revolução de 1820.

A Junta do Protomedicato e a Junta de Saúde Pública, a par da Intendência Geral da Polícia passaram a incorporar e a materializar a doutrina do *estado de polícia*, característica dos estados modernos.

Tendo sido criada em 25 de junho de 1760, a Intendência Geral da Polícia foi a instituição que, na fase final do Antigo Regime, mais interveio nas questões da saúde pública. Ao arrepio da autoridade da Junta do Protomedicato, intrometeu-se para fiscalizar a produção, distribuição e comercialização de víveres, controlar a mobilidade de pessoas, vigiar concubinas (pessoas que viviam juntas sem estar casadas), mancebos (homens jovens solteiros) e bairros de prostituição, promover a vacina contra a varíola e o uso do leite de cabra ou de vaca na alimentação dos expostos e, inclusive, vigiar o desempenho profissional dos médicos.

PAINEL II: A ARTE DE ENFERMAGEM NO SÉC. XIX

1.2 Entre a Revolução Liberal e o movimento Regenerador de 1852

Corroborando o ponto de vista de Laurinda Abreu, verifica-se uma linha de continuidade entre o Antigo Regime e o Liberalismo, isto é, num regime novo, manteve-se um sistema velho, persistindo, no essencial, a estrutura das instituições assistenciais e os seus propósitos. Coube, pois, à monarquia constitucional atualizar e imprimir novas dinâmicas a essas estruturas e objetivos (Abreu, 2011).

Tabela 1

Breve cronologia de acontecimentos políticos na primeira metade do século XIX

Ano	Acontecimentos
1807	Primeira invasão francesa e partida da corte para o Brasil
1811	Retirada de Massena
1821	Regresso da Corte a Portugal
1822	Constituição. Independência do Brasil. Redução das casas conventuais, proibindo a admissão de noviços
1823-24	Vilafrancada e Abrilada
1825	Fundação das Escolas médico-cirúrgicas de Lisboa e Porto
1826	Outorga da Carta Constitucional por D. Pedro
1827-1834	Novos confrontos entre Miguelistas e Liberais
1834	Assinatura da Convenção de Évora Monte. Abolição das ordens religiosas
1836	Vitória do Setembrismo
1842	Golpe de Costa Cabral
1846	Revolta popular da <i>Maria da Fonte</i> . Queda e exílio dos Cabrais
1848	Reintrodução das ordens religiosas em Portugal
1851	Revolta militar da <i>Regeneração</i> . Governo de Saldanha

Durante a experiência vintista e o período de guerra civil subsequente, a Comissão de Saúde Pública, que tinha emergido da revolução de 1820, refletia, em muito, o velho modelo. Apesar de algumas iniciativas de relevo, a sua ação ficou assinalada, sobretudo, pela reinventariação de velhos e persistentes problemas: as epidemias, os mendigos, a gestão dos hospitais, os expostos e a precária rede de agentes sanitários para acorrer às restantes áreas da ciência de polícia médica que careciam de intervenção neste novo programa.

O impasse era evidente e traduziu-se num fracasso: o projeto de Regulamento da Saúde Pública, apresentado às Cortes por Francisco Soares Franco, membro da comissão de Saúde Pública, acabou por não ser discutido nem aprovado. Em bom rigor, este novo modelo de regulamento continha um conjunto de preocupações e iniciativas que já se deixavam antever desde a segunda metade do século XVIII: a nível doutrinário, através do Tratado de Conservação dos Povos, de Ribeiro Sanches, a nível académico, através da reforma da Universidade de Coimbra e a nível político, através das medidas tomadas pela Intendência Geral da Polícia, a criação da Junta do Protomedicato e as várias reformas da Junta de Saúde. Este fracassado projeto serviu de charneira entre uma das obras mais significativas da época, inspirada nos princípios da ciência de polícia, o Tratado de Polícia Médica, do médico José Pinheiro de Freitas Soares (1817), que tinha sido membro da Junta de Saúde Pública, e o regulamento definitivo de 1837, da autoria de Passos Manuel, que levou à mudança de paradigma da saúde pública, definindo-se um novo modelo quanto a objetivos, tipo de gestão e organização.

Ao invés, o projeto de Regulamento da Polícia Sanitária dos Portos (1840) acabou por não ser aprovado. A discussão deste projeto deu aso a que a ala conservadora fizesse um coro de críticas sobre o mau funcionamento dessa polícia, sobre os elevados vencimentos da polícia médica no interior do reino e sobre o funcionamento do próprio Conselho de Saúde Pública. Do outro lado, a ala liberal explicava o mau funcionamento da estrutura de saúde pública pela falta de recursos em pessoal, nomeadamente a rede de cabeças de saúde que estava a ser mal remunerada; a inoperância do Conselho de Saúde

Pública, pelo conflito entre as normas do Regulamento da Saúde Pública e o Código Administrativo, que servia de pretexto para a resistência dos administradores de conselho às ordens judiciais daquele conselho.

A tensão política sobre o funcionamento e poderes do Conselho de Saúde Pública voltou à Câmara dos Deputados em 1843 e subiu de tom. O parecer da comissão de saúde pública, sobre um voto de confiança pedido pelo Governo, para proceder a uma nova reforma do Conselho de Saúde Pública, não chegou a ser discutido mas a reforma desejada por Costa Cabral viria a concretizar-se em 1844, com a criação, entre outras medidas, da figura do provedor de saúde, de nomeação régia, um duro golpe para os adeptos do Conselho de Saúde Pública.

2. Problemas recorrentes da saúde pública

Dos problemas da saúde, seleccionámos aqueles que mais debates geraram nas Cortes e, consequentemente, que foram objeto de atos legislativos, distribuindo-os em três categorias. A primeira reúne os problemas de dimensão espacial, relacionados com o contágio das doenças e a correspondente teoria miasmática (controlo de pessoas e bens nos portos e fronteiras terrestres e a inumação de cadáveres; a segunda, com os grupos populacionais mais vulneráveis e que convinha proteger ou vigiar os seus comportamentos; a terceira refere-se aos principais elementos da estrutura assistencial e administrativa na área da saúde pública e hospitalar.

2.1 Os espaços públicos (portos, fronteiras e cemitérios)

O século XIX em Portugal foi marcado por vários surtos epidémicos, nomeadamente, de febre-amarela, tifo, varíola, rubéola, gripe, difteria, escarlatina e febre tifoide, epidemias que, a par de outras razões, serviram de catalisador para a criação do Conselho de Saúde Pública por Passos Manuel, em 1837 (Esteves, 2017).

O historiador Ackercknecht (1948) formulou uma teoria, nos termos da qual, durante o século XIX, ter-se-iam confrontado duas estratégias de combate às epidemias: uma, apoiada em medidas de quarentena, cordões sanitários e lazaretos (edifícios de quarentena para pessoas provenientes de países onde existiam epidemias), típica de regimes autocráticos e outra, apoiada em medidas higienistas, característica de países mais liberais. À época e na metade seguinte do século, Portugal estaria na confluência destas duas estratégias, embora com nítido atraso em relação aos países mais desenvolvidos da Europa.

As frágeis medidas que se iam tomando estavam condicionadas por várias circunstâncias, desde logo pelo tipo de epidemia e o itinerário da sua propagação mas, sobretudo, pela situação financeira e económica do país, que se refletia numa estrutura administrativa e sanitária insuficiente e disfuncional. Daí que o país estivesse, permanentemente, em dificuldade para criar cordões sanitários, fazer a inspeção aos barcos e aumentar a rede de lazaretos. Às estratégias de controlo dos portos de mar, juntavam-se medidas de controlo por terra, justificadas pela teoria miasmática que alertava para a qualidade do ar e o efeito dos ventos, o combate aos focos de pestilência provocados pela *podridão dos corpos*, as águas pantanosas e os arrozais, a imundície nas vilas e cidades, o ar nos conventos e hospitais, entre outras medidas que visavam transformar os hábitos e as condições de vida nas cidades, também elas condicionadas “pelo saber médico, ele próprio variável no tempo, e pela força ou fraqueza das elites médicas nacionais” (Garnel, 2009, p. 232).

As epidemias inspiravam medo, sobretudo pelas consequências, mas também pela incerteza na eficácia das estratégias de contenção. O excesso de medidas preventivas provocava prejuízos ao comércio e transporte de mercadorias e pessoas, retidas e sujeitas a quarentenas prolongadas. Sobre essas medidas não havia consenso entre a Faculdade de Medicina e as escolas médico-cirúrgicas. O Conselho de Saúde Pública procurou dirimir este contencioso, através de um regulamento claro e rigoroso, onde se procurou verter a experiência dos países mais desenvolvidos e com mais sucesso nas barreiras sanitárias.

A coroa apenas financiava a estrutura básica na luta contra as epidemias. Esta estrutura era insuficiente, funcionava mal, tinha empregados mal preparados e o lazareto do Porto era muito precário sendo que o de Lisboa era pouco melhor. Aquando do seu regresso do Brasil, Rafael Bordalo Pinheiro (Pinheiro, 1881), em 1881, caricaturou as péssimas condições do Lazareto de Lisboa embora reconhecesse que, entretanto, melhoraram, como viria a ser relatado numa crónica de um dos seus funcionários, em 1897 (Frazão, 1897).

Por Decreto-Lei de 21 de setembro (1835), abriu-se uma nova frente que já vinha a ser ensaiada desde o período Vintista, com a apresentação do projeto do Arcebispo da Baía, à altura, presidente das Cortes (1821), sobre a construção de cemitérios públicos e a proibição de enterros dentro das igrejas. Os anos 1837-1838 foram aqueles em que o governo fez mais pressão e repressão para se atingir tal objetivo. Não podia permitir-se que os corpos mortos constituíssem um perigo para a saúde pública, o que justificou regulamentação muito específica e rigorosa acerca da localização e condições de arejamento dos cemitérios, procedimentos de inumação, controlo e registo de mortes e de enterros, clarificação do papel da polícia médica

e dos empregados dos cemitérios e o desenvolvimento da prática da autópsia e da medicina legal, para esclarecimento das causas de morte, em caso de suspeita de crime ou de doença que pusesse em perigo a saúde pública (Ávila, 2011).

A tentativa de resolução deste problema também passou por uma estratégia conjugada entre o louvor das autoridades, eclesiásticas ou civis, que se esmerassem em cumprir e fazer cumprir a lei e a repressão daqueles que se obstinavam em fazer enterros nas igrejas. Aos párocos podiam ser retirados os benefícios de que gozavam e os infratores estavam sujeitos a processos judiciais, os quais, impõe dizer-se, nem sempre terão sido concluídos devido à pesada máquina do poder central e suas extensões e aos conflitos entre aquele e os poderes periféricos.

As resistências ao cumprimento da lei foram, muitas vezes, justificadas com a alegada falta de recursos económicos. As câmaras, responsáveis pela construção e manutenção dos cemitérios, raramente tinham sobejos das sisas e eram relutantes em aplicar mais impostos sobre o povo; por outro lado, assumiam-se mais preocupadas com os problemas dos vivos, com o problema das crianças abandonadas e expostas e com a crescente mortalidade deste grupo, num tempo em que eram precisos braços para produzir e, assim, ajudar o país a sair do atraso em que se encontrava (Subtil, 2017a).

A construção de cemitérios foi tida como nuclear na estratégia de melhoramento da saúde pública, que tudo foi facilitado para a sua construção, a cargo das câmaras. Apesar de tudo, as medidas legislativas acabariam por se revelar pouco eficazes, face ao quadro de grande conflitualidade política, de resistência à mudança e da situação social muito precária que se vivia no Reino.

Nos debates parlamentares e na legislação produzida notam-se, também, preocupações e medo da morte aparente que foi sendo vencido à medida que os médicos – até então relutantes em atestar a morte a quem não tinham conseguido salvar a vida – passaram a assumir o papel de controlo da morte.

O tema dos enterros nas igrejas, da construção de cemitérios e da morte aparente, foram recorrentes e representativos deste período, que suscitaram adeptos, adversários e resistências, desde logo, da parte de alguns médicos que se recusavam ou negligenciavam a passagem de certidões de óbito, mas também de alguns párocos – que beneficiavam com o enterro nas igrejas –, câmaras e elites locais, que invocavam as mais diversas dificuldades para a construção de cemitérios. A quantidade de legislação produzida, a insistência nas recomendações e as facilidades para aquisição ou troca de terrenos, ilustram bem o empenho do governo neste objetivo, quiçá, sob forte influência do Conselho de Saúde Pública.

2.2 Os grupos populacionais (amas e expostos, mendigos, pobres e alienados)

Os expostos, pesada herança do Antigo Regime, continuavam – e continuariam – a ser um problema crescente. A permanente falta de recursos alimentou acesas discussões acerca de quem devia prover o seu sustento e pagar às amas que deles cuidavam. Esta responsabilidade acabou por ser entregue às câmaras, embora a educação destas crianças, o pagamento das amas e as despesas com as casas de roda (casas de acolhimento para crianças abandonadas) se mantivessem partilhadas entre os municípios e as misericórdias. Em conflito permanente, o município procuravam ilhar-se de responsabilidades, mesmo depois de ter sido estabelecido que cada município deveria contribuir com um determinado montante, a fixar em sessão anual da junta geral do distrito.

Para além das crianças expostas, os grupos mais vulneráveis eram os presos, os pobres e as prostitutas. É devida uma referência particular aos mendigos, cuja sobrevivência era, em parte, assegurada pelas misericórdias enquanto a polícia sanitária exercia sobre eles um certo controlo através da vigilância dos seus comportamentos. Era preciso, antes de mais, classificá-los para os separar, reabilitando os falsos mendigos para o trabalho e, em relação aos outros, criar estruturas de apoio como foi o caso da fundação do Asilo da Mendicidade, por Mouzinho de Albuquerque. Os mendigos doentes que pudessem permanecer em casa eram assistidos pelas filhas da caridade, congregação que tinha sido fundada, em Portugal, em 1819, abolida em 1934 e, recuperada em 1851 pelo Duque de Saldanha.

As atribuições da polícia sanitária foram-se ampliando em dois sentidos. Primeiro, quanto aos grupos e áreas de intervenção: o controlo de grupos marginais e de animais vadios, a vigilância e limpeza das ruas, a fiscalização da venda de produtos alimentares em mercados e feiras, a fiscalização de matadouros e açougues, a vigilância dos costumes, entre outros. Segundo, quanto à circunscrição territorial: de Lisboa e seus arredores, para todo o território nacional. Diga-se, num e noutro caso, com insuficiências e irregularidades.

São ainda dignas de referência duas medidas de saúde pública que valeram pelo seu significado: (I) A proibição de fumar em recintos públicos e fechados; (II) O desenvolvimento e o sucesso do programa de vacinação contra a varíola que se fez à custa de medidas coercivas, obrigando as famílias a vacinar os filhos em idade escolar, apesar da resistência de políticos, académicos, médicos, cirurgiões e pais de família. Neste programa, é de destacar o intrépido combate do médico Bernardino António Gomes, fundador da Instituição Vacínica, e o papel excecional de Isabel Vanzeller e Angélica Tamagnini, duas mulheres da classe burguesa que foram louvadas pela Academia devido ao seu desempenho como vacinadoras, a anunciar o papel que mais tarde viria a ser assumido pelas enfermeiras visitadoras (Subtil, 2017a).

2.3 Administração da saúde (Conselho de Saúde Pública, Hospital de S. José e os hospitais das misericórdias, Conselho Geral de Beneficência e as farmácias)

O momento político designado por Setembrismo marca, sem dúvida, o ponto de viragem no processo de transição do Antigo Regime para o Liberalismo. Embora continuassem a subsistir resistências e dificuldades de toda a ordem, o desenvolvimento científico e as mudanças que se iam verificando nos países da Europa mais evoluídos, foram fatores que continuaram a inspirar o grupo do qual viria a sair o primeiro Conselho de Saúde Pública, em substituição da Comissão de Saúde Pública, que tinha sido criada em novembro de 1820 e perdurara até 1837. Neste novo regulamento da saúde pública previa-se um programa ambicioso e metódico para as funções e atividades dos diversos agentes da saúde.

Pela primeira vez, com o propósito de registar toda essa atividade de forma sistemática, este conselho passou a elaborar relatórios periódicos, os Annaes da Saúde Pública que passaram a ser uma ferramenta indispensável para o planeamento e a análise em saúde. A ânsia de registar, de uma forma sistematizada, exigia que se elaborassem relatórios com regularidade e capazes de ilustrar a situação de saúde em todo o Reino, com dados quantitativos e qualitativos sobre as doenças e a sua distribuição por grupos etários e profissões. Apesar de haver alguns bons exemplos de articulação entre o conselho e os seus delegados, esta rede periférica de físicos e cirurgiões continuava, porém, muito frágil, insuficiente e indisciplinada, sendo que, no ultramar, a situação era ainda muito pior. Os físicos e cirurgiões estavam habituados a não prestar contas pelo exercício da profissão e resistiam a cumprir a parte do regulamento que os obrigava a passar certidões de óbito e a enviar, mensalmente, relatórios com informação estatística sobre os doentes observados, a ocorrência de epidemias, as condições de salubridade e outros aspetos de polícia sanitária. Uma das formas de os pressionar foi não permitir a sua admissão a lugares de partido se não cumprissem com as suas obrigações. Quem passou a ter o encargo de abonar estes médicos e cirurgiões foram as câmaras o que espoletou uma série de conflitos, atrasos no pagamento e, não raro, decisões arbitrárias na criação e extinção de lugares, situação que se procurou resolver através da figura do concurso público.

A precária situação económica decorrente das invasões francesas e os permanentes conflitos políticos e militares entre as várias fações repercutiu-se em todos as áreas, nomeadamente no principal hospital do reino e nos hospitais militares.

No Hospital de S. José e, de uma maneira geral, em todos os hospitais das misericórdias, à escassez de receitas, juntava-se uma gestão deficiente e danosa que deu origem a diversos debates na Câmara dos Deputados e iniciativas legislativas, no sentido de combater a sua persistente má governação, os casos de corrupção e irregularidades, tais como os desvios em proveito dos próprios mesários, os benefícios a favor de alguns empregados (ordenados excessivos) ou o tratamento e assistência de pessoas que não estavam realmente doentes.

Apesar das dificuldades que assolavam o reino, o Hospital de S. José – o principal prestador de assistência a uma imensa população marginal, constituída por indigentes, deficientes, enjeitados e velhos – foi tendo um orçamento consolidado para satisfazer as exigências e necessidade de tratamento dos doentes, segundo os cânones e o conhecimento disponível à altura. A sua estrutura foi-se diferenciando em espaços, serviços e recursos humanos, à custa da criação do Hospital de Rilhafoles para doentes mentais, em 1849, do Hospital de S. Lázaro, para as doenças da pele e de um estabelecimento para puérperas tendo contíguo o *depósito* de expostos. Persistiram, contudo, dificuldades de gestão e indefinição de regras na colocação de médicos e cirurgiões.

Esse esforço de modernização verificou-se também na reforma e atualização dos vários regulamentos, dos quais se destaca, em 1851, o regulamento do serviço das enfermarias onde se redefiniram as funções dos enfermeiros, ajudantes e moços.

Neste regulamento, a estrutura de empregados está bem diferenciada e hierarquizada. Relativamente aos *empregados menores*, o irmão maior devia ser uma pessoa de reconhecida probidade e zelo, que soubesse ler, escrever e contar corretamente, preferindo-se casados a solteiros.

O enfermeiro, um por enfermaria, era a figura central na administração da enfermaria e na supervisão dos cuidados prestados pelos ajudantes; desempenhava, ainda, funções na assistência religiosa aos enfermos, verificava a qualidade da alimentação e organizava o *serviço de velas*.

Os ajudantes eram indivíduos com idade entre os 17 e 30 anos. Não lhes sendo exigida experiência, apenas era feita uma seleção baseada no porte físico, idade e bom comportamento. Os cuidados aos doentes consistiam em dar-lhes de comer, lavá-los, administrar-lhes os remédios e assisti-los na morte. Dividiam-se em três categorias, não porque tivessem funções diferentes mas, seguramente, por antiguidade no serviço e, conseqüentemente, maior destreza e competência.

Nas enfermarias de mulheres, trabalhavam enfermeiras, com vencimentos menores (10%) que o dos enfermeiros; todavia, as parteiras do Hospital de S. José tinham o mesmo vencimento dos enfermeiros.

A experiência de secularização não terá sido, todavia, bem-sucedida pois os empregados menores eram gente indisciplinada, analfabetos e sem quaisquer conhecimentos e, por isso, permitiu-se que as irmãs da caridade voltassem aos hospitais.

PAINEL II: A ARTE DE ENFERMAGEM NO SÉC. XIX

A reorganização do Conselho Geral de Beneficência, operada em 1851, foi marcada pela passagem do controlo desta importante instituição e dos estabelecimentos de saúde de si dependentes para as mãos do estado, na tentativa de acabar com a sua má gestão e os casos de corrupção.

A partir do fim do Antigo Regime, a evolução técnico-científica das ciências farmacêuticas foi permitindo a transmutação da velha figura do boticário na do farmacêutico. Foram-se criando condições para uma maior fiscalização da prática profissional, a proibição do uso de fórmulas mágicas e indecifráveis e o incentivo a uma nova prática que obrigava à inscrição legível dos princípios ativos de cada medicamento nos rótulos, segundo a farmacologia em uso. O princípio de estabelecer, em cada concelho, uma botica nem que para tal fosse necessário criar um partido, refletia o esforço para melhorar a saúde pública mas também trouxe consigo a oportunidade de um negócio florescente, fatalmente acompanhado de abusos e especulações.

Conclusões

Retomando a expressão *sistema antigo, regime novo*, durante a primeira metade do século XIX, sobressaem os seguintes aspetos relacionados com a saúde pública:

A ciência de polícia, que fundamentava os estados modernos, teve a sua maior expressão no campo da saúde pública, como forma de assegurar a saúde dos povos e o crescimento demográfico, objetivo político prioritário e condição *sine qua non* para o progresso do país.

O confronto entre as velhas estruturas em declínio e as ideias emergentes do novo conceito de polícia médica permaneceu, sob diversas matizes, mesmo para além da instalação definitiva do Conselho de Saúde Pública, em 1837, após a vitória do Setembrismo.

Os grupos sobre os quais era possível e necessário intervir para que fosse cumprido o objetivo de incrementar uma população mais saudável e produtiva eram: os expostos e quem deles cuidava, as amas, e os grupos marginais que convinha vigiar os seus comportamentos (mendigos e prostitutas) ou manter separados da população geral (presos e alienados).

Os espaços públicos fundamentais para encetar a luta contra os processos epidémicos e as fontes endémicas da doença eram: portos, fronteiras terrestres e cemitérios, mas também as águas estagnadas e os arrozais, as ruas e os espaços públicos das cidades e vilas

Do ponto de vista da administração sanitária e da organização hospitalar, ganharam relevo o conselho de saúde pública, a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa e o Hospital de S. José, os hospitais militares e a Instituição Vacínica.

Referências bibliográficas

- Abreu, L. (1999). *Memórias da alma e do corpo: a Misericórdia de Setúbal na Modernidade*. Viseu: Palimage.
- Abreu, L. (2011). Um sistema antigo num regime novo: permanências e mudanças nas políticas de assistência e saúde (1780-1840). O caso do Alentejo. In T. Fonseca, & J. Fonseca, *O Alentejo entre o Antigo Regime e a Regeneração*. Lisboa: Edições Colibri.
- Ackerknecht, E. (1948, September-October). Anticontagionism between 1821 and 1867. *Bulletin of the History of Medicine*, 22-5.
- Ariès, P., & Chartier, R. (1990). *História da vida privada, do Renascimento ao Século das Luzes*. Lisboa: Edições Afrontamento.
- Ávila, I. B. (2011). Da morgue de Lisboa ao Instituto de Medicina Legal de Lisboa: crónicas, políticas, periódicos, arquivo e estatísticas. UAL, Lisboa: Tese de Mestrado em Ciências Documentais.
- Bonifácio, M. d. (2010). *A Monarquia Constitucional (1807-1910)*. Alfragide: Texto Editores, Lda.
- Decreto-Lei de 21 de setembro (1835). *Collecção de Leis e outros documentos oficiais publicados desde 15 de Agosto de 1834 até 31 de Dezembro de 1835*. Lisboa, Portugal: Imprensa Nacional.
- Esteves, A. (2017). A acção do Estado na prevenção e no combate às epidemias no século XIX. O caso do distrito de Viana do Castelo. In A. Esteves, A. Fernandes, A. Barbosa, S. Fernandes, & T. N. Ferraz, *Políticas Sociais em Perspetiva. Séculos XVII-XX* (pp. 133-146). Braga: Lab2PT, Universidade do Minho.
- Frazão, A. (1897, maio). Lazareto de Lisboa. *Branco e Negro*, 113-118.
- Garnel, M. R. (2009). Portugal e as Conferências Sanitárias Internacionais. *Revista de História da Sociedade e Cultura*, 9, pp. 229-251.
- Lopes, M. A. (2010). *Proteção Social em Portugal na Idade Moderna*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Pinheiro, R. B. (1881). *O Lazareto de Lisboa*. Lisboa: Empresa Litterária Luso-Brasileira.

PAINEL II: A ARTE DE ENFERMAGEM NO SÉC. XIX

- Sá, I. G. (1996a). Os hospitais portugueses entre a assistência medieval e a intensificação dos cuidados médicos no período moderno. In *Congresso Comemorativo do V Centenário da Fundação do Hospital Real do Espírito Santo de Évora* (pp. 87-103). Évora: Fundação do Hospital Real do Espírito Santo.
- Sá, I. G. (1996b). As confrarias e as misericórdias. In C. Oliveira, *História dos Municípios e do Poder Local (Dos finais da Idade Média À União Europeia)* (pp. 136-142). Lisboa: Circulo de Leitores.
- Sá, I. d., & Lopes, M. A. (2008). *História breve das misericórdias portuguesas (1498-2000)*. Coimbra: Universidade de Coimbra.
- Subtil, C. (2017a). *Bernardino António Gomes, ilustre médico iluminista nascido em Paredes de Coura*. Paredes de Coura: Município de Paredes de Coura.
- Subtil, C. (2017, jan b). O Setembrismo e a fundação da saúde pública. *Atas do Colóquio Irmãos Passos*. Matosinhos.
- Subtil, C. L. (2016). *A saúde pública e os enfermeiros entre o Vintismo e a Regeneração (1821-1852)*. Porto: Universidade Católica Editora.

Re-estruturar a Enfermagem Moderna no Século XIX: um programa inovador para o Curso de Enfermeiros do Hospital de São José e Anexos

Isabel Carvalho Beato Ferraz Pereira*

Introdução

No século XIX, Portugal era um país essencialmente agrícola e rural, que não conseguia competir com os países europeus no que respeita ao desenvolvimento e utilização das novas tecnologias. Assente numa agricultura de subsistência, onde o trabalho infantil constituía uma forma de capital fundamental para os rendimentos familiares. Apesar de na segunda metade do século XIX e início do século XX se ter verificado um ligeiro crescimento económico, este não foi suficiente para recuperar o país do atraso em que se encontrava relativamente aos países europeus mais desenvolvidos (Martins, 1997). A crise atingia todos os setores, nomeadamente o ensino e a assistência, onde dificuldades diversas imperavam, razão pela qual, o governo ter emitido vários regulamentos e portarias na tentativa de melhorar a organização dos serviços hospitalares e de ensino.

De salientar que desde 1880 se verificaram algumas reformas no sentido da organização da instrução primária e secundária (Candeias, 1996). Mas, o ensino profissional oficial e públicos para enfermeiros, para ambos os sexos, não estava ainda regulamentado em Portugal. Logo, os enfermeiros ao serem admitidos como empregados das enfermarias, para além de serem possuidores de uma habilitação muito rudimentar, o que implicava, em alguns casos, mal saber ler e escrever, também não possuíam habilitação profissional.

No entanto, ao longo dos tempos, médicos e enfermeiros, fizeram sentir a necessidade de formação e treino, tal como prova o primeiro Regimento do Hospital de todos os Santos (1984), em cujo cirurgião deveria ler, em cada dia, uma lição aos dois moços, pagos pelo hospital, para aprenderem a teoria e a prática, ou o livro Luz da Medicina Prática Racional e Metódica: Guia de Enfermeiros, Directório de Principiantes da autoria do médico Francisco Morato Roma (Roma, 1686), ou a Postilla Religiosa e arte de enfermeiros do mestre de noviços Frei Diogo de Santiago (1741). Ambos versam um conjunto de aprendizagens para os enfermeiros cuidarem dos doentes (Baixinho, Pereira, & Rafael, 2013; Ferraz, Rafael, & Baixinho, 2012).

A falta de formação, a deficiente qualificação dos enfermeiros e a negligência em relação ao cumprimento dos deveres continuaram a acentuar a necessidade de formação e treino no final do século XIX. A experiência formativa levada a cabo pelo Dr. Costa Simões no ano de 1881 (Pedrosa, 2004), enquanto experiência privada, reforça, mais uma vez, esta necessidade. De salientar que o regulamento do curso só viria a ser aprovado em maio de 1919 como consta no Decreto nº 6.943 de 16 de setembro de 1920.

Mas, quando é que iniciou a formação oficial e pública para enfermeiros/as em Portugal? Que dispositivos legais possibilitaram a criação de escolas mistas para enfermeiros? Qual a natureza dos cuidados inscritos no programa para o Curso de Enfermeiros do Hospital de São José e Anexos? Quais as teorias que nortearam a formação dos enfermeiros? Assim, traçamos os seguintes objetivos: Identificar os dispositivos legais que levaram à criação da escola para enfermeiros; identificar os saberes e as práticas de cuidados de enfermagem; conhecer as correntes de pensamento que influenciaram a formação dos enfermeiros no final do século XIX.

Metodologia

Recorremos ao método histórico crítico que nos permitiu conhecer a história do ensino de enfermagem e, assim, acrescentar conhecimento à enfermagem. Este caracteriza-se por usar uma abordagem sistemática de colheita, organização e avaliação crítica dos dados (Sáez-Rosenkranz, 2016). O Programa do Curso de Enfermeiros Professado no Hospital de São José e Anexos de 1887 constitui uma fonte documental primária que faz parte do património histórico da Escola Superior

* Doutora em Enfermagem. Professora Coordenadora do Departamento de Fundamentos de Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Membro da Comissão Científica de Enfermagem da Universidade de Lisboa, Coordenadora da Linha de História de Enfermagem da UIDE. [ipereira@escl.pt]

de Enfermagem de Lisboa. Recorremos também à análise da exposição de 9 de dezembro de 1885 do professor Tomás de Carvalho ao ministro e secretário de estado dos negócios do reino, para a criação da escola para enfermeiros; ata de 18 de janeiro de 1887 da Administração do Hospital de São José, referente à abertura do curso e ainda à Coleção Oficial da legislação Portuguesa da Imprensa Nacional de Lisboa de 1879 até 1901, data em que foram aprovados os estatutos da Escola Profissional de Enfermeiros do Hospital de São José e Anexos (Decreto de 12 de Setembro de 1901).

Análise crítica e interpretação dos dados

A necessidade de formação e treino foi a razão pela qual o professor Dr. Tomás de Carvalho, enfermeiro-mor do Hospital de S. José, tivesse proposto ao Governo a criação de uma Escola para preparar enfermeiros de ambos os sexos, tal como consta na exposição de 9 de dezembro de 1885. Foi no reinado de D. Luís I, altura em que foi emitida a Portaria do Ministério do Reino de 29 de janeiro (Portaria de 29 de Janeiro de 1886) a autorizar a Administração do Hospital de S. José em Lisboa a “dispender até 400\$000 réis com o ensino prático de enfermeiros”. Abre-se, assim, o caminho para a formação estruturada, oficial e pública dos enfermeiros em Portugal.

Para o Curso de Enfermeiros do Hospital de São José e Anexos foi elaborado um Programa, editado pela Agencia de Trabalhos Typográficos em Lisboa, constituído por 15 páginas datilografadas, do qual foram impressas 300 cópias.

De acordo com a ata da sessão de 18 de janeiro de 1887, o Dr. Tomás de Carvalho, enfermeiro-mor do Hospital de São José e Anexos, redigiu o Programa do Curso de Enfermeiros (Hospital de S. José, 1887). O Dr. Artur Ravara, professor da Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa e cirurgião da corte ficou responsável pela regência do Curso de Enfermeiros. Para além do professor Artur Ravara, foi nomeado o facultativo José Eduardo Fragozo Tavares para seu substituto.

As aulas tiveram início a 26 de janeiro de 1887, decorreram ao longo do ano civil, exceto nos meses de agosto, setembro e outubro (Hospital de S. José, 1887). O professor Artur Ravara realizou a 1ª lição inaugural sobre deveres do enfermeiro e a construção e a organização dos hospitais, que decorreu no Anfiteatro do Hospital de São José de acordo com a Revista Medicina Contemporânea (Hospital de S. José, 1887).

O programa, constituído por 39 lições, é um instrumento orientador da formação teórico-prática dos enfermeiros. A ata da sessão de 18 de janeiro de 1887 faz referência ao modo como foram planeadas as lições, tempo de cada lição (três quartos de hora cada), frequência obrigatória, modo de avaliação (registo de questões sobre lição anterior, exame no fim do ano letivo e registo de presença). Faz ainda referência aos contextos de ensino prático, onde decorreram as lições: 40 lições no Hospital de S. José, 40 lições no Hospital Dona Estefânia; 20 lições no Hospital do Desterro e 20 lições no Hospital de Rilhafoles (Hospital de S. José, 1887). Pretendia-se que no final do curso os enfermeiros desenvolvessem qualidades essenciais como: obediência absoluta às prescrições do Facultativo, isto é ao médico, serem vigilantes, caridosos e honestos. Ser caridoso era uma das qualidades presentes nas regras e constituições e perpetuada pelas ordens religiosas aquando da formação dos noviços (Santiago, 1741).

O Programa era destinado a trabalhadores (homens e mulheres) do hospital de São José e Anexos, e outras pessoas não pertencentes ao quadro do Hospital, possuidoras de certidão de exame de instrução primária ou certidão passada por um professor, o qual atestava que o aluno sabia ler, escrever e contar corretamente. Tinham também de provar ser maiores de 16 anos de idade.

O Programa está estruturado em cinco domínios: o primeiro, sem título, centrado nos elementos que caracterizam o funcionamento e hierarquia de um hospital; o segundo na anatomia; o terceiro na fisiologia, o quarto nos curativos e por último a higiene.

A 1ª lição pretende esclarecer a estrutura hierárquico-funcional dos diferentes tipos de hospital. O que era um serviço de medicina e de cirurgia, o que denota a necessidade de preparação e treino dos enfermeiros para responderem, em diferentes contextos, às necessidades dos doentes. Dá a conhecer a existência de uma dependência hierárquico-funcional ao distinguir “Empregados superiores e inferiores – O que deve ser um Director de enfermaria – O que deve ser um enfermeiro” (Escola de Enfermagem de Artur Ravara, 1887, p. 2), delimitando a relação de poder, subordinação e obediência dos empregados/enfermeiros com os superiores, neste caso, o médico.

A 2ª lição procurava que os enfermeiros compreendessem o que era um hospício, enquanto instituição destinada a acolher um tipo de população que, apesar de doente, era considerada diferente dos doentes em geral. Estes doentes, designados insanos, alienados, fracos de espírito, dementes ou loucos, podiam ser admitidos num hospital de índole geral (Pereira, Gomes, & Martins, 2005), ou em hospitais específicos como o de Rilhafoles, onde, era suposto os enfermeiros poderem desenvolver algumas das experiências práticas. De referir que, à época, a alienação era encarada como uma doença hereditária, embora, António Maria de Sena, responsável pela criação da primeira lei psiquiátrica em Portugal, a tivesse

PAINEL II: A ARTE DE ENFERMAGEM NO SÉC. XIX

considerado como resultante do ambiente (Lopes & Rodrigues, 2009), isto é, da relação entre o indivíduo e as condições que o cercavam. Segundo Sena a doença mental era indicadora da adaptação imprópria do indivíduo ao meio, o que refletia a influência do meio familiar e social na pessoa, isto é, numa nova lógica de pensar o efeito da interação do ambiente sobre a pessoa (Sena, 1884).

O programa realça a importância dos registos, pois através deles, era possível mensurar e explicar a frequência de ocorrências para melhor compreender as situações, conhecimento fulcral no avanço da medicina. A influência do paradigma cartesiano sobre a medicina e a enfermagem faz-se sentir no valor dado à recolha de informação e utilidade da mesma, quer em benefício do doente, das famílias ou da própria “ciência – Estatística” (Escola de Enfermagem de Artur Ravara, 1887, p. 2). Da 3ª à 7ª lição com o tema Anatomia é apresentada a estrutura esquelética e os sistemas biológicos que asseguravam as funções necessárias à vida. O programa apresenta diferentes conceitos, o que denota a necessidade dos enfermeiros se apropriarem de uma linguagem técnica.

Da 8ª à 13ª lição é potenciada a compreensão da fisiologia humana. Existe a preocupação em clarificar os conceitos de “vida, animais e vegetais” (Escola de Enfermagem de Artur Ravara, 1887, p. 2). No entanto, a noção sistémica do organismo vivo e a sua relação com o meio ambiente não é clara. De salientar que a biologia surge como uma ciência independente no século XIX (Frezzatti, 2003), por influência do médico alemão Karl Friedrich Burdach (1776-1847), mas foi Jean Baptiste Lamarck quem utilizou o termo biologia ao propor uma teoria de evolução, segundo a qual todos os seres vivos teriam evoluído a partir de formas primitivas e mais simples, sobre a influência do meio ambiente, dando origem ao moderno pensamento evolucionista de Darwin. A máquina/indivíduo funcionava em virtude das propriedades físico-químicas (Capra, 1982), cujos elementos constituintes eram estudados na componente da “Physiologia” (Escola de Enfermagem de Artur Ravara, 1887, p. 3).

Ainda na 13ª lição é apresentada a noção de desenvolvimento do indivíduo, partindo do conceito de vida, são percorridas as etapas do ciclo de vida, a iniciar na infância, mocidade, idade adulta e velhice. À exceção do cuidado no parto e recém-nascido (37ª lição), o programa não particulariza especificidades dos cuidados a desenvolver com os indivíduos nas etapas infância, mocidade e velhice. Também não faz referência ao cuidado a ter com a pessoa na fase final da vida, ou o cuidado a ter com o corpo após a morte, tal como previsto no manual escrito por Frei Diogo de Santiago (Santiago, 1741).

A partir da 14ª lição, com a designação de curativos são apresentados os fundamentos que concorrem para o tratamento e manutenção da vida do doente. Estes são conteúdos que apelam ao desenvolvimento de competências práticas tais como fazer uma cama, adequando-os às necessidades específicas do indivíduo e à sua situação: parturiente, doente (ferido, amputado, alienado, ou com delírio). Algumas das situações de doença referidas são reveladoras da necessidade do doente estar confinado ao leito, o que exigia dos enfermeiros conhecimentos diversificados para o substituir naquilo que ele, por si só, não conseguisse fazer. Também aqui e, tal como defendia Florence Nightingale, está presente a preocupação em preparar o enfermeiro para os procedimentos técnicos que possibilitavam o conforto e segurança do doente, como mudar a roupa da cama ou arejar diariamente o quarto. À época, ainda se acreditava que algumas doenças tinham origem nos miasmas transportados pelos ventos, o que exigiam cuidados especiais de higiene a aprender. Salienta-se, no entanto, que a teoria microbiana das doenças surgiu na segunda metade do século XIX, justificando os conhecimentos sobre métodos antissépticos e os princípios em que estes se fundamentam.

A partir da 15ª lição à 21ª Lição, o programa dá-nos a conhecer como administrar medicamentos por diferentes vias. Desde a aplicação de medicamentos tópicos como as “fomentações seccas = húmidas – linimentos – unções – embrocções – fricções” (Escola de Enfermagem de Artur Ravara, 1887, p. 6) medicamentos do tipo tópico moles, tais como: emplastos, unguentos e cerotos. Alerta para a necessidade de vigiar o doente após a sua aplicação, o que exigia a compreensão da razão para o qual era aplicado e o conhecimento na identificação de complicações.

De entre os diferentes procedimentos técnicos há referência à administração de medicamentos através de clister e sangria também denominada de flebotomia terapêutica. O programa destaca como se deveriam aplicar sanguessugas com fins curativos. Este era um procedimento também usado na remoção de sangue de modo a reduzir a inflamação e o edema. A técnica exigia saber como favorecer o corrimento do sangue e suspender ou despegar as sanguessugas. Enquanto procedimento não era isento de riscos, logo os enfermeiros deveriam saber detetar complicações como no caso das infeções associadas às picadas.

Do século XVII ao século XIX foram desenvolvidas e aperfeiçoadas técnicas e instrumentos para facilitar a eliminação de sangue, como recurso a lancetas variadas, aparelhos pneumáticos e escarificadores. Este tratamento incluía a escarificação da pele e, posteriormente, a aplicação de ventosas de vidro, que eram aquecidas e aplicadas sobre a área ferida, criando um vácuo que acelerava a sucção do sangue. De acordo com o programa há referência a diferentes tipologias de ventosas:

as ventosas secas; as ventosas com escarificador e as ventosas de Junod. As ventosas secas eram aplicadas para ativar a circulação capilar ou melhorar a circulação sanguínea, extrair um veneno ou fazer uma sangria. As ventosas com escarificador exigiam a perfuração ou incisão superficiais da pele, para que, através das mesmas, fosse libertado o sangue na quantidade conveniente ao tratamento prescrito (Europa, 1827). O modo de aplicação das ventosas escarificadoras exigiam que o enfermeiro desenvolvesse destreza no manuseamento das mesmas e ainda competência para observar a pele do doente de modo a gerir os tempos de aplicação, tendo em conta o efeito desejado. Para tal, o enfermeiro tinha de saber observar a mudança de cor e o calor provocado pelo curativo. Este era um tipo de tratamento usado nas doenças crônicas da pele, tais como abscessos, inflamações, entre outras (Europa, 1827).

Mas, o avanço da medicina e da tecnologia exigiam novas aprendizagens na administração de medicamentos. A manipulação da seringa de Pravaz para injeção hipodérmica é um desses casos. Descoberta por Charles Gabriel Pravaz em 1853, e mais tarde, aperfeiçoada por Georg Wilhelm Amathus Luer, no ano de 1869. Este era um utensílio em vidro que permitia a administração de medicamentos injetáveis (Duque & Chagas, 2009). Existiam vários modelos de seringas utilizadas para injeções hipodérmicas, a começar na seringa de Pravaz. Essa variedade resulta de “sucessivas [sic] tentativas para aperfeiçoar a seringa de modo a ela [sic] obedecer aos seguintes requisitos: desmanchar-se facilmente e ser facilmente esterilizável [sic]” (Queiroz, 1903, p. 24).

Está presente a preocupação em sensibilizar e preparar os enfermeiros para manterem o ambiente seguro e a integridade da pele, evitando assim o aparecimento de escaras.

O programa contempla alguns procedimentos técnicos como a lavagem do estômago, procedimentos cuja medicina estava a dar os primeiros passos no tratamento de humanos, já que as primeiras experiências em animais vivos se desenvolveram no início do século XIX com Casimir Renault (Leal, 1887). Foi, no entanto, Edward Jukes quem, pela primeira vez, a utilizou em humanos. A partir daqui foi possível alimentar artificialmente o doente, injetando ou retirando as substâncias do estômago, por meio de um tubo designado de Faucher (Leal, 1887). Como afirmara Leal na sua dissertação inaugural “Lavagem do estômago: Breve estudo das aplicações d’este [sic] processo a algumas doenças do aparelho [sic] digestivo”, apesar de ser um processo muito antigo “só muito recentemente tenha entrado nos domínios da therapeutica” (1887, p. 23). Logo, este era um procedimento evasivo que estava a dar os primeiros passos no domínio da técnica médica, embora exigisse do enfermeiro cuidados antes, durante e após a entubação.

No final do século XIX vigoram duas teorias: a miasmática e a teoria bacteriológica. Os ventos carregados de poeiras pestilentas – miasmas – eram apontados como as causas das doenças infecciosas. Impedir a propagação dos maus odores e deste modo a transmissão das doenças pelo ar, evitariam as epidemias, conceitos presentes na 28ª lição. De referir que a teoria miasmática foi responsável pelo surgimento do movimento higienista no século XIX. Apesar de Robert Koch ter provado no ano de 1846 que a causa do antraz era uma bactéria (*bacillus anthracis*), o que poderia ter posto o fim à teoria miasmática. Esta teoria permaneceu ainda nos ensinamentos ministrados, pois estava presente a crença de que o ar era fonte de doença, isto é de miasmas devido às emanções pestilentas. Por isso, a teoria microbiana das doenças, enquanto teoria científica que sustentava que os microorganismos eram a causa de inúmeras doenças, terá sido muito controversa quando, no final do século XIX, foi confirmada. A teoria bacteriológica está presente em diferentes lições no enfoque que é dado à higiene e limpeza das mãos e instrumentos, assim como, no cuidado a ter com o ambiente e com as doenças contagiosas, tal como contemplado na 23ª lição. De salientar, que foi o cirurgião e ginecologista Húngaro Ignaz Semmelweis quem constatou que as infeções cirúrgicas podiam ser transmitidas através das mãos, tendo implementado a lavagem das mãos com hipoclorito no ano de 1847. Em 1859 Pasteur apontara os microorganismos como causa de muitas doenças humanas, dando origem à formulação da teoria microbiana da doença, contrariando a crença da geração espontânea.

Por acreditar que os micróbios responsáveis pelas infeções poderiam ser transmitidos pelo ar, Joseph Lister, cirurgião em Glasgow, no ano de 1860 (Arias, Aller, Arias, & Lorente, 2001), concentrou a sua atenção na criação de um meio de desinfecção do campo operatório com recurso à vaporização de ácido carbólico (ácido fénico) sobre a região onde seria realizado o ato cirúrgico. Surge, assim, um dos métodos contemplados no programa (methodo de Lister; Escola de Enfermagem de Artur Ravara, 1887), que constituiu a base do sistema antisséptico. A noção de antissépsia e os princípios em que se funda fazem parte do programa, ligados à cirurgia e à aplicação de diferentes curativos.

O programa denota, ao longo das diferentes lições, uma influência para a saúde pública, na medida em que as condições do meio tinham consequências na saúde dos indivíduos, relacionando assim, os conceitos do metaparadigma – pessoa – ambiente – saúde – cuidados. Os vários fatores externos que afetavam a saúde dos indivíduos tais como: o ar; a água; a luz; o calor; as condições de limpeza; o ambiente calmo e a dieta, aspeto defendidos na teoria ambientalista de Florence Nightingale, estão, assim, contemplados da 26ª à 29ª lição.

PAINEL II: A ARTE DE ENFERMAGEM NO SÉC. XIX

A noção de como baixar a elevação da temperatura do corpo evoluiu ao longo do tempo. Florence Nightingale, na segunda metade do século XIX questionava-se se as pessoas estariam despertas para agirem com mais sensatez quando da existência de febre provocada por uma infecção, o que exigiria tapar o doente com roupa mais leve (Nightingale, 1859). O programa parece defender esta perspectiva o que contraria os ensinamentos presentes na Postila Religiosa de Frei Diogo de Santiago (Santiago, 1741) que defendiam que os doentes com febre deveriam ser tapados e colocados em espaços aquecidos, isentos de correntes de ar.

Do programa fazia parte o conhecimento sobre nutrição, sendo, assim, dedicadas três lições, 29ª, 30ª e 31ª. Particulariza a importância da carne na dieta do doente. São elencadas as regras para preparação de caldos de vaca e galinha. Apresentado o valor nutritivo de alguns nutrientes, como: o peixe, moluscos e crustáceos, ou o leite, ovos, legumes, fruta e cereais. O sal é exposto como indispensável à nutrição, assim como, os condimentos ácidos, tais como, o vinagre ou o sumo de limão. Dá ênfase aos diferentes tipos de bebidas, como a água e o vinho e reforça as suas propriedades.

Os cuidados com os medicamentos são explorados na 32ª lição. Classificados como simples e compostos, obtidos através de operações farmacológicas que vão desde a escolha ao modo de preparação e administração dos mesmos. Desde o século XVI e, partindo das publicações dos trabalhos, foram desenvolvidas técnicas que possibilitaram a obtenção de princípios ativos puros utilizados nas boticas (Pinho, 1846). Estas técnicas revolucionaram o avanço na preparação de medicamentos por se oporem às misturas complexas Galénicas. Os medicamentos incluíam sais metálicos como o antimónio e o mercúrio, usado em unguentos, e pomadas. Através da destilação de drogas vegetais também se passaram a obter substâncias que, por serem pouco agradáveis ao paladar, havia a necessidade de se adicionar açúcar. Existem vários manuais de farmacologia, como o *Codigo Pharmaceutico Lusitano* ou *Tratado de Pharmaconomia*, datado do século XIX, que ensinavam as regras e os preceitos de como se escolher, conservar e preparar os medicamentos. Apresentavam também as virtudes, como deviam ser usadas e quais as doses das fórmulas farmacêuticas recomendadas (Pinho, 1846). Mas, tal como em outros conteúdos, desconhecemos se estes ou outros tratados teriam sido recomendados, ou se os professores teriam elaborado sínteses de apoio às diferentes lições.

Particulariza como preparar e administra um apozema, “medicamento líquido, cuyo excipiente es el agua, y que solo se diferencian de las tisanas en que non sierven nunca de bebida ordinaria ó comun à los enfermos” (Chevallier & Ilt, 1827, p. 141). A cataplasma, dotada de propriedades rubefacientes, era formada à base de substâncias químicas, o que exigia conhecimentos específicos de como preparar, como aplicar e o que vigiar. As cataplasmas funcionavam como emoliente e pretendiam manter o calor húmido e proporcionar o alívio de dores, náuseas, inflamações, supurações, descongestionamentos de órgãos dos sistemas respiratórios e circulatórios, incluindo a estimulação do miocárdio e o alívio da angina de peito. De acordo com o programa as cataplasmas podiam ser simples ou emolientes (compostos frios ou quentes). Qualquer substancia animal, vegetal ou mineral podia ser usada para fazer a cataplasma (Pinho, 1846), de acordo com as orientações do médico.

As pomadas eram um outro tipo de mistura de gorduras com princípios aromáticos medicamentosos, não contendo resinas, obtidas através da maceração, digestão ou cocção (Pinho, 1846). O nome deve-se ao facto de na sua composição entrarem diferentes tipos de pomos.

Preparar as enfermeiras para trabalharem na sala de parto, receber a mulher em trabalho de parto e prestar cuidados às parturientes, usar fórceps no parto complexo, prestar cuidados no pós-parto, como o cuidado de higiene perineal, foram alguns dos conteúdos programáticos direccionados para as alunas enfermeiras, estando contemplados na 37ª lição. As funções das enfermeiras na sala de parto exigiam ter por base os deveres morais referidos anteriormente. Destacam-se também os cuidados com o ambiente de modo a manter o bem-estar e a tranquilidade no quarto. Também eram preparadas para cuidarem da higiene do recém-nascido e dos cuidados a ter com o cordão umbilical.

O programa valoriza a importância da ação da enfermeira na promoção da saúde da mãe e da criança, salientando conteúdos como os cuidados com a higiene, o vestuário e a amamentação. As enfermeiras eram assim treinadas para sensibilizarem as mães ou as amas a cuidarem dos bebés e evitarem alguns perigos.

Resultados

O programa apresenta-se com uma nova racionalidade sobre o conhecimento a ministrar aos enfermeiros. Liberto de valores religiosos é estruturado com base em preceitos médicos que determinavam as práticas e definiam os preceitos de subordinação.

A necessidade dos enfermeiros (homens e mulheres) responderem a diferentes necessidades e problemas de saúde exigem-lhes uma preparação e treino que procura fundamento em áreas disciplinares que, na atualidade, têm a ver com a gestão, anatomia, fisiologia, farmacologia, biologia, patologia, nutrição e cuidados de enfermagem e saúde pública, entre outras, de acordo com a Tabela 1.

PAINEL II: A ARTE DE ENFERMAGEM NO SÉC. XIX

Tabela 1

Equivalência dos conteúdos com as atuais áreas de conhecimento

Áreas de conhecimento	Síntese dos conteúdos
Gestão (1ª e 2ª)	Hospital, hospício, serviços, empregados superiores, inferiores, diretor de enfermaria, deveres dos enfermeiros, obrigações dos facultativos.
Anatomia (3ª a 7ª)	Definição da anatomia, órgãos, sistemas.
Fisiologia (8ª a 12ª)	Definição de vida; funções (digestão, absorção, circulação, respiração); órgãos dos sentidos; mobilidade; enervação.
Farmacologia (11ª, 13ª, 15ª, 32ª, 33ª, 34ª, 35ª, 36ª)	Diuréticos; ação dos anestésicos; medicamento (tópicos, líquidos, gasosos; colutórios); colírios (pulverulentos, líquidos, gasosos); apozemas; cataplasmas; cerotos; emulsões; fomentações; fumigações; óleos medicinais; Injeções; clisteres; linimentos; licores; loções; pastilhas; pílulas; pomadas; poções; pós; polpas; xaropes; esparadrapos; sucos; supositórios; tinturas; tisanas; vinhos; febrífugos.
Biologia (13ª)	Evolução dos seres vivos – vida); estrutura e células; ciclo de vida (infância, mocidade, idade madura, velhice, morte).
Patologia (9ª, 11ª, 13ª)	Síncope; anemia; catarata; amaurose; miopia; paralisia.
Nutrição (8ª)	Nutrição e funções de relação; alimentos (as suas transformações no longo canal alimentício – defecação).
Cuidados de enfermagem (14ª, (16ª), (33ª), (34ª), (35), (36ª)	Curativos: pensos, compressas (longas, graduadas, fendidas); cuidados na aplicação de medicamentos tópicos sólidos, líquidos, gasosos; cautérios; curativo de cauterização; cuidados na aplicação de emplastro de beladona (de cicuta d'opio, de pez de borgonha, de tápsia); cataplasma de gelo; sinapismos; vesicatório; cerotos simples, unguentos; óleos medicinais; gargarejos; geleias; fomentações; linimentos; unções; fumigações, gasosas, húmidas, secas; embrocagens; fricções; cuidados na aplicação de ligaduras (maneira de as enrolar – secas, molhadas); ligaduras de linho, algodão, caoutchouc; fitas, linhas, cera (várias qualidades); aplicações por conta gotas diversos; injeções – seringas (líquida, uretrais, nasais, auriculares), em trajetos fistulosos, nas cavidades sorosas; cuidados com as seringas especiais (clisteres – simples, mornos); medicamentos nutritivos (quantidade de líquido empregue: modo de administração); fazer uma cama doente (ferido, amputado, alienado, com delírio, sem consciência dos seus atos orgânicos); fazer a cama para a parturiente; mudar a cama da parturiente; cuidados no antes durante e pós parto; cuidados ao recém-nascido; prevenção de risco (grávida, puerpério e recém-nascido); maneira de mudar roupa (lençóis, cobertores, fronhas); muda um doente de leito; higiene da boca – dentes.

Das teorias predominantes salientam-se a teoria miasmática, teoria microbiana da doença e ambientalista. A teoria miasmática assenta na higiene pública e privada do espaço, dando enfoque às condições do ambiente e à sua influência na saúde do homem saudável ou doente. De salientar que a teoria dos miasmas, que influenciou todo o século XVIII e parte do XIX, orientou a maioria das medidas profiláticas sobre as epidemias. A medicina urbana tinha uma nova função: o controlo da circulação, não só dos indivíduos, mas também das coisas ou dos elementos essenciais à vida (água, ar, alimentação), aspetos para os quais os enfermeiros também deveriam estar preparados. A crença do aparecimento de certas doenças, infecciosas e contagiosas, devido ao ar corrompido e odores fétidos provenientes de alimentos podres, águas estagnadas ou águas de esgotos a céu aberto, mantém-se presente.

Os estudos sobre as bactérias, apesar de terem começado a partir de 1850, só encontraram respostas definitivas a partir da década de oitenta. No entanto, há a preocupação em ensinar medidas de limpeza das mãos, dos espaços e dos instrumentos.

PAINEL II: A ARTE DE ENFERMAGEM NO SÉC. XIX

Vários cuidados e procedimentos técnicos exigiam um cuidado intensificado. As parturientes e os recém-nascidos requeriam uma atenção especial, não só pelo tipo de cuidados como dos riscos inerentes a esta etapa da vida, o que exigia das enfermeiras serem capazes de ensinar as mães a cuidarem de si próprias e ainda do recém-nascido, nomeadamente no cuidado com o banho, a ligadura do cordão, os curativos, e a amamentação segura.

Ao longo do programa, através dos diferentes conteúdos vislumbram-se diferentes preocupações com a segurança do doente. Por isso, a necessidade de preparar os enfermeiros para vigiarem os doentes aquando da aplicação dos diferentes curativos, de forma a serem detetados, precocemente, os riscos.

O programa privilegia vários conhecimentos que exigiam um treino de competências e habilidades práticas em contextos hospitalares previamente definidos. Estruturado em cinco domínios, os conteúdos não são acompanhados dos descritos do desempenho a atingir pelo aluno no final de cada sessão teórica e prática. Também não referencia os manuais recomendados para estudar ou aprofundar conhecimentos.

Conclusão

Ao longo do tempo, as diferentes ordens religiosas tiveram um papel importante na preparação e treino de religiosos para assistirem os doentes. Após a extinção das ordens religiosas do país, no ano de 1834, os médicos reforçaram a necessidade de preparação e treino dos trabalhadores que assistiam os doentes nos diferentes contextos de cuidados. No entanto, só no final do século XIX é que o ensino dos enfermeiros se instituiu, formalmente, em Portugal. O Programa do Curso de Enfermeiros professado no Hospital de São José e Anexos faz prova disso.

Este é o primeiro programa oficial e público, conhecido até ao momento, destinado ao ensino teórico e prático dos enfermeiros. O programa foi pensado para preparar enfermeiros com competências que, à época, os médicos consideravam ser as necessárias para que estes pudessem dar resposta às necessidades de segurança, tratamento e cura dos doentes.

Sabemos que, à época, a população possuía um baixo índice de formação. É possível que os enfermeiros tivessem tido dificuldade em se apropriarem da complexidade dos conteúdos programados. Por outro lado, ser trabalhador e aluno, também não teria facilitado o processo. Estes terão sido alguns dos fatores que, apesar de não serem os únicos, poderão ter contribuído para o insucesso da aprendizagem destes enfermeiros. O que traduz que o programa poderia não estar adaptado às características desta população.

O ensino oficial e público dos enfermeiros surge, assim, formalmente em Lisboa, vinte e sete anos após Florence Nightingale ter fundado em Inglaterra a primeira Escola para enfermeiras. Por isto, a segunda metade do século XIX marca o início da formação oficial dos enfermeiros em Portugal, decorridos 130 anos.

Referências bibliográficas

- Arias, J., Aller, M., Arias, J., & Lorente, L. (2001). *Generalidade médico-quirúrgicas*. Madrid, Espanha: Editorial Téber.
- Baixinho, C., Pereira, I., & Rafael, H. (2013). A segurança do doente no século XVIII: Preocupações na formação e na prática de cuidados. In M. A. Curado, J. E. Ferreira, M. T. Leal & H. C. Bronze (Eds.), *I Simpósio Internacional de História de Enfermagem: Investigação em história de enfermagem: Percursos e desafios, Lisboa, Portugal, 29-31 Maio 2013* (pp. 91-92). Recuperado de <http://anhe.pt/wp-content/uploads/2016/11/ebook-ANHE2013.compressed.pdf>
- Candeias, A. (1996). Ritos e formas de alfabetização da população portuguesa na transição de século: O que nos mostram os Censos Populacionais compreendidos entre os anos de 1890 e 1930. *Educação Sociedade e Culturas*, 5, 39-63.
- Capra, F. (1982). *O ponto de mutação*. Digital Source. Recuperado de <http://nous.life/Biblioteca/F%C3%ADsica%20Qu%C3%A2ntica/Fritjof%20Capra/Ponto%20de%20Mutacao%20-%20Fritjof%20Capra.pdf>
- Chevallier, A., & Idt, P. (1827). *Manual del farmacéutico ó compendio elemental de farmacia*. Madrid, Espanha: Imprenta de los hijos de D. Catalina Pinuela.
- Decreto de 12 de Setembro de 1901. *Diário do Governo nº 204*. Ministério do Reino. Lisboa, Portugal.
- Decreto nº 6.943 de 16 de setembro de 1920. *Diário do governo nº 183, I Série*. Ministério do Reino. Lisboa, Portugal.
- Diccionario de ciencias médicas por una sociedad de los más célebres profesores de Europa* (Vol. 38). (1827). Madrid, Espanha: Imp. de Mateo Repullés.
- Duque, F. L., & Chagas, C. A. (2009). Acidente por injeção medicamentosa no músculo deltoide: Lesões locais e à distância: Revisão de 32 casos. *Jornal Vasculiar Brasileiro*, 8(3), 238-246. doi: 10.1590/S1677-54492009000300009
- Escola de Enfermagem de Artur Ravara (1887). *Programa do Curso de Enfermeiros professado no Hospital de São José e Anexos: (1887)*. *Arquivo Histórico*. Lisboa, Portugal: da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa., Fundo da Escola de Enfermagem Artur Ravara.

- Ferraz, I., Rafael, H., & Baixinho, C. (2012). Funciones de los enfermeros en el siglo XVIII inscritas en la Postilla religiosa. In *XIII Congreso Nacional e y VIII Congreso Internacional de la Historia de la Enfermería, Madrid, España, 22 noviembre 2012*, 539-546. ISBN: 9788469570289
- Frezzatti, W. A. (2003). Haeckel e Nietzsche: Aspectos da crítica ao mecanicismo no século XIX. *Scientiae Zudia*, 1(4), 435-461. doi: 10.1590/S1678-31662003000400003
- Hospital de S. José. (1887). Acta da sessão: Livro 3031, *Registo de actas, folhas 148-149^o*. Lisboa, Portugal: Torre do Tombo.
- Ideal, M. D. (1887). *Lavagem estômago: Breve estudo das aplicações d'este processo a algumas doenças do aparelho digestivo* (Dissertação inaugural). Porto, Portugal: Escola Ciências Médico-Cirúrgica.
- Lopes, L. M., & Rodrigues, M. A. (2009). Documento ad usum et beneficium: Os alienados em Portugal: História e estatística. *Revista de Enfermagem Referência*, 2(11), 135-140. Recuperado de https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2160&id_revista=4&id_edicao=31
- Martins, C. A. (1997). Trabalho e condições de vida em Portugal (1850-1913). *Análise Social*, 32(142), 483-535.
- Nightingale, F. (1859). *Notes on nursing: What it is, and what it is not*. London, England: J. B. Lippincott Company.
- Pedrosa, A. (2004). A enfermagem portuguesa: Referências históricas. *Revista de Enfermagem Referência*, 1(11), 69-78. Recuperado de https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2062&id_revista=5&id_edicao=10
- Pereira, A. S., Cardoso, D. F., & Rodrigues, M. A. (2013). Marcos históricos do ensino e investigação em enfermagem em Coimbra: Séc. XIX–XXI. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(9), 191-200. doi: 10.12707/RIII13HM
- Pereira, P. T., Gomes, E. G., & Martins, O. (2005). A alienação no porto: O hospital de alienados do Conde de Ferreira (1883-1908). *Revista da Faculdade de Letras de História*, 3(6), 99-128. Recuperado de <http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/3378.pdf>
- Pinho, A. A. (1846). *Código pharmaceutico lusitano ou tratado de pharmaconomia*. Porto, Portugal: Typographia da Revista.
- Portaria de 29 de Janeiro de 1886. *Diário do Governo nº 22*. Ministério do Reino. Lisboa, Portugal.
- Queiroz, H. J. (1903). *Injeções intra-musculares no tratamento da syphilis* (Tese inaugural). Porto, Portugal: Escola Médico-Cirúrgica.
- Regimento do Hospital de todos os Santos. (1984). *Arquivo histórico da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa*. Lisboa, Portugal: Escola de Enfermagem Artur Ravara.
- ez-Rosenkranz, I. (2016). El método histórico aplicado a la investigación educativa. *REIRE: Revista d'Innovació i Recerca en Educació*, 9(2), 106-113. doi: 10.1344/reire2016.9.2927
- Santiago, F. D. (1741). *Postilla religiosa, e arte de enfermeiros*. Lisboa, Portugal: Lisboa Occidental.
- Sena, A. M. (1884). *Os alienados em Portugal 1: História e estatística*. Lisboa, Portugal: Na Administração da Medicina Contemporânea.

Fontes

- Programa do Curso de Enfermeiros professado no Hospital de São José e Anexos. 1887. Agência de trabalhos Typográficos. Lisboa. Arquivo Histórico da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Fundo Escola de Enfermagem Artur Ravara.
- Portaria do Ministério do Reino de 28 de Janeiro de 1886. Collecção Official da Legislação Portuguesa, Anno de 1886, Imprensa Nacional, Lisboa 1887

Desafios sanitários do Séc. XIX e o desenvolvimento da Enfermagem: O caso da Sífilis

Aliete Cunha-Oliveira*

José Cunha-Oliveira

Paulo Joaquim Pina Queirós

Introdução

O século XIX corresponde a um período conturbado no nosso país, devido às invasões francesas e consequente guerra entre liberais e absolutistas (Vinhas, 2012) e, depois, entre monárquicos e republicanos, constituindo um período particularmente conturbado do ponto de vista cultural, social, político, científico e tecnológico, com repercussões na conceção e execução de políticas, designadamente ao nível do papel a desempenhar por religiosos e seculares, e da estruturação dos cuidados de saúde e criação e ensino da profissão de Enfermagem laica. A isso, se aplica a situação dos cuidados a prestar aos doentes, em particular aos que sofriam de doenças venéreas, em especial a sífilis.

Além disso, o século XIX é em si mesmo um século de importantes mudanças de paradigma, sob os auspícios de descobertas científicas que moldaram a medicina moderna, sobretudo nas áreas da saúde pública e do diagnóstico clínico. A obra de cientistas médicos, como Lister, Pasteur e Koch, transformou as fundações conceptuais e a prática da medicina, com a aplicação das descobertas científicas em áreas como a microbiologia e a fisiologia, na compreensão, manejo e prevenção da doença (Bynum, 1994).

Neste trabalho, servimo-nos da consulta de 17 Dissertações Inaugurais apresentadas no século XIX, na Escola Médica do Porto. Pelas suas motivações e natureza etária, as Dissertações Inaugurais oferecem uma amostragem das preocupações sanitárias da época. Estas dissertações, designadas por *Dissertação Inaugural para Acto de Conclusões Magnas*, constavam de uma tese de encerramento do ciclo formativo numa das Escolas Médico-Cirúrgicas de Lisboa e Porto, e serviam para conceder o título de médico-cirurgião, já que até 1911 só a Universidade de Coimbra concedia o grau de licenciatura. “Dentro da temática médica e cirúrgica, os conteúdos abordados eram extremamente variados, resultando numa paleta de matizes onde se pintam os temas e patologias que preenchiam a vivência dos finalistas” (Costa & Vieira, 2011, p. 2). “As dissertações inaugurais constituem assim uma fonte, quase exclusiva, para a reconstituição do ensino da medicina e mesmo da prática médica” (Amaral & Felgueiras, 2013, p. 14).

Servimo-nos, igualmente, de teses de mestrado e de doutoramento em enfermagem, antropologia e história, as quais nos oferecem uma visão multifacetada e em 360° de uma terrível doença transmissível, horizontal e verticalmente, e durante muito tempo de desconhecida origem e tratamento: a sífilis.

No século XIX, as doenças sociais mais prevalentes no nosso país eram o alcoolismo, a tuberculose e a sífilis (Reis, 1940), das quais a sífilis era a mais temida (Garcia-Ziensen, 2010).

As principais [moléstias] são, em primeiro lugar a Celtica, ou Venerea, que tem lavrado sobre toda a face da terra, arruinando por mui diferentes modos a constituição humana; donde procedo terem-lhe os práticos chamado o Protheu das molestias [...]. Mina ou rápida, ou lentamente as mais robustas compleições, quando a imprudencia, ou a má ventura nos arrasta a fontes impuras, e inficionadas: passa insidiosamente de pais a filhos, e a gerações inteiras, semque muitas vezes possamos atinar com a verdadeira causa deste progressivo definhamento [...]. Contagia-se não só mediante a coabitación, mas frequentemente pelo leite das amas, que parecendo sãs, muitas vezes estão contaminadas; por osculos lascivos, &c o seu *virus* he por ultimo tão atraídoado, que ás vezes se occulta por annos no interior da nossa machina para fazer depois mais cruelmente a sua erupção. Até hoje ainda se não descobrio preservativo algum contra este terrivel veneno, que tanto mais geral se tem feito, quanto mais inevitaveis são as causas do seu contagio. O unico conhecido he a espinhosa virtude da continencia”. (Franco, 1814, p. 344)

De acordo com as teorias Morelianias, a sífilis determinava a decadência da população, provocando a *degenerescência da raça*, pelo que muitos autores propugnavam por medidas eugénicas. Assim, nas primeiras décadas do século verifica-se “uma

* alietecunha@esenfc.pt

combinação do discurso do combate à sífilis com a visão higienista que privilegiava um enfoque eugénico, na conclamação ao combate à 'degeneração da raça', da qual a sífilis seria a um tempo causa e consequência" (Camargo, 1997, p. 552). A estas estratégias discursivas somava-se a caracterização clínica multiforme da sífilis, oferecendo-nos

o panorama da ampla intervenção que se desenrola [nesse período], criando normas e regulamentos para a prostituição; para o tratamento e controle dos infectados; para controle pré-nupcial dos candidatos ao casamento; para a vigilância estrita dos praças nos quartéis; para um sem-número de campanhas de comunicação; toda uma panóplia de controle disciplinar segundo o modelo descrito por Foucault. (Camargo, 1997, p. 552)

1. A sífilis no século XIX

Uma grande epidemia de sífilis ocorre em Nápoles, em 1494-95, entre soldados e marinheiros das hostes de Carlos VII de França. O primeiro caso português surge em 1496-97, mencionado no Cancioneiro de Garcia de Resende (Rodrigues, 2011a). Há também quem atribua a sífilis dos finais do século XV e início do XVI aos marinheiros da frota de Colombo regressados das Antilhas. Mas, sendo certo que a sífilis era uma doença de marinheiros, que a contraíam em muitos portos da Europa (Cunha-Oliveira, 2014), difícil é saber se a "trouxeram" das Américas ou se já a "levaram" daqui.

A sífilis adquire o seu nome definitivo com a obra *Syphillis Sive Morbus Gallicus*, (Sífilis ou A Doença Francesa), do veronês Girolamo Fracastoro, publicada em 1530. Em 1642, surge a primeira obra escrita sobre a doença em Portugal, por Duarte Madeira Arrais: *Método de conhecer e tratar o Morbo Gálico* (Arrais, 1642). Durante dois séculos considerada a única doença venérea, só mais tarde Benjamin Bell, com as suas observações, diferenciou duas doenças: sífilis e gonorreia (Bell, 1797). A suspeita de que seria um mal sexualmente transmissível teve enormes consequências sociais. A prostituição foi perseguida e ilegalizada e entrou em cena o preservativo feito de intestino de carneiro.

O poder religioso reforçou-se através do sacramento do matrimónio e da influência crescente do clero sobre a educação e as famílias. Fidelidade, abstinência e poupança são os novos valores que se vão impôr, enquanto por todo o lado se multiplicam as procissões, as peregrinações e as flagelações colectivas. Por fim, a necessidade de ocultar as alopecias e as úlceras do pescoço fez nascer a moda das cabeleiras postiças e das rendas farfalhudas que se impõe no século XVIII. (Barros Veloso, 2001, p. 57)

No quadro nosográfico adotado pelo Conselho de Saúde Pública em 1844, a sífilis figurava na Classe V - Lesões Orgânicas, Secção 7 - lesões orgânicas reputadas gerais, junto de doenças como o escorbuto, as escrófulas, a elefantíase dos gregos, a elefantíase dos árabes e a diabetes (Subtil, 2013). No entanto, a identificação do agente etiológico da sífilis só foi conseguido em 1905, por Fritz Richard Schaudinn e Paul Erich Hoffmann. O micro-organismo foi inicialmente batizado como *Spirochaeta pallida*, mas os seus descobridores alterariam o nome para *Treponema pallidum* (Lopes, 2014).

É possível encontrar vários paralelismos entre esta antiga epidemia de sífilis e a moderna epidemia da SIDA. Ambas deram um grande impulso ao pensamento e à literatura médica (O'Shea, 1990). Como diz Barros Veloso (2001, p. 56), "entre a entrada em cena da Sida no século XX e o aparecimento da sífilis na Europa quinhentos anos antes, existem estranhos paralelismos e semelhanças que não podem deixar de causar perplexidade e motivos para reflexão". Na verdade, de acordo com Sousa (1996) durante quase quatrocentos e cinquenta anos a sífilis imperou na Europa e no resto do mundo, privando milhões de pessoas da saúde e da vida, da alegria de viver e da felicidade, fazendo modificar os seus comportamentos sociais e pessoais. Com a descoberta da penicilina parecia que as portas do inferno se tinham fechado e tudo tinha passado. Infelizmente, o ciclo recomeçou. (p. 190)

No século XIX, a sífilis era

considerada como o maior flagelo da humanidade, [...] tanto mais terrível, quanto é silencioso e traiçoeiro. [...] É uma das doenças que causa maior numero de abortos. [...] e quando [...] algumas d'essas creanças [sobrevivem], valeria talvez mais, para a maior parte d'ellas, que não tivessem nascido. Umas são raquíticas, outras débeis, e algumas epiléticas, mas a maior parte vae levar um poderoso contingente á grande classe de degenerados. (Malta, 1897, p. 35)

A sífilis era facto e tema da maior importância, tanto sob o ponto de vista médico, como sob o ponto de vista doméstico e social. Como bem descreve Dron, citado por Barbosa,

uma creança syphilitica infeccionou a ama. Esta, dando de mamar a mais três creanças, contamina-as todas três; cada uma d'ellas, a seu turno, contaminou a mãe respectiva e cada uma destas seu marido. Dez contágios, dos quais os seis não deixaram de ter uma maligna influencia na progenitura. (Barbosa, 1892, p. 31)

Assim sendo,

o indivíduo syphilitico que, com um tratamento incompleto ou mesmo se tratamento algum, contrahe matrimonio, pode tornar-se perigoso de três modos: como pae, pela influencia heredo-syphilitica sobre os filhos; como esposo, contaminando a mulher; e como chefe da comunidade, pelos dois graves riscos, que corre em sequencia da doenca, que leva consigo: a morte n'um futuro mais ou menos remoto, ou o aparecimento de uma affecção grave, que o impossibilita de trabalhar. (Barbosa, 1892, p. 33)

Era, pois, importante estabelecer as condições a que um aspirante noivo deveria obedecer para que pudesse casar. Fournier apontava cinco condições a que o sífilítico deveria obedecer para moralmente poder aspirar ao casamento: 1ª - Ausência de acidentes específicos atuais; 2ª - Duração avançada da doença; 3ª - um certo período de imunidade absoluta após as últimas manifestações específicas (de 18 meses a 2 anos); 4ª - caráter benigno da doença; 5ª - tratamento específico suficiente (rigoroso e duradouro, condição mais importante a preencher pelo candidato). Destas condições, sobressaem, pela sua importância, a duração da doença e o tratamento específico. A ausência de uma delas é o bastante para justificar e impor a proibição médica do casamento (Fournier, 1882).

Por seu turno, o tratamento específico suficiente deveria obedecer a quatro condições: 1 - ter por base os dois medicamentos da sífilis (mercúrio e iodeto de potássio); 2 - a administração destes medicamentos deve obedecer a doses verdadeiramente ativas e curativas; 3 - a administração deve ser feita metodicamente, para evitar a tolerância medicamentosa; 4 - o tratamento deve ser seguido rigorosamente durante três a quatro anos (Fournier, 1882). E conclui: “creio em absoluto que o médico deve, expressa e energeticamente, interditar o casamento a todo e qualquer doente que não cumpra [...] todas as condições deste programa” (Fournier, 1882, p. 126).

2. A regulamentação Sanitária e a Profilaxia Social

Nos séculos anteriores, diversas, e por vezes radicais, foram as respostas ao problema da sífilis.

Em França, por exemplo, foram tomadas medidas particularmente duras e rigorosas. Em 1497, um decreto real proibia, sob pena de morte, que qualquer doente com *morbo gálico* contactasse com o mundo exterior. Após uma primeira tentativa falhada de os enviar para as leprosas (os leprosos revoltaram-se, recusando a companhia), os sífilíticos parisienses passaram a ser isolados em *ghettos*, na região de Saint-Germain-des-Près, fora dos muros da cidade. Os estrangeiros que chegassem a Paris suspeitos de sofrer do terrível mal, eram obrigados a sair dentro de 24 horas. Era-lhes dado dinheiro para regressarem ao país de origem, incorrendo também em pena de morte se não o fizessem. No entanto, muitos dos estrangeiros continuavam a infringir a lei, preferindo acolher-se em Saint-Germain-des-Près do que regressar ao país de origem. Novas leis foram feitas ordenando que, daí em diante, qualquer estrangeiro sífilítico encontrado na região fosse afogado no Sena (Sousa, 1996).

Em Portugal, não há notícia de leis discriminatórias contra os sífilíticos, sendo a doença encarada de forma mais humanitária (Sousa, 1996). Em 1504 é fundada a Casa das Bubas, ou Boubas, no Hospital Real de Todos-os-Santos, destinada à assistência aos doentes com mal venéreo, contratando-se para o efeito o médico andaluz Ruy Díaz de Ysla (Rodrigues, 2011b). Nesse hospital, Ruy Díaz tinha a seu cargo uma enfermaria onde eram internados todos os doentes que sofriam do *Mal das Bubas*, sendo muito numerosa a população que procurava o hospital. O médico sevilhano calculou em 20 mil os doentes que tratou durante os 25 anos que esteve em Portugal (Sousa, 1996).

Os governantes, à medida que o séc. XIX vai avançando, escutam cada vez mais os reformadores sociais, no sentido de atender às reivindicações das classes mais carenciadas e de melhorar as suas condições de vida, nomeadamente no que toca à assistência à saúde, acionando reformas nesse sentido. A prestação desse apoio, inicialmente entregue à beneficência particular, foi sendo transferida, de forma paulatina, para a alçada do Estado (Esteves, 2014).

Mas, para suprir as necessidades de formação de cuidadores não havia gente habilitada. O panorama da instrução em Portugal no século XIX era desolador:

É vergonhoso o estado de instrução do portuguez: há uma percentagem de quasi oitenta % de analfabetos. Esta falta de instrução produz necessariamente o desconhecimento da hygiene, quer privada quer social, ou o seu descaramento, tornando-se a origem de innumeraveis males que ataca a humanidade [...]. Os nossos parochos e professores de instrução publica poderião contribuir beneficemente para remediar tão grande falta, fazendo diferentes conferencias publicas a respeito de hygiene. O nosso governo poderia subsidiar a publicação de um folheto com as principaes noções de hygiene, para ser distribuído gratuitamente a todos os alumnos das escolas publicas e professores particulares, estimulando assim a sua iniciativa, n'um assumpto de tanto interesse para o bem-estar do nosso povo. (Ferraz, 1893, pp. 137-138)

Quando no século XV se desenvolveu a epidemia [...], os indivíduos atacados por ella eram expulsos da sociedade e obrigados os ricos a viverem encerrados em suas casas, os pobres a irem esconder pelos caminhos e estradas, lesões que os medicos de então se recusavam a tratar, vendo-se impotentes para combater o mal. (Malta, 1897, p. 39) Em Portugal, a prostituição e o desenvolvimento rápido do virus syphilitico, levaram também os legisladores á promulgação de leis tendentes a reprimir uma e a coibir o outro, leis que, não tendo a exaggeração do despotismo e a acção barbara dos séculos próximos e seguintes á grande epidemia, eram coherentes com a época em que foram promulgadas e concorriam, senão para fazer desaparecer o mal, pelo menos para lhe oppôr uma barreira. Assim, em 1521, era publicado um alvará obrigando as prostitutas a viverem em determinadas ruas; em 1538, 1570 e 1608 eram novamente indicados outros locais para suas habitações, em 1781 eram submettidas a visitas de inspecção e presas e enviadas aos hospitaes, as que estivessem contaminadas pela syphilis. (Malta, 1897, pp. 39-40)

Em França,

em 1713 uma nova lei estabelecia um hospital para receber as prostitutas doentes. Desde então para cá começaram alguns hospitaes a abrir as suas portas aos syphiliticos e ás prostitutas contagiadas, e estas mesmas foram submettidas a visitas sanitárias e a medidas prophylaticas mais ou menos enérgicas e mais ou menos repressivas. (Malta, 1897, p. 39)

Em 1836, o Código Administrativo português proibia a presença de meretrizes nos espaços públicos mais frequentados, designadamente nas proximidades de igrejas, escolas e repartições públicas enquanto o governo não publicasse regulamentos especiais (Código Administrativo Portuguez, 1838). No entanto, admitia uma certa abertura à prostituição, não no sentido de a facilitar, mas, antes, de a controlar (Esteves, 2014).

Em 1837, Francisco Ignacio dos Santos Cruz, médico pela Universidade de Coimbra e vice-presidente do Conselho de Saúde Pública do Reino, apresenta um projeto de regulamento policial e sanitário destinado ao controle sanitário das prostitutas, agora chamadas *toleradas*, que passavam a ter um regulamento próprio (Cruz, 1841).

Entre os “meios profiláticos que obstem ao contacto immediato do vírus venéreo com as partes”, refere-se que

nenhum dos que se possam imaginar [...] é mais eficaz do que as bolsas em que se introduz o pênis; é um corpo mecânico que se interpõe ao vírus venéreo e às partes que pode tocar [...]; estas bolsas são os chamados condons ou redingotes ingleses [...]. Quando existem em sua perfeita integridade sem rutura alguma, estado em que se não conservam quando deles se usa por mais vezes. (Cruz, 1841, p. 213)

Nas décadas do Liberalismo, entre 1820-1852, de entre uma série de medidas de higiene e saúde pública, destacam-se as destinadas às prostitutas. Uma dessas medidas era

o internamento immediato e obrigatório daquelas que fossem enviadas ao Hospital de São José pelas autoridades de policia sanitária, ou pelos próprios vice-provedores de saúde, que [...] tinham a competência de vigiar o estado sanitário dessas mulheres e de decidir das vantagens da sua reclusão no hospital. Por outro lado, às prostitutas de Lisboa com sífilis, que estivessem autorizadas a tratarem-se em casa, não lhes era permitido serem tratadas no Hospital de São José, nem por qualquer dos vice-provedores de Saúde. (Subtil, 2013, p. 184)

O código Administrativo de 1842 confere ao administrador do concelho a responsabilidade de vigiar e controlar as prostitutas. O controlo policial das assim chamadas *toleradas* tinha, essencialmente, duas finalidades: vigiar o seu comportamento, reprimir os excessos e auxiliar aquelas que pretendiam abandonar a prostituição, e zelar pelo cumprimento das normas sanitárias para impedir a propagação da sífilis e outros males venéreos (Liberato, 2000). A fiscalização das toleradas estava a cargo do administrador do concelho, de um guarda da policia sanitária e de um empregado da administração.

3. Sobre a prevenção e o tratamento da sífilis no século XIX

Até à descoberta da penicilina em 1928, a sífilis deixava médicos e pacientes impotentes e desarmados. As terapêuticas adotadas, como o guaiaco (ou pau-casto) e o mercúrio, eram ineficazes. “Na verdade, todos os conhecimentos clínicos, transmitidos durante gerações, com origem nos gregos antigos, hebreus ou romanos se manifestaram totalmente ineficazes no combate à nova enfermidade O processo que levou à obtenção da cura foi longo e penoso. Durante séculos, [...]”

PAINEL II: A ARTE DE ENFERMAGEM NO SÉC. XIX

milhões de infetados sofreram e morreram sem qualquer tipo de ilusão ou esperança” (Lopes, 2014, p. 16). À falta de tratamentos eficazes, “as pessoas viravam-se sobretudo para as crenças religiosas e culturais. Os curandeiros, endriteiros, bruxas e benzilhões terão desempenhado um papel preponderante no ‘tratamento’ da sífilis ao longo do tempo” (Lopes, 2014, p. 16). Restava apenas o apelo à prevenção: “é para a syphilis principalmente que parece ter sido creado o adagio: ‘mais vale prevenir, que remediar [...]’. A profilaxia distribuía-se por várias dimensões: prophylaxia individual-matrimonial, hereditaria, entre ama e creanças e vaccinal (tentativas de syphilisação e sorotherapia)” (Malta, 1897, p. 36).

Assim, na época, disseminavam-se também teorias e programas eugénicos, com o fim de assegurar a pureza da raça. Egas Moniz dizia:

A sífilis pode ser designada uma doença da raça. Constitui, quando transmitida, um perigo para a espécie, contribui para o seu enfraquecimento e decadência, fazendo sofrer os seres pela única falta dos que o geraram. O sífilítico não deve dar origem a novos seres, senão depois de estar completamente curado [...]. Por isso bem necessário se torna o atestado do médico que, observando bem o noivo e reconhecendo-o portador inconsciente duma blenorragia crónica, evitando assim a infelicidade *do menagem* e a desgraça da mulher a que se pretende juntar. (Moniz, 1901, pp. 323-5)

“Contra esse perigo devem os higienistas e os clínicos fazer a mais intensa propaganda, espalhando largamente estas ideias” (Moniz, 1901, p. 326).

“No século XIX, a tuberculose e a sífilis constituíam duas das patologias mais frequentemente abordadas em folhetos relacionados com a higiene pública” (Pereira & Pita, 2011, p. 93).

Apesar de se saber hoje que numerosos casos de syphilis não são de origem venerea, a abstenção de toda a relação sexual seria, entretanto, uma garantia excelente, mas será difícil encontrar indivíduos que tenham esta afecção a ponto de guardarem a mais perfeita castidade, durante um tempo mais ou menos longo. Ha, comtudo, um período, durante o qual é necessário prohibir a um individuo indemne o expôr-se a contrahir a syphilis: são os mezes que precedem um casamento, principalmente os dous últimos, porque este período de sessenta dias representa quasi o máximo de duração de incubação do cancro infectante. (Malta, 1897, p. 45)

“Desde finais do século XIX, a censura religiosa é reforçada por uma argumentação parcialmente nova, que lhe confere credibilidade científica, evoluindo-se da ideia de pecado ou de vício para a de perigo social” (Vaquinhas, 2011, p. 323).

Quanto ao uso do preservativo, havia curiosos *parti pris*, não longe dos que ainda hoje se verificam com a SIDA:

Para diminuir os perigos do coito, existem regras, de tal forma elementares, que é inutil descrevel-as extensamente; as abluções simples ou com sabonetes medicinaes, as lavagens com soluções antisepticas, principalmente com o licor de Van Swieten, a applicação sobre os órgãos genitais de corpos gordos ou, melhor ainda, de vaselina, e, enfim, o emprego de preservativos de caoutchouc. Nenhum d’estes meios, porém, dá um resultado certo, se bem que o seu emprego não deva ser desprezado. As lavagens, mesmo quando feitas immediatamente depois das relações, não conseguem, em muitos casos, impedir a infecção e o mesmo succède ás pomadas protectoras e aos preservativos que, cobrindo apenas o pénis, não preservam o perineo, os testículos e o pubis, e dos quaes madame de Staël dizia: «são uma couraça contra o prazer e uma teia de aranha contra o perigo», e Ricord: ‘guarda-chuva virado pela trovoada, não impedindo de molhar os pés’. (Malta, 1897, p. 47)

Com respeito ás medidas para não transmitir a syphilis, a melhor é com certeza a isenção de todo o contacto sexual impuro [...]. Todo o syphilítico deve abster-se em absoluto do coito enquanto não estiver curado completamente ou, pelo menos nas suas relações sexuaes, multiplicar todos os cuidados de protecção que indicamos; na vida diária, nunca infectar um objecto que possa passar em seguida ás mãos d’um individuo são; ás comidas, sobretudo, reservará para si só, durante todo o período contagioso, copos, pratos e talheres especiaes. (Malta, 1897, pp. 49-50)

A questão do casamento foi o centro de muitas das estratégias que visavam conter a transmissão da sífilis, impedindo o seu surgimento, quando transmitida de marido para esposa, e as terríveis consequências da sífilis congénita.

Que garantias poderá oferecer á sociedade um casamento, que, longe de a dotar com elementos sadios, aptos para o labutar constante da vida, lhe forneça tão somente umas organizações enfrazadas, com uma pequeníssima resistência vital [...], quando mesmo não as prive bem precocemente d’essa existência? E quão nobre não é a missão do medico, que evita toda uma série de desastres derivados do contagio e da hereteriedade, indicando o momento a partir do qual o

individuo syphilitico pôde, sem inconveniente, aspirar a constituir família? Mas qual não é também a sua responsabilidade, se por não proceder a um exame sufficientemente rigoroso intertíz, quer temporária quer definitivamente, o casamento a um individuo que está em condições de o contrahir, ou o faculta a outro cuja syphilis pôde ser altamente perigosa para a nova família, conclusão esta a que teria chegado se observasse mais demoradamente? Na primeira hypothèse condemnaria aquelle individuo ao celibato, impedir-lhe-hia o ingresso no sanctuario da família, despedaçando por vezes, com uma sensuravel leviandade, affectos ou interesses ha longo tempo creados e profundamente radicados. Na segunda, o erro medico pôde ter as graves consequências da contaminação da esposa e dos filhos, com todos os seus horrores. E se, por ignorância ou egoísmo por parte do pae, uma creança syphilitica fôr entregue aos cuidados d'uma ama, esta será por sua vez infeccionada, constituindo um terrível foco de contagio para seu marido e para outras creanças, que incidentalmente amamente. (Barbosa, 1892, pp. 29-30)

A sciencia, infelizmente, não possui [...] um meio seguro de determinar, com precisão, se um syphilitico determinado está ou não em condições de contrahir matrimonio. Todo o calculo, que se possa fazer, não passará de um calculo de probabilidades. Mas deduzir d'aqui, como fazem alguns medicos, que o syphilitico deve ficar toda a vida solteiro, é avançar muito. (Barbosa, 1892, p. 31)

Está hoje perfeitamente sabido que o contagio syphilitico pela amamentação se pôde effectuar por duas maneiras: ou a ama recebe o virus syphilitico da bocca da creança que amamenta, ou esta o recebe do seio da ama. No primeiro caso, este contagio tem uma importância preponderante, pois que muitas vezes a syphilis, alastrando como uma nódoa de azeite, produz verdadeiras epidemias. (Malta, 189, p. 59)

Daí que, frequentemente, “usava-se leite animal, sobretudo para as crianças infectadas de sífilis” (Sá, 2011, pp. 72-95).

Em França, a lei

Roussel, obriga todas as amas, a apresentarem um attestado, passado por um medico especial, affirmando que ellas não parecem atacadas por nenhuma moléstia contagiosa; entre nós porém a lei é muda no assumpto. Unicamente nos limitamos, e infelizmente nem sempre, a mandar examinar as amas por um medico, quando ás vezes não é uma parteira, que nos dirá, *se o leite é bom* [...]. É sobretudo de primeira importância, a ama apresentar a creança que amamenta, na occasião do exame, e ainda isto não é garantia sufficiente, pois que ella pôde substituil-a, trazendo uma creança emprestada por uma amiga ou uma visinha, o que muitas vezes succède. (Malta, 1897, p. 63)

De acordo com Mello Franco,

a ama devia ser o mais parecida possível com a mãe no que toca a temperamento e modo de vida (daí que uma rústica não devesse criar o filho de uma senhora). Devia ter entre 20 a 35 anos de idade, ser alegre, viva, mas calma e doce de forma a não transmitir inquietude à criança. Devia ser limpa e asseada, ter um hálito agradável, gengivas vermelhas e bons dentes. Deviam-se preferir as morenas, porque as louras eram geralmente mais fracas, e deviam-se eliminar as ruivas, porque o seu cheiro ácido passava para o leite. Só depois destas especificidades o médico passava a discorrer sobre o tipo de seios e qualidade do leite da ama. (Franco, 1790, pp. 51-57)

4. A sífilis e os hospitais portugueses no século XIX

Os hospitais portugueses deixavam imenso a desejar em condições de salubridade, higiene e assistência: “Em Portugal que temos? Uns rachiticos hospícios em que a mortalidade é grande e o contagio maior ainda; em que felizmente poucas creanças podem ter entrada” (Ferraz, 1893, p. 107). A assistência aos doentes estava em relação com a tradição católica, quer através do papel desempenhado pelas misericórdias no sistema de saúde, quer através da presença de várias ordens religiosas.

Desde 1834, as congregações religiosas mantiveram-se afastadas dos três grandes hospitais portugueses (Hospital de São José, Hospitais Universitários de Coimbra e o Hospital Real de Santo António). Contudo, o pessoal laico que trabalhava nas enfermarias era incapaz de acompanhar os progressos técnicos e científicos que marcaram o século XIX, como as descobertas de Louis Pasteur e de Robert Koch sobre os germes e as infecções. Assim foram aumentando as preocupações para com os cuidados de higiene (que já se faziam sentir desde o final do século XVIII) e foram-se modificando as condições de trabalho nos hospitais. As administrações hospitalares desenvolveram um conjunto de reformas com vista à higienização do hospital e à melhoria dos cuidados de saúde. Já o corpo médico foi desenvolvendo as capacidades de diagnóstico devido aos avanços em anatomia, fisiologia e bacteriologia. (Silva, 2014, p. 63)

No campo da sífilis, em 1897, é inaugurada no Hospital do Desterro, em Lisboa, a consulta de *Molestias Syphílicas e Venereas*, a primeira consulta de venerologia do país, por Thomaz de Mello Breyner. O Hospital do Desterro, hoje desativado, foi sucessivamente convento, pavilhão de epidemias, albergue, hospital de retaguarda para doenças venéreas, lugar de contenção para as meretrizes que não passavam na inspeção e eram consideradas perigo para a saúde pública, hospital civil onde se prestava assistência condigna a doenças sexualmente transmitidas e hospital de referência em dermatologia e em urologia (Bastos, Delicado, & Matos, 2013).

Em 1901, o Hospital do Desterro tinha uma população de doentes de medicina e cirurgia dos dois sexos e tinha duas enfermarias destinadas a meretrizes que a polícia mandava hospitalizar, onde se encontravam apenas prostitutas da mais baixa condição. Nas outras enfermarias encontravam-se todas as espécies mórbidas em mistura, como em São José, inclusivamente as doenças venéreas de mulheres não sujeitas a registo policial (Matoso, Pilão, & Tação, 2011).

A Direção-Geral da Saúde promoveu a criação de dispensários de higiene social, orientados para o estudo da higiene sexual e o tratamento de doenças venéreas, sendo que, em 1927, foi criado o Dispensário Central de Higiene Social de Lisboa, pela mão de Tovar de Lemos (Fisteves, 2014).

5. A enfermagem portuguesa no século XIX

Para melhor compreender a situação dos doentes sífilíticos, o seu tratamento e cuidado nos hospitais do século XIX, forçoso é passar em revista as condições de recrutamento, ensino e formação dos profissionais que os cuidavam.

Até finais do século XIX, o grande problema da enfermagem portuguesa era a sua muito deficiente formação profissional. O pessoal de enfermagem não possuía em grande parte dos casos, preparação prévia para o exercício da profissão. No Regulamento do Hospital ou Santa Casa da Misericórdia d' Ovar está explanado no artigo 16º que “o enfermeiro deve saber ler, escrever e contar” (Vinhas, 2012, p. 38). Só no final do Século XIX médicos e administrações dos principais hospitais (Lisboa, Coimbra e Porto) começam a revelar preocupações com o recrutamento, seleção e formação do pessoal de enfermagem, entretanto secularizado com a extinção das ordens religiosas em 1834. É, pois, com atraso de algumas décadas em relação às ideias dos grandes reformadores do Século XIX (e.g., Fliedner e Florence Nightingale), que surgem entre nós, já no início do Séc. XX, as primeiras iniciativas no domínio da formação profissional dos enfermeiros (Graça, 2005).

No século XIX assiste-se ao nascimento da ciência de enfermagem, da organização da rede de ensino e das primeiras escolas de enfermagem em Portugal. “Trata-se de uma fase de intensas ruturas e transformações científicas, culturais e sociais com impacto profundo na evolução da ciência de enfermagem” (Queirós, Almeida Filho, Monteiro, Santos, & Peres, 2017, p. 3). Efetivamente, a Enfermagem como profissão organizada remonta ao século XIX (Vieira, 2009), época em que

a ciência surge como uma fonte de todos os valores possíveis e o salvatério de todas as insuficiências e dificuldades humanas. É à luz desta nova religião positivista que terá de ser enquadrado o devir científico e as polémicas desencadeadas na sociedade, nomeadamente a discussão entre enfermagem laica e religiosa. (Queirós et al., 2017, p. 3)

Ao longo de todo o século XIX e a primeira década do século XX, os órgãos coletivos de representação da nação, referem, refletem, opinam, determinam e legislam sobre a enfermagem, os enfermeiros e as enfermarias, estando disponíveis 1317 páginas no total, com distribuição desigual ao longo dos anos, uma maior concentração no final do século XIX, e uma média de 14,63 páginas por ano. (Queirós et al., 2017, p. 1)

O período de 1821-1910 corresponde

ao início do movimento de profissionalização, das notícias e da influência de Florence Nightingale, da formação das escolas de enfermagem em Coimbra, 1881; no Porto, 1896; e em Lisboa, 1901. Ao que não é estranho o ideário positivista, com forte expressão em Claude Bernard, introdutor do método científico nas ciências médicas. (Queirós et al., 2017, p. 3)

Nos finais do século XIX,

vários médicos portugueses emitiram uma opinião sobre as possíveis medidas para melhorar os cuidados de enfermagem, e foram fortemente influenciados pelas experiências estrangeiras. Uns deslocaram-se aos hospitais europeus para ver o que se passava nas enfermarias; outros eram leitores assíduos de revistas médicas estrangeiras, nomeadamente francesas. (Silva, 2014, p. 64)

Em França, os defensores da laicização da assistência,

queriam substituir as religiosas por um pessoal laico, mas competente e formado. Assim, acusavam as religiosas de incompetência profissional, ignorância, independência excessiva, autoritarismo e despotismo [...]. Eram também

acusadas de um certo proselitismo religioso junto dos doentes [e] se recusavam a cuidar de certos doentes, como os que sofriam de doenças venéreas ou as mulheres em trabalho de parto. Como as religiosas tinham funções de direcção e controlo do material, eram também acusadas de má gestão e abusos [...] Eram bastante dispendiosas, uma vez que era necessário pagar a alimentação, o alojamento e ainda os salários de um vasto pessoal laico, subalterno, contratado para realizar os serviços que as religiosas se recusavam prestar. (Silva, 2014, p. 65) Já o médico Després apresentava-se contra o afastamento das religiosas dos hospitais franceses e acusava as enfermeiras laicas de serem venais, gulosas, miseráveis, bêbadas e ignorantes. Elas eram ainda vistas como muito onerosas pois era necessário pagar-lhes um salário e um alojamento para elas e para os seus filhos. Para ele, apenas as religiosas tinham a devoção necessária, uma vez que as laicas preocupavam-se mais com a família do que com os doentes. (Silva, 2014, p. 65)

Desde 1834, vigorava em Portugal legislação que proibia a presença de ordens religiosas.

No entanto, por esta altura [...], um grupo de Irmãs apoiadas por alguns membros da família real, pelo alto clero e por alguns aristocratas e burgueses, levou a que o poder político acabasse por tolerar a sua presença. Costa Simões lamentava-se que enquanto os outros países lutavam e resistiam contra o serviço hospitalar prestado pelas Irmãs da Caridade, Portugal procurasse importar essa modalidade para os seus hospitais. Apesar de toda esta polémica, nos finais do século XIX, não existia pessoal religioso a desempenhar funções de enfermagem em nenhum dos principais hospitais portugueses. Era de assinalar, no entanto, a falta de pessoal de enfermagem em relação ao avultado número de doentes nas enfermarias, bem como a pouca formação que os existentes possuíam, em virtude de não lhe serem exigidos conhecimentos técnicos na admissão, nem prestado qualquer tipo de ensino posterior. (Lopes & Rodrigues, 2009, p. 104)

Apesar de não ter efetuado missões científicas nos hospitais da Europa Ocidental, Miguel Bombarda (1851-1910) também se opôs à presença de religiosas nas enfermarias. Ele partiu da análise da situação do pessoal de enfermagem em Portugal (laico, mas religioso nalguns hospitais) e sobretudo da leitura de revistas francesas de medicina como o *Progrès Médical* (Silva, 2014).

Impunha-se uma alteração deste estado de coisas. Era necessário criar escolas que formassem enfermeiros. A 17 de outubro de 1881 inaugurava-se nos Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC) a primeira escola de enfermagem, fundada pelo médico Professor António Augusto da Costa Simões, que a designou por Escola dos Enfermeiros de Coimbra. A primeira lição foi dada pelo professor Doutor Ignácio Rodrigues da Costa Duarte, braço direito de Costa Simões (Lopes & Rodrigues, 2009) o qual ficou responsável pela única cadeira destinada ao ensino da enfermagem: a cadeira de serviços de enfermaria, da “arte de enfermeiro” ou “a parte técnica ou prática de enfermar doentes” (Silva, 2008, p. 61).

Esta cadeira obedecia a um *Guia do Enfermeiro*, constituído por brochuras traduzidas de manuais franceses, que versavam noções gerais de anatomia humana, noções gerais de fisiologia, curativos, aparelhos de apósitos, ligaduras, algumas operações de pequena cirurgia e noções gerais de matéria médica e farmácia.

Segundo o próprio Costa Simões, as proporções da escola eram limitadíssimas: existia apenas uma cadeira de serviços de enfermaria e três cadeiras preparatórias - de instrução primária, de português e de tradução de língua francesa (para habilitar os enfermeiros a ler os manuais que havia já publicados em França). As aulas decorriam nas instalações dos Hospitais da Universidade e o seu financiamento foi inteiramente assegurado pelo médico (Lopes & Rodrigues, 2009; Silva, 2008).

Mas Costa Simões terminaria o seu mandato como administrador sem que realizasse o desejo do restabelecimento e da reforma da sua *modesta escola*.

Na actualidade apenas tem por si a lisongeira nota de ter sido a iniciadora das outras escolas de enfermeiros (...), e d’outra que terá de substituir aquella nos hospitaes da universidade, n’um futuro que não se deixará esperar por muito tempo. (Simões, 1888, p. 340)

Só em 1919, com a publicação do Decreto nº 5.736, foi organizada a Escola de Enfermagem de Coimbra, por ocasião da reorganização dos serviços dos Hospitais da Universidade de Coimbra (Silva, 2008).

Da pesquisa que efetuámos não encontramos no historial desta escola referências específicas às doenças venéreas e, concretamente, à sífilis.

Em 23 de janeiro de 1887 abriu o Curso de Enfermeiros no Hospital de São José, destinado a qualquer pessoa que não pertencesse ao quadro de empregados do Hospital.

O curso constava de quarenta lições [...]. As disciplinas ministradas eram Anatomia, Fisiologia, Curativo, Higiene [...]. Para além destas lições eram ministradas quarenta lições no Hospital de Dona Estefânia, vinte lições no Hospital do Desterro e vinte lições no Hospital de Rilhafoles. (Silva et al., 2007, pp. 12-13)

PAINEL II: A ARTE DE ENFERMAGEM NO SÉC. XIX

Relacionadas com a problemática da sífilis, o plano de estudos incluía, na 21ª lição, noções sobre injeções hipodérmicas; na 24ª, tópicos gasosos - fumigações; na 26ª, higiene - higiene pública e privada; e na 35ª, pomadas - mercurial. Isto além de que vinte das lições supracurriculares do curso eram ministradas no Hospital do Desterro, vocacionado para a patologia venérea e sífilítica.

O Curso de Enfermeiros não teve o resultado pretendido e foi encerrado em novembro de 1889. Miguel Bombarda salienta que o Curso de Enfermagem não obteve o êxito desejado porque o trabalho era muito, as remunerações eram mesquinhas (Silva et al., 2007).

“Após o encerramento do primeiro Curso de Enfermeiros, foi necessário esperar por alguém que se interessasse vivamente pela enfermagem para vir repensar a problemática da formação dos respetivos profissionais. E esse alguém surgiu na pessoa do Enfermeiro-Mor Curry Cabral” (Silva et al., 2007, p. 15), o qual, em 5 de setembro de 1901, propõe ao Ministro do Reino, a criação de uma Escola de Enfermagem,

que deveria funcionar sob os auspícios e a expensas da Administração [do Hospital de São José]. De imediato, o Decreto de 10 de Setembro de 1901 criou a Escola Profissional de Enfermeiros, com o fim de dar aos indivíduos que se destinem à profissão [...], a instrução doutrinária e os conhecimentos de prática que as exigências da ciência actual reclamam aos que tenham de cumprir prescrições médicas ou cirúrgicas e de prestar cuidados de enfermagem a doentes [...]. A escola iniciou as suas actividades em 26 de Outubro do mesmo ano, ou seja, onze longos anos após a interrupção do Curso de Enfermeiros. (Silva et al., 2007, pp. 15-16)

No Porto, a Escola de Enfermagem do Hospital Real de Santo foi inaugurada em 1896 e rapidamente considerada um sucesso. Dois anos depois foi referido que “os seus fructos dia a dia se vão evidenciando e que a competência do actual pessoal de enfermagem vae dia a dia aumentando” (Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto, 1898, p. 278).

Não encontramos descrições detalhadas dos cursos de enfermagem do Porto e de Coimbra no que respeita às matérias neles ministradas, pelo que não nos foi possível descortinar quais as lições respeitantes às doenças venéreas, nomeadamente à sífilis. Procuraremos retomar a pesquisa em futuros trabalhos.

No que respeita à enfermagem militar, destacamos alguns pontos, tendo em conta que as doenças venéreas eram particularmente comuns no ambiente militar.

A guerra da Restauração [1640-1668] levou a que se iniciasse em Portugal a constituição de um exército permanente, com o respetivo serviço de saúde.

Com o fim da guerra [...] manteve-se o exército permanente e também o serviço de saúde militar [...]. Este sobreviveu porque os Hospitais Militares foram por vontade régia entregues à Ordem de S. João de Deus, cujos irmãos continuaram a prestar serviços como enfermeiros até ao início do século XIX. (Ferreira, 2012, p. 59)

Quanto à formação dada aos enfermeiros militares,

na Guerra Peninsular [1807-1814], [...] já tinham algum tipo de formação, visto que os hospitais militares deveriam ser organizados de tal modo que fossem verdadeiras Escolas de Medicina Operatórias nas quais se instruísem os Oficiais Menores de saúde, para que deste modo pudessem ser úteis a si, e ao Real Serviço; por isso todos os Enfermeiros Mores, os Enfermeiros Ordinários e Supranumerários, serão tirados dos Cirurgiões. A formação de enfermeiros continuou a ser feita no exército e mais tarde na marinha. (Ferreira, 2012, pp. 7-8)

De acordo com o Regulamento Geral do Serviço de Saúde do Exército, de 1842, nos hospitais militares permanentes (Lisboa e Porto)

as enfermarias eram classificadas do seguinte modo: cirurgia, medicina, venéreo, sarna, polícia correccional ou detenção, convalescença, oficiais e oficiais inferiores. De acordo com este regulamento, cada enfermaria não deverá ter mais que 40 doentes de medicina, 60 de cirurgia, 60 doentes de doenças venéreas e até 100 doentes de sarna. (Ferreira, 2012, p. 137)

As condições de saúde dos soldados deixavam muito a desejar. Assim,

com a formação obtida nos cursos de enfermagem dos hospitais de base, os enfermeiros militares portugueses começaram a prestar cuidados de saúde a soldados ‘cujo estado de asseio e de correção era dos piores’. Estes enfermeiros prestavam cuidados ‘nos tratamentos e nas vacinações’ e todos os soldados que entravam no serviço de saúde eram obrigados a

tomar banho e de seguida tinham que cortar o cabelo e fazer a barba. [...] Não tinham aspeto militar, estavam sujos e com os uniformes em péssimo estado. Alguns não tinham capotes e naquela altura do ano [fevereiro] a temperatura oscilava entre os cinco e os dez graus negativos, não usavam grevas e a maioria dos soldados estavam cobertos de piolhos. Para além deste sofrimento, um grande número de soldados sofria de doenças venéreas. (Ferreira, 2012, p. 182)

Considerações finais

A sífilis era uma das patologias mais preocupantes do século XIX. Mas para responder a este problema os hospitais estavam insalubres e amontoados, com pouco pessoal e mal remunerado.

Foi neste ambiente de uma Medicina desarmada e de uma Enfermagem ainda incipiente e em (lenta) estruturação que se viveu o problema da sífilis no século XIX.

Na segunda metade do século, porém, com as descobertas de Pasteur, Lister e Koch, deu-se uma profunda transformação científica nas áreas da microbiologia, assepsia e higiene social, que permitiriam conceber e implementar medidas de prevenção e tratamento mais eficazes.

A documentação consultada aponta para dois grandes vetores do combate à sífilis no século XIX: a higiene social, através de medidas de controlo dos fatores de contágio, e a eugenia (educacional e higiénica), no sentido de evitar a transmissão vertical e a degenerescência da raça.

Muitas foram as iniciativas legislativas no sentido de controlar a epidemia, nomeadamente no controle da prostituição, e muitas também as medidas de natureza médica, como o controle da sífilis em candidatos ao matrimónio e o exame das amas-de-leite.

Em Portugal, ao longo do século XIX, e em especial no seu último quartel, desenvolveu-se a arte e a ciência da enfermagem, com o nascimento de escolas, em Coimbra, Lisboa e Porto. Destas, destacamos a Escola de Enfermagem do Hospital de São José, cujo curso incluía uma passagem pelo Hospital do Desterro, com 20 lições dedicadas às doenças nele acolhidas, das quais se destacam as doenças venéreas, designadamente a sífilis.

Referências bibliográficas

- Amaral, A., & Felgueiras, M. (2013). As elites nos primórdios do ensino da medicina no Porto. *Exedra, Supl.*, 8-18. Recuperado de <http://www.exedrajournal.com/wp-content/uploads/2014/09/011.pdf>
- Arrais, D. (1642). *Methodo de conbecer e curar o morbo gallico*. Lisboa, Portugal: Oficina de Lourenço de Anueres.
- Barbosa, A. (1892). *O casamento syphilitico* (Dissertação inaugural). Porto, Portugal: Imprensa Moderna.
- Barros Veloso, A. (2001). Da sífilis à sida. *Medicina Interna*, 8(1), 56-61.
- Bastos, C., Delicado, A., & Matos, A. P. (2013). Arte, clínica, ciência e património: Uma colecção de moldagens de um antigo hospital de dermatologia e sífilis em Lisboa. *Amazónica: Revista de Antropologia*, 5(2), 258-287. doi: 10.18542/amazonica.v5i2.1493
- Bell, B. (1797). *A treatise on gonorrhoea virulenta, and lues venerea*. Edinburgh, Escócia: James Watson & Son and G. Mudie/J. Murray.
- Bynum, W. (1994). *Science and the practice of medicine in the nineteenth century*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Camargo, K. Jr. (1997). Tributo a Vênus: A luta contra a sífilis no Brasil: Da passagem do século aos anos 40. *História, Ciências, Saúde: Manguinhos*, 3(3), 551-552. doi: 10.1590/S0104-59701996000300011
- Código administrativo portuguez*. (1838). Lisboa, Portugal: Imprensa Nacional.
- Costa, R., & Vieira, I. (2011). *As teses inaugurais da Escola Médico-Cirúrgica do Porto (1827-1910): Uma fonte histórica para a reconstrução do saber médico*. Trabalho apresentado no XXXI Encontro da Associação Portuguesa de História Económica e Social, Coimbra, Portugal.
- Cruz, F. (1841). *Da prostituição na cidade de Lisboa: Considerações históricas, hygienicas e administrativas em geral sobre as PROSTITUTAS, e em especial na referida cidade: Com exposição da legislação portugueza a seo respeito, e proposta de medidas regulamentares, necessárias para a manutenção da Saude Publica, e da Moral*. Lisboa, Portugal: Typographia Lisbonense.
- Cunha-Oliveira, A. (2014). *VIH/Sida e comportamentos de risco: Monitorizar a evolução* (Tese de doutoramento). Universidade de Coimbra, Faculdade de Medicina, Portugal.
- Esteves, A. (2014). Gênese e institucionalização do dispensário de higiene social de Viana do Castelo (1934-1960). *Diálogos*, 18(1), 241-263. doi: 10.4025/dialogos.v18i1.812

PAINEL II: A ARTE DE ENFERMAGEM NO SÉC. XIX

- Ferraz, M. (1893). *Breves considerações a respeito das principaes causas de degenerescencia physica, moral e intellectual do povo portuguez* (Dissertação inaugural). Porto, Portugal: Typographia de Pereira & Cunha.
- Ferreira, J. E. (2012). *A missão e a acção dos enfermeiros militares portugueses: Da guerra da restauração à grande guerra* (Tese de doutoramento). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10400.14/12371>
- Fournier, A. (1882). *Syphilis and marriage: Lectures delivered at the St. Louis Hospital, Paris*. (P. A. Morrow, translator). New York, NY: D. Appleton and Company.
- Franco, F. (1790). *Tratado da educação fysica dos meninos para uso da nação portugueza*. Lisboa, Portugal: Livraria d' Alcobaca.
- Franco, F. (1814). *Elementos de hygiene ou dictames theoreticos e practicos para conservar a saude, e prolongar a vida*. Lisboa, Portugal: Typografia da Academia.
- Garcia-Ziensen, R. (2010). *1910: Anunciada a cura da sífilis*. Recuperado de <http://www.dw.com/pt-br/1910-anunciada-a-cura-da-s%C3%ADfilis/a-1496670>
- Graça, L. (2005). A arte da enfermagem no Séc. XVIII [The art of nursing in XVIII century]. In D. Santiago (1741). *Postilla religiosa e arte dos enfermeiros*. Lisboa, Portugal: Alcalá.
- Liberato, M. (2000). Da tolerância da prostituição à exclusão social da prostituição. In M. J. Vaz e E. Relvas (Eds.), *Exclusão na História - Atas do Colóquio Internacional sobre Exclusão Social*. (pp.53-68). Lisboa, Portugal: Celta Editora.
- Lopes, C. (2014). *As mil caras de uma doença: Sífilis na sociedade coimbrã do século XX: Evidências históricas e paleopatológicas nas coleções identificadas de Coimbra* (Tese de doutoramento). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10316/25835>
- Lopes, L., & Rodrigues, M. (2009). Apontamentos sobre a obra e o homem que fundou a primeira Escola de Enfermagem de Portugal: António Augusto da Costa Simões. *Revista de Enfermagem Referência*, 2(10), 97-106.
- Malta, T. (1897). *Breve estudo da profilaxia da syphilis* (Dissertação inaugural). Escola Médico - Cirúrgica do Porto, Portugal.
- Matoso, A., Pilão, C., & Tácio, S. (Outubro, 2011). *A reforma hospitalar de Curry Cabral*. Trabalho apresentado no 5º Encontro dos Colóquios do Património organizado pela Comissão do Património Cultural do Centro Hospitalar de Lisboa Central, Portugal.
- Moniz, A. C. (1901). *A vida sexual* (Tese de doutoramento). Universidade de Coimbra, Portugal.
- Pereira, A., & Pita, J. (2011). A higiene: Da higiene das habitações ao asseio pessoal. In I Vaquinhas (Coord.), *História da vida privada em Portugal* (Vol. 3, pp. 92-116). Lisboa, Portugal: Círculo de Leitores/Temas e Debates.
- Queirós, P., Almeida Filho, A., Monteiro, A., Santos T., & Peres, M. (2017). Debates parlamentares em Portugal de 1821 a 1910: Identificação de fontes para a história da enfermagem. *Escola Anna Nery*, 21(1), e20170006. doi: 10.5935/1414-8145.20170006
- Reis, M. (1940). *A vadiagem e a mendicidade em Portugal*. Lisboa, Portugal: Imprensa Libanio da Silva.
- Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto na sua gerência do 1º de Julho de 1897 até 30 de Junho de 1898*. (1898). Porto, Portugal: Tipografia de José de Sousa e Irmão.
- Rodrigues, J. (2011a). A dermatologia e os Hospitais Cívicos de Lisboa. In C. Bastos (Ed.), *Clínica, arte e sociedade: A sífilis no Hospital do Desterro e na saúde pública* (pp. 77-89). Lisboa, Portugal: Imprensa de Ciências Sociais.
- Rodrigues, J. (2011b). A dermatologia em Portugal: Factos e figuras. In C. Bastos (Ed.), *Clínica, arte e sociedade: A sífilis no Hospital do Desterro e na saúde pública* (pp. 57-97). Lisboa, Portugal: Imprensa de Ciências Sociais.
- Sá, I. (2011). As crianças e as idades da vida. In N. G. Monteiro (Coord.), *História da vida privada em Portugal: A idade moderna* (Vol. 2,). Lisboa, Portugal: Temas e Debates.
- Silva, A. (2008). *A arte de enfermeiro: Escola de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca*. Coimbra, Portugal: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Silva, A., Macedo, E., Garcia, E., Marques, M., Pedroso, M., & Varandas, M. (2007). *Escola Superior de Enfermagem de Artur Ravara: Pioneira no passado, actuante no presente, inovadora no futuro: 121 anos de história*. Loures, Portugal: Lusociência.
- Silva, H. (2014). Influências estrangeiras nos hospitais portugueses: O caso da enfermagem religiosa (finais do século XIX). *CEM Cultura, Espaço & Memória: Revista do CIICEM*, 5, 63-75. Recuperado de <http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/12840.pdf>
- Simões, A. A. (1888). *A minha administração dos Hospitais da Universidade: Uma gerência de 15 anos sob a reforma de 1870*. Coimbra, Portugal: Imprensa da Universidade.
- Sousa, J. (1996). Impacto social da sífilis: Alguns aspectos históricos. *Medicina Interna*, 3(3), 184-192. Recuperado de <http://repositorio.chlc.min-saude.pt/bitstream/10400.17/385/1/RSPMI%201996%20184.pdf>

PAINEL II: A ARTE DE ENFERMAGEM NO SÉC. XIX

- Subtil, C. (2013). *A saúde pública e os enfermeiros entre o vintismo e a regeneração* (Tese de doutoramento). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10400.14/18295>
- Vaquinhas, I. (2011). Paixões funestas e prazeres proibidos. In I Vaquinhas (Coord.), *História da vida privada em Portugal* (Vol. 3, pp. 322-350). Lisboa, Portugal: Temas e Debates.
- Vieira, M. (2009). *Ser enfermeiro: Da compaixão à proficiência*. Lisboa, Portugal: Universidade Católica.
- Vinhas, M. (2012). *Assistência em fim de vida em Portugal, no Século XIX* (Dissertação de mestrado). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10400.14/10216>

**PAINEL III: A IMPORTÂNCIA DAS
INSTITUIÇÕES NA CONSTRUÇÃO
DA IDENTIDADE DOS
ENFERMEIROS**

**PANEL III: THE IMPORTANCE OF
THE INSTITUTIONS IN BUILDING
THE NURSES' IDENTITY**

**PANEL III: LA IMPORTANCIA
DE LAS INSTITUCIONES EN LA
CONSTRUCCIÓN DE LA IDENTIDAD
DE LOS ENFERMEROS**

As instituições na assistência às populações: a enfermagem, a assistência moral e a assistência sanitária

Beatriz de Oliveira Xavier*

Introdução

As ações de assistência aos carenciados são consideradas em Portugal, em algumas situações, um direito multiseccular (Lopes, 2013). Com a Revolução Francesa foram surgindo na Europa novos conceitos de beneficência e de assistência pública que se contrapunham à ideia de exclusividade das iniciativas privadas, numa tentativa de responsabilizar os Estados. Tentemos perceber de que maneira as políticas de assistência, *socorros públicos*, implementadas em Portugal no século XIX, vertem alguns dos princípios e ideias vigentes do que deveria ser uma *noso-política*, ou uma política para o governo das populações, no que concerne às suas morbidades e necessidades de assistência de toda a ordem; e pensar, também, de que forma essas políticas vão moldar as instituições assistencialistas e categorias e identidades profissionais da saúde, nomeadamente a enfermagem.

Utilizamos, para esta análise, uma breve apresentação das políticas dos socorros públicos oitocentistas, expostas no trabalho de Maria Antónia Lopes (2013), mantendo presente que o socorro aos pobres ou assistência diz tanto respeito à pobreza e miséria em geral como à doença.

A ação do Estado face à assistência: breve análise dos socorros públicos em Portugal no século XIX

Pesassem, embora os dilemas criados pela responsabilização pela assistência por parte do Estado (fomento à indulgência, preguiça e irresponsabilidade), esta responsabilização não poderia deixar de suceder dado o número e a situação daqueles a quem ela se destinava, por um lado, mas também por ser o governo quem deveria ter sob as medidas, recursos e formas de a prestar o devido controlo e decisão. Apesar de a doutrina liberal defender o *Estado mínimo*, nenhum Estado liberal europeu, incluindo o português, foi puramente liberal. Na assistência, sublinhe-se desde já que a doutrina e práticas liberais nunca enjeitaram a importância ética, social, económica e política da beneficência pública, embora, no geral, lhe negassem a categoria de direito, remetendo-a para um princípio moral (Lopes, 2013).

Note-se que as palavras *caridade* e *assistência*, por um lado, e os vocábulos *beneficência* e *socorros*, vão surgindo como sinónimos. A designação de assistência, no sentido de assistência social, é no nosso país, um neologismo galicista que se vulgarizou na segunda metade do século XIX. É apenas por isso que a palavra só aparece na Constituição de 1911 - “Dos direitos e garantias individuais”: “É reconhecido o direito à assistência pública” (art.º 3º n.º29; Lopes, 2013, p. 258).

Enquadramento constitucional das medidas de socorros públicos

A primeira Constituição Portuguesa de 1822 não se refere a direitos à assistência, mas prevê funções de Estado nesse domínio. São as constituições seguintes (1826 e 1838) que inserem a assistência nos direitos dos cidadãos.

A Constituição de 1822 encerra com o capítulo “Dos estabelecimentos de instrução pública e de caridade” que, no seu último artigo (art.º 240), proclama:

As Cortes e o Governo terão particular cuidado da fundação, conservação, e aumento das Casas de Misericórdia e de Hospitais Civis e Militares, especialmente daqueles que são destinados para os soldados e marinheiros inválidos; e bem assim de Rodas de Expostos, Montes Pios, civilização dos Índios¹ e de quaisquer outros estabelecimentos de caridade. (Lopes, 2013, p. 257)

É a Carta Constitucional de 1826 (em vigor até ao fim da monarquia, salvo no interregno de 1836 a 1842) que preceitua o direito à assistência pública sob o título “Das disposições e garantias dos direitos civis e políticos dos cidadãos portugueses”:

* Phd Sociologia; ESEnFC /UICISA:E [bxavier@esenfc.pt]

¹ Refere-se ao Brasil.

PAINEL III: A IMPORTÂNCIA DAS INSTITUIÇÕES NA CONSTRUÇÃO DA IDENTIDADE DOS ENFERMEIROS

“A Constituição também garante os socorros públicos” (art.º 145º n.º 29), estatuindo ainda que “A instrução primária é gratuita a todos os cidadãos” (n.º 30; Lopes, 2013, p. 257).

Tal como referido por Maria Antónia Lopes, “note-se que *caridade* foi substituída por *socorros públicos*, expressão que aparece nos Direitos do Homem e do Cidadão de 1793 (Constituição Francesa de 1793), onde se garantiam os socorros públicos qualificados como *dívida sagrada*” (Lopes, 2013, p. 261).

A efêmera Constituição Portuguesa de 1838 (1838-1842) volta a inserir os socorros públicos nos Direitos e garantias dos Portugueses: “Artigo 28.º - A Constituição também garante: 1.º A instrução primária e gratuita; 2.º Estabelecimentos em que se ensinam as ciências, letras, e artes; 3.º Os socorros públicos” (1838).

É no texto da Constituição de 1911 que a palavra *assistência* aparece, no título Direitos e garantias individuais: “É reconhecido o direito à assistência pública” (art.º 3º), mas na realidade esse direito já estava constitucionalizado em Portugal desde 1826 (Lopes, 2013).

Podemos considerar que, em termos legislativos, no século XIX Portugal ultrapassava em muito o que se encontrava consagrado em termos assistenciais comparativamente a outras nações da Europa

O direito aos socorros públicos não foi consagrado em nenhuma das constituições de Espanha, como também era inexistente no Estatuto albertino de Itália, em vigor durante toda a monarquia. Quanto à França, só as constituições revolucionárias de 1791, de 1793 (que nunca foi aplicada) e de 1848 o proclamaram, sendo retirado das restantes textos constitucionais. (Lopes, 2013, p. 261)

Como sabemos, no nosso país, quer então, como no presente, as práticas de consecução do texto legislativo nunca se correspondem na íntegra, mas em Portugal esse direito estava constitucionalizado, ao contrário do que sucedia nos demais países latinos.

O que fazer aos pobres? Este era um problema e um dilema com que o Estado se confrontava colocando em causa ideias liberais face a uma população de pobres e carenciados de toda a ordem a queurgia dar rumo sob pena de maior desorganização e encargos para todos.

Os legisladores oitocentistas confrontaram-se com a polémica da legitimidade da intervenção do Estado nos socorros públicos, assim exposta em 1866 em relatório elaborado sobre as medidas a adotar na assistência aos expostos que vieram a concretizar-se no ano seguinte: “A caridade individual, na sua esfera luminosa, vive acatada por quantos a consideram uma emanção divina, não acontece já o mesmo com a caridade exercida pelo Estado, quer tenha como representante o município, o distrito ou o governo central” (Lopes, 2013, p. 261).

E expõe-se então o dilema:

Até que ponto deverá a sociedade intervir na resolução do problema da miséria? Deverá cruzar os braços [...] Deverá auxiliar e concorrer com a iniciativa individual [...] organizando o serviço da beneficência pública? Deverá [...] proclamar a caridade um dever dos governos, prescindir de qualquer auxílio e tomar sobre si única e exclusivamente o pesado e onerosíssimo encargo da caridade legal? (Lopes, 2013, p. 261)

Ainda que reconhecendo os problemas do chamar para si a caridade, tornando-a oficial, essa *caridade oficial*, o Estado não se pode afastar da beneficência pública, só restando, portanto, assumir a sua organização e controlo.

O Estado oitocentista: um sistema assistencial tutelado, a vontade de romper com heranças do passado e de administrar e controlar as instituições de assistência

Em termos legislativos, são várias as medidas que demonstram a vontade e ação do Estado oitocentista português em criar um sistema assistencial tutelado e controlado pelo poder do Estado: a Constituição de 1822 determinava que o Parlamento e o Governo central fundassem e fizessem progredir as instituições de assistência aos pobres; a Carta Constitucional de 1826 consagrou o direito aos socorros públicos; vários diplomas legais e os sucessivos códigos administrativos instalaram um sistema aperfeiçoado de apertada fiscalização e normalização das atividades das instituições de beneficência, racionalizando os seus gastos e canalizando-os para o que consideravam ser socialmente mais útil; foi determinada a transferência de património edificado para as instituições de beneficência públicas e privadas, proveniente de edifícios devolutos na sequência da extinção das ordens religiosas.

Em 1851, a reforma do Conselho Geral de Beneficência (criado em 1835) alterou as administrações da Misericórdia de Lisboa e do Hospital de S. José, passando aquela a ser dirigida por um provedor e este por um enfermeiro-mor, sendo ambos os cargos de nomeação governamental.

PAINEL III: A IMPORTÂNCIA DAS INSTITUIÇÕES NA CONSTRUÇÃO DA IDENTIDADE DOS ENFERMEIROS

Com o Conselho Geral de Beneficência são criados os asilos de mendicidade e de infância desvalida. A extinção da mendicidade foi um dos grandes objetivos do programa social dos governos oitocentistas. O Conselho Geral de Beneficência, teve como principal objetivo combater a mendicidade. Nos depósitos ou asilos de mendicidade, que o Conselho se propunha instalar em cada província, seriam recolhidos todos os mendigos e, segundo as circunstâncias de cada um, receberiam aí socorro, educação ou trabalho.

Pelo decreto de 19 de setembro de 1836 (citado por Lopes, 2013; depois integrado no Código Administrativo de 1842), o serviço dos expostos foi retirado às misericórdias que o asseguravam. À exceção da Misericórdia de Lisboa (que já não era uma misericórdia), os enjeitados foram entregues às autoridades administrativas, municipais e distritais.

Ordenou-se que em todos os concelhos se constituíssem comissões encarregadas de prover à sustentação dos presos pobres, recomendando-se o recurso a subscrições voluntárias. Os governos liberais não podiam permanecer indiferentes à situação dos presos pobres, que era verdadeiramente calamitosa. Mais tarde, pela portaria de 30 de junho de 1838, declarou-se que o governo não podia assumir tal encargo e invocava-se a lei ao atribuir às misericórdias o dever de alimentar os presos (Lopes, 2013).

Quer através de *administração primária e direta* e quer de *administração secundária e indireta*, o Estado oitocentista atuava no domínio da beneficência, financiando e gerindo diretamente, através do Ministério do Reino, juntas distritais, governos civis e administrações dos concelhos, os maiores hospitais do país, a Misericórdia de Lisboa, asilos, o socorro aos expostos, os subsídios de lactação a famílias pobres e os socorros médicos, farmacêuticos e obstétricos gratuitos através dos partidos camarários, cujo número cresceu continuamente ao longo do século. Através dos agentes periféricos do poder central (governadores civis, administradores dos concelhos), supervisionavam-se instituições de *beneficência e piedade* tais como as misericórdias; os hospitais (na maioria integrados nas misericórdias, mas alguns independentes); irmandades ou confrarias; ordens terceiras (com ação assistencial, mas reservada aos irmãos) e instituições inovadoras que foram surgindo ao longo do século XIX, como os asilos de infância e de idosos, creches, albergues noturnos, dispensários, lactários, etc. (Lopes, 2013).

A questão social dos Estados à luz das ciências sociais

A chamada questão social (que remete para os problemas da pobreza, desigualdades e incapacidades dos diferentes grupos sociais) foi um tema crucial no debate público do ocidente ao longo de todo o século XIX, estando na gênese das ciências sociais, importando analisar como é que os Estados foram construindo mecanismos de governo de modo, senão a eliminá-la, a geri-la.

Encontramos contributos importantes para a análise da ação do Estado no campo da assistência às populações em três autores essenciais na sociologia: Émile Durkheim (1858-1917), Max Weber (1864 -1920) e Michel Foucault (1926-1984).

Da obra de Émile Durkheim salientamos os contributos para a compreensão da Evolução das sociedades modernas no sentido de uma divisão social do trabalho, desde os seus primeiros textos em *Da divisão do trabalho social*, de 1893; a retirada do pensamento religioso das interpretações sobre a vida social e da ação do Estado (Durkheim, 1973 e 1975).

Os contributos de Max Weber, em *Ética protestante e o espírito do capitalismo*, de 1904 e *Economia e sociedade*, de 1920, remetem para as teorias das organizações, análises do poder, o processo de racionalização dos aparelhos de Estado; os modelos burocráticos, a primazia do conhecimento científico, permitindo uma consciência do carácter inovador das instituições dos aparelhos de Estado modernos (Giddens, 1990).

A análise de Michel Foucault, *Microfísica do Poder*, de 1979, é um elemento importante para se pensar que tipo de tecnologias de poder estão presentes na construção dos Estados modernos, o nascimento da medicina social (cap. V), o nascimento do hospital (cap.VI) e a política de saúde no século XVIII (cap. XIII).

Na obra de Foucault, a relação da história das práticas e instituições de saúde não pode ser desenquadrada das análises de poder e das tecnologias de poder que permeiam os aparelhos de Estado. Como foi enunciado por Foucault (1999, p. 194), “O surgimento progressivo da grande medicina do século XIX não pode ser dissociado da organização, na mesma época, de uma política de saúde e de uma consideração da doença como problema político e económico, que se coloca às coletividades”.

A criação de uma “noso-política” passa pela organização de um saber global e quantificável dos fenómenos da morbilidade das populações. Tal, é patente na ação do Estado oitocentista português que, em conjunto com os grupos religiosos, associações de socorro e beneficência e sociedades científicas, vai implementar (ou pelo menos indica claramente essa vontade) uma organização e fiscalização das políticas e instituições de assistência. A burocracia torna-se cada vez mais pesada, os corpos profissionais crescem de forma piramidal e com competências de controlo incorporadas nas suas atividades. A dependência do poder do governo leva a que este nomeie os agentes que quer a dirigir as instituições para assim as manter mais veiculadas a si e estenda o seu olhar e ação, mesmo de forma remota ou indireta.

PAINEL III: A IMPORTÂNCIA DAS INSTITUIÇÕES NA CONSTRUÇÃO DA IDENTIDADE DOS ENFERMEIROS

A política e economia dos *socorros públicos* é complexa, com procedimentos mistos e polivalentes de assistência. Na figura do *pobre necessitado* que merece hospitalização, a doença era apenas um dos elementos num conjunto que compreendia a enfermidade, idade, a impossibilidade de encontrar trabalho, a ausência de cuidados. Por exemplo, no primeiro dos asilos de mendicidade, que surgiu em Lisboa em 1836, recolhiam-se os pedintes da cidade e terras adjacentes impossibilitados de trabalhar e destituídos de família. Aí se acolhiam também crianças vadias e desamparadas dos 2 aos 6 anos de idade. O asilo proporcionava cama, alimentação, vestuário e o apoio de um capelão e de um cirurgião. Aos mendigos sadios era imposto o trabalho em obras públicas ou em casas agrícolas. (Lopes, 2013).

A mesma abordagem integradora das várias situações de desgraça ocorre em 1834, com a Associação das Casas de Asilo da Infância Desvalida. A criação destes asilos foi uma das mais importantes novidades liberais em matéria de assistência, pois não se limitando ao amparo de órfãos ou crianças abandonadas, procuraram socorrer crianças pobres com família (Lopes, 2013).

O Estado realiza um esquadramento mais rigoroso da população e das distinções que se tentam estabelecer entre diferentes categorias de infelizes, aos quais confusamente, a caridade se destinava (pobres, doentes, inválidos, toleradas, expostos, enjeitados, presos...), promovendo medidas específicas e sinalizadoras para cada uma destas categorias. Por exemplo, os mendigos seriam classificados em *válidos* e *inválidos* para o trabalho. Aos que tivessem que mendigar era-lhes concedida licença, impondo-se o uso de uma chapa metálica ao peito.

A política dos socorros públicos do Estado oitocentista em Portugal, leva-nos a refletir sobre o processo que vem do problema da assistência aos pobres ao surgimento da saúde e do bem-estar físico da população em geral como objetivo do poder político, ou seja, a criação de uma política de saúde pública. É notório desde cedo o lugar de privilégio que nesta política vai ser dado à infância e medicina da família; à higiene e à medicina como instância de controlo social. A reorganização dos hospitais (pela arquitetura, pela administrativa, mas sobretudo pela estratégia terapêutica) é também fundamental e pode ser observada na história do século XIX e em diante, bem como o crescimento e organização dos corpos profissionais e o enquadramento institucional, científico e burocrático dos cuidados.

Referências bibliográficas

- Constituição de 1838. (1838). Recuperado de <http://www.fl.unl.pt/anexos/investigacao/1058.pdf>. Consultado a 20 Outubro 2017.
- Durkheim, É. (1973). *De la division du travail social*. Paris, France: Presses Universitaires de France.
- Durkheim, É. (1975). *A ciência social e a ação*. Amadora, Portugal: Bertrand.
- Foucault, M. (1999). *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro, Brasil: Graal.
- Giddens, A. (1990). *Capitalismo e moderna teoria social*. Lisboa, Portugal: Presença.
- Lopes, M. A. (2013). Os socorros públicos em Portugal: Primeiras manifestações de um Estado-Providência (séculos XVIII-XIX). *Estudos do Século XX*, 13, 257-280. doi: 10.14195/1647-8622_13_15

O Hospital de Santo António na construção da identidade dos enfermeiros no último quartel do século XIX

Helena Sofia Rodrigues Ferreira da Silva*

Muito se tem dito e escrito sobre a identidade dos enfermeiros ao longo do século XX (Lemos, 2008; Nunes, 2003; Soares, 1997) e neste artigo pretendemos abordar os antecedentes por detrás da construção desta identidade. Esta análise foca o caso específico do Hospital de Santo António, gerido pela Santa Casa da Misericórdia do Porto no último quartel do século XX. Neste estudo, efetuamos uma análise heurística de um conjunto de regulamentos deste estabelecimento hospitalar, bem como de relatórios desta Santa Casa e de algumas fontes manuscritas existentes no seu arquivo histórico, relativos ao período cronológico em estudo. Através destes documentos, examinaremos as funções e características dos enfermeiros e como estas evoluíram nos finais do século XIX.

A delimitação das funções e a definição das características dos enfermeiros constituem as bases dos futuros profissionais, que vão sendo desenhadas quer pelos médicos, quer pelas administrações hospitalares, tendo os enfermeiros um papel limitado neste processo. Ambos tentam assim moldar os enfermeiros, insistindo nas qualidades e responsabilidades que estes deveriam ter. Com tarefas bem definidas, os enfermeiros tinham um vasto conjunto de responsabilidades que nem sempre conseguiam cumprir, levando nestes casos à aplicação de punições. Por outro lado, através da atribuição de recompensas foi-se esboçando um modelo do enfermeiro ideal, que deveria ser seguido pelos colegas. Centrando a análise nos enfermeiros e nas enfermeiras do Hospital de Santo António, daremos a conhecer alguns comportamentos a evitar e exemplos concretos dos modelos a seguir, e como estes contribuíram para lançar as bases da construção da identidade dos enfermeiros.

Recordamos que o Hospital de Santo António é uma construção de tipo neopalladiano, segundo um plano de John Carr, que nunca chegou a ser edificado na sua totalidade. As obras iniciaram em 1770, mas foram interrompidas em vários momentos e por vários motivos, nomeadamente financeiros e bélicos. Os primeiros doentes chegaram em 1799 enquanto continuavam a decorrer as obras. Desde então foram sendo realizadas obras, numa tentativa de melhorar constantemente as condições hospitalares, num edifício que foi muitas vezes criticado e considerado inadequado para funcionar como hospital. Apesar das críticas, este era o maior hospital da cidade do Porto e do Norte do país nos finais do século XIX quando acolhia cerca de 600 doentes divididos por enfermarias consoante o sexo. Isto significa que havia enfermarias femininas onde o pessoal de enfermagem era composto unicamente por mulheres e enfermarias masculinas com um pessoal de enfermagem composto por homens. O pessoal de enfermagem neste hospital encontrava-se hierarquicamente dividido em enfermeiros, ajudantes de enfermeiros e criados. Todos eram laicos, pois não havia ordens religiosas ao serviço deste estabelecimento hospitalar (Silva, 2014). De referir que neste artigo utilizamos o termo enfermeiros, referindo-se tanto a homens como a mulheres, para facilitar a leitura.

Funções e características dos enfermeiros

Um conjunto de reformas internas foi levada a cabo no Hospital de Santo António em meados de mil e oitocentos para melhorar as condições técnicas e médicas, que afetaram igualmente o pessoal de enfermagem. Estas melhorias culminaram em 1883 com a reorganização dos serviços administrativos, técnicos e médicos deste hospital pelo médico Augusto da Costa Simões (1819-1903; Soares, 2001). Esta reorganização não deixou de fora o pessoal de enfermagem, modificando as funções dos enfermeiros e abrindo caminho para uma futura escola de enfermagem (Silva & Vieira, 2013).

Contudo, ainda antes desta intervenção de Costa Simões, outros regulamentos do Hospital de Santo António tinham já definido quem poderia ocupar o cargo de enfermeiro. Segundo o regulamento de 1881, ligeiramente modificado em 1885, os enfermeiros deveriam ser “pessoas decentes e de educação” (SCMP, 1885, 81), com idades compreendidas entre 25 e 40 anos, com “saúde e robustez, conduta boa, religiosa, moral e civil” (SCMP, 1885, 81). Para além destes requisitos

* Investigadora FCT (IF/00631/2014/CP1221/CT0004), IHC-NOVA FCSH & GRIC-Université du Havre, [helena.rfdasilva@yahoo.com]

PAINEL III: A IMPORTÂNCIA DAS INSTITUIÇÕES NA CONSTRUÇÃO DA IDENTIDADE DOS ENFERMEIROS

básicos, era ainda necessário saber ler, escrever e contar, devendo apresentar os respetivos atestados de habilitação. Por último, não poderiam ter família, acrescentando que os enfermeiros poderiam eventualmente ser casados sem filhos, mas as enfermeiras não poderiam ser casadas, nem viúvas com filhos a seu cuidado e em caso de contraírem matrimónio seriam despedidas (Santa Casa da Misericórdia do Porto [SCMP], 1885). Este aspeto insiste na ideia ancestral de que os enfermeiros deveriam dedicar-se totalmente ao seu ofício, o que era incompatível com a constituição de uma família. Em Portugal, esta ideia permaneceria em vigor até ao início da década de 1960, sendo que então apenas as mulheres solteiras ou viúvas sem filhos poderiam exercer a profissão em meio hospitalar (Silva, 2011).

Estes mesmos regulamentos incluíam igualmente referências ao uniforme, um aspeto fulcral na representação dos enfermeiros. O uniforme contribuía para uma imagem positiva perante a sociedade, misturando higiene e estética, e valorizava os enfermeiros como um pessoal essencial aos serviços hospitalares (Silva, 2010). Os regulamentos de 1881 e 1885 no Hospital de Santo António estipulavam que os enfermeiros apenas de dois em dois anos receberiam, consoante o sexo, um vestido ou um casaco “de panno e côr uniforme, para o inverno” (SCMP, 1885, 82) e para o verão um riscado. Contudo, teriam anualmente um par de sapatos e um distintivo do seu cargo que deveria ser sempre utilizado. Não havia então qualquer referência aos tecidos dos uniformes, à cor dos mesmos ou outros elementos específicos, como acontece posteriormente. No entanto, os regulamentos insistem que o porte do uniforme era obrigatório e mencionado nas funções dos enfermeiros, em vários momentos, revelando a sua importância. Os enfermeiros deveriam também obrigar os ajudantes a lavarem-se e vestírem-se depois de realizarem a limpeza da manhã, assegurando-se que as ajudantes nunca “andem sem meias” (SCMP, 1885, 82). Isto significa que para a limpeza, o pessoal de enfermagem utilizava uma indumentária diferente do uniforme.

Estas e outras funções dos enfermeiros eram então definidas em trinta artigos, de forma detalhada. Mais do que cuidadores, estes eram responsáveis pelos objetos e roupas que fossem fornecidos para a enfermaria e também pelos seus próprios atos, bem como pelo comportamento e desempenho dos ajudantes. Assim, muitas das funções dos enfermeiros consistiam em vigiar os ajudantes, nomeadamente durante a noite para terem a certeza de que estavam no seu posto, e verificar se os ajudantes tratavam com caridade e zelo os doentes. Cabia aos enfermeiros garantir que os ajudantes respeitavam as regras, como manter o silêncio na enfermaria, ou respeitar as regras básicas de higiene. Os enfermeiros ficavam assim incumbidos de mandar desinfetar as enfermarias e as latrinas, de manter limpos todos os instrumentos e utensílios das enfermarias, de mandar os ajudantes fazer as camas e os criados a limpeza. Os enfermeiros deveriam ainda vigiar a distribuição dos remédios e das dietas, verificando que tudo era corretamente respeitado. Por último, aos enfermeiros era-lhes também atribuída uma parte burocrática, nomeadamente fazer as tabelas dos doentes com o movimento de entradas e de saídas, informando assim de possíveis óbitos, e ainda anotar os remédios e as dietas prescritas pelos médicos durante a visita, mantendo-os informados em caso de alterações (SCMP, 1885). Daí a necessidade de os enfermeiros saberem ler e escrever. De referir que os enfermeiros deveriam seguir as prescrições e ordens médicas e informar de qualquer elemento importante durante a visita do clínico.

Além destas funções, aquando da sua reorganização dos serviços do Hospital de Santo António, o médico Costa Simões definiu detalhadamente outras obrigações para os enfermeiros. A título de exemplo, cabia a estes a distribuição do pão e do vinho antes de cada refeição, tarefa reveladora da sua importância no seio das enfermarias e do hospital, com um paralelismo à religião católica. Do mesmo modo, os enfermeiros tinham de preparar todo o serviço de vela que incluía a distribuição das tarefas pelo pessoal através das tabelas de serviço, bem como a preparação dos medicamentos a distribuir tendo o cuidado de os deixar num “sitio apropriado” (Simões, 1883, 63), devendo também preparar roupas e tudo o mais que pudesse ser necessário durante a noite. Como vimos, os enfermeiros eram responsáveis pelo restante pessoal das enfermarias e, também pelos próprios doentes, devendo zelar para que estes não trabalhassem durante a sua permanência no hospital. Por último, caso houvessem objetos extraviados, deteriorados ou quebrados, estes seriam debitados ao enfermeiro responsável pelos mesmos, “não havendo prova de ser algum dos seus subordinados o culpado d’estes prejuízos” (Simões, 1883, p. 68), cabendo aos enfermeiros efetuar uma relação mensal destes objetos (Simões, 1883). Constatámos assim que os enfermeiros eram responsáveis pelo pessoal e pelos doentes da enfermaria e ainda pelo material existente pois, em caso de faltas, estas eram-lhe imputadas.

Estas funções estavam igualmente explícitas nos Regulamentos do Hospital de Santo António de 1883 e 1884, que voltavam a insistir nas vastas responsabilidades dos enfermeiros e nas suas funções específicas, como avisar o clínico interno em caso de morte de um paciente ou vigiar as visitas no intuito de conservar a ordem nas enfermarias (SCMP, 1884).

O Regulamento de 1892 repetia novamente boa parte destas funções. Mas acrescentava que no Hospital de Santo António haveria seis enfermeiros a receber cada um 500 réis por dia e sete enfermeiras a 400 réis. Ao serviço estavam ainda 22 ajudantes homens e 25 mulheres, 21 criados e 19 criadas. Através deste regulamento e do quadro do pessoal ao serviço deste hospital, apercebemo-nos também que o serviço destes enfermeiros variava consoante o tamanho da enfermaria que tinham a seu cargo. Assim, havia enfermarias com 37 camas tendo ao serviço uma enfermeira, duas ajudantes e uma

PAINEL III: A IMPORTÂNCIA DAS INSTITUIÇÕES NA CONSTRUÇÃO DA IDENTIDADE DOS ENFERMEIROS

criada, outras com 62 camas, uma enfermeira, quatro ajudantes e três criadas, existindo uma outra enfermaria com 78 camas, um enfermeiro, cinco ajudantes e cinco criados. Como é óbvio, quanto maior o número de camas, maior a carga e responsabilidade do serviço para o enfermeiro pois tinha mais ajudantes e criados para vigiar, mas também mais doentes, logo mais cuidados a fiscalizar, mais material a controlar, mais papeletas a preencher e assim sucessivamente (SCMP, 1893). Ao mesmo momento que se revelava necessário reformular o regulamento dos serviços técnicos do hospital, era debatida a questão da enfermagem. O pessoal de enfermagem era então acusado de “falta d’aptidão e de zelo” (SCMP, 1895, p. 190). E eram apontados alguns defeitos, nomeadamente no recrutamento do pessoal e também um salário reduzido, uma alimentação pobre e a ausência de prémios que servissem de estímulo aos enfermeiros. Apesar do grande número de despedimentos e demissões entre o pessoal de enfermagem, existiam também casos raros de “alguns empregados bastante dignos e zelosos para poderem merecer o nome d’enfermeiros” (SCMP, 1895, 192). Para fazer face a esta situação, um conjunto de medidas foram adotadas pela Misericórdia do Porto que passavam por uma seleção mais rigorosa de um conjunto de condições morais, intelectuais e físicas. A Misericórdia tentou também criar distinções honoríficas para premiar os bons empregados, melhorar a alimentação do pessoal, recrutar mais alguns elementos para fazer face às faltas de pessoal e criar uma escola de enfermagem. Esta escola serviria para habilitar “os novos recrutados a adquirirem um certo grau de conhecimentos sobre a natureza da profissão a que se dedicam” (SCMP, 1895, 192).

Depois de criada a escola de enfermagem no Hospital de Santo António, em 1896, os enfermeiros e ajudantes eram obrigados a frequentarem-na com assiduidade (Silva & Vieira, 2013). Além disso, ficava estipulado que os futuros enfermeiros seriam nomeados por concurso entre os ajudantes que tivessem cursado a dita escola. Em caso de empate, os que tivessem melhor classificação na escola seriam preferidos, seguindo-se depois o critério de antiguidade como ajudantes (SCMP, 1896). Como sabemos, na sequência da criação desta escola, a formação e prática de enfermagem foi evoluindo ao longo do século XX, contribuindo para a profissionalização da enfermagem em Portugal (Faria, Silva, Braga Maia & Vieira, 2011).

Modelo do enfermeiro

Ainda no último quartel do século XIX, a Santa Casa da Misericórdia do Porto encontrava fortes dificuldades em recrutar um pessoal de enfermagem que respondesse às suas expectativas e em mantê-lo ao seu serviço. Vários são os relatórios desta instituição que salientam estes factos, deixando claro que o pessoal de enfermagem não correspondia ao que esperavam os médicos, os administradores e ainda os próprios doentes (SCMP, 1892). Numa tentativa de melhorar a situação, os comportamentos considerados incorretos eram constantemente punidos. Por outro lado, os funcionários que tinham um comportamento adequado iam sendo valorizados, e apresentados como se fossem um modelo a seguir. Indiretamente, estas punições e recompensas também contribuíram a moldar atitudes, a definir qualidades e deveres e, assim, a construir a identidade dos enfermeiros.

Se nos focarmos nas punições aplicadas aos enfermeiros, constatamos que boa parte se relacionavam com o não cumprimento dos regulamentos anteriormente mencionados, isto é, o incumprimento das funções de chefia. O enfermeiro Custódio, por exemplo, foi punido quatro vezes num só ano. Primeiro, por se ter ausentado da enfermaria foi multado um dia. Alguns meses depois, recebeu nova punição por não prestar atenção ao que faziam os ajudantes e os criados. Sete meses mais tarde, depois de ter regressado ao hospital tardiamente depois da sua licença para se ausentar, foi multado em três dias e recebeu um último aviso. Apesar deste aviso, que deixa supor que os seus superiores estariam ainda mais atentos, três dias depois foi encontrado a dormir durante a ronda e seria assim despedido (*Livro de Termos...; Livro Registro...*).

Um outro enfermeiro foi despedido de forma semelhante, acumulando três punições em nove meses. António foi primeiro multado um dia por não ter cumprido ordens e ter consentido que o pessoal da enfermaria infringisse o regulamento. Foi novamente multado por também ter regressado tarde da licença e depois despedido por irregularidades no cargo, sem mais detalhes, sem mais informações sobre que irregularidades cometeu. (*Livro de Termos...; Livro Registro...*).

As enfermeiras eram punidas com menor frequência, apesar do seu comportamento não ser, por vezes, o mais exemplar. Maria fora admitida como criada no Hospital de Santo António e, em julho de 1883, foi promovida a ajudante e no final do ano a enfermeira. Como enfermeira, foi punida cinco vezes em cinco anos; porém, não foi despedida, como os seus colegas Custódio ou António. Maria foi multada em dois dias por ter consentido que as criadas lavassem o chão da enfermaria durante a noite, o que certamente impediu o repouso dos doentes. Depois foi multada um dia por ter mentido ao vogal da direcção do hospital e um outro dia por ter emprestado um colchão sem a devida autorização. Ela foi ainda repreendida duas vezes, no entanto, desconhecemos os motivos por detrás destas punições (*Livro de Termos...; Livro Registro...*). Sabemos que a repreensão era uma punição mais leve do que a aplicação de multas, mas não há referências se estas repreensões eram orais ou escritas, ou se teriam outras consequências para os enfermeiros (Silva, 2010).

PAINEL III: A IMPORTÂNCIA DAS INSTITUIÇÕES NA CONSTRUÇÃO DA IDENTIDADE DOS ENFERMEIROS

Outros enfermeiros foram também multados por diversos motivos sobretudo relacionados com a gestão do material e do pessoal. A título de exemplo, foram aplicadas multas por partir uma agulha (em vidro), por fazer um uso incorreto da roupa do hospital, por deixar os medicamentos facilmente acessíveis aos doentes e ainda por desaparecer pão e medicamentos. Outros foram multados por terem dado instruções incorretas aos ajudantes, por falhas na distribuição do pessoal pela enfermaria ou por erros na lista de receituário. Os motivos que levaram a despedimentos eram, em geral, mais graves como mau comportamento, atos desonestos, maus-tratos ao restante pessoal da enfermaria e ainda um caso de infanticídio (*Livro de Termos...*; *Livro Registo...*). Estas punições permitem também verificar que o estipulado nos regulamentos era, de certa forma, cumprido. Por outro lado, a Misericórdia pretendia utilizar o dinheiro angariado através das multas pagas para atribuir recompensas ao pessoal de enfermagem que se distinguisse por desempenhar corretamente as suas funções (SCMP, 1880). Nalguns casos, apenas é referido que foram atribuídas gratificações sem referir os nomes dos funcionários, os motivos nem o valor da recompensa, como em 1887 quando quatro enfermeiros foram gratificados (SCMP, 1887).

O enfermeiro José foi gratificado quatro vezes entre 1890 e 1893 pelos seus bons serviços. Recebeu inicialmente dois prémios, sendo cada um deles de 90.000 réis, o que correspondia a cerca de 62% do seu salário anual. Depois a gratificação foi reduzida para 50.000 réis por prémio, sem que o motivo para esta redução seja mencionado. Apesar desta diminuição, esta gratificação era importante e, sem dúvida, apresentada como uma motivação pecuniária. Sabemos que José nasceu em 1857 em Oliveira de Azeméis e faleceu em 1916 estando então ainda ao serviço da Misericórdia do Porto. Enfermeiro no Hospital de Santo António desde maio de 1886, José cursou a escola de enfermagem quando esta abriu, tendo concluído o curso geral e administrativo (*Livro de Termos...*; *Livro Registo...*). Considerando que a formação em enfermagem começava a ser fundamental, este representa um modelo a seguir. Por outro lado, os seus bons serviços e o facto de não ter no seu registo qualquer punição, fazem dele um exemplo para o restante pessoal de enfermagem.

Já o caso de Manuel é ligeiramente diferente, por não ter uma folha de registo tão imaculada. Como Custódio, Manuel também cursou a escola de enfermagem. Em dezembro de 1898 foi louvado por ter denunciado um criado, tendo-lhe assim sido dado um dia de folga pago. Um mês depois recebeu novo louvor, sem ser mencionado o motivo. Contudo, o enfermeiro fora anteriormente multado e advertido, o que não o impediu de posteriormente ser louvado, pois era comum a Misericórdia do Porto perdoar as punições em determinadas ocasiões (*Livro de Termos...*; *Livro Registo...*).

O percurso de Ana é de alguma forma semelhante. Nascida em 1870 em Oliveira do Hospital, começou a trabalhar no Hospital de Santo António em 1893 como ajudante de enfermeira e cinco anos depois foi promovida a enfermeira. No total, Ana trabalhou 28 anos neste hospital até se aposentar por incapacidade. Ainda como ajudante, foi multada em duas ocasiões, por se ter ausentado da enfermaria deixando os doentes sozinhos e por ter dado uma dieta diferente da que estava prescrita. Estas punições foram-lhe perdoadas dias antes de ser promovida a enfermeira (*Livro de Termos...*; *Livro Registo...*). Aquando da sua promoção, Ana já tinha concluído a sua formação profissional na Escola de Enfermagem do Hospital de Santo António. Ana foi louvada em 1898 pelos serviços prestados durante a epidemia de varíola quando a própria adoeceu (SCMP, 1898). Na mesma ocasião recebeu uma gratificação de 5.000 réis (cerca de 4,4% do seu salário anual), oferecida por um benfeitor, pelo carinho com que Ana tratava os doentes.

Esta gratificação foi entregue a 29 de janeiro na cerimónia anual de aniversário da morte de D. Lopo de Almeida (1416-1486), o benfeitor que deixara a sua fortuna à Santa Casa da Misericórdia do Porto. A partir de 1898, a administração desta instituição passou a anunciar publicamente nesta cerimónia os nomes do pessoal de enfermagem premiado, servindo assim de exemplo aos restantes. Além do pessoal do hospital que assistia a esta cerimónia pública, incluindo médicos e estudantes de medicina, outras personalidades da Misericórdia e da cidade estavam também presentes e a cerimónia era noticiada nos jornais como no Comércio do Porto. Nestas notícias era comum mencionarem os nomes do pessoal de enfermagem que se distinguiu no desempenho das suas funções e incluir fotografias, sobretudo a partir de meados do século XX (Silva, 2010).

Era também nesta cerimónia que a Misericórdia atribuía algumas medalhas ao pessoal de enfermagem. A primeira foi conferida também a Ana em 1899, sendo a enfermeira então elogiada publicamente pelos “seus serviços e abnegação” (D. Lopo de Almeida, 1899, p. 1). A medalha tinha, de um lado, a efígie do benemérito fundador do hospital acompanhada da legenda “D. Lopo de Almeida – Instituidor” e, no reverso, a vista da fachada do Hospital com os dizeres “Santa Casa da Misericórdia do Porto – Hospital Geral de Santo António – Ao mérito (...)” (D. Lopo de Almeida, 1899, 1). Esta medalha de prata que foi então atribuída a Ana constituía “um testemunho de reconhecimento pelos seus serviços, um estímulo para todos, pois que idêntico premio terão todos os empregados que, como ella, se assignalarem no cumprimento da sua espinhosa missão.” (D. Lopo de Almeida, 1899, 1). Foi também mencionado que Ana deveria saber conservar e honrar a medalha que lhe era conferida. Na mesma cerimónia foram ainda referidos os nomes dos restantes elogiados. No início do século XX, cerca de uma centena de medalhas seria atribuída ao pessoal de enfermagem do Hospital de Santo António (Silva, 2010).

Conclusões

Como podemos verificar, os regulamentos referentes aos enfermeiros no Hospital de Santo António destacavam um conjunto de qualidades necessárias a estes funcionários. Estas qualidades estavam ligadas a uma conduta moral exemplar, à boa condição física e disponibilidade para o cargo, incompatíveis, por exemplo, com uma vida familiar. Depois da abertura da escola de enfermagem, a formação tornou-se um critério essencial, alterando o que até então era preconizado. Constatámos que, no último quartel do século XIX, o uniforme tinha uma importância considerável, quer pela higiene, quer pelo lado estético, associado também à hierarquia hospitalar.

Os vários regulamentos definiram as funções e tarefas dos enfermeiros, bem como os seus limites. As tarefas ligadas à prestação de cuidados de saúde ou de higiene eram competências dos ajudantes e criados, pois aos enfermeiros incumbia a superintendência deste pessoal e dos seus atos. Os enfermeiros tinham um conjunto de tarefas de responsabilidade e de supervisão sobre todos os aspetos da enfermaria, da higiene, ao material, passando pelos próprios doentes e as visitas deles, não esquecendo toda a parte burocrática. Estes regulamentos situavam os enfermeiros na hierarquia hospitalar entre os clínicos e ajudantes e criados, isto é, subordinados às ordens médicas e superiores ao restante pessoal de enfermagem. No caso de incumprimento dos regulamentos, eram aplicadas punições, inclusive aos enfermeiros. Na sua maioria, os enfermeiros foram multados devido à má gestão do material e do pessoal, não tendo estas faltas consequências maiores. Já os casos mais graves ou recorrentes davam lugar ao despedimento. Estes enfermeiros serviriam assim de exemplo aos colegas, tal como os que eram recompensados seriam um modelo a seguir, incitando os menos cumpridores a dispensar maior carinho e profissionalismo. As diversas recompensas, como louvores, gratificações e medalhas, tinham uma vertente pecuniária, um bónus ao salário, e uma vertente mais abstrata, onde o mérito era reconhecido pelos colegas, pelos superiores e pela sociedade. A atribuição pública de recompensas mostrou alguns modelos aos colegas, mas também contribuiu para melhorar a imagem do enfermeiro na sociedade em geral. Tudo isto serviu para definir qualidades e deveres, contribuindo assim à construção da identidade dos enfermeiros.

Referências bibliográficas

- D. Lopo de Almeida (1899). *Comércio do Porto*, 46(26), 1.
- Faria, S., Silva, H., Braga Maia, T., & Vieira, F. (2011). Primórdios da formação e prática de enfermagem em Portugal: Enfermeiros e ajudantes no Hospital Geral de Santo António: Porto (1896-1918). *História da Enfermagem: Revista Electrónica – HERE*, 2(1), 40-62. Recuperado de <http://www.here.abennacional.org.br/here/n3vol2artigo3.pdf>
- Lemos, E. R. (2008). *Profissão de enfermeiros: Compreensão sociológica da identidade profissional* (Dissertação de mestrado). Universidade do Porto, Portugal.
- Livro de Termos de Entrada do Pessoal Menor número 7 [1892-1895]*. Arquivo Histórico da Santa Casa da Misericórdia do Porto.
- Livro registro do pessoal d'enfermagem da Misericórdia agraciado com medalhas e gratificações nos termos do regulamento aprovado por despacho ministerial de 21 de outubro de 1901*. Arquivo Histórico da Santa Casa da Misericórdia do Porto.
- Nunes, L. (2003). *Um olhar sobre o ombro: Enfermagem em Portugal (1881-1998)*. Loures, Portugal: Lusociência.
- Santa Casa da Misericórdia do Porto. (1880). *Relatório dos Actos da Meza da Santa Casa da Misericórdia do Porto, durante o anno de 1878-1879*. Porto, Portugal: Imprensa Portuguesa.
- Santa Casa da Misericórdia do Porto. (1881). *Regulamento do Hospital Real de Santo António na cidade do Porto, reformado sobre o ultimo regulamento de 30 de Maio de 1862 levando em appendice o regulamento das enfermarias clinicas da escola medico-cirurgica da mesma cidade*. Porto, Portugal: Imprensa Portuguesa.
- Santa Casa da Misericórdia do Porto. (1883). *Regulamentos internos do Hospital de Santo António da Misericórdia do Porto*. Porto, Portugal: Typografia do Jornal do Porto.
- Santa Casa da Misericórdia do Porto. (1884). *Regulamento do Hospital Geral de Santo António na Cidade do Porto*. Porto, Portugal: Imprensa Portuguesa.
- Santa Casa da Misericórdia do Porto. (1885). *Regulamento do Hospital Geral de Santo António na Cidade do Porto*. Porto, Portugal: Typographia de António José da Silva Teixeira.
- Santa Casa da Misericórdia do Porto. (1887). *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto na sua gerência do 1º de Julho de 1886 até 30 de Junho de 1887*. Porto, Portugal: Tipografia A. J. da Silva Teixeira.
- Santa Casa da Misericórdia do Porto. (1892). *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto na sua gerência do 1º de Julho de 1891 até 30 de Junho de 1892*. Porto, Portugal: Tipografia A. J. da Silva Teixeira.

PAINEL III: A IMPORTÂNCIA DAS INSTITUIÇÕES NA CONSTRUÇÃO DA IDENTIDADE DOS ENFERMEIROS

- Santa Casa da Misericórdia do Porto. (1893). *Regulamento do Hospital de Santo António na cidade do Porto*. Porto, Portugal: Tipografia A. J. da Silva Teixeira.
- Santa Casa da Misericórdia do Porto. (1894). *Relatório dos Actos da Mesa da Santa Casa da Misericórdia do Porto na sua gerência do 1º de Julho de 1893 até 30 de Junho de 1894*. Porto, Portugal: Tipografia A. J. da Silva Teixeira.
- Santa Casa da Misericórdia do Porto. (1896). *Regulamento dos serviços técnicos do Hospital Geral de Santo António*. Porto, Portugal: Oficina Tipográfica do Hospital de Alienados do Conde de Ferreira.
- Silva, H. (2010). *Soigner à l'hôpital: Histoire de la profession infirmière au Portugal (1886-1955)* (Thèse de doctorat). Recuperado de <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/11627>
- Silva, H. (2011). Selecção e discriminação dos profissionais de enfermagem durante o Estado Novo (1938-1963). *Ler História*, 60, 151-166.
- Silva, H. (2014). O Porto e a construção da cidade moderna: O caso do Hospital Geral de Santo António, nos séculos XVIII e XIX. *História, Ciências, Saúde: Manguinhos*, 21(2), 709-725. doi: 10.1590/S0104-59702014000200013
- Silva, H., & Vieira, F. (2013). Antecedentes da formação em enfermagem no Porto (1855-1883). *Pensar Enfermagem*, 17(2), 35-43. Recuperado de http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE17-2_Artigo4_35_43%281%29.pdf
- Simões, A. A. (1883). *O Hospital de Santo António da Misericórdia do Porto: Relatório*. Porto, Portugal: Tipografia do Jornal do Porto.
- Soares, M. I. (1997). *Da blusa de brim à touca branca: Contributo para a história do ensino de enfermagem em Portugal (1880-1950)*. Lisboa, Portugal: Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- Soares, M. I. (2001). António Augusto da Costa Simões (1819-1903): Apontamento biográfico. *Enfermagem*, 2(23/24), 64-69.

Papel da mulher do século XIX na construção do processo identitário da profissão

António Fernando Salgueiro Amaral*

O conhecimento da história ajuda-nos a perceber comportamentos e fenómenos atuais que influenciam as dinâmicas das relações profissionais, de poder, de reconhecimento e prestígio social que ainda estão muito associadas a estereótipos de género muito conservadores.

Cada um de nós transporta consigo uma história e uma cultura que influenciam a forma como construímos a nossa identidade profissional e a maneira como ajudamos a sociedade a reconstruir a sua representação social da profissão, a sua missão percebida e a sua utilidade.

Os processos de construção de uma identidade profissional resultam de movimentos sociais dinâmicos, influenciados pela imagem que a coletividade desenvolve sobre os atores profissionais num determinado contexto histórico e sociocultural. Assim nunca poderemos analisar estes processos desligados dos movimentos sociais que em cada momento se vão operando, uma vez que ela se vai reconstruindo na medida em que se vão operando mecanismos de reconhecimento e de interação dentro e fora das profissões (Hoeve, Jansen & Roodbol, 2013)

Falar do papel da mulher na construção de uma identidade profissional da enfermagem resulta da convicção de que essa se constrói a partir dos comportamentos, do papel e relevância social dos seus membros.

Nas profissões tendem a reproduzir-se os estereótipos da sociedade, com tudo o que isso potencialmente transporta em termos de autonomia, subalternidade e prestígio social dos vários profissionais e por isso também dos enfermeiros.

A formação e a socialização profissional são essenciais neste processo, mas também o são os ambientes onde se desenvolve a prática, os valores que se assumem e a reprodução, nesses contextos, da ideia de que a enfermagem se deve subordinar ao poder médico. Tudo isto influencia a perceção do público sobre a função social da enfermagem e o seu valor.

Ainda hoje os enfermeiros são elogiados pela sua simpatia e virtude e nem sempre pelo seu conhecimento e competência. Sendo a história da profissão uma história marcada pelo feminino, não apenas porque tradicionalmente o cuidar é feminino, mas porque grande parte do seu desenvolvimento disciplinar teórico se deve a mulheres que, em diferentes momentos da história foram capazes de dignificar a profissão e instituir as mudanças necessárias a um maior reconhecimento, interessa saber como essa história e essa identidade de ser mulher influenciou o processo de desenvolvimento da identidade da profissão ou de como a enfermagem é vista e considerada pelo público.

O início do século XIX estava ainda marcado por um pensamento filosófico antigo marcadamente machista muito fundamentado nas ideias de uma racionalidade que tudo categorizava e ordenava.

Filósofos renascentistas como Rousseau tinham defendido a educação como forma de mudar as pessoas e através delas as sociedades mas estas ideias do conhecimento para garantir a autonomia e a liberdade estavam vedadas a uma parte significativa da população – as mulheres - que a Igreja Católica e também a ciência, acreditavam que eram inferiores pela sua condição física, devendo-lhes estar reservadas apenas as funções que a maternidade impunha.

A educação das mulheres era, por isso, orientada para o espaço do lar onde deveriam ser boas esposas e boas mães, quando muito serem perceptoras, governantas, costureiras e enfermeiras (Smith, 2015).

As ideias da renascença que valorizavam o corpo e a razão tinham provocado fortes movimentos contra a supremacia da igreja católica e a dissolução das ordens religiosas. O papel das mulheres religiosas passou a ser limitado aos seus lares, deixando a prática dos cuidados às mulheres prostitutas e prisioneiras que eram forçadas a trabalhar como serventes domésticas em troca de sua subsistência.

Contudo as outras mulheres não deixaram de trabalhar, não houve um afastamento da mulher da esfera do trabalho, o que aconteceu foi que elas começaram a desempenhar as funções menos qualificadas e de mais baixa remuneração, precisavam de se submeter a tais condições por uma questão de sobrevivência. O mesmo não ocorreu com a profissão da enfermagem

* ESEnFC [amaral@esenfc.pt]

PAINEL III: A IMPORTÂNCIA DAS INSTITUIÇÕES NA CONSTRUÇÃO DA IDENTIDADE DOS ENFERMEIROS

que foi praticamente extinta até meados do século XIX, pois neste período com a grande ascensão da Igreja Católica, toda a educação dada às mulheres nos conventos foi suprimida e substituída por orações, sendo repassada às universidades que só eram frequentadas por homens, afastando ainda mais as mulheres do saber (Smith, 2015).

O romantismo que no século XIX favoreceu o desenvolvimento e a expressão das emoções em todas as suas formas. Consolidou esta discriminação, com um discurso da mulher frágil, emotiva, amorosa, incapaz, portanto *inferior*, não lhes permitindo o acesso ao conhecimento dessa condição opressiva.

Por isso, o ideário vigente era o de que a maior aspiração das mulheres deveria ser um bom casamento. O magistério e o cuidado ao outro eram considerados uma extensão do trabalho doméstico. Se a maternidade era o destino primordial da mulher, o magistério e a enfermagem no sentido do cuidado ao outro representavam uma extensão dessa maternidade.

Nitzsche vai mais longe, ao considerar a mulher como um *ser* fracassado quando procura elevar-se alterando os seus próprios padrões de conduta na sociedade. Para este filósofo o homem tem a responsabilidade de manter a mulher dependente e sob seu domínio e entende que o homem deve conceber a mulher como sua 'posse' como propriedade a manter sob sete chaves, como algo destinado a servir e que só aí se realiza. Para ele qualquer homem que apoie a emancipação feminina é um mentecapto uma vez que, para o autor, a emancipação das mulheres é o ponto alto para a regressão da própria mulher e para a sua desfeminização (Santos, 2002).

É importante referir que Nitzsche é considerado por muitos como estando contra a ciência que se orientava para a classificação, enquadramento, controle dos corpos; criando verdades, lugares e identidades específicas para loucos, criminosos, doentes, e, claro, mulheres o que permite pensar que esta é uma linguagem metafórica e não misógina.

A profissão de enfermagem continua a sofrer a influência destas ideias e valores tradicionais e das normas culturais e sociais em relação ao gênero e ao estatuto profissional. A imagem estereotipada dos enfermeiros é uma expressão da tradição de visualizar a enfermagem como parte da esfera feminina da família. Como resultado, as enfermeiras têm que lutar pelo poder numa sociedade segregada por gênero (Hall, 2005).

O Século XIX é também um tempo de grandes transformações ideológicas e sociais está em marcha a revolução industrial no que alguns apelidam de 2ª revolução industrial com a mecanização da produção, o trabalho fabril e um processo de reconfiguração do próprio corpo que passa a ser considerado e usado como um fator produtivo. A sociedade industrializada necessita de mão-de-obra e o capitalismo percebe a necessidade e o significado da inserção da mulher nos meios profissionais e da escolarização como elemento preponderante a essa mudança.

Neste tempo surge um novo discurso filosófico sobre a mulher. Com as manifestações contra a discriminação feminina e a luta pelo direito ao voto, acontecimentos que preveem uma melhoria na perspectiva e na forma de viver das mulheres.

As mudanças económicas e sociais produzidas pela industrialização do tecido produtivo veio aumentar a estratificação social. Os donos das indústrias e da finança dobraram os seus lucros e criaram uma elite abastada com recursos e bem instalada.

Assiste-se a um movimento de uma sociedade rural para uma sociedade industrializada, que fez com que homens, mulheres e crianças fossem utilizados como fatores produtivos, sendo por isso necessário deslocalizá-las das zonas periféricas mais rurais para a vizinhança das cidades onde se situavam os empregos nas indústrias (Walter, 2005).

Estes trabalhadores mal pagos e a viver em condições de muita pobreza não tinham condições de mobilidade social.

Toda esta dinâmica e sobretudo a consciência de que uma minoria detinha o capital que a maioria ajudava a criar gerou movimentos sociais que reclamavam melhores condições e melhores vencimentos. Foi neste ambiente que surgiram movimentos de mulheres de classe média com alguma educação escolar que se reuniam e voluntariavam para auxiliar essas comunidades de famílias trabalhadoras colocando ao seu serviço o seu conhecimento e valores na educação e na saúde.

Com a industrialização e esses movimentos reformistas, os papéis sociais da mulher foram-se adaptando. Estas mudanças alteraram as expectativas que a sociedade tinha sobre elas, sobre o seu papel na família e fora dela e mesmo a própria visão que as mulheres têm de si próprias. A nova mulher tem gosto e pretende ser autónoma e evidenciar a sua identidade.

As mulheres que frequentavam o *college* viram assim uma oportunidade para terem uma vida diferentes das suas mães (Smith, 2015).

No final do século XIX, com a consolidação do sistema capitalista, houve um significativo desenvolvimento tecnológico e a introdução de maquinarias, transferindo para as fábricas tarefas antes executadas a domicílio, aumentando assim o contingente feminino da mão-de-obra operária. As mulheres compartilhavam com os homens as péssimas condições de trabalho, porém com um agravante, o salário feminino era muito inferior e a justificativa para tal era que as mulheres tinham ou deveriam ter (aquelas que se davam o respeito) quem as sustentassem (pai ou marido). Neste contexto surgiram as primeiras escolas que se preocuparam e receberam mulheres para treinar o cuidado de doentes, iniciando uma volta do saber da enfermagem "às mãos" delas.

PAINEL III: A IMPORTÂNCIA DAS INSTITUIÇÕES NA CONSTRUÇÃO DA IDENTIDADE DOS ENFERMEIROS

Estes grupos atendendo a um chamamento de Deus criaram as primeiras instituições de cuidado como a Confraria das Irmãs da Caridade de São Vicente de Paulo, em França, e o Instituto das Diaconisas de Kaiserswerth, na Alemanha.

Florence Nightingale (1820-1910) destacou-se como reformista na área da saúde no reino britânico, sendo esta precursora da enfermagem moderna (Ferraz, Baixinho & Rafael, 2015; Smith, 2015).

Historiadores de enfermagem referem a profissão como uma forma que as mulheres utilizaram para ganhar acesso à mobilidade social. Patricia D'Antonio, historiadora da enfermagem americana, refere que a enfermagem profissional foi um modo através do qual mulheres trabalhadoras e de classe média baixa ganharam respeito e status no seio das suas próprias comunidades, bem como o acesso a educação adicional.

Vários historiadores concordam que a enfermagem, como profissão, proporcionou novas perspetivas sobre os maiores problemas na história das mulheres. Desde o século XIX o desenvolvimento da enfermagem desafiou grandemente e superou a expectativa cultural de que o lugar de uma mulher está dentro do lar. Além disso, a profissionalização da enfermagem desempenhou um papel importante na garantia de um cuidado profissional no sentido humanista. Este argumento da profissionalização da enfermagem proporcionou às mulheres a possibilidade de legitimar e assumir o controlo sobre o seu trabalho, em última análise, transformar a sua identidade social por uma finalidade (D'Antonio, 2010).

Ao longo do século XIX, o significado contextual e cultural da “enfermagem” alterou-se consideravelmente com o aumento do conhecimento da medicina passando de uma vocação autodeclarada praticada como serviço doméstico para uma habilidade qualificada. Apesar de, pela tradição, o cuidado ser intrinsecamente feminino, uma vez que essa era a expectativa cultural de que o cuidado seria parte do dever da mulher para a família e a comunidade, alguns historiadores argumentam que a procura de enfermeiras aumentou devido à escassez de homens que quisessem abraçar a profissão.

Numa época em que as mulheres lutavam para definir a sua identidade social, além do que a sociedade esperava delas, a enfermagem dava-lhes a possibilidade de assumir o controlo de como queriam definir seu trabalho e suas vidas.

Encontram-se assim no mesmo espaço geográfico que é o hospital e no mesmo espaço social que é o doente a enfermeira mulher, tradicionalmente oprimida e o médico homem o opressor.

Apesar do prestígio alcançado por Florence Nightingale, a instituição médica não estava preparada para receber jovens mulheres com ideias de reforma e descobriam isso através de muitos confrontos e discussões, que se vieram a revelar completamente improdutivos (Hall, 2005).

Nesta altura já existiam enfermeiras que provinham de classes sociais elevadas e tinham recebido formação com Nightingale, e que na sua função mantinham uma disciplina rígida e “um moral elevado” sem, no entanto, terem o desejo de prestar cuidados ou tomar qualquer decisão. Considerava-se que essas enfermeiras tinham uma opinião excessivamente elevada das suas capacidades e exerciam uma influência perturbadora e altamente indesejável para o desenvolvimento da enfermagem. Parte do problema residia naquilo que pensavam da enfermagem e da “natureza moral” das pessoas que deviam exercê-la (Hall, 2005).

Em alguns romances da época é manifestada a opinião dos médicos sobre o trabalho das enfermeiras, acusando-as de tentativas de praticar uma arte para a qual não tinham treino nem mandato. . . “a senhora obedecerá às minhas instruções”, dominava a opinião dos médicos sobre o papel das enfermeiras (Hall, 2005).

Apesar de todos os esforços para melhorar os cuidados de enfermagem, chegámos ao século XIX, pensando ainda a enfermagem como uma profissão indigna para senhoras, “particularmente se a mulher em questão é bem-nascida e não tem a mínima necessidade de trabalhar para ganhar a vida”. Charles Dickens (1812-1870), romancista da época vitoriana que contribuiu para a introdução da crítica social na literatura descreve uma enfermeira através da personagem Sairy Gamps, como uma mulher leiga e transgressora de regras, que engana os doentes, roubando-lhes a sua comida e haveres, exigindo que os doentes lhe pagassem os pequenos serviços adicionais e era deliberadamente cruéis com os doentes.

Esta imagem da enfermeira descrita por Dickens revela uma representação contrária àquela que foi criada relativamente a Nightingale e às enfermeiras que estiveram com ela na guerra da Crimeia. A dama da lâmpada, simbolizando alguém que zela, dia e noite, pelo bem-estar dos doentes. Radica aqui o conceito mais ou menos estereotipado da enfermeira como anjo da guarda e de santa o que de algum modo é vertido na cor branca dos uniformes usados pelas enfermeiras.

Esta representação da enfermeira construída a partir da imagem do anjo da guarda à cabeceira do doente será uma construção social do romantismo e da sociedade vitoriana, apoiada em Florence Nightingale.

Com o período do romantismo e ainda sob influência de Nightingale a literatura passa a popularizar o conceito de enfermeira à cabeceira do doente, ainda e sempre um papel destinado à mulher, no domínio da prestação de cuidados.

PAINEL III: A IMPORTÂNCIA DAS INSTITUIÇÕES NA CONSTRUÇÃO DA IDENTIDADE DOS ENFERMEIROS

Em conclusão

Temos de um lado, as imagens da enfermagem construídas através da história da profissão, essencialmente a religiosa e a servil, dando origem aos estereótipos da enfermagem que apontam para a enfermeira como dama de caridade, ajudante do médico, executora de técnicas, cuidadora de doentes ou administradora.

Do outro, uma imagem da enfermagem consubstanciada nas teorias emergentes de Florence Nightingale que visavam produzir alterações na forma como se prestavam os cuidados, mas onde a dominação do modelo médico nunca era questionada. Nas escolas de Nightingale onde era exigida disciplina rigorosa e qualidades morais, as aulas eram ministradas por médicos, os mesmos que acusavam as enfermeiras de tentativas de praticar uma arte para a qual não tinham treino nem mandato. Aqui reproduzia-se um modelo de cuidados onde imperava a supremacia médica.

Referências bibliográficas

- D'Antonio, P. (2010). *American nursing: A history of knowledge, authority and the meaning of work*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Ferraz, I., Baixinho, C., & Rafael, H. (2015). The first book written by a nurse in Portugal (1741): Contributions to religious nurses education. *História da Enfermagem: Revista Eletrônica*, 6(2), 288-298.
- Hall, P. (2005). Interprofessional teamwork: Professional cultures as barriers. *Journal of Interprofessional Care*, 19(Suppl. 1), 188–196. doi: 10.1080/13561820500081745
- Hoeve, Y. T., Jansen, G., & Roodbol, P. (2014). The nursing profession: Public image, self-concept and professional identity: A discussion paper. *Journal of Advanced Nursing*, 70(2), 295-309. doi: 10.1111/jan.12177
- Santos, L. F. (2002). Leituras feministas de Nietzsche. *Interações*, 2, 11-42.
- Smith, K. T. (2015). *Both a college woman and a professional nurse: College educated women who became professional nurses: 1890-1920* (Masters dissertation). Recuperado de <http://repository.upenn.edu/edissertations/1139>
- Walter, M. (2005). *Feminism: A very short Introduction*. New York, NY: Oxford.

**PAINEL IV: A ENFERMAGEM NOS
CONFLITOS BÉLICOS**

**PANEL IV: NURSING IN ARMED
CONFLICTS**

**PANEL IV: LA ENFERMERÍA EN LOS
CONFLICTOS BÉLICOS**

Enfermagem nos espaços ultramarinos portugueses nos finais do século XIX

Elisabete Pinheiro Alves Mendes Fonseca*

Introdução

Portugal era, no início do século XIX, uma média potência no mundo apesar da presença em cinco continentes: Na Europa, com o Continente e os Arquipélagos dos Açores e Madeira; na América com o Estado do Brasil; em África, Cabo Verde, a costa da Guiné; a Fortaleza de S. João Baptista de Ajudá; Cabinda, o Ambriz e os reinos de Luanda e Benguela; S. Tomé e Príncipe; Lourenço Marques e a ilha de Moçambique; na Ásia, Goa, Damão e Diu e Macau; e na Oceânia as ilhas de Timor, Solór e Flores. Contudo o Brasil seria a jóia da coroa até à sua independência em 1822, pelo que, à época, urge a ideia de construir um novo império em África como compensação para a perda.

A Carta Constitucional que esteve em vigor durante todo o século XIX e parte do século XX definia a unidade entre os territórios do ultramar e da metrópole garantindo o princípio da igualdade jurídica dos habitantes, e a aplicação da Constituição e dos direitos em todo o território (Silva, 2009).

De acordo com Castelo (2009), a reorientação dos fluxos migratórios para a África era indispensável à garantia da implantação da administração visando também a obtenção de mão-de-obra qualificada.

O século XIX fica marcado por um desenvolvimento assinalável da ciência com as descobertas de Pasteur e Koch na área da infecciosologia, e que tiveram grande peso no modo de funcionamento e nas condições dos hospitais.

No enquadramento dos princípios gerais contemplados na legislação dos quadros de saúde portugueses, as funções dos enfermeiros eram semelhantes em todas as províncias ultramarinas, apenas com algumas especificidades decorrentes das características dos territórios. No que se refere ao ultramar português, enfermeiros e médicos militares não se limitavam a apoiar os seus camaradas de armas, mas desenvolviam igualmente apoio às populações indígenas (Silva, 2018).

Este artigo tem como objectivos descrever, analisar e interpretar a legislação sobre os serviços de saúde nos espaços ultramarinos e a sua reorganização nos anos finais do século XIX, a partir do projecto de lei nº 17 de 13 de Junho de 1895 apresentado e discutido na Câmara dos Senhores Deputados da Nação Portuguesa e do decreto régio que decorreu da sua aprovação.

A pesquisa foi realizada no sítio da Assembleia da República, no período da Monarquia Constitucional, entre 1821 e 1910 e utilizando os termos de pesquisa “saúde”, “enfermeiro”, “enfermagem”, e “ultramar”. Incidiu-se, particularmente, nos diários das sessões parlamentares da Câmara dos Pares do Reino e da Câmara dos Senhores Deputados da Nação Portuguesa, tendo sido identificadas 99 páginas em 67 diários com referências aos serviços de saúde e enfermeiros. A “reorganização dos serviços de saúde das províncias ultramarinas” é apresentada e discutida nas sessões parlamentares do ano de 1896. Foi objecto de leitura, análise e interpretação, com recurso à metodologia de análise histórica. Recorreu-se ainda à análise e interpretação de legislação constante na “Collecção da Legislação Novissima do Ultramar” entre 1864 e 1865, no sentido de compreender algumas orientações legislativas prévias ao Decreto Real de 18 de Abril de 1896.

Os Serviços de Saúde nas Colónias

A regulamentação dos serviços de saúde nas colónias, tal como na metrópole, foi marcada por sucessivas reformas.

A criação de companhias de saúde, que incluíam enfermeiros e outros empregados dos hospitais, estava prevista por decreto desde 1869, contudo já desde 1865, e relativamente a todas as colónias portuguesas, foram surgindo orientações legislativas no sentido de, não apenas definir funções dos diferentes funcionários, mas igualmente fixar os quadros do pessoal do serviço de saúde, tendo em conta as necessidades e recursos de cada província. A título de exemplo descrevem-se alguns factos em diferentes colónias: em Timor, a colónia mais longínqua, era reconhecida a repugnância que os naturais do país evidenciavam,

* PhD, Professora Coordenadora. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra - Unidade Científico – Pedagógica Enfermagem Fundamental elisabete@esenfc.pt

PAINEL IV: A ENFERMAGEM NOS CONFLITOS BÉLICOS

em procurar e seguir os conselhos dados com base em conhecimento científico. Por esse motivo, e logo que os facultativos habilitados exerciam a sua profissão dirigida apenas à população não indígena, foi decretado que haveria no território um pequeno número de facultativos que seriam suficientes para responder às necessidades (Conselho Ultramarino, 1895, p. 390). Nos hospitais militares de Macau e Timor eram tratados doentes militares, empregados civis e eclesiásticos, presos das cadeias públicas e presídios militares e outros indivíduos que solicitassem autorização para serem tratados nestes hospitais.

De acordo com o Regulamento do Serviço de Saúde de Macau e Timor

(Ministério dos Negócios da Marinha e Ultramar, Direcção Geral do Ultramar, Repartição da Saúde, 1899), estava previsto que, o serviço de saúde ficasse a cargo do Enfermeiro-Mor e outros funcionários, e ainda cinco enfermeiros de 1ª ou 2ª classe, seis enfermeiros de 3ª classe que seriam os ajudantes e que deveriam ser repartidos com o destacamento de Timor. Apenas o Enfermeiro-Mor residia permanentemente em Macau e acumulava funções de fiel, função pela qual recebia uma gratificação extra. Todos os enfermeiros de Macau faziam serviço no hospital militar e nos hospitais provisórios. Já no destacamento de Timor, e ao serviço do hospital, havia sempre pelo menos um enfermeiro de 1ª ou 2ª classe. As situações de maior emergência estavam também acuteladas como, por exemplo, a aproximação de tufões, em que o pessoal da companhia deveria recolher ao hospital militar e um enfermeiro e um ajudante ou servente deviam ser destacados para a capitania, ficando às ordens do facultativo.

Os Art. 298º e 318º do mesmo Regulamento referiam que, no Hospital da Misericórdia de Macau se socorriam indivíduos não militares e não recebiam doentes chineses que não pertencessem à comunidade portuguesa de Macau (Ministério dos Negócios da Marinha e Ultramar, Direcção Geral do Ultramar, Repartição da Saúde, 1899). No hospital civil de Lahane tratavam-se indivíduos não funcionários do estado. Na cadeia pública de Macau e Dili, tratavam-se os doentes com todas as condições de higiene compatíveis com a segurança dos presos, tal como descreve o Art. 329º desse regulamento. Os hospitais provisórios concebidos em situações extraordinárias e destinados ao tratamento de doenças epidémicas, chamados de hospitais-barraca, eram construídos nos subúrbios de Macau e Dili, tal como referenciado no seu Art. 334º.

No Hospital Militar da Ilha de S. Tomé tratavam-se oficiais de guarnição e empregados públicos embora os cuidados pudessem ser dispensados a qualquer residente da ilha desde que pagasse as quantias diárias estipuladas, bem como aos pobres que a Santa Casa da Misericórdia enviase. Os doentes eram visitados diariamente pelos facultativos da província. Cada enfermeiro tinha um “caderno de visita” onde eram anotadas prescrições. Os curativos eram efetuados pelo clínico da enfermaria no ato da visita e renovados pelo Enfermeiro-Mor quando necessário. Os empregados menores eram retirados da companhia de enfermeiros e ficavam sob as ordens do respetivo diretor. As várias instruções eram dadas por escrito pelo diretor do hospital, mas deviam cumprir particularmente as seguintes tarefas: assistir às visitas nas suas enfermarias, apontando prescrições terapêuticas e dietéticas num caderno contendo o número da cama dos doentes; entregar as “papeletas” na secretaria com as alterações das dietas e as altas do dia seguinte; responder pelos objetos que lhe tenham sido entregues pelo comprador e pelo fiel do hospital; limpeza e arranjo das enfermarias e dependências; distribuir dietas e remédios; pôr em prática prescrições extraordinárias; vigiar e manter a polícia e a boa ordem entre doentes e empregados (Conselho Ultramarino, 1895).

Nos art. 44º a 48º do documento referido (Conselho Ultramarino, 1895), os “enfermeiros de vela” deviam ser dois, ajudados por um ou dois serventes (desde o anoitecer até à meia noite e desde esta hora até ao amanhecer). Rondariam constantemente por todas as enfermarias garantindo que os serventes se mantinham acordados e atendiam prontamente os doentes. Os ajudantes de enfermeiro e serventes auxiliavam os enfermeiros nos diversos serviços hospitalares. Sempre que os enfermeiros não pudessem assegurar o “serviço de vela” eram substituídos pelos serventes, o que de alguma forma deixava transparecer pouca diferenciação de funções. Na ausência do facultativo era o Enfermeiro-Mor que recebia os doentes e os encaminhava para as enfermarias.

Já em Goa, de acordo com Bastos (2010) e com base em relatos de habitantes e viajantes, a assistência no Hospital Real em Goa, foi marcada pela grandeza e exclusividade e desenvolvia-se num hospital apenas destinado a um grupo restrito de pessoas, marcado por linhas de estratificação no acesso e onde eram cuidados militares europeus de alta estirpe. Paralelamente funcionavam instituições civis, municipais e o Hospital da Misericórdia que tratavam os pobres e leprosos. A medicina era reservada às elites e os enfermeiros e seus ajudantes pertenciam ao grupo de outras profissões de saúde “relegadas para castas mais baixas” (Rodrigues, 2011, p. 29).

Em meados do século XIX, o Hospital Militar apresentava-se diferente, sem critérios de exclusão mas preocupado em atrair outro tipo de população, nomeadamente os não cristãos. De acordo com Bastos (2010), seria um hospital

Onde os empregados se dedicavam ao jogo, onde reinava o desleixo, onde os doentes e seus amigos entravam e saíam quando muito bem queriam, onde a indumentária e a dieta eram livres e até bebidas alcoólicas podiam entrar com as visitas que não poucas vezes também ali pernoitavam. (p. 37)

PAINEL IV: A ENFERMAGEM NOS CONFLITOS BÉLICOS

O Serviço de saúde das províncias ultramarinas foi regulado pelo decreto orgânico de 2 de dezembro de 1869 que perdurou até aos últimos anos do século XIX.

O progresso e a civilização das colónias ultramarinas dependiam, entre outros fatores, da boa organização “dos socorros da medicina” para que europeus e indígenas conseguissem resistir à insalubridade e aos climas africanos.

A partir do primeiro quartel do século XIX, a organização da prática médica e a concetualização de doença conheceu várias dificuldades, particularmente no que se referia à adaptação de concepções ocidentais às realidades dos trópicos. As doenças tropicais eram um obstáculo à aclimação dos europeus, e a insalubridade das províncias africanas, reconhecida como resultado de influências gerais e permanentes, principalmente do clima, mas claramente prejudiciais à saúde. Numa proposta apresentada à câmara dos Senhores Deputados em 13 de julho de 1895 (Câmara dos Senhores Deputados da Nação Portuguesa, 1896, p. 1102), assinada por Hintze Ribeiro e outros deputados, é referido que “a prosperidade e a civilização das colónias dependem em parte da boa organização dos socorros da medicina para que os europeus e indígenas resistam às várias causas de insalubridade que tornam tão inhospitos alguns dos climas da nossa África”.

É salientada a importância da insalubridade, de tal forma que sobressai

A insalubridade da Guiné e de S. Thomé e Príncipe, impedindo que os facultativos e pharmaceuticos ali se demorem sem prejuízo grave de saúde” pelo que “indicou a conveniência de reunir os quadros d’aquellas províncias respectivamente aos de Cabo verde e de Angola para que os referidos empregados possam retemperar o seu organismo depauperado em climas menos insalubres. (p. 1102)

Não é conhecido se os enfermeiros estavam contemplados nesta decisão. O projecto de Lei nº 17 de 13 de Julho de 1895, apresentado à Câmara dos Senhores Deputados em 18 de Abril de 1896, e aprovado nesta data por decreto real, tem em vista a remodelação do serviço de saúde do ultramar, reunindo num só diploma todas as leis e regulamentos de saúde das províncias ultramarinas, tendo em conta, entre outras dificuldades, a necessidade de melhorar a aplicação das enormes quantias referentes à despesa com pessoal efetivo dos quadros de saúde e reformados. As companhias de saúde passariam a dispor de “*commandantes para instruir e disciplinar*” aplicando-lhes a lei de readmissões e atribuindo subsídio para “*rancho*”. A economia resultante das medidas propostas faria com que melhorassem consideravelmente as condições dos enfermeiros, ainda assim insuficientes para “atrair indivíduos habilitados” (Câmara dos Senhores Deputados da Nação Portuguesa, 1896, p. 1102). Daí a proposta de criação de “praticantes de enfermagem” cuja educação seria feita no hospital da marinha. Apesar do aumento da despesa, era reconhecida a importância desta medida pelos benefícios a produzir no tratamento dos doentes. Para completar as medidas propostas é também regulada a admissão das Irmãs Hospitaleiras “como auxiliares valiosas ao serviço de saúde do ultramar sempre que o governo o julgar conveniente” (p. 1102).

No Diário da Câmara dos Senhores Deputados da Nação Portuguesa (1896, p. 1102), é assumido que o serviço de saúde “é um dos mais importantes da administração ultramarina” e atendendo às disposições apresentadas pelos ministros e secretários de estado, em decreto real, é estabelecida a Reorganização Geral do Serviço de Saúde do Ultramar, dirigindo o Art. 1º nos números 1º, 2º, 3º, 4º, 5º, 6º, 7º e 8º, respetivamente

A aplicação das regras e preceitos hygienicos á saúde da força armada e o tratamento dos militares doentes ou feridos; o tratamento dos indigentes, subsidiados, ou não, pelo estado, pelos municípios ou pelas misericórdias, em domicilio ou hospitalizados; a clinica de depósitos de degredados; a clinica das colónias penaes e agricolas; a policia medica e a hygiene das povoações; a policia sanitária dos portos; o ensino na escola medico-cirurgica de Nova Goa; a coordenação de estatísticas médicas, relatórios e estudos de aclimação, colonização e ethnographia. (p. 1103)

A direcção geral do serviço de saúde do ultramar estaria entregue à Repartição de Saúde do Ultramar com incumbência de fiscalizar os chefes de serviço do Serviço de Saúde das províncias ultramarinas. De acordo com o Capítulo III, Art. 4º (Câmara dos Senhores Deputados da Nação Portuguesa, 1896), o pessoal que concorria para a execução do serviço de saúde do ultramar compreendia

O pessoal da repartição de saúde do ultramar, o pessoal dos quadros de saúde, o pessoal das companhias de saúde, os maqueiros, as irmãs hospitaleiras e o pessoal militar ou civil que estivesse ligado permanente ou temporariamente ao serviço de saúde do ultramar. (p. 1103)

Em cada um dos estabelecimentos de saúde das províncias ultramarinas, e sob proposta dos diretores dos hospitais havia, além dos facultativos e farmacêuticos, praças das companhias de saúde e outros empregados estranhos às mesmas a saber enfermeiras, irmãs hospitaleiras, barbeiros, serventes de botica.

PAINEL IV: A ENFERMAGEM NOS CONFLITOS BÉLICOS

Dos deveres dos facultativos dos quadros de saúde, tal como expresso no Capítulo XII, Art. 40º (Câmara dos Senhores Deputados da Nação Portuguesa, 1896), sobressai a importância atribuída à Saúde Pública com a preocupação de efetuar visitas sanitárias, por exemplo a bordo de navios, colégios e escolas de ensino particular, fábricas, lojas de venda e preparação de alimentos e bebidas. Era também seu dever o tratamento gratuito de doentes nos domicílios, consultas gratuitas aos pobres, socorro imediato e o serviço clínico em hospitais do estado, municipais ou hospitais da Misericórdia e de outras instituições particulares onde não houvesse facultativo bem como a colónias penais e agrícolas. Sem haver referência explícita à atividade dos enfermeiros nos serviços de saúde a bordo ou nos lazaretos, a sua presença estava contemplada nas tabelas salariais e no quadro dos regulamentos especiais do serviço de cada província.

Neste decreto real, os enfermeiros e as suas funções são mencionados várias vezes. O Art. 137º do capítulo XXI (Câmara dos Senhores Deputados da Nação Portuguesa, 1896), refere-se à criação, em cada uma das províncias ultramarinas, de um edifício chamado de “Casa de Saúde” destinado a empregados doentes que necessitem sair dos seus postos de trabalho. A instalação destas casas de saúde, construídas de raiz ou ocupando edifícios já existentes, obedecia a critérios: salubridade relativa, facilidade de acesso a víveres e a não existência de facultativos ou farmacêuticos. O pessoal efetivo de cada casa de saúde, em condições ordinárias, apenas contemplava um guarda e para este cargo deviam ser preferidos oficiais inferiores ou enfermeiros reformados que pudessem ser encarregados desse serviço e que terão sob a sua responsabilidade ambulância, camas e utensílios necessários à prestação de cuidados. Só excepcionalmente, e em períodos de maior afluência de pessoas ou casos de doença, poderiam ser nomeados um ou mais enfermeiros, serventes, facultativo e farmacêutico para trabalho interno nas casas de saúde, mas que regressariam aos seus lugares quando terminassem essas situações extraordinárias.

De acordo com o Art. 114º, em cada uma das localidades fora da capital de província em que residisse um facultativo e houvesse ambulância, residiria também um enfermeiro que desempenhava “as funções que lhe são próprias e coadjuvava o facultativo na preparação de medicamentos” (Câmara dos Senhores Deputados da Nação Portuguesa, 1896, p. 1115).

As funções que estavam a cargo do enfermeiro mais antigo de 1º classe nos hospitais militares das capitais de província, passaram a ser atribuídas ao Enfermeiro-Mor, que na hierarquia militar devia ocupar o posto de sargento ajudante.

Poder-se-á supor que a importância atribuídas aos enfermeiros eram diferentes consoante as funções que desempenhavam e os locais onde as desempenhavam.

Maqueiros e Irmãs Hospitaleiras

Neste quadro de funcionários, importa salientar a função atribuída aos maqueiros, em número de quatro por companhia, que eram escolhidos entre os músicos e artífices e que ocupariam esta função após instrução própria ministrada pelos facultativos. Ainda assim, em caso de necessidade, o número poderia ser aumentado sendo a sua escolha feita entre os carregadores indígenas ligados ao serviço militar.

Não deixa de ser curiosa a instrução dada aos maqueiros e onde se destacam algumas funções que pareciam ser mais consentâneas com as funções dos enfermeiros.

De acordo com o art. 184º (Câmara dos Senhores Deputados da Nação Portuguesa, 1896), a referida instrução compreendia:

- 1º Modo de levantar um ferido, segundo a natureza da lesão;
- 2º Modo de o deitar, de o transportar, de o despir e vestir;
- 3º Transporte a braços;
- 4º Marcha com o ferido na maca;
- 5º Modo de dobrar e desdobrar uma maca;
- 6º A hemostase (compressão digital e torniquete);
- 7º Conhecimento exato dos pontos em que a hemostase deve ser feita;
- 8º Aplicação de talas e pensos oclusivos;
- 9º Modo de dessedentar os feridos;
- 10º Instalação de uma ambulância. (p.1117)

Nas tabelas salariais previstas para cada província não aparece oficialmente contemplada qualquer remuneração para os maqueiros porque estes eram pagos pelas misericórdias.

A inclusão das Irmãs Hospitaleiras neste Decreto Real parece dar continuidade ao que já se verificava em hospitais do norte de Portugal, onde “começavam a dispensar cuidados de saúde” (Silva, 2014, p. 68). Poderiam ser colocadas nos hospitais, designados pelo ministro, com contratos de prestação de serviços celebrados na direcção geral do ultramar com a superiora geral, e em

PAINEL IV: A ENFERMAGEM NOS CONFLITOS BÉLICOS

número compatível com a importância e movimento clínico do hospital em que prestavam serviço. Ficariam sob a direção da que tivesse o título de irmã superiora, devendo obediência ao diretor do hospital em “assuntos de serviço, em harmonia com as leis e regulamentos de saúde” (Câmara dos Senhores Deputados da Nação Portuguesa, 1896, p. 1117). Não deviam ser consideradas mercenárias e os “enfermeiros deviam-lhes deferência e respeito, (...) tinham autoridade sobre os enfermeiros e pessoal menor para a execução do serviço que lhes incumbem” (Câmara dos Senhores Deputados da Nação Portuguesa, 1896, p. 1117).

Parece assim haver uma atribuição de importância maior às Irmãs Hospitaleiras em detrimento dos enfermeiros. Estaria a cargo da irmã superiora a distribuição de serviço entre as irmãs, assim como a fiscalização da sua execução, e a intermediação entre elas e o diretor do hospital, a quem dava conta das irregularidades no desempenho e das faltas que os enfermeiros e doentes pudessem cometer.

Também era da sua competência auxiliar e substituir os enfermeiros nos diferentes misteres de enfermagem, desempenhar todo o serviço de enfermagem nas enfermarias de mulheres, superintender e fiscalizar todo o serviço de cozinhas e lavandarias, dirigir o serviço das casas de costura e arrecadações de roupa branca.

Quando encarregadas de enfermaria acompanhavam o médico na visita, relatavam ocorrências e tomavam notas sobre prescrições e cuidados a dispensar aos doentes.

A análise e interpretação de várias tabelas salariais da época efectuadas pela autora, e constantes no documento analisado (Câmara dos Senhores Deputados da Nação Portuguesa, 1896), permitem concluir que as irmãs hospitaleiras eram remuneradas, auferindo vencimentos anuais diferentes, consoante as províncias onde estavam colocadas: 120\$000 reis em Luanda, 150\$000 reis no Hospital Militar de Bolama (Guiné) e 200\$000 reis em Moçambique (enfermeiro-mor 293\$000, incluindo pret, fardamento e gratificações).

Praticantes de Enfermagem. Formação e ascensão na carreira

O mesmo Decreto Real (Câmara dos Senhores Deputados da Nação Portuguesa, 1896, p. 1118), no seu Capítulo XXIX, artº 205 cria uma nova classe profissional designada “Classe dos praticantes de enfermeiros do Ultramar”, o que parece indicar alguma diferenciação profissional, logo que o objetivo seria servirem como enfermeiros de 2ª classe em hospitais, enfermarias militares e ambulâncias do estado nas províncias ultramarinas de África, quando promovidos dentro das condições exigidas.

A sua nomeação era feita por concurso ao qual podiam ser admitidos cidadãos portugueses ou naturalizados, com idade compreendida entre 20 e 30 anos, detentores de instrução primária elementar ou, pelo menos, capazes de ler, escrever e contar. Teriam que apresentar atestado de bom comportamento, certificado de registo criminal, ter saúde e robustez.

Estava espelhado nestes critérios de admissão ao concurso a necessidade dos candidatos possuírem alguma formação escolar logo que, caso não apresentassem a certidão de aprovação de instrução primária ou em outras disciplinas ensinadas nos liceus nacionais, teriam que ser submetidos a um exame na direção geral do ultramar, e que consistia em provas de leitura, escrita e contas com exercícios de sistema métrico decimal.

Quando preferidos nos concursos, e de acordo com os critérios estabelecidos, eram então nomeados praticantes de enfermeiros com um vencimento de 275 réis por dia, assentariam praça no depósito de praças do ultramar onde recebiam guias para se apresentarem ao diretor clínico do hospital da marinha. Além de ficarem sujeitos à disciplina militar, tinham ainda que ter pelo menos um ano de “tirocínio” no hospital da marinha em Portugal, onde deviam adquirir conhecimentos sobre doenças do foro médico e cirúrgico. Os praticantes de enfermeiros eram instruídos por um médico interno do hospital da marinha nomeado pelo ministro que fazia palestras, teóricas e práticas, três vezes por semana durante uma hora. De salientar que as preleções e o exame era regulados por um programa elaborado pelo médico preletor, aprovado pelo ministro depois de ouvida a direção geral do ultramar.

No final do ano de tirocínio, os praticantes seriam de novo examinados para reconhecimento de aptidão para serviço nos hospitais do Ultramar, podendo então ser nomeados como enfermeiros de 2ª classe, para trabalhar durante seis anos nas províncias ultramarinas de África, mediante as vagas existentes para enfermeiros, passando a auferir o vencimento correspondente às categorias de enfermeiros dos quadros a que se destinassem. Todos os que não eram aprovados no exame final, continuariam a praticar mais seis meses e sujeitos a novo exame, e se reprovados pela segunda vez ficariam obrigados a prestar serviços por três anos, como ajudantes de enfermeiros, nas províncias ultramarinas de África.

De acordo com o Capítulo XXIX, Art. 221º, a formação destes enfermeiros não era gratuita. Após a sua nomeação era “liquidada a importância total da despesa feita com ele até ao dia do seu embarque, a fim de ser debitada à província em que for servir” (Câmara dos Senhores Deputados da Nação Portuguesa, 1896, p. 1119).

O presente Decreto Real é omissivo relativamente às funções, propriamente ditas, dos enfermeiros o que leva a supor que os mesmos mantêm as funções designadas na Legislação Novíssima do Ultramar em 1865 e posteriores, para as categorias de enfermeiro-mor, enfermeiros e ajudante de enfermeiro.

Conclusão

É evidenciada a preocupação em todo o império ultramarino relativamente à saúde e doença, pelo que em finais do Século XIX, se tornou prioridade na atividade legislativa, a regulamentação dos serviços de saúde nas colónias, encarando o conhecimento sobre saúde e doença como motor de progresso dos territórios do Império.

A regulamentação da instrução de maqueiros, a criação de uma classe de praticantes de enfermeiros e o papel das irmãs hospitalares, permite compreender o processo de desenvolvimento dos enfermeiros a partir da hierarquia profissional e dos cuidados prestados, não obstante a ausência de detalhes técnicos.

As atividades ligadas ao cuidar e aos cuidados prestados pelos enfermeiros da época, tiveram certamente um forte contributo na arte de cuidar e na ciência do cuidar que hoje conhecemos.

Referências bibliográficas

- Bastos, C. (2010). Hospitais e sociedade colonial: Esplendor, ruína, memória e mudança em Goa. *Ler História*, 58, 61-79
Recuperado de http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/11298/1/ICS_CBastos_Hospitais_ARN.pdf
- Câmara dos Senhores Deputados da Nação Portuguesa. (1896). *N.º60 - Sessão de 18 de abril de 1896*. Recuperado de <http://debates.parlamento.pt/catalogo/mc/cd/01/01/01/060/1896-04-18>
- Castelo, C. (2009). Migração ultramarina: Contradições e constrangimentos. *Ler História*, 56. Recuperado de <https://lerhistoria.revues.org/1950>
- Conselho Ultramarino. (1895). *Collecção da legislação novíssima do Ultramar (1864 e 1865)* (2ª ed., Vol. 5). Lisboa, Portugal: Imprensa Nacional.
- Ferreira, J. J. (s.d.). *O Serviço de saúde militar no princípio do século XXI em Portugal*. Recuperado de http://www.aofa.pt/artigos/Brandao_Ferreira_O_Servico_de_Saude_Militar_no_Principio_do_Seculo_XXI_em_Portugal.pdf
- Ministério dos Negócios da Marinha e Ultramar, Direcção Geral do Ultramar, Repartição da Saúde. (1899). *Supplemento à collecção de legislação portuguesa anno de 1899*. Lisboa, Portugal: Imprensa Nacional.
- Rodrigues, E. (2011). Moçambique e o Índico: a circulação de saberes e práticas de cura. *Métis: História & Cultura*, 10(19), 15-42. Recuperado de <http://www.uca.br/etc/revistas/index.php/metis/article/view/1691/1083>
- Roque, A. C. (2014). Doença e cura em Moçambique nos relatórios dos serviços de saúde dos finais do século XIX*. *História, Ciências, Saúde: Manguinhos*, 21(2), 515-537. doi: 10.1590/S0104-59702014000200006
http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n2/en_0104-5970-hcsm-21-2-0515.pdf
- Silva, C. N. (2009). *Constitucionalismo e império: A cidadania no ultramar português*. Coimbra, Portugal: Almedina.
- Silva, H. (2014). Influências estrangeiras nos hospitais portugueses: O caso da enfermagem religiosa (finais do século XIX). *CEM Cultura, Espaço e Memória: Revista do CITCEM*, 5, 63-75. Recuperado de <http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/12840.pdf>
- Silva, A. I. (2018). *A arte de enfermeiro: Escola de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca*. Coimbra, Portugal: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Sioban, N. (2011). A imagem da enfermeira: As origens históricas da invisibilidade na enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, 20(2), 223-224. doi: 10.1590/S0104-07072011000200001



Editor / Editor

Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem / Health Sciences Research Unit: Nursing
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra / Nursing School of Coimbra

Editor Chefe / Editor in Chief

Manuel Alves Rodrigues, Ph.D., Agregação. Coordenador Científico da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem / Scientific Coordinator of the Health Sciences Research Unit: Nursing

Editor Adjunto / Deputy Editor

Teresa Barroso, Ph.D. - *Professora Adjunta, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*

Editor Sénior / Senior Editor

Aida Cruz Mendes, Ph.D., Coordenadora Adjunta da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem / Deputy Coordinator of the Health Sciences Research Unit: Nursing

Conselho Editorial Nacional / National Editorial Board

Arménio Cruz, Ph.D – *Professor Coordenador da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*
António Fernando Salgueiro Amaral, MS – *Professor Coordenador da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*
Anabela Pereira, Ph.D, Agregação – *Professora Associada com agregação, Universidade de Aveiro*
Ananda Maria Fernandes, Ph.D – *Professora Coordenadora da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*
Carolina Miguel Graça Henriques, Ph.D – *Professor Adjunto da Escola Superior Saúde - Instituto Politécnico de Leiria*
Clara Ventura, Ph.D – *Professora Coordenadora da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*
Fernando Ramos, Ph.D – *Professor da Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra*
João Luís Alves Apóstolo, Ph.D – *Professor Coordenador da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*
João O. Malva, Ph.D – *Investigador Principal com Agregação, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra*
José Carlos Santos, Ph.D – *Professor Coordenador da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*
Manuel José Lopes, Ph.D – *Professor Coordenador da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus, Universidade de Évora*
Maria dos Anjos Dixe, Ph.D – *Professora Coordenadora da Escola Superior de Enfermagem do Instituto Politécnico de Leiria*
Paulo Queirós, Ph.D – *Professor Coordenador da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*
Susana Duarte, Ph.D. – *Professora Adjunta, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*
Vitor Rodrigues, Ph.D – *Professor Coordenador da ESEVR, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro*
Wilson Correia Abreu, Ph.D – *Professor Coordenador Principal, Escola Superior de Enfermagem do Porto*

Conselho Editorial Internacional/ International Editorial Board

Afaf I. Meleis, Ph.D., DrPS(hon), FAAN – Dean Emerita, School of Nursing, Professor of Nursing and Sociology, University of Pennsylvania
Alacoque Lorenzini Herdemann, RN, Ph.D – Professora Titular da Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil
Alan Pearson, RN, Ph.D. – Emeritus Professor of the University of Adelaide, Australia
António José de Almeida Filho, Ph.D – Professor Associado, Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro
Arja Holopainen, Director, Ph.D – Nursing Research Foundation, Finland
Carl von Baecker, Ph.D. – Professor Emeritus, Saskatchewan University – Canada
Christine Webb, RN, Ph.D. – Professor of Health Studies at the University of Plymouth, UK

Dalmo Valério Machado de Lima, Ph.D – Professor adjunto da Universidade Federal Fluminense, Brasil
Danélia Gómez Torres, Ph.D. – Professora tiempo completo, Universidad Autónoma do Estado de México
Deborah S. Finnell, DNS, PMHNP-BC, CARN-AP, FAAN – Associate Professor & Director of the Master’s Program, The Johns Hopkins University School of Nursing, USA
Eufemia Jacobs, PhD, RN – Assistant Professor, School of Nursing, University of California, Los Angeles, USA
F. Javier Barca Durán, Ph.D – Professor Titular da Facultad de Enfermería y Terapia Ocupacional, Universidad de Extremadura, Espanha
Francisco Carlos Félix Lana – Professor Associado, Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil
Isabel Amélia Costa Mendes, Ph.D – Directora do Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Brasil
Joakim Öhlén, Ph.D. – Professor, Universidade de Gothenburg, Suécia
Jane Salvage – Independent nursing consultant Programme Director, ICN Global Nursing
Lam Nogueira, Oi Ching Bernice, Ph.D. – Professora, Instituto Politécnico de Macau, Escola Superior de Saúde
Manuel Amezcua, RN – Chefe de B. de Docência e de Investigação; Presidente da Fundação Índex, Granada, Espanha
Márcio Tadeu Francisco, Ph.D. – Assessor do Reitor, Universidade do Estado do Rio de Janeiro
María Antonieta Castañeda Hernández, Ph.D. – Coordenadora de Educação e Saúde, Centro Médico Nacional Siglo XXI, México
Maria de Lourdes de Souza, Ph.D. – Professora de Pós Graduação em Enfermagem, Presidente do instituto Repensul, Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil
Miloslav Klugar, Ph.D. – Professor Adjunto Associado, School of Translational Health Sciences, FHS, University of Adelaide
Miwako Honda, MD. – Director, Geriatric Research Division, National Hospital Organization, Tokyo Medical Center
Pirkko Kourri, Ph.D. – Lecturer, Savonia University of Applied Sciences, Unit of Health Care, Kuopio, Finland
Ratikorn Muecannadon, Ph.D, MSN, RN – Professor, Boromarajonani College of Nursing, Udonthani, Thailand
Rodrigo Chácon Ferrera, RN, Ph.D. – Professor Titular na Escuela Universitaria, Fac. de Ciências de la Salud Las Palmas de Gran Canaria, España
Zoe Jordan, Ph.D. – Associate Professor, University of Adelaide, Australia

Conselho Consultivo / Consultive Board

Comissão Administrativa, Comissão Externa de Aconselhamento e Comissão de Ética da Unidade de Investigação / Administrative Commission, External Advisory Committee and Ethics Committee of the Research Unit

A Revista de Enfermagem Referência apresenta-se em versão impressa (ISSNp:0874.0283) e em versão electrónica (ISSNe:2182.2883). Todo o processo de gestão, da submissão à publicação realiza-se em plataforma web: <http://esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=articleSubmission>, por forma a garantir o controlo de qualidade em todas as fases.

Os artigos publicados neste número foram traduzidos para versão inglesa por Técnicos Especializados do Gabinete de Projetos da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Antes da publicação, a versão inglesa foi validada pelos autores.

O Corpo de Revisores Pares e Apoio Técnico e de Redacção está acessível na página

web:<http://esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=page&id=11672>

<http://esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=page&id=11673>

Contactos / Contacts

Escola Superior de Enfermagem / Nursing School of Coimbra

Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem / Health Sciences Research Unit: Nursing

Avenida Bissaya Barreto – 3001-901 Coimbra/PORTUGAL.

Tel. 239 487 255 / 239 487 200 (ext. 2077)

E.mail:referencia@esenfc.pt (Revista de Enfermagem Referência / Referência Journal of Nursing)

investiga@esenfc.pt (Unidade de Investigação / Research Unit)

URL: <http://www.esenfc.pt/rr/> (Revista de Enfermagem Referência – disponível em texto integral / Referência Nursing Journal – available in full text)

<http://www.esenfc.pt/uicisa/> (Unidade de Investigação / Research Unit)

FICHA TÉCNICA / TECHNICAL BOARD

REV. ENF. REF.

Propriedade / Ownership

Escola Superior de Enfermagem, de Coimbra / Nursing School of Coimbra
Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem / Health Sciences Research Unit: Nursing
Avenida Bissaya Barreto – 3001-091 Coimbra
Telefs. 239 487 255 / 239 487 200 (ext. 2077)
Email: referencia@esenfc.pt (Revista de Enfermagem Referência)
investiga@esenfc.pt (Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem)
URL: <http://rr.esenfc.pt/rr/> (Revista de Enfermagem Referência)
URL: <https://www.esenfc.pt/uicisa> (Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem)

Título de Registo de Marca Nacional / Trade Mark Registry

INPI-402077

Depósito Legal / Legal Deposit

119318/98

ISSNp (print version)

0874.0283

ISSNe (electronic version)

2182.2883

ELEMENTOS REFERENTES AO SUPLEMENTO DO Nº 15, SÉRIE IV DA REV. ENF. REF.

Responsabilidade da organização / Responsibility for the organization

Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem

Revisão Final / Copy Editing

Daniela Cardoso, RN
Daniela Pinto, RN – Bolseira de Investigação da UICISA: E, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
Filipa Couto, RN, Bolseira da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem
Liliana Baptista, PhD em Psicologia – Bolseira de Investigação da UICISA: E, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
Maria Lucília Cardoso, ms. em Sociologia – Bolseira de Investigação da UICISA: E, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
Paulo Costa, RN – Bolseiro de Investigação da UICISA: E, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
Susana Branca, Lic. em Ciências da Informação

Apoio Documental / References Revision

Serviço de Documentação da ESEnFC

Maquetização e Paginação / Layout & DTP

Eurico Nogueira, MS em Tecnologias de Informação Visual

Apoio Técnico / Technical Support

Cristina Louçano, Secretariado da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem

O conteúdo científico é da responsabilidade dos autores.



HEALTH SCIENCES
RESEARCH UNIT
UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO
EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
ENFERMAGEM



Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra



ANHE
ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE
HISTÓRIA DA ENFERMAGEM

FCT Fundação
para a Ciência
e a Tecnologia