

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL – UFRGS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

MÁRCIA REJANE STRAPASSON

**O ENSINO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM NEONATAL PARA ALUNOS
DE ESCOLA PÚBLICA NAS DÉCADAS DE 50 E 60**

Porto Alegre

2014

MÁRCIA REJANE STRAPASSON

**O ENSINO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM NEONATAL PARA ALUNOS
DE ESCOLA PÚBLICA NA DÉCADA DE 50 E 60**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de pesquisa: Cuidado de Enfermagem na saúde da mulher, criança, adolescente e família

Orientadora: Prof^a Dr^a Ana Lúcia de Lourenzi Bonilha

Porto Alegre

2014

CIP - Catalogação na Publicação

Strapasson, Márcia Rejane

O ensino de graduação em enfermagem neonatal para
alunos de escola pública na década de 50 e 60 /

Márcia Rejane Strapasson. -- 2014.

104 f.

Orientadora: Ana Lúcia de Lourenzi Bonilha.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2014.

1. Enfermagem neonatal. 2. Ensino superior. 3.
História. I. Bonilha, Ana Lúcia de Lourenzi , orient.
II. Título.

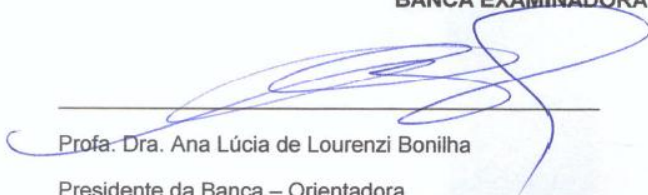
MÁRCIA REJANE STRAPASSON

O ensino de graduação em enfermagem neonatal para alunos de escola pública nas décadas de 50 e 60

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 25 de fevereiro de 2014

BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Ana Lúcia de Lourenzi Bonilha

Presidente da Banca – Orientadora

PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Eva Neri Rubim Pedro

Membro da banca

PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Annelise de Carvalho Gonçalves

Membro da banca

PPENF/UFRGS



Profa. Dra. Regina Gema Santini Costenaro

Membro da banca

UNIFRA

Dedico este estudo aos meus pais Orides e Rita e ao meu irmão Márcio, que mesmo distantes sempre me incentivaram, apoiaram e serviram como exemplo de coragem e força.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por inspirar-me o Dom da Sabedoria e através dele possibilitar-me a capacidade de escolher o Bem e o Belo.

Pela graça de viver, de almejar crescer e ampliar meu conhecimento para o “bem” da humanidade, especialmente aqueles mais vulneráveis e indefesos – os recém-nascidos.

À minha família, que mesmo distante sempre me apoiou e incentivou a lutar pelos meus sonhos.

Ao meu namorado pelo incentivo e companheirismo nas longas horas de estudo.

À Universidade Federal do Rio Grande do Sul, pela oportunidade de realizar o curso de Pós-Graduação de forma gratuita e amplamente qualificada.

À minha orientadora Dr^a Ana Lúcia de Lourenzi Bonilha, pela amizade, carinho e capacidade exemplar em conduzir este estudo com serenidade, tranquilidade e dinamismo.

À minha colega de Mestrado Ana Carla dos Santos Fischer, que participou do grande projeto de pesquisa “O Ensino de Graduação em Enfermagem na Gestaçã, Parto e Nascimento para alunos de Escola Pública das Décadas de 1950 a 1980”, do qual originou-se este estudo, obrigada pela amizade, parceria e por teres compartilhado comigo deste momento importante.

À Enfermeira Jéssica Machado Telles e à bolsista de iniciação científica Sara Oliveira, que participaram ativamente deste projeto de pesquisa, pela amizade e colaboraçã.

Ao Hospital Universitáριο Mãe de Deus de Canoas/RS, na pessoa da Gerente de Enfermagem Fátima Farias, pelo apoio e liberaçã das atividades hospitalares para estudar e realizar o mestrado.

Enfim, a todos os que fizeram parte da minha história e da concretizaçã deste ideal, muito obrigada.

“A única maneira de um cidadão se libertar completamente é pelo conhecimento”.

Pedro Westphalen

RESUMO

STRAPASSON, Márcia Rejane. **O ensino de graduação em enfermagem neonatal para alunos de escola pública na década de 50 e 60.** 2014. 104 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2014.

O objetivo deste estudo é conhecer o ensino de graduação para alunos de enfermagem da escola pública relativa ao atendimento do recém-nascido, no período de 1950 e 1960. Optou-se por este recorte temporal por se tratar da primeira década de fundação da Escola de Enfermagem na Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Trata-se de uma pesquisa qualitativa que se caracteriza por ser uma pesquisa histórica, fundamentada no referencial da Nova História, que se utiliza da história oral como estratégia para coleta de dados com entrevistas semiestruturadas e da análise documental para atingir seus objetivos. Os colaboradores do estudo seguiram os critérios de inclusão, totalizando 11 egressos do curso de enfermagem que se formaram nesse período. A análise dos dados foi do tipo temática conforme Minayo (2008), da qual emergiram dois temas: a relação de dependência do ensino de enfermagem com a Faculdade de Medicina; e a diferenciação do enfoque no ensino sobre o recém-nascido nas duas décadas. Para o primeiro tema emergiram duas categorias temáticas uma referente ao ensino na década de 50 e outra relativa a década de 60. Na relação de dependência da Escola de Enfermagem com a Faculdade de Medicina ficou evidenciado que, apesar do interesse da medicina em manter a enfermagem sob sua subordinação como mão de obra para auxiliar no cuidado aos doentes, a enfermagem tinha total autonomia sobre o cuidado com o recém-nascido. Quanto à diferenciação do enfoque no ensino sobre o recém-nascido nas duas décadas, observou-se que o ensino era abordado nas disciplinas de Pediatria, Puericultura e Berçário. Inicialmente era baseado na fisiologia, passando a se diferenciar a partir da metade da década de 50, com o avanço científico e tecnológico, para os primórdios de um cuidado mais intervencionista. Pode-se inferir que o ensino relativo ao recém-nascido acompanhou as mudanças sociais, políticas e econômicas do país, refletindo nas práticas na área de saúde e enfermagem.

Palavras-chave: História. Recém-nascido. Ensino. Enfermagem neonatal.

ABSTRACT

STRAPASSON, Márcia Rejane. **Undergraduate education in neonatal nursing for public school students in the 50 and 60 decades**. 2014. 104 f. Dissertation (Master in Nursing) School of Nursing. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2014.

The aim of this study is to know the teaching of undergraduate nursing students from the public school on the care of the newborn from 1950 and 1960. It was opted for this timeframe because it was the first decade of the Foundation of the school of Nursing at the Federal University of Rio Grande do Sul. It is a qualitative research that is characterized for being a historical research, based on the reference of the New Story, which uses of oral history as a strategy for data collection with semi-structured interviews and the analysis of documents to achieve their goals. The contributors to the study followed inclusion criteria, totaling 11 graduates of the course of nursing that graduate during this period. The analysis of the data was the theme type as Minayo which emerged two themes: the relationship of dependence on nursing teaching with the Faculty of Medicine and differentiation of the focus on teaching about the neonate in two decades. For the first theme emerged two thematic categories related to neonatal nursing education in the School of Nursing of Rio Grande do Sul in the 50s and 60s. In the dependency of the Nursing School with the Faculty of Medicine was evidenced that despite the interest of Medicine to keep nursing under their subordination as manpower to help them in caring for patients, nursing had full autonomy under the care of the newborn. As for differentiation of the focus on teaching about the newborn in two decades, it has been observed that the teaching was addressed in the disciplines of Obstetric Nursing, Pediatric Nursing, Childcare, Maternity and Nursery. Initially it was based on physiology, passing to differentiate in the mid-1950s with the scientific and technological advance, to the beginnings of a more interventionist care. It can be inferred that the teaching on the newborn followed the social, political and economic changes in the country, reflecting on practices in healthcare.

Keywords: History. Newborn. Teaching. Neonatal nursing.

RESUMEN

STRAPASSON, Márcia Rejane. **La educación de pregrado en enfermería neonatal para los estudiantes de escuelas públicas en los años 50 y 60.** 2014. 104 f. Tesis (Maestría en Enfermería) Escuela de Enfermería. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2014.

El objetivo de este estudio es conocer la enseñanza de graduación para alumnos de enfermería de la escuela pública relativa al atendimento del recién nacido entre 1950 y 1960. Se optó por este recorte temporal ya que fue la primera década de fundación de la Escuela de Enfermería en la Universidad Federal de Rio Grande do Sul. Se trata de una investigación cualitativa que se caracteriza por ser una investigación histórica, fundamentada en el referencial de la Nueva Historia, que se utiliza de la historia oral como estrategia para colecta de datos con entrevistas semi-estructuradas y del análisis de documentos para alcanzar sus objetivos. Los colaboradores del estudio siguieron los criterios de inclusión, totalizando 11 egresos del curso de enfermería que se formaron en este período. El análisis de los datos fue del tipo temático conforme Minayo del cual surgieron dos temas: La relación de dependencia de la enseñanza de enfermería con la Facultad de Medicina y la diferenciación del enfoque en la enseñanza sobre el neonato en las dos décadas. Para el primer tema surgieron dos categorías temáticas relacionadas con la enseñanza de la enfermería neonatal en la Escuela de Enfermería de Río Grande do Sul, en los años 50 y 60. En la relación de dependencia de la Escuela de Enfermería con la Facultad de Medicina quedó evidenciado que a pesar del interés de la Medicina en mantener la enfermería sobre su subordinación como mano de obra para auxiliarlos en el cuidado a los enfermos, la enfermería tenía total autonomía sobre el cuidado con el recién nacido. Cuanto a la diferenciación del enfoque en la enseñanza sobre el recién nacido en las dos décadas, se observó que la enseñanza era abordada en las disciplinas de Enfermería Obstétrica, Enfermería Pediátrica, Puericultura y Maternidad. Inicialmente era basado en la fisiología, pasando a diferenciarse a partir de la mitad de la década del 50 con el avance científico y tecnológico, a los principios de una atención más intervencionista. Se puede inferir que la enseñanza en el recién nacido siguió a los cambios sociales, políticos y económicos en el país, lo que refleja las prácticas de cuidado de la salud.

Palabras clave: Historia. Recién nacido. Enseñanza. Enfermería neonatal.

LISTA DE FOTOGRAFIAS

Fotografia 1 – Unidade de internação maternidade	68
Fotografia 2 – Trenzinho – meio de transporte dos bebês	69
Fotografia 3 – Incubadora	79
Fotografia 4 – Berçário	84

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Processo avaliativo das disciplinas de Pediatria e Puericultura	42
Quadro 2 – Processo avaliativo das disciplinas de Pediatria e Puericultura, Maternidade e Berçário e Enfermagem Pediátrica	51
Quadro 3 – Processo avaliativo das disciplinas de Pediatria e Puericultura, Maternidade e Berçário e Enfermagem Pediátrica	55
Quadro 4 – Atividades práticas desenvolvidas nas disciplinas de Pediatria e Puericultura	57
Quadro 5 – Patologias do recém-nascido	58
Quadro 6 – Parte do programa da disciplina de Enfermagem Pediátrica.....	59
Quadro 7 – O prematuro e sua alimentação	71
Quadro 8 – O recém-nascido patológico.....	72
Quadro 9 – A incubadora e os cuidados com o recém-nascido prematuro.....	80
Quadro 10 – Cuidados de enfermagem com o prematuro	81
Quadro 11 – Cuidados de enfermagem com o recém-nascido normal	82
Quadro 12 – Aleitamento materno	85
Quadro 13 – Aleitamento artificial	85
Quadro 14 – Palestras com a representantes da indústria de leites artificiais	86

LISTA DE SIGLAS

ABEn	Associação Brasileira de Enfermagem
CFE	Conselho Federal de Educação
COMPESQ	Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul
CPMI	Coordenação de Proteção Materno Infantil
DAMI	Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância
DINSAMI	Divisão Nacional de Saúde Materno Infantil
DNCr	Departamento Nacional da Criança
DNS	Departamento Nacional de Saúde
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
DPMI	Diretoria de Proteção à Maternidade e à Infância
EEAN	Escola de Enfermagem Anna Nery
EEUFRGS	Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul
EEUSP	Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
IAPs	Institutos de Aposentadoria e pensões
IHII	Inspetoria de Higiene Infantil
IM	Intramuscular
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IV	Intravenoso
MÊS	Ministério da Educação e Saúde
O ₂	Oxigênio
PNS/INAN	Programa de Nutrição em Saúde do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição
RN	Recém- nascido
SESP	Serviço Especializado de Saúde Pública
VO	Via Oral

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	ESCOLAS DE ENFERMAGEM NO BRASIL	15
3	PROPOSTAS CURRICULARES NO ENSINO DE ENFERMAGEM NO BRASIL	18
4	POLÍTICAS PÚBLICAS RELACIONADAS À SAÚDE DA CRIANÇA NAS DÉCADAS DE 50 E 60	21
5	OBJETIVOS	24
5.1	Objetivo Geral	24
5.2	Objetivos Específicos	24
6	METODOLOGIA	25
6.1	Tipo do Estudo	25
6.2	Local do Estudo	26
6.3	Colaboradores	27
6.4	Coleta de Dados	28
6.5	Análise dos Dados	28
6.6	Aspectos Éticos	29
7	RELAÇÃO DE DEPENDÊNCIA DO ENSINO DA ESCOLA DE ENFERMAGEM COM A FACULDADE DE MEDICINA	31
8	A DIFERENCIAÇÃO DO ENFOQUE NO ENSINO SOBRE O NEONATO NAS DUAS DÉCADAS	66
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS	89
	REFERÊNCIAS	93
	APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA	100
	APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	102
	ANEXO A – CURRÍCULO BÁSICO DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DE PORTO ALEGRE NA ÉPOCA DE SUA FUNDAÇÃO	103

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo faz parte do projeto de pesquisa “O Ensino de Graduação em Enfermagem na Gestação, Parto e Nascimento para Alunos de Escola Pública das Décadas de 1950 a 1980”. Aqui será apresentado o recorte temporal referente às décadas de 50 e 60, em rela o ao ensino de enfermagem neonatal.

O desejo da pesquisadora de conhecer mais sobre o ensino do cuidado neonatal surgiu a partir da vivência como enfermeira em centro obstétrico e da constata o de que, no dia a dia do atendimento, no momento do nascimento as práticas do cuidado são fortemente pautadas pelo modelo biomédico, focadas nas rotinas e nas interven es. Observa-se que nesta área do cuidado há frequentemente o uso indiscriminado da tecnologia, sem considerar a integralidade e individualidade no cuidado.

Nesse cenário, observam-se a vulnerabilidade do recém-nascido (RN) e sua rela o de dependência com sua família e com o profissional da saúde para o seu nascimento e boa adapta o na transi o para a vida extrauterina (PEDRON; BONILHA, 2008).

Aliado a estas constata es, percebe-se que com o desenvolvimento científico e tecnológico têm aumentado os índices de hospitaliza o do recém-nascido e conseqüentemente o número de interven es assistenciais (PEDRON, 2007). Contudo, a prática assistencial dos profissionais da saúde   pouco refletida e questionada, tão pouco entendida quanto sua evolu o histórica.

Nessa perspectiva, o modelo ideal atual de cuidado obstétrico e neonatal está pautado na humaniza o do atendimento, que tem como base as políticas públicas de saúde, na perspectiva da integralidade, na utiliza o adequada da tecnologia, valoriza o de crenças e modos de vida. Esse modelo implica ainda no desenvolvimento de a es para o cuidado integral   mulher, ao recém-nascido e família (SILVA; CHRISTOFFEL; SOUZA, 2005).

A temática da história do cuidado com o recém-nascido no mundo pode ser contada a partir do século XIX. Os neonatos eram ignorados pela sociedade e havia uma alta taxa de mortalidade infantil (PEDRON, 2007). Foi nesse período que surgiu na Europa, entre 1870 e 1920, o Movimento para a Saúde da Criança, que buscava preservar a vida das crianças, incluindo os recém-nascidos prematuros, considerado um marco na história do cuidado neonatal (ROCHA, 2007).

Até então, não havia clareza quanto à área de responsabilidade pelo atendimento do recém-nascido, se era obstétrica ou pediátrica. O cuidado com a criança não fazia parte da missão das instituições de saúde. Contudo, o avanço científico e tecnológico propiciou grandes transformações no cuidado neonatal durante e após o parto (RODRIGUES; OLIVEIRA, 2004). A partir desse marco histórico, as pesquisas e os investimentos na área neonatal tornaram-se cada vez mais intensas, espalhando-se pelo mundo. Contudo, cabe salientar que, no Brasil, pouco se tem escrito sobre este tema.

A partir desse conhecimento desenvolveu-se uma pesquisa de carácter histórico visando conhecer o ensino de graduação em enfermagem de escola pública (Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - EEUFRGS) relativa ao atendimento do recém-nascido, durante as décadas de 50 e 60. Segundo Burke (1992), a reconstrução da história pode fornecer subsídios para compreender, mesmo que parcialmente, os acontecimentos presentes.

Pressupondo-se os benefícios que um resgate histórico pode gerar para o cuidado ao neonato e para as atividades de ensino materno-infantil, questiona-se: como se deu o processo de ensino em enfermagem neonatal e os conteúdos relativos ao atendimento do recém-nascido (RN) durante as décadas de 50 e 60 no curso de graduação em enfermagem de uma instituição pública?

A Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), como campo da pesquisa, foi a primeira escola pública para graduação de enfermeiros do Estado do Rio Grande do Sul e considerada local formador de grande parte de profissionais atuantes em Porto Alegre e no Estado do Rio Grande do Sul.

O recorte temporal do estudo abrangeu as décadas de 50 e 60 por se tratar do período da criação da Escola de Enfermagem na UFRGS.

2 ESCOLAS DE ENFERMAGEM NO BRASIL

O ensino de Enfermagem foi oficialmente instituído no Brasil através do Decreto Federal nº 791, de 27 de setembro de 1890, com a criação da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, posteriormente denominado de Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, que apresentava seu quadro docente composto por médicos e supervisores do hospital (RESENDE, 1961). O Decreto previa a instituição de uma escola no Hospício Nacional de Alienados e profissionais para atuar neste e em hospitais civis e militares, forçando a necessidade de qualificação de mão de obra. Essa proposta passou a contrariar a forma usual de recrutamento de pessoal realizado pelas instituições religiosas, que eram responsáveis pelo treinamento de pessoas de boa vontade e de espírito caritativo para o cuidado ao enfermo (KLETEMBERG; SIQUEIRA, 2003). Desde as origens da história da enfermagem as instituições religiosas marcaram este espaço pelo espírito de sacrifício, doação e submissão. Estas ocupavam espaços de coordenação e ensino, sendo consideradas as detentoras do saber no campo da enfermagem nas diferentes épocas, mantendo-se pelo exemplo e abdicando das “coisas” do mundo.

No entanto, a literatura apresenta a Escola Anna Nery, com fundação em 19 de fevereiro de 1923, como a primeira Escola de Enfermagem no Brasil, uma vez que seu corpo docente era totalmente composto por profissionais da enfermagem (MOREIRA; PORTO; OGUISSO, 2002). A fundação dessa escola demarca a implantação da enfermagem moderna no Brasil sob a liderança de enfermeiras norte-americanas, Enfermeiras Ethel Parsons e Clara Louise Kienninver, trazidas pela Fundação Rockefeller, que tinham como missão a cooperação técnica no desenvolvimento da enfermagem no Brasil. Essa missão deixou como legado a institucionalização do ensino de forma sólida, a construção simbólica do modelo de enfermeira para a sociedade, e apresentou instrumentos legais para nortear o exercício profissional (SANTOS et al., 2008). O curso tinha caráter teórico, porém era de competência das alunas o cuidado com doentes e a higiene de ambientes (MOREIRA; PORTO; OGUISSO, 2002).

Frente à necessidade de um serviço sanitário organizado e com profissionais capacitados para auxiliar no combate às doenças transmissíveis, especialmente a tuberculose, foi criada a Escola de Enfermeiros do Departamento Nacional de Saúde

Pública (DNSP), através do Decreto 15799 de 10/12/1922, conforme o modelo das escolas americanas (VARELA; SOARES; VELLOSO, 2005).

De acordo com a literatura, nessa mesma década, já existiam algumas escolas de formação de enfermagem, como a Escola Alfredo Pinto, no Rio de Janeiro, fundada em 1890, de modelo francês; a Escola de Enfermeiras do Hospital Samaritano de São Paulo, fundada em 1901, de modelo inglês; a Escola da Cruz Vermelha, no Rio de Janeiro, fundada em 1916, e a Escola do Exército, fundada em 1921. Essas escolas seguiam o modelo europeu, onde as aulas eram ministradas por médicos e as escolas coordenadas por eles (CRUZ VERMELHA BRASILEIRA, 2009).

A concepção da enfermagem como ciência passou a ser construída a partir de 1921, com a chegada das enfermeiras norte-americanas, as quais incentivaram a formação universitária (PAVA; NEVES, 2011).

O Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) iniciou suas atividades sob direção de Miss Clara Louise Krinninger, em 19 de fevereiro de 1923, com a presença de 14 alunas. Estas, após formadas, trabalhavam no DNSP ou davam continuidade ao seu aperfeiçoamento nos Estados Unidos (GALLEGUILLOS; OLIVEIRA, 2001). O Decreto 16300/23 introduziu a Escola do DNSP no ensino oficial sistematizado da Enfermagem moderna no Brasil, uma vez que foi a primeira escola a implementar o ensino por meio da utilização do currículo, posteriormente denominada Escola Ana Nery (MOREIRA; PORTO; OGUISSO, 2002; RIZZOTTO, 2006).

No ano de 1925, pelo Decreto 17268/25, a enfermeira Raquel Haddock Lobo assume a diretoria da Escola Ana Nery (GALLEGUILLOS; OLIVEIRA, 2001; ITO et al., 2006). No entanto, somente em 1931, é conferida a essa Escola a condição de padrão oficial de ensino de enfermagem (PAVA; NEVES, 2011). Seu currículo previa a duração do curso para dois anos e quatro meses e exigia o diploma da Escola Normal para ingresso na instituição. O período probatório constituía-se de quatro meses de aula teórica segundo o modelo norte-americano e previa oito horas diárias de prestação de serviço no hospital, com direito de residência para mulheres, duas meias folgas por semana e uma simbólica mensalidade (ITO et al., 2006; VIANA, 2005). Em 1933, foi fundada no Rio de Janeiro a Escola de enfermagem Carlos Chagas e em 1937 a Escola Ana Nery foi incorporada à Universidade do Brasil, que

em 1945 se estabelece como Ensino Superior de enfermagem e é reconhecida como padrão (CAMPOS; OGUISSO, 2008; SILVA; GALLIAN, 2009).

Em consequência da segunda guerra mundial, ocorreu uma intensificação na formação de enfermeiras profissionais e voluntárias para atender especialmente aos militares (BARREIRA, 2005). Em 1939 já haviam sido fundadas sete escolas de enfermagem no Brasil, e em 1949 registram-se 23 escolas. Em São Paulo a primeira escola registra sua fundação como Escola de Enfermeiras do Hospital São Paulo, em 1939 com um currículo de 5.198 horas de teoria, com duração de dois anos e quatro meses, e 3016 horas práticas (CAMPOS; OGUISSO, 2008; SILVA; GALLIAN, 2009).

Em 1944, através do Decreto 1130, cria-se a Escola de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense, reconhecida só em 1947, que tinha como objetivo formar enfermeiras de alto padrão para os serviços hospitalares e saúde pública (BRASIL, 1949). Nessa década ocorre a divisão do trabalho, cabendo ao enfermeiro as funções administrativas, e aos técnicos, auxiliares e atendentes, o cuidado ao paciente. Frente a esta nova mudança, inicia-se o processo de fundação de escolas técnicas para o ensino de enfermagem com aulas ministradas pelo enfermeiro (LUCHESE et al., 2009; NIMTZ; CIAMPONE, 2006;).

Em 1948, começa-se a organizar um currículo de ensino de enfermagem conforme a realidade brasileira, e em 1949, com a mudança curricular, cessa a exigência de equiparação das novas escolas com a Escola Ana Nery. Nesse período o critério para ingresso no curso de graduação era a conclusão do ensino secundário, exigência que passou a ser cumprida somente em 1961. O ensino de enfermagem compreendia o curso superior de enfermagem e o de auxiliar de enfermagem; o primeiro deveria ter duração de 36 meses, e o segundo, 18 meses, e o aluno deveria ter entre 16 e 38 anos (LUCHESE et al., 2009; NIMTZ; CIAMPONE, 2006).

As funções e atribuições das enfermeiras docentes entre 1939-1950 eram norteadas pelos pressupostos de correção de erros na execução de técnicas, avaliação do desempenho das alunas com maiores dificuldades, ensino através do exemplo e da organização do ambiente para o ensino prático (FRANÇA; BARREIRA, 2004).

3 PROPOSTAS CURRICULARES NO ENSINO DE ENFERMAGEM NO BRASIL

O ensino de enfermagem no Brasil passou por várias fases de desenvolvimento ao longo da história, acompanhando as mudanças sociais, econômicas e políticas de cada época (ITO et al., 2006). O ensino da enfermagem moderna no Brasil teve seu início no Rio de Janeiro em 1923, através do Decreto nº 16300/23, mediante a organização do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), dirigido por Carlos Chagas (ITO et al., 2006). Esse decreto não previa o número de horas teóricas, apenas estabelecia, através do Art. 418, a obrigatoriedade da prática ser realizada em Hospital Geral com 8 horas diárias, o que leva a crer que as horas destinadas ao ensino teórico contemplassem o acréscimo de 48 horas semanais de prática hospitalar (BRASIL, 1974). Tinha-se como objetivo formar profissionais que atuassem no saneamento urbano, garantindo a continuidade do comércio internacional ameaçado pelo elevado índice de epidemias.

A responsabilidade pela formação das enfermeiras estava a cargo de enfermeiras norte-americanas da Fundação Rockefeller, enviadas ao Brasil com a missão de organizar o serviço de enfermagem de saúde pública e coordenar uma escola de enfermagem (GALLEGUILLLOS; OLIVEIRA, 2001). Esta escola foi fundada em 1922, com o nome de Escola de Enfermagem do DNSP, sendo designada Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) em 1926, e posteriormente, em 1931, Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio de Janeiro (GALLEGUILLLOS; OLIVEIRA, 2001).

O ensino era pensado e estruturado conforme as necessidades do mercado, visto que nessa época houve o início do processo de industrialização do país (ITO et al., 2006).

O programa de ensino de 1923 caracterizava o curso como de nível superior, sob total influência da educação de enfermagem norte-americana, com enfoque para a saúde coletiva, apesar da subordinação médica. As primeiras alterações realizadas no programa de ensino ocorreram em 1926, porém não apresentaram diferença significativa com relação ao anterior. Verificou-se apenas aumento de disciplinas referentes ao atendimento do indivíduo, predominando o modelo biomédico (RIZZOTTO, 1999).

Até 1949, a proposta curricular era marcada pelo modelo assistencial americano, que buscava cumprir o programa do Departamento Nacional de Saúde Pública, através do combate às endemias, atendimento ao homem doente e controle dos contatos a domicílio, atendendo às metas de governo e às necessidades do mercado de trabalho (SILVA; BARROS; VIEIRA, 1979).

Com a criação do Ministério da Educação e Saúde em 1930 e a Constituição de 1934, constatou-se a necessidade de elaborar um Plano Nacional de Educação para coordenação e supervisão das atividades de ensino no país (CUNHA, 1977). Em 1937, as Escolas de Enfermagem passam a ser consideradas Instituições Complementares da Universidade do Brasil e em 1946 incorporam-se a esta Universidade (BRASIL, 1974).

Em 1945, criou-se a Divisão de Ensino de Enfermagem, também chamada de Divisão de Educação, objetivando organizar o ensino quanto ao currículo mínimo, duração dos estágios para a formação do enfermeiro e estabelecer normas para o ensino de auxiliares de enfermagem (CARVALHO, 1976).

Em 1949, ocorre a primeira mudança curricular, período em que se deu origem à Lei n.775/49, que regulamentou o ensino de Enfermagem voltada para a área curativa e hospitalar (BRASIL, 1974). O novo currículo previa um grande número de especialidades médicas com conteúdos de enfermagem (CARVALHO, 1976; GERMANO, 1985). O mesmo era pouco inovador, com ênfase no fazer, na técnica e centralizado na doença (GARCIA; CHIANCA; MOREIRA, 1995). Essa lei passou a regulamentar as categorias de enfermeiro e técnico de enfermagem e determinava a duração do curso de enfermagem para 36 meses e o de auxiliar de enfermagem em 18 meses, e exigia a conclusão do ensino secundário para ingresso no curso superior de enfermagem (BRASIL, 1974). Contudo, entre 1949 e 1956 as escolas continuaram recebendo candidatos apenas com curso ginasial completo, prazo prorrogado por mais cinco anos pela Lei n. 2995/56, o que provocava elevado índice de reprovação pelo baixo nível de conhecimento.

Cabe lembrar que a mudança curricular de 1949 determinou também o início do processo de extinção dos cursos de enfermagem obstétrica das Escolas Médicas e passou a exigir que os cargos de gerência de serviços de enfermagem fossem assumidos por enfermeiros formados (BRASIL, 1974).

Frente a isso, o VII Congresso Nacional de Enfermagem, em 1954, recomendou seleção através de vestibular e testes psicotécnicos para avaliar condições para a vaga (CARVALHO, 1976).

4 POLÍTICAS PÚBLICAS RELACIONADAS À SAÚDE DA CRIANÇA NAS DÉCADAS DE 50 E 60

A descoberta da infância teve seu início no século XIII, com ênfase no século XIX a partir da revolução industrial, que tinha como objetivo o aumento da produtividade e o fortalecimento do exército (COSTA et al., 2012). Os novos valores e sentimentos relacionados à criança passaram a despertar preocupação e interesse científico, surgindo a Pediatria e a Neonatologia como especialidades do conhecimento. A partir desse marco histórico, a criança passou a ser vista de forma específica, bem como suas enfermidades e tratamentos (SÁ NETO; RODRIGUES, 2010).

Nessa perspectiva, a neonatologia moderna nasceu na França em 1880 com Piere Budin, o primeiro neonatologista que escreveu sobre cuidados com prematuros e com a incubadora, tornando-se responsável pelo desenvolvimento dos princípios e métodos que passaram a formar a base da medicina neonatal (RODRIGUES; OLIVEIRA, 2004; ARIES, 1981). Surge a Puericultura como proposta de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil e nasce a enfermagem moderna na Inglaterra, fundada em 1860 por Florence Nightingale (ROCHA; LIMA; SCOCHI, 1997).

A saúde materno-infantil passa a ser alvo de interesse de políticas governamentais através da instituição de programas que sofriam alterações conforme as políticas nacionais e propostas programáticas de cada época, sendo abordada somente na sua dimensão funcionalista e biológica, de responsabilidade médica. A proteção à maternidade, à infância e à adolescência sempre estiveram incluídas nos programas de governo. Em 1920, constituiu-se como unidade operacional, no Departamento Nacional de Saúde Pública, a também chamada de Seção de Higiene Infantil e Assistência à Infância (TYRRELL; CARVALHO, 1993). No decorrer dos anos essa Seção sofreu algumas alterações, ficando assim constituída: em 1923, foi transformada em Inspetoria de Higiene Infantil – IHII; em 1934, foi criada a Diretoria de Proteção à Maternidade e à Infância – DPMI; em 1937, instituída a Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância – DAMI; e em 1940, o Departamento Nacional da Criança – DNCr (TYRRELL; CARVALHO, 1993).

No Regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública constavam as atribuições da Inspetoria de Higiene Infantil, de responsabilidade do governo federal,

que visava à assistência à infância da seguinte maneira: às operárias no período da gestação, às crianças nas creches e asilos, a orientação, a inspeção domiciliar, atenção nos dispensários infantis, nas escolas e na fiscalização de serviços de proteção à infância, creches e estabelecimentos com mulheres gestantes. Coube à Inspetoria fiscalizar os recém-nascidos nas maternidades e exigir tratamento profilático contra oftalmia purulenta. Determinava que os neonatos não deveriam obter alta da maternidade antes de completar 15 dias e que os serviços de saúde deveriam empenhar-se na salvação dos prematuros. O Decreto 16.300/23 tratava também de interesses relacionados com o trabalho de menores, hospitais e consultórios de crianças, amas de leite, doenças transmissíveis, fiscalização de assistência à infância, e regulamentou o serviço de Enfermeiras e da escola de Enfermeiras do DNPS. Continuando com a história em 1934 criou-se a Diretoria de Proteção à Maternidade e à Infância sem subordinação ao DNSP e com papéis definidos com os serviços federais e estaduais de Saúde Pública (TYRRELL; CARVALHO, 1993).

Já o primeiro programa de Estado que visava à proteção da saúde materno-infantil como assunto de saúde pública foi instituído em 1937-1945, durante o Estado Novo. Essa política caracterizava-se pelo modelo centralizador e focado nas atividades de puericultura, voltadas para a população mais pobre com o objetivo de garantir mão de obra para a nação (BRASIL, 2011; NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

No início as atividades do programa eram desenvolvidas pelo Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde (MES), por intermédio da Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância, sendo delegadas ao Departamento Nacional da Criança (DNCr), em 1940 com o Decreto-Lei nº 2.024, de 17 de fevereiro (BRASIL, 2011). Para a proteção à maternidade, à infância e à adolescência, essa lei instituiu algumas medidas estratégicas como: estímulo para organização de instituições particulares afins; constituição a nível municipal de um órgão comprometido com o cuidado desta população; cooperação permanente com a justiça de menores e a instituição nacional de proteção formada por donativos especiais e por contribuições regulares (TYRRELL; CARVALHO, 1993).

O Departamento (DNCr) tinha como objetivo normatizar o atendimento ao binômio mãe-filho e contribuir na diminuição da mortalidade infantil através programas como: Programa Alimentar, Programa Educativo, Programa de Formação

de Pessoal, Programa de Imunização, e prestava assistência técnica e financeira aos estados e municípios (BRASIL, 2011).

Alguns decretos e leis foram instituídos para implementação desse cuidado. O Decreto-Lei nº 3.75 de 29/10/41, que aprovou a estrutura básica do DNCr e instituiu a Conferência Nacional de Proteção à Infância. A Lei nº 4.730/42 tratou sobre o curso de Puericultura e Administração de serviços de amparo à maternidade, à infância e à adolescência. A Lei 3701/42 buscou ampliar o curso de médicos puericultores e criou o curso de aperfeiçoamento e especialização para médicos e treinamento para os auxiliares de enfermagem. O Decreto 7.019/46 criou a carreira do médico puericultor e os preceitos de puericultura. O Decreto-Lei nº 25.590/48 determinou a reorganização do DNCr. A Lei 282/48 tinha como objeto a “defesa e proteção da criança” e em 1949, obteve a aprovação do seu novo regimento (TYRRELL; CARVALHO, 1993).

5 OBJETIVOS

5.1 Objetivo Geral

Conhecer o ensino para alunos de graduação em enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul relativo ao atendimento do recém-nascido, durante as décadas de 50 e 60.

5.2 Objetivos Específicos

- a) identificar as atividades teórico-práticas, segundo o relato de alunos e alunas de graduação do curso e dos registros deste período;
- b) conhecer os pressupostos teóricos que nortearam a formação dos enfermeiros nesta área.

6 METODOLOGIA

Este capítulo subdivide-se em: tipo do estudo, local do estudo, colaboradores, coleta de dados, análise dos dados e aspectos éticos adotados.

6.1 Tipo do Estudo

Trata-se de uma pesquisa qualitativa que se caracteriza por ser uma pesquisa histórica. Segundo Polit, Beck e Hungler (2004), esse tipo de pesquisa permite dar respostas aos questionamentos de eventos já ocorridos que podem trazer luz sobre práticas ou condutas atuais, identificando-as, explicando-os ou mostrando suas tendências.

A presente pesquisa apoia-se no referencial da Nova História, e se utiliza da história oral e da análise documental para atingir seus objetivos. Para Burke (1992), a Nova História valoriza toda a atividade humana e leva em conta a opinião das pessoas comuns, considerando seu passado, reconstruindo um fato e a sua subjetividade. Desse modo, na nova história os fatos não são neutros, há a interferência e a análise do pesquisador.

Além disso, Borenstein (1998) destaca a importância da história oral, pois esta possibilita a reconstrução de um período ou de fatos em que os registros podem ter sido escassos ou inexistentes. Alberti (2004) salienta que a história é contada da forma como o acontecimento foi apreendido e interpretado por aquele que a vivenciou, cabendo ao pesquisador realizar uma ampla reflexão sobre os fatos. Dessa maneira, a história oral permite o estudo de acontecimentos históricos, instituições, grupos sociais, a partir das experiências vivenciadas quer como testemunha quer como participante.

O recorte temporal utilizado abrange as décadas de 50 e 60. A relevância do período abrangido justifica-se por marcar a criação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul em 1950, sendo esta, a primeira escola pública para graduação de enfermeiros do Estado do Rio Grande do Sul.

Nessa perspectiva, o resgate histórico do ensino do cuidado neonatal dentro da perspectiva do referencial teórico da Nova História pode contribuir na criação de subsídios para conhecer o passado, compreender o presente e vislumbrar o futuro. A Nova História valoriza os acontecimentos como um todo, considerando a opinião

das pessoas comuns, considerando seu passado, reconstruindo um fato e a sua subjetividade (BURKE, 1992).

Entretanto, a memória da história na área da saúde encontra-se fragmentada e ainda esparsa, sendo importante conhecer o passado para compreender fatos que influenciam as condutas atuais (PADILHA; BORENSTEIN, 2000).

Embora a humanização do parto e nascimento seja uma política constituída e uma temática discutida com frequência nos eventos das áreas de obstetrícia e neonatologia, é pouco presente nas ações de cuidados dos profissionais de saúde.

Pensa-se que este estudo permite conhecer o ensino das práticas de cuidado ao recém-nascido e suas relações de poder-saber no passado. Também contribui na construção profissional e no fortalecimento da identidade da categoria, considerando-se que a enfermagem faz parte de um processo que está interligado ao contexto socio-histórico, político e cultural.

6.2 Local do Estudo

A Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul-EENF data do decreto de sua fundação, em 4 de dezembro de 1950, a partir da promulgação da Lei n. 1254 de 4 de abril de 1950, que cria a Escola de Enfermagem de Porto Alegre, anexa à Faculdade de Medicina da Universidade do Rio Grande do Sul, até 16 de julho de 1968, quando se torna autônoma (UFRGS, 2013a). A iniciativa de sua criação partiu do Dr. Luiz Francisco Guerra Blessmann, diretor da Faculdade de Medicina. As atividades tiveram início em 9 de março de 1951 e contavam com a coordenação das enfermeiras e professoras Maria de Lourdes Verderese e Olga Verderese, que em 15 de dezembro de 1954 tiveram a honra de graduar as primeiras enfermeiras (UFRGS, 2013a).

O curso de enfermagem tinha no seu início duração de quatro anos, exigia tempo integral das professoras e alunas e oferecia residência, alimentação, biblioteca, uniforme e transporte para as aulas e estágios (UFRGS, 2013a).

Nos primeiros anos de existência, a EENF contava apenas com o curso de Bacharelado em Enfermagem. Em 1976, iniciou um curso de Licenciatura na mesma área, articulado em parceria com a Faculdade de Educação. Em 1998 é criado o Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Enfermagem, com o curso de

Mestrado Acadêmico, e em 2006 houve a abertura do curso de Doutorado (UFRGS, 2013b).

Atualmente, a EENF oferece também Bacharelado em Saúde Coletiva e Mestrado em Saúde Coletiva, primeiro curso da área de Saúde Coletiva da Região Sul do país, e possui, desde 1976, a Revista Gaúcha de Enfermagem, editada e publicada pela própria Escola (UFRGS, 2013b).

6.3 Colaboradores

Na perspectiva da história oral, os participantes do estudo são denominados de colaboradores. Assim, são colaboradores do estudo aqueles que foram alunos de graduação de enfermagem da EEUFRGS. Dessa forma, as entrevistas foram realizadas com enfermeiras e enfermeiros que eram graduandos no período estudado.

Os critérios de inclusão para o grupo de colaboradores selecionados foram: ser egresso do curso de enfermagem das décadas de 50 e 60 e apresentar condições de saúde e disponibilidade para a realização da entrevista. Como critério de exclusão definiu-se: ter sido docente na área materno-infantil.

Os dados de contato (nome, telefone e endereço) dos colaboradores foram obtidos a partir de uma listagem de alunos graduados solicitada ao Centro de Memória da EEUFRGS. Para a definição do número de entrevistas, seguiu-se o conceito de Gaskell (2002), que recomenda o número esperado para pesquisas que utilizem a entrevista como estratégia de coleta de dados entre 15 a 25 entrevistas. Para tanto, foi definido o número de 24 colaboradores para serem entrevistados para o projeto maior, seis para cada década do estudo. Como este estudo abrangeu o recorte temporal das décadas de 50 e 60, foram entrevistadas 11 pessoas. Para a inclusão em cada década considerou-se o ano de conclusão do curso. Foram entrevistados 11 colaboradores dada a dificuldade de acesso aos egressos da escola, pois diversos haviam mudado de residência, alguns endereços desatualizados, outros não apresentavam condições de saúde para participar da entrevista e muitos já haviam falecido. Assim, participaram seis egressas da década de 50 e cinco da década de 60.

Cabe ressaltar que os nomes dos colaboradores foram alterados para preservar seu anonimato. Optou-se pela letra “C” de colaborador seguida por uma sequência numérica aleatória que não caracterizasse a sequência das entrevistas.

Como houve a participação masculina no estudo, ao longo da redação textual optou-se pelo uso do termo “egresso”(a) e “colaborador”(a), embora a maioria fosse mulheres.

6.4 Coleta de Dados

A pesquisa ocorreu por meio de entrevistas e pela análise de documentos relativos ao currículo da década de 50 e as fichas de aula das décadas de 50 e 60, para a área do atendimento ao recém-nascido, com ênfase no ensino do cuidado de enfermagem no momento do nascimento do bebê.

Foram realizadas leituras e análise de documentos contidos no acervo do Centro de Memória da EEUFRGS para obtenção de dados relativos aos currículos e as fichas de aula da área da mulher, no ciclo gravídico puerperal e do recém-nascido.

As entrevistas semiestruturadas (APÊNDICE A) partiram de questionamentos básicos que interessavam à pesquisa e, ao mesmo tempo, permitindo o surgimento de novos questionamentos. Esse tipo de entrevista foi escolhido, pois, segundo Triviños (1987), valoriza a presença do investigador e também possibilita a liberdade e a espontaneidade necessárias ao estudo, enriquecendo a investigação.

As entrevistas foram agendadas conforme disponibilidade dos colaboradores, sendo realizadas na Escola de Enfermagem da UFRGS ou no próprio domicílio do colaborador, local escolhido pelo colaborador para a realização da entrevista desde que garantisse a privacidade dos mesmos e o caráter confidencial das informações. Tiveram duração de 30 minutos a uma hora. Foram gravadas em gravador digital (MP4), com a permissão dos entrevistados, e transcritas, para melhor compreensão das informações adquiridas. Após a transcrição dos dados, as gravações serão guardadas por cinco anos, com posterior destruição do material, conforme recomendação da Lei 9610/98 dos Direitos Autorais (BRASIL, 1998).

6.5 Análise dos Dados

Os dados dessa pesquisa foram analisados pela análise de conteúdo de Minayo (2008).

As etapas de análise do tipo temático propostas por Minayo (2008), apropriadas neste estudo, foram as seguintes:

- a) pré-análise: é a fase de estabelecer o primeiro contato com o material, de organização e sistematização das ideias iniciais. A partir da leitura do material, determinaram-se as unidades comparáveis, e a categorização para análise temática;
- b) exploração do material: em uma leitura mais profunda, foram feitas relações entre todas as falas, estabelecendo relações entre os discursos e as temáticas que surgiram na pré-análise;
- c) tratamento dos recursos obtidos e interpretação: os resultados brutos foram tratados de maneira a serem significativos e válidos, para posterior discussão com demais materiais publicados.

Após a fase de organização, os dados foram categorizados para obtenção das unidades de significação, categorias temáticas e temas, tendo sido discutidos e analisados frente à literatura disponível sobre o assunto (MINAYO, 2008).

6.6 Aspectos Éticos

O projeto de pesquisa foi avaliado e aprovado pela Comissão de Pesquisa (COMPESQ) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e pelo Comitê de Ética e Pesquisa dessa Universidade, sob o número 20637/2012.

Os colaboradores que concordaram em participar do trabalho assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), após serem orientados sobre os objetivos do estudo, suas características e suas implicações, atendendo às Diretrizes e Normas da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), norma vigente na aprovação do projeto.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi entregue para todos os colaboradores em duas vias, uma das vias ficando de posse do colaborador, assinada pelas pesquisadoras, e a outra com o pesquisador, assinada pelo colaborador. Nesse Termo, constam o objetivo da pesquisa, o caráter voluntário da participação do colaborador, a possibilidade de interrupção de sua participação do estudo a qualquer momento, a garantia do anonimato, o destino das informações

coletadas, bem como a autorização de publicação dos resultados para fins científicos.

Após a descrição dos aspectos metodológicos, os próximos capítulos apresentam os resultados e discussões relativas aos temas: Relação de dependência do ensino da Escola de Enfermagem com a Faculdade de Medicina e A diferenciação do enfoque no ensino sobre o neonato nas duas décadas. Para o primeiro tema emergiram duas categorias temáticas: o ensino de enfermagem neonatal na Escola de Enfermagem do Rio Grande do Sul na década de 50 e o ensino de enfermagem neonatal na Escola de Enfermagem do Rio Grande do Sul na década de 60. Cada um destes temas será apresentado em um capítulo próprio. Assim o capítulo 7 será: Relação de dependência do ensino da Escola de Enfermagem com a Faculdade de Medicina e o capítulo 8: A diferenciação do enfoque no ensino sobre o neonato nas duas décadas.

7 RELAÇÃO DE DEPENDÊNCIA DO ENSINO DA ESCOLA DE ENFERMAGEM COM A FACULDADE DE MEDICINA

Neste capítulo será abordado a relação de dependência do ensino da Escola de Enfermagem com a Faculdade de Medicina, constituída por duas categorias temáticas: O ensino de enfermagem neonatal na Escola de Enfermagem do Rio Grande do Sul na década de 50 e o ensino de enfermagem neonatal na Escola de Enfermagem do Rio Grande do Sul na década de 60.

A categoria temática o ensino de enfermagem neonatal na Escola de Enfermagem do Rio Grande do Sul na década de 50 está relacionada a criação da Escola de Enfermagem em 1950. Com relação ao contexto histórico-social relativo a este momento de criação da Escola de Enfermagem em 1950, esta década abrange os governos dos presidentes Eurico Gaspar Dutra (1946 a 1951), Getúlio Vargas (1951 a 1954) e Juscelino Kubitschek (1955 a 1961). A política nesse período foi marcada pelo fim do Estado Novo e o ingresso de uma nova Constituição brasileira, perpassando pelo mandato de Vargas, com grandes investimentos na economia e a criação do Ministério da Saúde (MS). Nesta perspectiva, o governo de Juscelino instituiu um plano de metas que abrangeu os setores de alimentação, indústria, educação, transporte, saúde, e a construção de Brasília, tendo como *slogan* “Cinquenta Anos em Cinco” (FAUSTO, 2006).

O plano sociopolítico e econômico do Brasil na década de 1950 era agrícola, com grande potencial para a exportação de café (FALLANTE; BARREIRA, 1998). O cenário da saúde era marcado pela alta incidência de varíola, difteria, coqueluche, tétano, sarampo e doenças sexualmente transmissíveis, precariedade do saneamento básico, falta de profissionais capacitados e a falta de adesão às imunizações (NERY; VANZIN, 2000). Nas cidades portuárias registrava-se o descaso político com o alto índice de mortalidade infantil e de doenças infectocontagiosas que levaram a óbito grande parte da população. Paralelamente, os países que comercializavam com o Brasil ameaçavam parar com a exportação, pelo risco de contaminação das tripulações e da disseminação das doenças em suas cidades de origem. Esta realidade foi a grande mobilizadora da mudança nas diretrizes sanitárias, que passaram a assumir foco educativo e preventivo (GERMANO, 1993).

Contudo, com o aumento do parque industrial, crescimento da população urbana e previdenciária, a saúde médica individualizada passa a se fortalecer em detrimento da saúde pública, uma vez que o operariado demandava serviços de saúde que não mais cuidavam do espaço de circulação de mercadorias, mas que se preocupavam em restaurar e manter a capacidade produtiva do corpo (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM, 1985; MENDES, 1994).

Com isto, proliferaram-se os serviços de saúde hospitalar, abrindo novas frentes de atuação para a enfermagem e demandando mais mão de obra qualificada para o exercício da profissão (DANTAS; AGUILLAR, 1999). O ritmo de desenvolvimento do Brasil foi acelerado pela industrialização e pelo crescimento econômico e, juntamente às transformações na política e na economia, outros setores como o sociocultural também começaram a se mobilizar e a discutir sua situação. Nessa perspectiva, iniciava a tomada de consciência da precária situação em que se encontravam as universidades brasileiras, através do projeto de Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, especialmente na segunda metade dos anos 1950, com a discussão escola pública *versus* escola privada. Inicialmente as discussões permeavam o meio acadêmico, passando a ser incorporadas de forma mais abrangente a nível nacional (FÁVERO, 2006).

O Rio Grande do Sul, no início da década de 50, era governado por Walter Jobim, que representava o Partido Social Democrata, sucedido em 51 por Ernesto Dornelles, do Partido Trabalhista Brasileiro, que, sintonizado com o populismo de Vargas, teve a industrialização como meta para assegurar o projeto urbano-industrial sobre a agricultura tradicional. Em nível de país e Estado, os anos de 1950/52 marcaram profundas mudanças na educação, como o chamado ciclo da “Educação para o desenvolvimento”, decorrente da política de Getúlio Vargas (PESAVENTO, 1997).

Frente a isso, o governo de Ernesto Dornelles defendia a qualidade do nível de vida e o aumento de ofertas de trabalho, tornando-se visível a necessidade do profissional enfermeiro no campo universitário (FERTIG, 2000).

Nesse contexto, Dr. Luis Francisco Guerra Blessmann, diretor da Faculdade de Medicina, movido pela Lei nº. 775, de 06/08/1949, que prescrevia a necessidade de as Faculdades de Medicina terem uma Escola de Enfermagem anexa, sob sua coordenação, assim como mão de obra qualificada para auxiliar o trabalho médico,

funda a Escola de Enfermagem no Rio Grande do Sul (RS), na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), em 4 de dezembro de 1950 (FERTIG, 2000).

Foi a partir dessa necessidade que a Escola de Enfermagem da UFRGS construiu sua relação de dependência da Faculdade de Medicina. Pode-se inferir que a falta de estrutura para funcionamento da Escola de Enfermagem neste período favoreceu o controle e as relações de poder da Medicina sobre a Enfermagem.

Para coordenar a Escola de Enfermagem do Rio Grande do Sul, o então diretor da faculdade de medicina, Dr. Luis Francisco Gerra Blessmann, busca junto ao Serviço Especializado de Saúde Pública (SESP), em São Paulo, as enfermeiras Olga e Maria de Lourdes Verderese, que juntamente com a enfermeira e professora Odete Mascagni chegaram a Porto Alegre no ano de 1950 com o objetivo de contribuir no ensino de enfermagem (FERTIG, 2000).

A enfermeira Maria de Lourdes Verderese era licenciada em Educação e Filosofia pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da Universidade de São Paulo. Era formada em Enfermagem pela School of Nursing - John Hopkins Hospital, Baltimore, Maryland. Possuía diploma de Master of Arts pela Universidade de Columbia, N.Y., Estados Unidos, era docente na Universidade de São Paulo e funcionária do SESP. Sua irmã Olga Verderese formou-se na Universidade de São Paulo, em 1947, e logo após foi para a Bahia para auxiliar na criação da Escola de Enfermagem da Bahia, na qual foi vice-diretora por quase três anos. Após este trabalho, retornou a São Paulo e passou a integrar as atividades do SESP (FERTIG, 2000).

Nesta perspectiva, o ensino na Escola de Enfermagem da UFRGS iniciou na década de 50, permeado por uma relação de dependência com a Faculdade de Medicina. A Escola de Enfermagem não possuía prédio próprio, portanto, as aulas teóricas aconteciam na Faculdade de Medicina e as práticas ocorriam no Hospital Santa Casa de Misericórdia, conforme as entrevistas a seguir:

“Nós tínhamos aula na Faculdade de Medicina, se ocupava as salas da Faculdade de Medicina, não tinha um prédio da enfermagem na época”. (UR6MM1957.C5)

“Nós tínhamos aula teórica na Faculdade de Medicina, e a prática na Santa Casa de Misericórdia”. (UR2AL1963.C8)

Como a criação da Escola de Medicina foi anterior à de enfermagem o corpo docente era constituído por médicos. Contudo em cada especialidade médica havia uma enfermeira especialista que ficava responsável pelas atividades práticas e teórico-práticas (laboratório), como referiu a egressa seis:

“Era professor catedrático que dava a matéria. Eram médicos, todos da clínica médica, eram os médicos, e na parte da enfermagem era dado pelas professoras enfermeiras. Cada clínica tinha também uma enfermeira especializada para aquela clínica”. (UR8G1958.C6)

O estilo de enfermagem instituído na EEUFRGS, voltado para as atividades práticas, constituiu-se em um modelo formativo prático, focado em procedimentos e rotinas, distanciando os futuros profissionais do conhecimento teórico. Constata-se a divisão do conhecimento mais científico construído pelo médico e o menos científico pelo(a) enfermeiro(a), sendo este pautado pelo fazer, enquanto que a medicina expressava-se pelo saber, conforme o relato:

“Quase todos eram médicos, quase todos desses das áreas teóricas eram médicos, de parasito, eram médicos. Essas disciplinas mais teóricas, parasito, anatomia, fisiologia, tudo eram dadas por homens médicos”. (UR2MM1957.C5)

As primeiras professoras enfermeiras haviam realizado sua formação em São Paulo, Rio de Janeiro e Bahia, uma delas com diploma em Enfermagem Obstétrica no Canadá. Essas docentes trouxeram consigo o modelo de enfermagem nightingaleano, com o fazer centrado na saúde pública e na prevenção, como informaram as egressas a seguir:

“As nossas professoras todas eram de São Paulo, Rio de Janeiro, da Bahia, eram enfermeiras”. (UR4MI1955.C2)

“Nós tínhamos uma professora que ela veio de São Paulo para desenvolver a disciplina, e logo em seguida ela foi fazer a pós-graduação, especialização, no Canadá, e lá ela ficou um ano e pouco estudando obstetrícia, tanto teoria como prática, porque lá a saúde era bem elevada, com bom nível, e a obstetrícia era uma das melhores, tanto saúde pública como hospitalar. Mas lá o enfoque era saúde pública, porque acompanhavam as famílias com a gestante, orientavam e depois desenvolviam no hospital e continuavam acompanhando, eles tinham referência e contrarreferência”. (UR1MH1954.C1)

As relações construídas na década de 50 deixaram evidenciar a luta pela construção da enfermagem, o dinamismo e a coragem em transformar, bem como a dependência e a subordinação que por vezes acontecia de forma velada. A partir da análise das falas das egressas, pode-se inferir que existiam relações de cumplicidade, políticas e de interesse pessoal entre a direção da Escola de Enfermagem e a Faculdade de Medicina, uma vez que o Diretor Dr. Luis Francisco Guerra Blessmann entendia a enfermagem como auxílio no trabalho médico.

O processo de consolidação da Escola de Enfermagem transcorreu de forma harmoniosa até o final de 1956, quando o diretor da Faculdade de Medicina, Dr. Luis Francisco Guerra Blessmann, deixou a direção, tendo como sucessor o Dr. José Francisco Mileno. Além da mudança de direção, havia alguns movimentos de discentes descontentes através do diretório acadêmico, o que veio a fortalecer a opinião da nova direção, assim como discussões dos próprios alunos da medicina quanto aos privilégios oferecidos à Escola de Enfermagem. O SESP patrocinou os custos relativos a Escola de Enfermagem até final de 1956, após este período os mesmos passaram a ser de responsabilidade da própria escola, com autorização da direção da Faculdade de Medicina. As professoras Verderese saíram de Porto Alegre no início de 1957, quando então assumiu a Professora Celina Mendes Cunha Tibiriçá (1957-1963), ex-docente da Escola. Junto com ela assumiram a docência diversas professoras egressas, recém-formadas no curso (FERTIG, 2000).

A gestão do Curso de enfermagem assumida pela professora Celina Cunha Tibiriçá foi mencionada pela egressa quatro:

“Mas depois tinha uma professora que era dona Celina Cunha, ela casou com um médico. Ela se prontificou ficar aqui e outra [colega] também. Uma outra [enfermeira] era daqui. Essas três ficaram aqui e assumiram o curso”. (UR19JL1957.C4)

Ainda na década de 60, apesar dos movimentos e manifestos deste tempo, a Escola de Enfermagem coordenada por Celina Mendes Cunha Tibiriçá percebe-se no compromisso de acompanhar as mudanças no ensino e a fazer os enfrentamentos da época. Porém, as decisões e o direito à opinião eram sempre da direção da Faculdade de Medicina.

Os governos diretivos da Escola que sucederam a Professora Celina Mendes Cunha Tibiriçá na década de 60 foram: Prof. Maria da Glória Leite Rozas (1963-

1969) e Prof. Neya Machado da Silva Zorrilla (1969 a 1972). A Escola de Enfermagem manteve-se subordinada à Faculdade de Medicina até 1968, quando conquistou sua autonomia (UFRGS, 2013a).

Neste ritmo de desenvolvimento econômico, social, político e cultural, a década de 60 foi marcada por intensas transformações que interferiram fortemente na saúde do neonato.

Com relação ao ensino de enfermagem neonatal na Escola de Enfermagem do Rio Grande do Sul na década de 50, o curso foi implementado com a duração de quatro anos, dividido em quatro séries (Anexo A) e com um programa teórico-prático intensivo que abrangia os turnos da manhã e tarde. Os estágios eram realizados em hospitais como a Santa Casa de Misericórdia, serviços ambulatoriais, unidades sanitárias e instituições de ensino (FERTIG, 2000).

O modelo de formação das irmãs Verderese era inspirado em Florence Nightingale e na Escola Ana Nery. Sua experiência era valorizada e reconhecida por uma egressa do curso, conforme segue:

“As professoras eram formadas nos EUA e no Rio de Janeiro. A Escola é muito boa. A escola foi criada por duas professoras que estudaram lá, de altíssimo nível, irmãs Verderese”. (UR15JL1957.C4)

Diversas professoras da Escola de Enfermagem também fizeram sua formação conforme o modelo padrão Ana Nery, que supervalorizava a conduta e a disciplina. Os valores e princípios que nortearam esse modelo basearam-se na liderança, na vocação como doação e na subordinação. Para Fertig (2000), este modelo formativo foi guiado pelo discurso sanitário e ditado pela idealização da figura feminina, fundamentada na abnegação, no serviço por devoção e no cumprimento de ordens médicas e autoridades instituídas.

A colaboradora um esclareceu que o modo de operação desse modelo focava-se na saúde pública e na fisiologia, passando a se diferenciar conforme o avanço científico e tecnológico:

“Era o Canadá que a gente sempre pensava”. (UR2MH1954.C1)

“Eles centravam o estudo na família e também na comunidade, desenvolvidas em termos de saúde pública. Outros também foram e demonstraram isto na volta”. (UR3MH1954.C1)

O modelo de Enfermagem implantado pelas Irmãs Verderese na EEUFRGS continha princípios dos modelos anglo-americanos, que perseguiram a construção da identidade da enfermeira de acordo com o que era preconizado pela enfermagem moderna. Nesse sentido, investiu-se fortemente no controle dos corpos, objetivando a obediência e a utilidade (FERTIG, 2000). A adoção do Código Internacional de Ética em Enfermagem, em 17 de outubro de 1953, certamente contribuiu para a consolidação do modelo de enfermagem nightingaleano na Escola de Enfermagem, pautado em valores e princípios religiosos. Com este mesmo objetivo, foi a partir dessa década que a enfermagem começou a se preocupar em organizar os princípios científicos que deveriam nortear sua prática, sendo considerada até então como não científica. O fato de não ter ainda conquistado o *status* de nível universitário poderia estar dificultando a credibilidade e o reconhecimento de outros profissionais (VIETTA et al., 1995).

Dessa forma, o ensino seguiu o modelo nightingaleano norte-americano pelo fato de a formação da diretora Maria de Lourdes Verderese ter sido realizada nos EUA, assim como alguns professores que nas décadas de 50 e 60 também fizeram cursos nesse padrão, patrocinados pela Fundação Rockefeller e Fundação Kellogg (FERTIG, 2000).

No curso de enfermagem da EEUFRGS na década de 50, a carga horária era aproximadamente 60% teórica e o cuidado do recém-nascido era abordado nas disciplinas de Puericultura, Enfermagem Pediátrica e Enfermagem Obstétrica. As atividades práticas do curso de enfermagem iniciavam no segundo semestre do segundo ano e o bloco prático das disciplinas de Puericultura e Pediatria acontecia na metade para o final do curso, como observado nas falas que seguem:

“Mais ou menos na metade do curso, mais para o final”.
(UR2MMI1955.C2)

“No primeiro ano era só teórico e no segundo ano começou a prática”.
(UR1G1958.C6)

As disciplinas de Enfermagem Clínica Obstétrica e Puericultura eram abordadas na 3ª série ou 3º ano. O estágio da disciplina Enfermagem Obstétrica era considerado o mais completo e mais longo, e contava com a supervisão da enfermeira professora, como abordaram as egressas:

“Era o estágio central, a gente ficava todo o tempo lá. Das 7 h às 13 h era o estágio e era no mínimo três meses, de três a seis meses, uma coisa assim”. (UR8MH1954.C1)

“O curso naquela época era por ano, primeiro ano, segundo, terceiro, quarto ano, então a gente ficava estudando e tinha uns estágios bem longos, e muito bem supervisionados”. (UR4C1955C3)

“Fazíamos 12 semanas de estágio na clínica obstétrica, que era na Santa Casa”. (UR9G1958.C6)

Conforme abordou a colaboradora três, a prática realizada na Santa Casa de Misericórdia possuía supervisão presencial da professora enfermeira:

“Tudo naquela época era Santa Casa. Santa Casa era realmente o lugar dos pobres, porque era, e hoje não é mais”. (UR7C1955.C3)

“A nossa supervisão sempre foi muito boa, sempre tivemos supervisão, nunca fizemos estágio sem, uma na pediatria e outra na obstetrícia. Quer dizer que isto eu acho muito importante, porque elas estavam ali para ajudar a gente, ajudar a aprender, elas não faziam pela gente, elas faziam para gente ver como era e depois a gente fazia”. (UR18C1955.C3)

Destaca-se que este currículo preocupava-se em adequar o ensino de enfermagem à realidade nacional, onde predominavam doenças como sífilis e tuberculose, com altos índices de mortalidade materna e neonatal. As alunas participavam na condição de ouvintes na Escola de Filosofia, nos cursos de psicologia e sociologia, fazendo as avaliações parciais e finais com validação pela Escola de Enfermagem (FERTIG, 2000). Esta relação, que de imediato parece ser uma contrução de parcerias, na realidade fortaleceu a relação de dependência e subordinação do Ensino de Enfermagem à Faculdade de Medicina.

O ingresso no curso contemplava apenas 20 vagas, sendo estas destinadas exclusivamente para o público feminino (FERTIG, 2000). De acordo com os colaboradores um e dois, na década de 50 era vetado o ingresso de alunos do sexo masculino na Escola de Enfermagem. Contudo, na segunda metade da década já ocorria algum movimento de incentivo à inserção do homem nesta área:

“Segunda metade da década de 50, 60, o que se pensava na época era que tivéssemos homens, nós não tínhamos homens”. (UR11MH1954.C1)

“O que se falava era que todos deveriam assistir o paciente, independente de sexo, era a tendência, mas nós não tivemos nenhum homem nesses cursos, pelo menos até o [primeiro egresso do sexo masculino]. (UR12MH1954.C1)

“Nenhum homem. Imagina se nem as mulheres os pais queriam, imagina se tivesse homem”. (UR13MI1955.C2)

Conforme Fertig (2000), o Conselho técnico-administrativo da instituição havia tomado a decisão de não aceitar o sexo masculino na escola ainda na sua fundação, em 05/12/1950: “Enquanto não fossem melhoradas as condições do campo de experiência das alunas e não tivesse a escola seu prédio próprio, candidatos do sexo masculino não seriam aceitos” (FERTIG, 2000, f. 92).

Essa prerrogativa, possivelmente, estava permeada por questões de gênero, pela moralidade religiosa e pela necessidade de distanciamento dos sexos. De acordo com Santos, (2006), a promulgação da Lei Orgânica do Ensino Secundário de 1942, que permaneceu em vigor até a aprovação da Lei de Diretrizes e Bases (LDB) em 1961, previa a divisão e hierarquização dos papéis sociais do homem e da mulher. Os programas de ensino contemplavam a natureza feminina e a missão do lar, por isso determinou-se que o ensino se realizasse em turmas exclusivamente femininas, contribuindo para dificultar o relacionamento entre os sexos no âmbito profissional.

Neste período de fundação da Escola de Enfermagem havia um processo seletivo com critérios rígidos pautados em valores morais, éticos e de origem familiar. Processos rígidos eram implementados na tentativa de formar uma nova identidade para a enfermagem moderna, conferindo-lhe uma nova percepção pela sociedade. Tal situação pode ser evidenciada nas falas a seguir:

“No começo, naquela época não havia vestibular para enfermagem. Tinha exame médico e outros que era na própria escola”. (UR12MI1955.C2)

“Na época a escola de enfermagem era bastante rígida e só permitia a entrada de descendentes de alemães”. (UR18MI1955.C2)

No início da escola, as fundadoras construíram um internato que serviria como sua residência, alojamento de alunas e das professoras, que se localizava na Rua Florêncio Ygartua, 164, com ampliação residencial na Rua Schiller, onde se hospedaram as fundadoras, algumas professoras e algumas alunas. A maioria das

alunas permanecia na Florêncio Ygartua, nº 164. Os custos do investimento na construção da residência foram patrocinados pelo SESP e conseqüentemente pela Fundação Rockefeller. Cabe salientar que as mesmas mantiveram vínculo empregatício com o SESP, durante todo o período em que estiveram na Escola de Enfermagem da UFRGS (FERTIG, 2000).

O sistema de internato que a Escola de Enfermagem oferecia tinha como principal objetivo o controle dos sujeitos e a vigilância constante quanto à posturas e condutas. Para Fertig (2000), o internato buscava propiciar o controle interno dos espaços de formação, invadindo os âmbitos privado e público, exercendo poder sobre os sujeitos. Nessa perspectiva, considerava-se que condutas moralmente excessivas eram necessárias para a formação de uma boa enfermeira, assim como a dominação destas mantinha-as dóceis e produtivas, uma relação uniforme entre obediência e utilidade, segundo o modelo de enfermeira preconizado por Nightingale.

As colaboradoras três e dois informaram que a Escola oferecia moradia, alimentação, transporte e vestuário gratuitos para as estudantes e professores e sua formação seguia um sistema de internato, segundo modelo nightingaleano:

“Estudávamos muito, passava assim dois ou três dias sem sair pra rua, era tipo um internato, a gente saía assim e devia estar às 10 horas em ponto na Escola”. (UR11MI1955E2)

“Os professores e enfermeiros moravam todos aqui na faculdade/escola”. (UR36C1955.C3)

“A gente acordava, tinha que estar saindo para escola, tinha um ônibus que levava a gente, às seis e meia já estava saindo, uniformizada, tomada café, pronta, entrava no ônibus, e ia pra Santa Casa. Ficava até quinze para o meio dia, aí descíamos, voltávamos, trocávamos a roupa e íamos para faculdade de medicina, que era lá que aconteciam as aulas”. (UR37C1955.C3)

A primeira turma iniciou em março de 1951, com 11 discentes das quais formaram-se em dezembro de 1954 apenas oito enfermeiras, registrando-se 27% de evasão (FERTIG, 2000). Como a enfermagem era uma profissão desprestigiada socialmente, possivelmente as candidatas encontravam dificuldades de convencimento da própria família para esta opção, considerada na época uma escolha vocacional, ou seja, para a vida toda e de extrema doação. Outro possível motivo de evasão das acadêmicas pode ter sido a dificuldade de adaptação ao

modelo de internato proposto. Acredita-se que as “regalias” oferecidas às candidatas que ingressavam no curso de enfermagem tinham como objetivo, manter o controle e a disciplina das candidatas e também incentivar a procura pelo curso.

Para Fertig (2000), a proposta da Escola em oferecer residência para os professores e alunas tinha como meta a incorporação de mecanismos disciplinares com potencial de elevação moral. Por isso, eram supervisionadas 24 horas por dia, inclusive garantia-se o transporte para o campo de estágio, visando mostrar à sociedade o perfil padrão acadêmico e profissional do enfermeiro.

Corroborando com esta suposição, Corbellini et al. (2010) diz que o modelo de ensino da Escola de Enfermagem sempre acompanhou as mudanças políticas e sociais do país e os processos históricos do passado, assim como foi o estilo *nightingaleano*. Portanto, a seleção das candidatas deveria seguir critérios como a renúncia, submissão, bondade, ternura, inocência, obediência e doçura, caracterizando assim um regime de ordem e disciplina. Nessa época, a educação tinha como base a formação através do poder disciplinar que buscava formar corpos dóceis e produtivos, alinhados ao poder econômico e social.

De acordo com Corbellini et al. (2010), o poder disciplinar possibilita entender o motivo da rigidez no atendimento aos critérios de seleção das candidatas, buscando-se mulheres de famílias nobres, de origem alemã e de condutas moralmente aceitas socialmente. Juntamente com esses princípios, a busca incansável pelo reconhecimento e valorização da profissão também foi norteadada por esses critérios, uma vez que almejava-se mudar a imagem da enfermagem socialmente denegrida, exercida historicamente por pessoas de má reputação moral. Para Corbellini et al. (2010), o processo de seleção das candidatas ao curso de enfermagem era permeado pela severidade e pelo interesse em mudar o conceito da profissão perante a sociedade, pois o modelo vigente dessa época apresentava uma enfermagem desqualificada.

O método de ensino contemplava o discurso oral, anotações manuais, tradução de livros em outros idiomas, principalmente inglês e a busca por iniciativa própria em enciclopédias, estando estas disponíveis na biblioteca da Faculdade de Medicina. A Escola possuía uma pequena biblioteca que armazenava pequeno acervo. Nessa época, no Brasil não existiam livros em português para ensino de enfermagem neonatal, portanto as alunas de enfermagem da Escola utilizavam

materiais que as próprias professoras trouxeram de suas experiências formativas nos EUA, conforme os relatos apresentados:

“Eram dois livros [na área obstétrica]. Ela trouxe livros e trouxe em inglês e toda a turma teve que traduzir e também se usava os livros dela”. (UR9MH1954.C1)

“A gente fazia pesquisa na biblioteca e anotava as coisas em sala de aula”. (UR9MM1957.C5)

Conforme a egressa seis, o método de avaliação da disciplina era baseado em quatro provas, prova escrita, prova prática e exame oral, sendo este aplicado por professores da medicina e também da enfermagem. Existia também a 2ª chamada para exame final. Já nas fichas de aula consta que o processo avaliativo do aluno era composto por exame parcial 1 e 2, prova oral e escrita (Quadro 1):

“Sempre tínhamos quatro provas em cada matéria”. (UR2G1958.C6)

“Era prova escrita e oral com os professores da medicina, prática e também oral na escola de enfermagem”. (UR3G1958.C6)

Quadro 1 – Processo avaliativo das disciplinas de Pediatria e Puericultura

Exame parcial1. URDPP1954-2
Exame parcial1. URDPP1955-4
Exame parcial2. URDPP1954-3
Exame final e oral na pediatria. URDPP1955-5
Exame parcial1. URDPP1957-6
Prova parcial 2. URDPP1957-10
Exame final oral e escrito. URDPP1957-7
Exame final. URDPP1957-11
Prova parcial 1. URDP1955-3
Exame final. URDP1955-2
Prova final escrita e oral. URDP1955-4
Prova final de 2ª chamada. URDP1955-5
Prova parcial 1. URDP1956-7
Exame- 1ª prova parcial. URDP1956-8
Exame final. URDP1958-9

Fonte: Fichas de aula das disciplinas de Pediatria e Puericultura do Curso de Enfermagem da UFRGS ([195-?]).

O engajamento das pioneiras na EEUFRGS constitui-se em virtudes de desprendimento e vontade de aceitar desafios, romper estruturas e transformar o ensino (FERTIG, 2000). À luz desta perspectiva, constata-se que o campo de

estágio na área do parto era predomínio da enfermagem, ou, pelo menos, a categoria havia conquistado autonomia nesse espaço. Pode-se inferir que a enfermagem no Rio Grande do Sul iniciou de forma elitizada, com professoras consideradas altamente especializadas e formadas fora do país (EUA e Canadá), discentes descendentes de famílias alemãs e consideradas nobres. Esses pressupostos, juntamente com a dependência do curso da Faculdade de Medicina, inicialmente caracterizaram o curso de enfermagem como tal, abrindo-lhe espaço de atuação e conferindo-lhe reconhecimento social, como expressou a colaboradora um:

“Existia abertura para a enfermeira, para a enfermagem, ainda mais que nós éramos da primeira turma, eles desconheciam e nós é que dávamos os parâmetros, orientávamos qual era o papel da enfermeira em cada área que nós atuávamos e quais as prerrogativas que tinham que ter para exercer a enfermagem com competência, com os cuidados, com muito amor ao paciente, e interapoio entre o pessoal também era muito bem desenvolvido”. (UR19MH1954.C1)

Constatou-se que o professor de medicina nem sempre permanecia no hospital e que inclusive confiava os residentes e doutorandos da medicina para a professora de enfermagem conduzir suas experiências práticas, conforme segue:

“Médicos, eles chegavam para nossa professora e diziam assim: ‘Vê se tu arruma uns três partos e dá para estes meninos ajudar aí.’ Eles pediam para assinar as fichas, porque eles não queriam ver obstetrícia, porque eles achavam um lamaçal aquilo, uma sujeira, um aguaceiro...” (UR15C1955.C3)

Em 1957, diretoras de Escola de Enfermagem e Obstetrícia reuniram-se junto à Divisão de Educação da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), para discutir a integração da formação de enfermeiras e obstetrias, o que resultou na constituição de um curso único, pela discordância de uma integrante do grupo, que não concordava com o ensino de obstetrícia nas escolas de enfermagem (CARVALHO,1976).

Contudo prevaleceram as decisões da ABEn, que previa três níveis de formação para a enfermagem: superior, médio e elementar. O nível médio formaria o técnico de enfermagem, curso com duração de três anos e com acesso ao nível

superior, e o nível elementar continuaria formando o auxiliar de enfermagem (GALLEGUILLLOS; OLIVEIRA, 2001).

Apesar do domínio médico, existia uma relação de respeito e valorização. De acordo com as egressas um e cinco, inicialmente a figura da enfermeira era muito respeitada e solicitada para assumir as frentes de saúde pública e hospitalar. Possivelmente, esse fato ocorreu devido à falta de conhecimento em relação a profissão no mercado de trabalho, uma vez que o número de enfermeiras(os) era escasso no Brasil e incipiente no Rio Grande do Sul:

“Eles não sabiam o que era a enfermeira, então era a nossa supervisora conosco quem delineava o papel da enfermeira em cada disciplina”. (UR20MH1954.C1)

“Olha, era muito bom, a gente era muito bem recebida pelos médicos, eles tinham muito carinho pela gente, eles valorizavam”. (UR19MM1957.C5)

O modelo de ensino estava centrado e absorvido pela saúde pública, tanto que grande parte da carga horária prática acontecia em unidades básicas de saúde. As alunas entravam no campo de estágio com uma maleta com material necessário para realizar cuidados preventivos com o recém-nascido, como aplicação de vacinas, e até mesmo auxiliá-los no evento do nascimento. A equipe de enfermagem era composta pela visitadora sanitária, que se encontrava em um nível hierárquico elevado dentro da equipe de saúde, como destacou a colaboradora um:

“Nós tínhamos uma pessoa que participava também da equipe de enfermagem, que era a visitadora sanitária”. (UR25MH1954.C1)

“E a visitadora sanitária era um elemento que tinha uma contribuição fabulosa, porque elas eram selecionadas pela primeira enfermeira... e elas selecionavam alunos egressos do Instituto de Educação, professores. Era um nível muito elevado da visitadora sanitária”. (UR26MH1954.C1)

“Nós tínhamos uma maleta para atendimento a partos, imunizações, pois todas as crianças deveriam completar o esquema e quem não completava a gente fazia no recinto, levava a maletinha com toda a técnica, se tivesse curativos também, todos os cuidados”. (UR15MH1954.C1)

Apesar de criado ainda em 1938, o Curso de Visitadoras foi regulamentado somente em 1946, através do Decreto nº 1.944, de 31 de maio. Eram atribuições das Visitadoras Sanitárias: dispensar cuidados aos doentes, ensinar princípios de higiene, orientar e prevenir doenças, encaminhar gestantes ao pré-natal, realizar puericultura, implementar o programa de imunizações, entre outras (BRUM, 2000).

Contudo, com as mudanças ocorridas pela divisão do trabalho dentro da categoria, a(o) enfermeira(o) graduada(a) passou a assumir a liderança da equipe, administrar os serviços, planejar e a delegar funções. Esta postura da enfermagem, com enfoque mais gerencial, favoreceu a ocorrência de conflitos e disputa de poder com a classe médica. Contudo, o(a) enfermeiro(a) formado(a) no modelo de total submissão, certamente, passou a se deparar com questões muito dicotômicas entre fazer enfrentamentos e/ou recuar e obedecer. Os relatos a seguir traduzem essa realidade:

“As relações dependiam da pessoa, às vezes era bom. Os professores gostavam. Mas dependia do funcionário, porque se a gente interferisse era ruim. As freiras estavam sempre no hospital. Elas que mandavam”. (UR19MI1955.C2)

“Mas era uma guerra feroz, dos médicos contra a gente. Feroz! Elas vêm aqui pra mandar! São mandonas. (risadas) Mas era um horror! O que me fizeram de ‘guerra’ não tem explicação”. (UR6JL1957.C4)

Percebe-se que, apesar do interesse da classe médica em ter a enfermagem como mão de obra para auxiliá-los no cuidado ao paciente, esta era ridicularizada e desprestigiada em seu fazer, como expressou a colaboradora três.

“Uma vez eu ia saindo com uma comadre, de um quarto, e um disse assim: ‘Como vão as piniqueiras?’. Eu digo: Pobre de vocês se não fossem as piniqueiras, porque só assim o senhor vai saber se o paciente está com uma doença, uma hemorragia interna, com melena, com isto, com aquilo, né. Ele olhou pra mim e disse: ‘São esnobe mesmo!’ ”. (UR20C1955.C3)

“Esta relação do xixi e do cocô sempre foi uma relação que nós enfermeiras sofríamos, porque nós saíamos com a comadre, né, para medir a urina, para examinar”. (UR21C1955.C3)

O processo formativo do ensino na EEUFRGS iniciou permeado pelos pressupostos religiosos que nortearam o caráter religioso e caritativo de Florence

Nightingale, servindo ao próximo, preferencialmente ao pobre e necessitado, como forma de aperfeiçoamento espiritual (GERMANO, 1993). Devido a esse aspecto, constata-se a presença das Irmãs de caridade, ou seja, de mulheres religiosas, na grande maioria das instituições hospitalares, inclusive estes serviços eram administrados e coordenados por elas. Por isso, ao longo da história, a vocação religiosa influenciou no modelo do ensino da enfermagem moderna. As relações entre universidade, profissionais do hospital e religiosas davam-se de forma amistosa desde que os alunos não interferissem no modelo e nas rotinas da instituição. Quanto à dimensão religiosa, os egressos não relacionaram sua influência no ensino, no entanto fizeram uma associação com a falta de valorização e reconhecimento da profissão, conforme as falas a seguir:

“Não havia uma interferência RELIGIOSA entende? Claro que no início a enfermagem não era bem vista”. (UR25JL1957.C4)

“Eu nunca assim me lembro que tivesse a questão religiosa alguma influência”. (UR20MM1957.C5)

Para Padilha (2005), a dimensão religiosa norteou a prática de enfermagem ao longo dos tempos e consolidou seus fundamentos de tal forma que continua atualmente a influenciar na formação dos profissionais de enfermagem, especialmente no que diz respeito aos ideais da fraternidade e do altruísmo, em detrimento da construção de uma profissão com bases científicas e especializada.

Com relação a categoria temática o ensino de enfermagem neonatal na Escola de Enfermagem do Rio Grande do Sul na década de 60, constatou-se que esta década foi marcada pelo intenso desenvolvimento industrial com forte expressão na agricultura e na mineração. O contexto histórico-social deste período abrangeu os governos de Jânio Quadros (1961-1961), renunciando sete meses depois de assumir, e João Goulart (1961-1964). Em 1964 os militares assumiram o poder através de um golpe militar, iniciando assim a ditadura brasileira. Quem presidiu o governo ditatorial na década em estudo foram o Marechal Castello Branco (1964-1967) e o Marechal Costa e Silva (1967-1969) (CODATO, 2005; FAUSTO, 2006).

Neste contexto, a Escola de Enfermagem tinha como coordenadora a Professora Celina de Cunha Tibiriçá, subordinada à Reitoria da Faculdade de Medicina, conforme informou a egressa nove:

“A enfermagem era na biociências, funcionava medicina e enfermagem, a enfermagem tinha uma diretora própria, com corpo docente autônomo, mas se quisesse fazer alguma coisa diferente ia consultar o diretor da medicina. Eu acho até que ela não participava do conselho, conselho universitário da UFRGS, em 61 ela não participava e não tinha o seu próprio conselho”. (UR28N1964.C9)

De acordo com as colaboradoras sete, oito e dez, o ensino de enfermagem continuou sendo ministrado no prédio anexo à Faculdade de Medicina até 1968, quando a Escola de Enfermagem conquistou sua autonomia. O campo para as atividades práticas era o Hospital da Santa Casa de Misericórdia:

“Era tudo na Santa Casa, só atuávamos na Santa Casa”. (UR8D1962.C7)

“Naquela época nós tínhamos aula na Faculdade de Medicina”. (UR2AL1963.C8)

“Os nossos estágios de mãe e recém-nascido se concentravam na Santa Casa, na maternidade da Santa Casa”. (UR18M1964.C10)

Em 1961, foi criada a Lei nº 4.024/61, de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, e o Conselho Federal de Educação (CFE), que passou a se responsabilizar pelo ensino superior. Diversas discussões foram realizadas quanto à duração e currículo dos cursos superiores. Destas, resultou a proposta de cursos com duração de quatro anos, contendo nove cadeiras de enfermagem e 11 disciplinas, com curso de ingresso e curso de pós-graduação (CARVALHO, 1976).

A segunda mudança curricular aconteceu em 1962, período no qual fixou-se o primeiro currículo mínimo para os cursos de enfermagem, conforme o Parecer do CFE nº 271/62 (CARVALHO, 1976). O novo currículo manteve as disciplinas relacionadas às clínicas especializadas, de caráter curativo, reduziu a duração para três anos, introduziu especializações no quarto ano optativo e eliminou a disciplina de Enfermagem em Saúde Pública, passando a constar como conteúdo de especialização. (CARVALHO, 1976; GERMANO, 1985). Dessa forma, o currículo mínimo de enfermagem deveria incluir disciplinas de Fundamentos de Enfermagem,

Enfermagem Médica, Enfermagem Cirúrgica, Enfermagem Psiquiátrica, Enfermagem Obstétrica e Ginecológica, Enfermagem Pediátrica, Ética e História da Enfermagem e Administração (RIZZOTTO, 2006). Na reforma curricular de 1962, o Conselho Federal de Educação (CFE) estabelece o ensino de administração nos cursos de enfermagem, incidindo agora sobre as clínicas especializadas e de caráter curativo (GERMANO, 1993). Com o capitalismo em ascensão, o setor da saúde vislumbra a privatização da assistência e a alta especialização dos serviços (FORMIGA; GERMANO, 2005). Com a mudança de currículo, as Escolas foram incentivadas a rever e a abandonar seus métodos de ensino de enfermagem até então considerados tradicionais (VIETTA et al., 1996).

Com a implementação do currículo mínimo, a formação do enfermeiro ficou ainda mais restrita, voltada somente para a assistência individual e curativa. A reivindicação pela manutenção dos quatro anos do curso de enfermagem geral permeou discussões posteriores (CARVALHO, 1976; GERMANO, 1985).

O curso de enfermagem da EEUFRGS, durante toda a década de 60, acompanhou as mudanças curriculares, porém mostrou-se firme na proposta de manter a duração do curso em quatro anos. Uma egressa mencionou que a disciplina de Enfermagem Obstétrica acontecia no segundo período do 3º ano e que no 4º ano cursavam a disciplina de Saúde Pública:

“Era no 3º ano, no 4º já entrava a saúde pública, era no 2º período do 3º ano”. (UR1D1962.C7)

O colaborador nove relatou que os docentes eram muito jovens. Os mesmos eram formados na Escola de Enfermagem e acabavam assumindo alguma disciplina:

“Mas ela era bem novinha, ela era recém-formada e já era nossa professora”. (UR17N1964.C9)

Para ingressar no curso de enfermagem, era exigida a realização de processo seletivo com prova escrita e oral, conforme o modelo instituído desde a década de 50, disse o colaborador nove:

“Fiz sim, tinha prova escrita e oral, eu e mais quatro. No vestibular eu vi mais rapazes, alguns me lembro que tavam atrás dos seminaristas. Um

deles surtou porque as filas estavam andando e na primeira linha tinha as mesas pra prova oral, era a mesma banca da medicina, eles sorteavam um ponto, aí o rapaz trancou, sorteou outro ponto e o rapaz continuou trancado, aí ele virou a página e disse: ‘Escolhe um assunto e fala!’. Aí ele começou a chorar. Eu tive sorte, eu sabia todos os pontos um pouco, conforme o título eu me lascava, era oral e escrito. Os rapazes que estavam não passaram na prova oral, nós passamos mal, em penúltimo lugar”. (UR31N1964.C9)

O ensino de enfermagem relacionado ao recém-nascido na década de 60 era abordado nas disciplinas de Enfermagem Obstétrica, Enfermagem Pediátrica, Puericultura, Maternidade e Berçário, e a partir de 1969 esta última disciplina foi dividida em duas, uma chamada Berçário e a outra Maternidade. Nesta mesma década, foram introduzidas, para o ensino de enfermagem, bibliografias em português e traduzidas de línguas estrangeiras como francês, espanhol e inglês. As pesquisas na biblioteca da Escola também eram frequentes e parte do bloco prático contemplava aulas em laboratório. Alguns procedimentos eram ensinados no laboratório da Faculdade de Medicina e, após, supervisionados no campo de estágio, conforme as falas a seguir:

“Geralmente tomávamos notas das aulas, em cadernos, não lembro se tivesse um livro, deveria ter algum livro, mas a gente tomava nota da aula”. (UR14D1962.C7)

“Nós tínhamos nossos livros, naquela época eram praticamente todos inglês ou francês, alguns em espanhol, português não tinha, começou a entrar aos pouquinhos”. (UR5AL1963.C8)

“Laboratório tinha, também tudo lá na faculdade, era um convênio da escola de enfermagem com a faculdade de medicina, nós tínhamos tanto laboratório de patologia, como de fisiologia, tudo lá na faculdade”. (UR10AL1963.C8)

“A gente já fazia aulas práticas, na escola tinha um ambiente que se fazia as técnicas básicas, e depois a gente ia já para campo de execução supervisionado”. (UR11AL1963.C8)

“Muita coisa a gente ia na Faculdade de Medicina, fazer na biblioteca grande de lá”. (UR9AL1963.C8)

“É a biblioteca da escola, eles indicavam os livros, e a biblioteca de início era bem pequena até na escola de enfermagem”. (UR7AL1963.C8)

“Os livros da época praticamente eram todos em espanhol, a literatura não era brasileira, tinha algum material que vinha das revistas brasileiras de enfermagem. Esse sim, era acesso em português, muitas vezes tinha bastante conteúdo que a gente podia aproveitar nas práticas ou mesmo nos pequenos planos que a gente desenvolvia para o cuidado, eram bem elementares”. (UR8M1964.C10)

Nesse contexto, ainda subordinada à Faculdade de Medicina, a Escola de Enfermagem, por meio das Professoras Enfermeiras, passa a assumir maior carga horária teórica, disponibilizando aos médicos apenas temáticas específicas, como fisiologia, anatomia e parasitologia. Neste meio mais científico, a enfermagem passa a atuar, além da assistência, no ensino, na pesquisa e no gerenciamento ou administração do serviço, sendo o ensino de enfermagem ministrado pelo profissional enfermeiro (FERTIG, 2000).

A egressa dez relatou que, na década de 60, as professoras enfermeiras assumiram, além do ensino prático, maior carga horária teórica, ficando apenas as disciplinas mais específicas para os professores médicos:

“Na época o ensino era feito por médicos e enfermeiros, não é como hoje, nós tínhamos toda uma carga horária com médicos, e uma carga horária com enfermeiros que geralmente entrava na parte prática”. (UR2M1964.C10)

“Mas as enfermeiras também davam as teorias específicas, de algum cuidado de enfermagem”. (UR3M1964.C10)

Conforme análise das fichas de aula, concomitante às demonstrações técnicas e aulas teóricas, o professor acompanhava o desenvolvimento do acadêmico através de provas, chamadas prova parcial, prova final, prova prática e exame final, mantendo o mesmo método de avaliação de desempenho utilizado na década de 50. Contudo, constatou-se que o número de horas disponibilizadas para exames, mais especificamente das atividades práticas, aumentou significativamente em 1968. Tal achado pode estar relacionado ao fato de que nesse ano a Escola conquistou sua autonomia e por isso deveria garantir o mesmo desempenho no mercado de trabalho de quando ainda era subordinada à Faculdade de Medicina. Nessa década, mais precisamente em 1961, passou-se a utilizar a terminologia “sabatina”, conforme se segue (Quadro 2):

Quadro 2 – Processo avaliativo das disciplinas de Pediatria e Puericultura, Maternidade e Berçário e Enfermagem Pediátrica

Primeira prova parcial. URDP1960-11
Exame final. URDP1960-3
Sabatina escrita. URDMB1961- 4
Sabatina prática. URDPP1965-3
Exame escrito. URDPP1966-5
Exame oral. URDPP1966-6
Exame 2ª época. URDPP1966-7
Exame escrito. URDEP968-14
Exame oral. URDEP968-15
Sabatina prática. URDEP968-1
Sabatina prática. URDEP968-2
Sabatina prática. URDEP968-3

Fonte: Fichas de aula das disciplinas de Pediatria e Puericultura, Maternidade e Berçário e Enfermagem Pediátrica do Curso de Enfermagem da UFRGS ([196-?]).

Existia certo rigor na realização das avaliações e entendia-se que a prova poderia garantir o conhecimento do aluno na execução das atividades de enfermagem no campo prático. É possível afirmar que não se realizava um ensino problematizador que levasse o aluno à discussão, reflexão e à busca de soluções.

Apesar da direção da Escola de Enfermagem não estar mais sob o comando das irmãs Verderese, o modelo de projeto pensado para a instituição foi mantido, uma vez que se caracterizou como sucesso nos anos anteriores. Portanto, a Escola mantinha a mesma estrutura de acolhimento e residência dos alunos e disponibilizava todas as condições necessárias para garantir o estudo dos acadêmicos, como afirmou a egressa sete:

“Na época eu morava na escola, que a secretaria era residência, apesar de eu morar na cidade de Porto Alegre, optei por morar lá porque era mais cômodo, a gente ia de ônibus tinha tudo na mão, era maravilhoso, tinha o chofer nosso amigão e era tudo mais divertido. E a gente morava lá, tinha alimentação boa, porque tinha nutricionista, a roupa de cama era engomada, trocada uma vez por semana, os uniformes que a gente usava trocava duas vezes por semana, eles vinham tudo prontinho”.
(UR10D1962.C7)

A Escola seguiu oferecendo residência no modelo internato até pelo menos 1968, seguindo os princípios de regimento e disciplina nightingaleanos.

Um fato importante, que registra uma atitude ousada e inovadora, foi o ingresso de homens no curso de enfermagem. De acordo com as falas dos egressos do curso, em 1961 ingressaram na Escola de enfermagem três homens. Contudo,

ficou evidente que não havia muita clareza na condução deste novo personagem no curso. Os homens participavam e recebiam o mesmo ensino teórico, porém no campo de estágio da disciplina de enfermagem obstétrica, havia alguns limitadores de igualdade, principalmente no que tange ao espaço do parto e nascimento. Nestes casos, o aluno do sexo masculino tinha a opção de participar do campo prático da disciplina de Urologia. Contudo, no cenário do cuidado do recém-nascido, o acadêmico do sexo masculino participava ativamente e de forma integrada com as acadêmicas do sexo feminino. Essa importante mudança no curso de enfermagem foi sinalizada pelos egressos oito, nove e dez:

“Se tivesse rapaz, eles entravam na sala de parto igual, como nós também entrávamos na parte dos homens quando era urologia”. (UR19AL1963.C8)

“Eu dividia com as outras colegas, por interesse delas, e eu ia dar banho nas crianças. Como eu tinha a mão maior, eu acho que em trinta segundos eu dava banho inteiro na criança”. (UR15N1964.C9)

“O [aluno] foi direto para a urologia, ele conheceu padre ou irmãos, religiosos da Santa Casa, e ele enturmou com eles e ficou na urologia”. (UR11N1964.C9)

“Eles realmente faziam urologia, isso eu recordo bem, então provavelmente eles não assistiam os partos”. (UR24M1964.C10)

“Se eles fossem, talvez eles só fossem fazer uma observação de campo, porque não tinha problema, eles não interferiam na assistência, porque os médicos interferiam no procedimento, então o homem assistia a mulher, não tenho como afirmar. Mas eu acho que observar, ter passado por uma sala de parto, isso aí é possível que tenham feito, não posso afirmar, só eles mesmo”. (UR25M1964.C10)

De acordo com Lopes (1996), a categoria enfermagem e as enfermeiras são resultado de uma construção complexa da diferenciação de ser da Enfermagem e das relações entre os sexos, normalmente hierarquizadas e com valor social diferenciado.

Corroborando com essa premissa, Scott (1989, p. 21) diz: “[...] o gênero é um elemento constitutivo de relações sociais baseado nas diferenças percebidas entre os sexos, e o gênero é uma forma primeira de significar as relações de poder.”

Observou-se que existiam problemas relacionados a gênero com os alunos, sendo estes limitadores na participação e inclusão dos seus direitos sociais. Conforme expressou o egresso nove, a universidade, envolvida neste contexto, demonstrou-se aberta para mudança, mas não tinha clareza de como conduzir a inserção do homem neste campo:

“A relação do enfermeiro é totalmente diferente da enfermeira, porque na época o machismo, eles me identificavam como um deles. Então, tanto os estudantes de medicina como os médicos, eles me respeitavam, muito mais pelo machismo do que por outro motivo. Então a minha relação com eles era diferente e deles comigo também, e isso me acompanhou toda a vida, para as enfermeiras mudou muito”. (UR23N1964.C9)

“Na parte teórica, o conteúdo era igual tanto para homens quanto para mulheres. Já, na aula prática, ninguém sabia o que fazer conosco (homens)”. (UR2N1964.C9)

Em relação a conteúdos sobre políticas de saúde da criança, que norteavam o cuidado e o ensino com esta população, essas eram bastante divulgadas e discutidas a nível estadual e federal:

“Política da criança sim, era bastante conhecida e bem desenvolvida no país inteiro, existiam Centros e o Departamento Nacional de Saúde promovia esse trabalho e a Escola seguia muito essas normas que eram preconizadas pelo serviço de saúde”. (UR15M1964.C10)

Frente a este novo contexto universitário, econômico, político e social, a enfermagem foi convidada a ocupar seu espaço dentro da administração e do gerenciamento dos hospitais, uma vez que estes começaram a se especializar.

Dessa forma, os cursos de enfermagem passaram a adotar os princípios de Taylor no ensino do cuidado, sendo este focado na economia de materiais, tempo, movimento e na descrição de técnicas. Assim, o ensino e a prática da enfermagem passaram a se preocupar com a distribuição de escalas de serviço, levando em consideração a complexidade dos procedimentos, preocupação com a técnica e a utilização dos alunos como mão de obra nos hospitais (FORMIGA; GERMANO, 2005). O campo prático continuou sendo o Hospital Santa Casa de Misericórdia, que tinha como finalidade o atendimento aos pobres e indigentes, mas que foi se diferenciando conforme a necessidade de cada época.

Diante deste novo cenário, na década de 60, o ensino prático que envolvia os cuidados imediatos no cenário do nascimento e a assistência de enfermagem no berçário desenhava-se de forma funcional, seguindo o modelo “produção em série”. Um aluno ficava responsável pelo parto e outro pelo recém-nascido. Não foi evidenciada presença de pediatra no cenário do nascimento, ficando sob responsabilidade do enfermeiro a assistência imediata ao neonato saudável, como relataram os egressos nove e dez:

“Eu nunca registrei a presença de nenhum deles (pediatra) na maternidade, pode ser até que tivessem mais, podia ser que tivesse no berçário, criança na incubadora, mais grave, devia ter”. (UR18N1964.C9)

“Existia um programa na América do Sul que a enfermeira ficava envolvida com toda a parte infantil e a obstétrica, que era específica, ficava responsável pela área materna. Depois, na década de 70, na América do Sul ficou unificado para que a enfermeira fizesse esse trabalho, e aí a figura da Obstetrícia também foi abandonada”. (UR37M1964.C10)

“Não existia pediatra, nesse tempo a gente fazia um trabalho independente, era de enfermeira, isso tudo era conosco, nós que fazíamos”. (UR32M1964.C10)

Como profissão, a Enfermagem passa a se organizar a partir do pensamento funcionalista da administração, voltado para a divisão do trabalho e a hierarquização dos processos. Esta nova formatação da categoria distinguiu o enfermeiro graduado do auxiliar e atendente de enfermagem, cabendo aos últimos executar as tarefas rotineiras e que não exigissem muito conhecimento, ficando subordinados à chefia do enfermeiro (VIETTA et al., 1995).

Para resolver a necessidade emergente de enfermeiros para a assistência direta, optou-se em criar e regulamentar, no Brasil, os cursos de auxiliar de enfermagem, uma vez que a formação do enfermeiro demandava muito tempo (ALMEIDA; ROCHA, 1986; CARVALHO, 1976). Nesse sentido, a oficialização, implantação e regulamentação dos cursos de auxiliares de enfermagem, com a Lei 775/49, também representaram um ganho simbólico, no sentido de atender à demanda crescente dos hospitais, devido à pressão do governo federal, da classe médica e outros fatores externos, que buscavam a redução do tempo de formação

destes profissionais a fim de cumprir exigências do mercado externo, para posterior investimento no Brasil (FONTE, 2009).

Frente à divisão do trabalho e da hierarquização da profissão, a enfermeira graduada passa a assumir a responsabilidade pela administração do serviço de enfermagem e da supervisão das atividades assistenciais. Diante deste novo modelo organizacional, a enfermeira deixa de assistir diretamente o paciente e passa a deliberar suas funções à equipe que lidera (VIETTA et al., 1995). Embora sem muita autonomia e com pouca autoridade, a enfermeira da década de 60 lutava para manter seu espaço conquistando respeito e reconhecimento por sua competência e adaptação às transformações tecnológicas (VIETTA et al., 1996). Com a divisão do trabalho, a Escola de Enfermagem cria o curso de auxiliar de enfermagem, para suprir a demanda de serviço assistencial ao paciente, uma vez que não existia a categoria de técnico de enfermagem. Este novo processo de organização da enfermagem burocratizou a assistência e distanciou o enfermeiro do cuidado direto ao paciente, fragmentando o cuidado. Frente a esta nova configuração de trabalho na enfermagem, constatou-se, nas fichas de aula (Quadro 3), que foi proporcionado espaço para a coordenação do Curso Auxiliar de Enfermagem discutir e apresentar o regimento do curso, suas atribuições e objetivos, conforme se segue:

Quadro 3 – Processo avaliativo das disciplinas de Pediatria e Puericultura, Maternidade e Berçário e Enfermagem Pediátrica

“Reunião com a coordenadora do curso auxiliar” (URDMB1960-1)
 “Discussão do regimento interno com diretora do curso de auxiliar de enfermagem”. (URDMB1960-7)
 “Atuação do auxiliar na equipe do berçário”. (URDP1968-5)
 “Funções da auxiliar de enfermagem. Ambulatório de obstetrícia, berçário - banho do bebê. Teoria e prática”. (URDMB1962-3)

Fonte: Fichas de aula das disciplinas de Pediatria e Puericultura, Maternidade e Berçário e Enfermagem Pediátrica do Curso de Enfermagem da UFRGS ([196-?]).

Nesse novo cenário, o paciente passa a ser visto como objeto do cuidado e as atividades assistenciais passam a ser direcionadas conforme suas necessidades. Dessa forma, intensifica-se o processo de elaboração de normas, rotinas e padrões, buscando qualificar os serviços de enfermagem. Assim, a modernização, e com ela a melhoria da educação, a participação ativa da mulher na sociedade, a tendência à especialização, a divisão social do trabalho, bem como a Revolução industrial,

proporcionaram transformações no cenário da saúde da criança (VIETTA et al., 1995).

Com a tecnificação do cuidado, a enfermagem passou a ser mais científica no momento em que o ambiente passou a ser mais valorizado. A colaboradora dez afirmou que nesse contexto, a técnica, a rotina e os protocolos passaram a nortear o ensino e a assistência de enfermagem no cuidado ao recém-nascido:

“Geralmente nós trabalhávamos em cima de técnicas, que eram rotinas estruturadas que tu ia desenvolvendo, com aquele protocolo daquela técnica, e tu era supervisionada nas primeiras ações que tu desenvolvia com a mãe e a criança, e em cima disso que tu era avaliada”. (UR4M1964.C10)

“Quando era algum procedimento que envolvia material, aí nós tínhamos a técnica descrita, e ela era desenvolvida seguindo aqueles procedimentos todos”. (UR7M1964.C10)

Nesse sentido, o enfermeiro passa a ser reconhecido e valorizado em seu fazer pela realização da técnica, no entanto reconhece a necessidade de tornar a enfermagem mais científica, processo que se desenvolveu ao longo dos anos. O reconhecimento e admiração por este perfil de profissional enfermeiro(a), foi mencionado pelo colaborador nove:

“Eu conheci alguns enfermeiros práticos que eu respeitava muito, o que eles faziam era mais interessante do que o que os médicos faziam”. (UR32N1964.C9)

Assim, a técnica tornou-se a essência do fazer na enfermagem. Além da competência técnica, o ensino exigia de seus discentes habilidades manuais, destreza e o correto manuseio das técnicas (VIETTA et al., 1995).

Percebe-se que as enfermeiras dedicavam-se incansavelmente para acompanhar o desenvolvimento científico e técnico, fazendo o que de melhor sabiam, destacando-se no ensino prático. Nesse período, o currículo contemplava uma carga horária significativa de técnicas demonstrativas realizadas em sala de aula e no laboratório.

Nas análises das fichas de aula, constatou-se uma supervalorização da técnica, com maior carga horária voltada para a prática, sendo esta realizada pela enfermeira. A partir da análise das fichas de aula, estima-se que 60% das disciplinas

que abordavam a temática do recém-nascido eram atividades práticas, como se segue (Quadro 4):

Quadro 4 – Atividades práticas desenvolvidas nas disciplinas de Pediatria e Puericultura

Revisão de técnicas. Discussão de assuntos de estágio. URDPP1960-10.
 Reações do RN. Demonstração do banho do RN. URDPP1961-32.
 Berçário - banho do bebê - teoria e prática. URDMP1962-6.
 Demonstração da técnica do banho do bebê e como dar a mamadeira. URDPP1965-21.
 Orientação sobre alimentação artificial. Preparo da mamadeira. URDPP1966-1.
 Demonstração da técnica de sopa de legumes. URDPP1965-7.
 Demonstração das técnicas de banho, verificação da temperatura. URDP1964-3
 Demonstração das técnicas de medicação V.O restrições. URDP1964-4.
 Demonstração da técnica de coleta de urina sexo masculino e feminino. URDP1964-5.
 Demonstração da planta física do berçário e da incubadora. URDP1965-3
 Demonstração de mamadeira de leite em pó e leite fresco. URDP1965-10
 Demonstração de sopa e suco. URDP1965-11
 Visita à enfermaria 34, apresentação à enfermeira chefe, chefe de serviço e funcionamento, demonstração da técnica de punção da jugular. URDP1965-12
 Demonstração das técnicas de como dar a mamadeira, coleta de urina feminino e masculino, medicação VO e IM. URDP1965-14

Fonte: Fichas de aula das disciplinas de Pediatria e Puericultura do Curso de Enfermagem da UFRGS ([196-?]).

Nesta década, o cuidado passa a ter maior enfoque hospitalar e curativo em detrimento do cuidado preventivo. Em oposição a esse movimento, surgem discussões orientadas para a necessidade de integração de aspectos curativos e preventivos na saúde. Neste modelo unificado, o hospital considerado uma instituição dinâmica que não se limita à cura, amplia suas atribuições também para a prevenção e educação, desenvolvendo atividades de cura, reabilitação, prevenção, educação, pesquisa e ensino (ALCÂNTARA; VALLADA; RIBEIRO, 1955; OLIVEIRA, 1963).

Desta forma, o recém-nascido, antes visto como um ser que demandava cuidados baseados em sua fisiologia, nos anos 60 passou a ser também abordado

na disciplina de Enfermagem Pediátrica – como criança patológica que requer intervenções e cuidados especializados, conforme verificado nas fichas de aula (Quadro 5):

Quadro 5 – Patologias do recém-nascido

Cardiopatias infantis mais comuns congênitas e adquiridas”. (URDEP1964-2)
 Edema nutritivo, cuidados de enfermagem à criança com convulsão, taquicardia no lactente, princípios que regem a alimentação artificial, a criança com membros deformados, ausência de membros, efeito tóxico de O₂ [oxigênio] no recém-nascido”. (URDEP1967-9)
 Cuidado de enfermagem na estenose do piloro, lábio leporino, fissura palatina”. (URDEP1968-15)

Fonte: Fichas de aula da disciplina de Enfermagem Pediátrica do Curso de Enfermagem da UFRGS ([196-?]).

Na medida em que o hospital se diferenciou como espaço de doença e cura, a medicina assumiu o topo da hierarquia hospitalar. O médico tornou-se a autoridade, embora não estivesse presente no hospital. Conforme a entrevista de uma egressa do curso, eventualmente os estágios aconteciam no noturno, sendo estes acompanhados pelas freiras, pois a professora da Universidade trabalhava no diurno. A presença das Irmãs religiosas nestes espaços de saúde constituía-se como uma missão específica da congregação à qual pertenciam. Portanto, viver a consagração religiosa requeria vocação e abnegação que era expressa especialmente através do trabalho e da disponibilidade para tal, 24 horas por dia. Dessa maneira, mesmo que o médico não estivesse presente neste cenário, as freiras coordenavam e desempenhavam as atividades de cuidado hospitalar prescritas por ele. Estas constatações podem ser verificadas nas falas das colaboradoras sete e oito:

“O médico ele dava aula, ele não ficava ali não”. (UR12D1962.C7)

“Quando fazíamos noturno ficavam as freiras, aí a professora não podia estar todo tempo lá, ela ficava de dia”. (UR28AL1963.C8)

Constatou-se que, desde as origens da Escola de Enfermagem, buscou-se implementar um modelo de formação voltado para o desenvolvimento do aluno, onde cada um era responsável pela construção do seu conhecimento, restando à Escola o dever de fornecer as diretrizes e conduzir o processo de aprendizagem, como verificado na ficha de aula da disciplina de Enfermagem Pediátrica (Quadro 6):

Quadro 6 – Parte do programa da disciplina de Enfermagem Pediátrica

Orientação ao curso, discussão do programa, experiência de aprendizagem e a responsabilidade do estudante.(URDP1963-1)

Fonte: Fichas de aula da disciplina de Enfermagem Pediátrica do Curso de Enfermagem da UFRGS ([196-?]).

Conforme Germano (1993) apesar da década de 50 se caracterizar pelo enfoque do cuidado na saúde pública, com o desenvolvimento tecnológico da indústria de medicamentos e de equipamentos hospitalares a década de 60 passou a aderir à ideologia capitalista de produção dentro do modelo hospitalar-curativista.

Embora existisse uma configuração de cuidado hospitalar fundamentado no modelo biomédico, observou-se que o Visitador Sanitário tinha autonomia profissional e por isso destacava-se como uma categoria de nível hierárquico elevado na saúde. O Decreto nº 20.931, de 11 de janeiro de 1932, regulava e fiscalizava o exercício da enfermagem no Brasil, o que nos possibilita dizer que a Visitadora Sanitária fazia parte da equipe de saúde e possuía regulação própria (BRASIL, 1932). Esta informação foi fornecida pela egressa dez:

“Nos Postos de Saúde havia o nível médio que era o visitador sanitário, que era um profissional preparado que estava inserido nessa programação do Departamento Nacional de Saúde, e eles eram extremamente bem formados. Tinha o auxiliar, porque naquela época não tinha técnico, inclusive a escola teve curso de auxiliar de enfermagem, e elas trabalhavam na Santa Casa”. (UR17M1964.C10)

“Em Saúde Pública a gente trabalhava muito com a parte materna e do recém-nascido”. (UR36M1964.C10)

Contudo, o enfermeiro de saúde pública estava desvinculado da área médica, podendo desenvolver com maior autonomia seus processos e as ações de enfermagem, ficando subordinado diretamente ao Departamento Nacional de Saúde. Os médicos entenderam que fazer saúde pública desprestigiava sua profissão, deixando este “nicho” de mercado para a enfermagem, conforme relato:

“Era Saúde Pública, administração e disciplinas específicas, chamava-se clínica obstétrica e clínica pediátrica. Aí depois, quando estava saindo, passou a se chamar enfermagem médica, enfermagem cirúrgica, enfermagem pediátrica, enfermagem psiquiátrica, foi uma denominação nacional. Aí a enfermeira assumiu muito mais a frente da assistência, mas até a minha época elas dividiam com os médicos, exceto saúde pública, que

era autonomia total. A enfermeira que desenvolvia, sob a guarda desse Departamento Nacional de Saúde que eu falei pra vocês, que tinha todas as regras, todos os procedimentos, toda abrangência. E a enfermeira tinha um papel muito relevante, embora a escola, já era a segunda década, já ficou com um olhar mais hospitalocêntrico, mudou, mas as enfermeiras na saúde pública eram muito autônomas e seguiam as regras do Ministério, a enfermagem entrou aqui já sob esse regime”. (UR46M1964.C10)

Junto aos movimentos de Reforma Universitária no Brasil, surge o movimento estudantil, que se posicionou e lutou para combater o caráter arcaico e elitista das universidades. Os estudantes do movimento discutiam questões como autonomia universitária, participação do corpo discente e docente na administração das instituições de ensino, ampliação de vagas nas escolas públicas, flexibilidade na organização de currículos e trabalho em tempo integral para docentes (FÁVERO, 1994).

O movimento acadêmico da Escola também se manifestou e lutou pela própria autonomia, por maior flexibilidade curricular e pela participação nas decisões de gestão. Contudo, pode-se perceber que essas lutas não obtiveram sucesso, pois a coordenação da Faculdade de Medicina não ofereceu abertura para discussão e negociação, utilizando o argumento de que o Diretório Acadêmico era formado por pessoas que apenas haviam realizado o ensino secundário, fato este que impossibilitaria sua participação em qualquer momento da vida da Escola de Enfermagem. A fala a seguir mostra a inquietação dos estudantes quanto ao desejo de mudanças no modelo de ensino e em participar na tomada de decisões da Universidade:

“Em 61 a gente começou uma greve, a greve por um terço de participação de alunos no conselho. Eu tava puxando a greve junto, mas não tinha conselho, eu era militante político, a gente estava conseguindo manter a greve pela participação de um terço. Depois disseram que já tinha conselho, eu acho que não tinha, quem decidia as decisões maiores era a medicina. Até que se emancipou, a diretora [da enfermagem] foi reconhecida, o conselho foi reconhecido”. (UR29N1964.C9)

Outro marco histórico que influenciou o ensino de enfermagem na década de 60 foi o golpe militar em 1964, com o governo militar passando a governar o Brasil sob pressupostos como a falta de democracia, supressão de direitos constitucionais, censura, perseguição política e repressão aos que eram contra o regime militar. Com a tomada do governo pelos militares, a crise econômica leva a medidas de racionalidade nos custos do setor de saúde (VIETTA et al., 1996).

Em 1964, com o início da ditadura, a Escola de Enfermagem como instituição de ensino, com grande patrimônio intelectual, foi reprimida, calada e censurada pelo governo, como demonstrou o egresso a seguir:

“Falar da ditadura é obrigatório, era o ano que eu era presidente do diretório, aí houve uma represália no movimento estudantil e nos professores de esquerda infernal! Daí eu tinha a vantagem dentro da desvantagem, a enfermagem era secundária, então era negligenciada pelo poder político e autoritário, que estava se instalando”.
(UR33N1964.C9)

“A própria esquerda esvaziou por um medo da repressão, ficou um pingo de gato pingado, que deu origem ao guerrilheiro, PCdoB. Começa aí, a enfermagem foi negligenciada pela ditadura e pela reitoria também”.
(UR34N1964. C9)

Com o aumento da procura pelos serviços de saúde e a escassa rede de hospitais e ambulatorios, surge a Lei Orgânica da Previdência Social, que em 1966 leva o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) a ser o “comprador” de serviços privados (VIETTA et al., 1996). O crescente desenvolvimento do setor industrial brasileiro e a expressiva migração da população da zona rural para os grandes centros passam a desafiar a estrutura previdenciária da época. A Previdência não previa o envelhecimento dos trabalhadores, as péssimas condições de trabalho e conseqüentemente o aumento dos custos com a assistência médica. Por estas e outras razões tornou-se difícil garantir a efetivação das diretrizes da Lei Orgânica da Previdência Social (SILVA, 1996).

Diante desse novo cenário, a partir da década de 60 a medicina privada representada por empresas médicas e indústrias de equipamentos hospitalares atingem seu auge, mantendo-se constantes ao modelo de desenvolvimento econômico do país. Com o Golpe Militar de 1964 e a implantação do regime autoritário do governo, os Institutos de Aposentadoria e pensões (IAPs) passaram a ser fiscalizados sob suspeita de fraude e má utilização dos recursos. Esse sistema era considerado em decadência, pois não era racional e contribuía na divisão dos trabalhadores, fragmentando o movimento operário. A partir do movimento militar, foi proposto reformular a Lei Orgânica da Previdência Social e criar o Ministério do Trabalho e Previdência Social. Este foi criado em 1966 e implementado em 1974 (SILVA, 1996).

Em 1966, através do Decreto nº 72 de 21/11/66, os IAPs foram unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), representando a centralização da previdência social no Brasil, possibilitando a articulação da saúde pública com o setor privado, fortalecida pela participação do Estado. Dessa forma, a utilização de serviços privados pelo setor público tornou-se uma prática em expansão e crescimento, ampliando as possibilidades de utilização dessa modalidade de serviço especialmente para instituições de pequeno e médio porte, deixando a alta complexidade às custas do setor público (SILVA, 1996).

Assim, o desenvolvimento tecnológico e científico levou as instituições a evoluir em técnicas e procedimentos através do surgimento das especialidades. Com a unificação da Previdência Social e a constituição do INPS, a saúde pública passou a incorporar serviços privados que demandavam maior especialização e melhores condições tecnológicas para a assistência desta população. Assim, as instituições de saúde melhoraram sua estrutura funcional e econômico-financeira e mudaram o foco assistencial. Neste caso, a Santa Casa de Misericórdia se tornou referência para algumas especialidades, conforme as falas:

“Na Santa Casa era tudo de poder aquisitivo baixo, tinha INAMPS assim”. (UR13D1962.C7)

“A Santa Casa era para indigente, ela começa a se qualificar com tecnologia de ponta com a cirurgia cardíaca em 66, que eu era formado, eu fui um dos primeiros a ir como enfermeiro de cirurgia anestésica. Em seguida a Santa Casa começa a mudar sua política, começa a atender convênio, com recursos pagantes, aí muda, e hoje ela é o que vocês conhecem. Mas ela, na década de 60, ela atendia pobre, e antes ela atendia escravo que ia pra praça da matriz para ser enforcado, na minha época era indigente”. (UR22N1964.C9)

Já em 1968, com a Reforma Universitária, o curso de enfermagem alargou seus horizontes com a implantação do curso de pós-graduação *lato sensu*, o que fortaleceu o ensino e a pesquisa dando-lhe autonomia, uma vez que era submissa às faculdades de medicina (GEOVANINI, 2002). Constatou-se que o desenvolvimento da enfermagem como ensino e profissão tem acompanhando a política de governo de cada época.

Após a Reforma Universitária, a Lei n. 5.540/68 fixou normas de organização e funcionamento do ensino superior articuladas com o ensino médio, buscando

modernizar e democratizar o ensino superior. Porém, o Estado de Segurança Nacional de cunho ditatorial inviabilizou o projeto (GERMANO, 1993). Ainda no ano de 1968, a Comissão de Educação da ABEn interveio com a proposta de revisão do currículo mínimo do Curso de Enfermagem e Obstetrícia. A mesma propunha a distribuição semestral das disciplinas, com dois semestres básicos e seis de formação profissional, incluindo a Enfermagem de Saúde Pública, e, no último ano, podia-se optar entre Enfermagem Obstétrica, Enfermagem da Comunidade e Enfermagem Médico-Cirúrgica. A proposta de revisão do currículo mínimo foi discutida ainda naquele ano no Seminário realizado na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), que evidenciou a idéia de manter os quatro anos de duração do curso e a busca pela redução da evasão dos alunos, permitindo que os mesmos pudessem trabalhar concomitantemente aos estudos (CARVALHO, 1976).

As relações entre universidade/acadêmicos e hospital no início da década se apresentavam harmoniosas. Conforme as falas das egressas, pode-se inferir que existia uma troca de gentilezas e os acadêmicos eram “aproveitados” como mão de obra para o cuidado hospitalar:

“Não, porque o espaço era pra nós. Nós levávamos nosso armário, nosso material, isso é, uma faca de dois gumes, porque, quando tu vai trabalhar, tu vai usar o material que tem, quando tu é aluna ia tudo prontinho, a escola mandava”. (UR18D1962.C7)

“Era uma camaradagem muito grande, sabe, se a gente via que tivesse qualquer dificuldade chamava as Irmãs ou chamava nossa supervisora, e a coisa não ia dar certo mesmo, então tá, chama fulano de tal, Dr. fulano de tal, ele tá de plantão, então esse vinha, né”. (UR38AL1963.C8)

“Ah, era boa a relação entre universidade/ acadêmicos e hospital, e com as freiras também não tinha problema, praticamente quando nós entrávamos no estágio elas deixavam tudo com a professora que assumia, coordenava os nossos trabalhos e interagía com os médicos pra chamar nas emergências”. (UR44M1964.C10)

Apesar de a Escola ser uma instituição de caráter leigo, o ensino de enfermagem sofria de forma discreta a influência do modelo vocacional, especialmente no campo de estágio, onde os alunos deparavam-se com valores e

condutas específicas normalmente coordenadas por religiosas, como destacaram os colaboradores:

“Como é que eu vou te dizer, como foi dentro da Santa Casa, então tinha uma certa tendência a ter, por exemplo, as freiras faziam questão assim, quando viam que a criança nascesse mal, antes tinham que fazer um batizado em cima, antes mesmo que fosse para o berçário”. (UR39AL1963.C8)

“Nós, sendo de uma instituição leiga, a influência era mínima. Na medicina católica tinha o curso de enfermagem que era realizado por freiras, na Unisinos e em Santa Maria tinha também, aí tu vê a diferença entre os alunos e do conhecimento e do encaminhamento. Modéstia à parte, nós erámos muito melhores tecnicamente e cientificamente, também porque eles tinham a restrição da religião e o machismo que nós tínhamos menos, porque a maioria dos professores eram mulheres, então o machismo pesava menos. Santa Maria tinha um excelente curso, mas tinha essa âncora que era o machismo e religião, Santa Casa também tinha machismo e religião”. (UR25N1964.C9)

“Olha, nossa escola era leiga, nós não tínhamos esse viés religioso nas nossas práticas, a gente seguia as rotinas da Santa Casa, por exemplo, a criança ser batizada. E as mães pediam, elas percebiam que a criança estava mal, era oferecido isso pra elas. Eu nunca senti nenhuma imposição religiosa na minha formação, foi totalmente leiga assim, os princípios religiosos eram da instituição, não estava inserido na tua aprendizagem, nem da parte do médico, nem da professora de enfermagem, eu nunca percebi isso”. (UR42M1964.C10)

Com relação as metas de segurança do paciente, as falas a seguir nos possibilitam inferir que na década de 60 não existia nenhuma política institucional de segurança do paciente e que os furtos de bebês eram muito frequentes. O berçário configurava-se como uma medida de controle e restrição de acesso:

“O negócio era chegar assim com o número na frente do vidro do berçário e pedir para alguém levantar o neném, tá aqui teu neném, e deitar de novo”. (UR36AL1963.C8)

“Desapareceu três ou quatro crianças lá, saíam como se tivessem assim, dado alta, e era aquele mundo de gente e não havia um controle 100%, não tinha como, tinha entrada aqui, tinha saída lá, tinha outra saída”. (UR37AL1963.C8)

“Eu detestava vestir a criança e arrumar. Então eu ficava dando o banho e passava pra elas [colegas do curso], produção em série”.
(UR17N1964.C9)

As mudanças de cenário da saúde brasileira conduziam as mudanças institucionais no que diz respeito à finalidade, valores organizacionais e princípios, a fim de dar respostas às situações emergentes de cada época.

8 A DIFERENCIAÇÃO DO ENFOQUE NO ENSINO SOBRE O NEONATO NAS DUAS DÉCADAS

No final do século XIX, no Brasil, a criança era vista como objeto. Os bebês nascidos de famílias ricas possuíam duas mães: uma durante a fase intrauterina e outra na fase extrauterina. Os recém-nascidos eram entregues às amas de leite que os amamentavam. Existiam também a Casa dos Enjeitados, Casa dos Expostos, Casa da Roda ou simplesmente Roda, nas quais recém-nascidos pobres eram abandonados (SILVA; CHRISTOFFEL; SOUZA, 2005). Tal situação começou a mudar na Europa entre 1870 e 1920, devido às altas taxas de mortalidade infantil e queda nas taxas de natalidade. Foi nesse período que surgiu o Movimento para a Saúde da Criança, que buscava preservar a vida das crianças, incluindo os recém-nascidos prematuros, considerado um marco na história do cuidado neonatal (ROCHA, 2007).

Pode-se dizer que a descoberta da infância teve início no século XVIII, assumindo maior significado no século XIX, com a revolução industrial, com o pensamento de que para ter um filho era necessário produzir muitos. Surge assim a preocupação com o corpo saudável para compor a mão de obra no mercado de trabalho (ARIÈS, 1981).

No Brasil, até a segunda metade do século XX, os bebês nasciam em casa, e eram atendidos por parteiras. O nascimento no hospital não fazia parte do cotidiano das famílias, e os hospitais que atendiam ao parto não contavam com unidades específicas para cuidar do RN (GREGÓRIO, 2011). Nessa época não havia uma especialidade que pensasse o neonato, mas já existia uma preocupação com o seu cuidado. O RN prematuro começa a ser visto e pensado de forma específica. A escola de enfermagem ainda não tinha um corpo formado, contudo a enfermagem neonatal tinha muita autonomia na assistência ao RN.

O cuidado do recém-nascido, antes realizado no domicílio e de forma empírica, agora passa a ser institucionalizado e medicalizado. Contudo, inicialmente esse cuidado era mais incipiente, baseado na fisiologia, passando a se diferenciar ao longo do tempo.

Na década de 50, o cuidado imediato do recém-nascido constituía-se basicamente pela higiene supercial da pele, medidas antropométricas e identificação, conforme consta nas falas:

“[...] as únicas medidas tiradas eram da altura da criança. E apenas limpavam a criança, não se dava banho”. (UR16MI1955.C2)

“[...] eles usavam uma pulseirinha”. (UR18MM1957.C5)

“[...] acho que na época nem tinha vacina para hepatite, eu nem lembro, talvez nos posto de saúde”. (UR17MM1957.C5)

A ementa da disciplina no curso de enfermagem da EEUFRGS que abordava o cuidado do recém-nascido contemplava o cuidado fisiológico, sem intervenções. Existia uma preocupação expressiva com as condições anatomo-fisiológicas e de adaptação do recém-nascido à vida extraútero. Sob esse enfoque, evidências mostram que os cuidados imediatos prestados ao recém-nascido após o nascimento contribuem para sua adaptação, diminuindo a morbimortalidade neonatal. Intraútero o feto encontra-se em um ambiente aconchegante, com temperatura e luminosidade adequadas, não lhe sendo exigido esforço para realizar suas funções vitais. Já, no meio externo, o recém-nascido dispenderá energia para superar possíveis adversidades para sua adaptação (CRUZ; SUMAN; SPINDOLA, 2007).

Segundo informação das colaboradoras 3 e 5, após o nascimento, o recém-nascido era apresentado à mãe e transferido para o berçário, onde recebia todos os cuidados. O mesmo era conduzido até sua mãe apenas na hora de ser amamentado (Fotografia 1), aproximadamente de três em três horas:

“Então, a criança era limpa e levada para o berçário”. (UR13C1955.C3)

“O bebê não ficava com a mãe na Santa Casa, mamava, depois voltava para o berçário”. (UR12MM1957.C5)

Fotografia 1 – Unidade de internação maternidade



Fonte: Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre ([195-?]).

Conforme Pedron e Bonilha (2008), com a institucionalização do nascimento iniciaram-se as atividades de controle de infecção hospitalar, proibindo as mães de permanecerem com seus bebês nesse espaço. Assim, registrou-se o processo de separação mãe/bebê, que ainda hoje acontece em algumas instituições.

Corroborando com essa conduta, Gregório (2011) diz que os recém-nascidos a termo e sem complicações eram encaminhados a uma unidade denominada berçário, onde permaneciam até a alta hospitalar, saindo apenas para serem amamentados. Já os prematuros ou nascidos com complicações eram mantidos em isolamento rigoroso, onde as visitas eram proibidas e os pais só podiam ver seus filhos à distância, por meio de visores. Nesse período observou-se que não havia a preocupação em aproximar a mãe do bebê, mas em encaminhá-lo para o berçário para realizar o exame físico e cuidados de higienização. A preocupação nos berçários era com o isolamento e manipulação mínima do recém-nascido. As mães só viam seus filhos na sala de parto, e, posteriormente, quando eram levados para a unidade de internação para serem amamentados (GREGÓRIO, 2011).

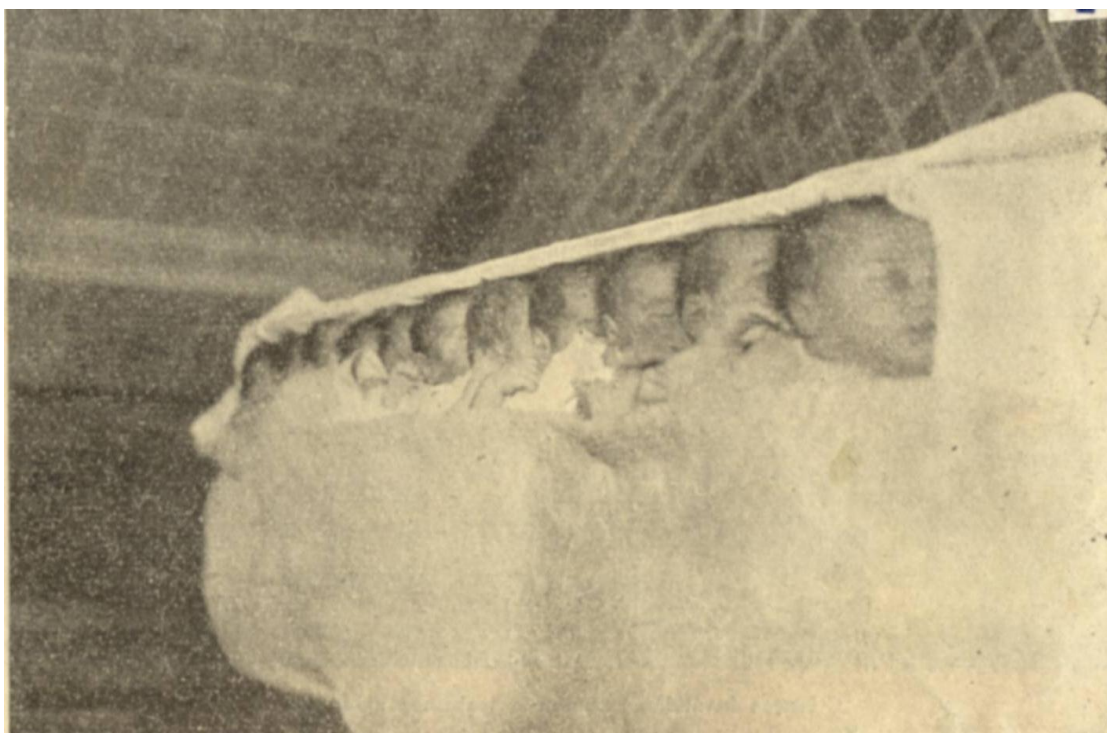
Na transferência do recém-nascido para o berçário utilizava-se uma espécie de mesa de metal onde eram dispostos os “pacotes”, também chamada de trenzinho (Fotografia 2). Salientaram as colaboradoras três e cinco:

“As crianças nunca ficavam com a mãe, sempre iam para o berçário, aí elas [a equipe de enfermagem] botavam numa maca as crianças e levavam para mamar. Aquela fila de crianças, vinte crianças, tudo numa

maca, 10, 20 crianças. Duas macas levavam aquelas crianças, distribuíam, depois voltavam". (UR16C1955.C3)

"Na Santa Casa tinha o berçário, eu me recordo que tinha assim umas macas compridas, a lembrança que eu tenho, e daí os bebês eram levados para as mães para amamentar, né. Então eles iam naquelas macas, um no lado do outro, todos enroladinhos. Hoje não se faz mais esses enrolados, uns anos depois a gente não usava mais isso". (UR11MM1957.C5)

Fotografia 2 – Trenzinho – meio de transporte dos bebês



Fonte: Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre ([195-?]).

Essa imagem mostra a produção do cuidado em série, baseada no capitalismo e expressa pela busca de resultados quantificados em números expressivos de produção. Nessa década não existia a presença do pediatra na sala de parto, apenas no berçário. Na maioria das vezes os residentes de medicina e a própria enfermagem prestavam os cuidados ao recém-nascido. O pediatra prestava atendimento no berçário quando necessário, em casos mais graves, como aos prematuros, conforme relatou a colaboradora três:

"Tinha pediatra no berçário. Ele ia para o berçário e a hora que o pediatra viesse, ele ia examinar a criança. Muitas vezes tinha estudantes, eram os residentes. Quem muitas vezes estava, a maioria dos plantões, sempre eram os residentes". (UR14C1955.C3)

Sob essa perspectiva, na década de 50 o atendimento para o cuidado de enfermagem com o recém-nascido no berçário contemplava o cuidado com o coto umbilical, banho, a realização de medidas antropométricas, identificação, tratamento para oftalmia gonocócica, o enfaixamento, e já na metade da década de 50 passou-se a aspirar vias aéreas rotineiramente, como relataram as egressas três, quatro e cinco:

“O coto umbilical a gente cuidava, naquela época a gente colocava álcool, fazia um curativo com uma gaze, embebia em álcool, colocava faixinha, se usava aquela faixinha, e... Era esse o curativo que a gente ensinava para elas fazerem. E tinha todas aquelas crenças, tinha que guardar o umbigo do nenê, colocar numa caixinha porque dá sorte”. (UR17C1955.C3)

“Então, o que que acontecia? A criança nascia, a gente cortava o cordão umbilical, amarrava, e tinha uma outra aluna que pegava a criança e ia fazer toda aquela limpeza, aspiração, e era levada para o berçário”. (UR8C1955.C3)

“Era perinha, fazia aquela aspiração, limpavam, secavam, examinavam toda a criança para ver se não tinha nenhuma anormalidade”. (UR11C1955.C3)

“Não, naquela época ainda não se fazia Apgar”. (UR14C1955.C3)

“Isto aqui [nitrato de prata] era uma coisa que não podia faltar, nitrato de prata, para evitar oftalmia gonocócica. Isto aqui, depois a limpeza”. (UR26C1955.C3)

“Cuidar do umbigo, banho, como deitar a criança para não se asfixiar”. (UR24JL1957.C4)

“O cuidado com o coto umbilical a gente fazia com álcool, com álcool puro, a gente fazia com uma gaze, embebia e dobrava. E ensinava a mãe a fazer”. (UR15MM1957.C5)

De acordo com a literatura, no que tange ao processo do cuidado na década de 50, o recém-nascido era banhado diariamente com água fervida até a cicatrização umbilical e este era de imersão. No coto umbilical era realizado um curativo com gaze umedecida em álcool, após o banho, e trocado apenas se a gaze se apresentasse contaminada por urina ou fezes-mecônio. Posteriormente, usou-se gaze umedecida com água oxigenada. Nessa época utilizava-se o enfaixamento umbilical com o coto voltado para cima (OLIVEIRA; RODRIGUES, 2005).

Com o avanço tecnológico e científico, o enfoque sobre o neonato começa a se diferenciar e seu cuidado passa a ser mais intervencionista. O cuidado do recém-nascido prematuro começa de forma incipiente, sendo abordado na disciplina de pediatria apenas como conceito, incidência, causa, algumas generalidades e a forma de alimentação. Cabe salientar que o conceito de prematuridade na época abrangia todo o recém-nascido abaixo de 2.500g. Neste contexto, surge a primeira incubadora chamada “Isolette”, que gera nos profissionais e acadêmicos preocupação relativa ao manuseio e cuidados com esta tecnologia.

Frente às inovações tecnológicas, o prematuro passou a ser abordado no curso de enfermagem só a partir da metade da década de 50, e ainda assim de forma superficial. Foram encontrados alguns registros relativos à prematuridade nas fichas de aula na disciplina, onde abordava-se temáticas sobre o prematuro e sua alimentação, conforme se segue (Quadro 7):

Quadro 7 – O prematuro e sua alimentação

Prematuridade. URDPP1954-6
Aleitamento do prematuro. URDP1955-12
Prematuros - generalidades. URDP1955.-9
Aleitamento do prematuro. URDP1955-10
Prematuros e alimento do prematuro. URDP1956-10
Prematuros. URDP1957- 11
Prematuros. URDP1958-14

Fonte: Fichas de aula das disciplinas de Pediatria e Puericultura do Curso de Enfermagem da UFRGS ([195-?]).

Dessa maneira, nos anos 50, o ensino com o recém-nascido patológico era abordado no curso de graduação da Escola de Enfermagem na disciplina de Pediatria e Puericultura com base na adaptação à vida extrauterina e sob o aspecto de patologias infecto-contagiosas, malformação congênita e toxicoses, conforme registros nas fichas de aula (Quadro8):

Quadro 8 – O recém-nascido patológico

<p>Condições anatomo-fisiológicas do lactente normal. URDPP1954.1 Adaptações do RN à vida extrauterina. URDPP959-9. Anomalias do RN. Malformações congênitas.URDPP1954-3. Toxicose- desidratação.URDPP1954-8. Sífilis congênita.URDPP1955-1. Sífilis congênita.URDPP1956-2. Eritroblastose fetal. Icterícia do RN. URDPP1956-8. Sífilis congênita.URDPP1957-14. Sífilis congênita.URDPP1957-28. Sífilis congênita.URDPP1958-11. Enfermidades congênitas.URDPP1959-10.</p>

Fonte: Fichas de aula das disciplinas de Pediatria e Puericultura do Curso de Enfermagem da UFRGS ([195-?]).

As doenças diarreicas e a desidratação eram o grande vilão, responsáveis pelo aumento da mortalidade neonatal. O uso de sulfas de forma indiscriminada, sem conhecimento da farmacologia clínica, farmacodinâmica e farmacocinética, levava à piora do quadro clínico do recém-nascido e ao óbito. Além do restrito conhecimento clínico dos profissionais, ocorriam eventos infecciosos nos neonatos devido a práticas inadequadas de higiene.

A colaboradora um informou que a desidratação, na época chamada de “toxicose”, era muito comum e, apesar de existir tratamento, o conhecimento de farmacologia era muito incipiente:

“Nós procurávamos como salvar estas crianças, tínhamos que introduzir líquido, elas chegavam murchas, pela veia não dava mais, então eu procurava na subclávia. Eu fiz mais de 400 pela subclávia, agulha 9, e a criancinha ia hidratando”. (UR39MH1954.C1)

“A gente viu muita coisa. Por exemplo, na época, eles [os médicos] prescreviam Sulfa, e esta Sulfa era prescrita em dose muito alta. Eles diziam para as mães para oferecer bastante água para o bebê para não obstruir os rins, mas para as mães aquilo... elas deixavam”. (UR36MH1954.C1)

“E às vezes a gente chegava (fiquei traumatizada) encontrei em cima da balança da mesa nove crianças mortas, as crianças eram bonitas, eram lindas, era insuficiência renal”. (UR37MH1954.C1)

A enfermagem começava a se apropriar deste conhecimento e a fazer suas intervenções e orientações. A categoria tinha consciência das limitações na área do conhecimento específico e admitia a necessidade de estudo e de aprofundamento na área de farmacologia e tratamento de doenças, como relatou a colaboradora um:

“Aí comecei a estudar a Sulfa e ver o que os médicos estavam prescrevendo [doses altas], e as mães não davam água para as crianças. Era uma tragédia. As crianças estavam com diarreia e vômito, era tremendo!” (UR38MH1954.C1)

Conforme Gregório (2011), a principal causa de infecção em recém-nascidos era o despreparo dos profissionais da saúde. Medidas de higiene, desinfecção e cuidados com material são primordiais para o controle de infecção, porém nessa época essas medidas eram pouco discutidas.

Neste período histórico, os avanços científicos fomentaram o poder da ciência e o progresso. Entre as inúmeras descobertas relacionadas ao neonato, está a da transmissão de micro-organismos presentes na água e no leite, causadores de diarreias, sendo estas evitadas quando fervidos. Para essas crianças, esta descoberta tinha grande impacto, uma vez que muitas delas eram alimentadas com leite de vaca cru, aumentando os indicadores de mortalidade por doenças diarreicas (BONILHA; RIVÔREDO, 2005). Nessa época o uso da mamadeira para a alimentação do bebê era incentivado e estimulado rotineiramente, no entanto, não existiam cuidados de desinfecção e higienização entre a oferta de mamadeira de um recém-nascido para outro.

A fala de uma egressa expressa sua inconformidade com o alto índice de doenças infecciosas que acometiam os recém-nascidos, levando-a a investigar a causa, a raiz do problema. Pode-se inferir que os cuidados de higiene eram muito precários e que, como o aleitamento materno era realizado de forma cruzada, entendia-se que as mamadeiras também podiam ser reutilizadas sem passar por um processo de higienização:

“Eu tive uma guerra bastante forte com uma enfermeira, é uma enfermeira diplomada e freira, mas tive apoio do médico que era naquela época o diretor de lá. Porque tive que ir a fundo, saber aonde estava a causa que voltava as diarreias. Me enfiei na cozinha e, aí sim, achei o problema. Não chegavam nem a lavar a mamadeira. Colocavam leite dentro. E não eram mamadeiras individuais, eram repassadas”. (UR21G1958.C6)

Apesar de existir, desde 1940, o Departamento Nacional da Criança (DNCr), instituído por Getúlio Vargas, e a instituição de programas voltados para proteção da infância desde 1923 (TYRRELL; CARVALHO, 1993), pode-se inferir por meio das falas das egressas três e seis que estes programas e políticas não eram abordados

na ementa das disciplinas relativas ao cuidado neonatal e obstétrico. Não existia uma preocupação em formar profissionais críticos e atentos às políticas daquela época. Isso se confirma nas fichas de ensino, em que constatou-se que essa temática não foi contemplada nas aulas:

“Tinha o Departamento de saúde da criança”. (UR27C1955.C3)

“Tinham políticas para atender, o que tinha que fazer era vacinas... e puericultura”. (UR29C1955.C3)

“Mulher e Criança não era uma coisa tão direcionada assim, isso nós não tínhamos naquela época”. (UR6G1955.C6)

Com o desmembramento do Ministério da Educação e Saúde, em 1953, o Ministério da Saúde passou a incorporar as responsabilidades do Departamento Nacional de Saúde da Criança (BRASIL, 2011). Em 1961, o Decreto nº 49.974/61 regulamentou o Código Nacional de Saúde, que manteve as mesmas atribuições do MS no que tange ao cuidado materno-infantil. Esse decreto garantia a assistência permanente e sistemática à maternidade, à infância e à adolescência por órgãos médico-sanitários competentes. Previa a cooperação técnica e material do MS às instituições públicas e privadas que disponibilizavam assistência junto a esta população, mediante a elaboração de planos, normas e padrões de funcionamento dos serviços. Já, em 1969, o Decreto nº 64.061/69 dispôs sobre a organização provisória do Ministério da Saúde e destituiu os ocupantes dos cargos de direção geral do Departamento de Administração do Instituto Oswaldo Cruz, do Departamento Nacional de Saúde (DNS) e do Departamento Nacional da Criança, cujas funções foram assumidas pelos supervisores setoriais. Este período foi considerado de transição e de decadência do Departamento Nacional da Criança e da proteção à maternidade, à infância e à adolescência (TYRRELL; CARVALHO, 1993).

No entanto, as políticas de saúde relacionadas ao recém-nascido eram incentivadas pelos programas e campanhas de acordo com o cenário de saúde da época, especialmente direcionado para as epidemias, como expressou a egressa três:

“Nós tínhamos no verão a campanha da toxicose, diarreia total, então tinha plantão na Santa Casa, no Posto de saúde, quantas vezes a gente

ia para lá para fazer intubação e soro. A gente não fazia, eu depois de formada que eu fiz, era uma técnica mais difícil as professoras não queriam que a gente fizesse”. (UR33C1955.C3)

“Era tudo voltado para essas epidemias. Depois vinha o sarampo, a coqueluche, não tinha vacina para sarampo”. (UR34C1955.C3)

“Em 1965, eu acho que foi 65, 66, quando surgiu a vacina do sarampo, eu estava no Instituto de Pesquisa Ciências Biológicas, nós lançamos. Eu dei essa fotografia para [ex-diretora], eu fazendo uma vacina na minha sobrinha, que hoje está com quarenta e tantos anos”. (UR35C1955.C3)

Entrou em vigor nesta época a política de aleitamento materno em parceria com a Nestlé e a Johnson. Distribuía-se fórmula láctea a todos os neonatos indiscriminadamente. Uma estratégia da indústria láctea para chegar até o lactente poderia ser através de programas de distribuição e doação de leite pelo governo. Essa medida garantiria a adesão da mãe através da aprovação dos profissionais da saúde, que detinham o conhecimento e poder de persuasão de seus usuários, além de oferecer ao público de baixo poder aquisitivo a possibilidade de oferecer o primeiro leite para seu filho experimentar. Fazendo uso dos argumentos paternalistas para não atender todas as necessidades dos usuários, neste caso, caberia à mãe fazer a aquisição da quota mensal por sua conta (L'ABBATE, 1983).

Entendeu-se que o programa de aleitamento materno do Município era inclusive patrocinado pela indústria de fórmula láctea, como a Nestlé. Neste período do auge do desenvolvimento industrial, a indústria de leites artificiais aproveitou para disseminar sua política e construir sua marca no mercado, como colocou a colaboradora três:

“A Secretaria de Saúde tinha programa que era proporcionado pela assistência à criança, era patrocinado pela Nestlé, um dos programas era do leite que se fornecia”. (UR5C1955.C3)

A indústria de fórmulas lácteas passou a inserir-se no mercado hospitalar, vindo a se intensificar na década de 60. Salienta-se que nesta época considerava-se leite artificial todo leite que não fosse o materno. No Brasil, a indústria de leite artificial inseriu-se no mercado através de políticas governamentais e programas como a Suplementação Alimentar, em que o leite está normalmente presente e há interesse de vendê-lo ao governo.

Possivelmente, as condições economico-financeiras da população que utilizava os serviços do Hospital da Santa Casa de Misericórdia na década de 50 não interessaram às empresas que produziam leites industrializados, contudo, conforme a instituição hospitalar foi se diferenciando e se desenvolvendo, juntamente com a entrada de novas tecnologias e a ampliação dos serviços privados, houve maior oferta e consumo. Confirmando essa inferência, na história da puericultura no século XIX existia relação entre normas e interesses de setores fortes economicamente, como a indústria do leite em pó, responsável pelo enfraquecimento do discurso pró-aleitamento materno, através dos meios de comunicação, junto aos profissionais de saúde, e através de políticas públicas assistencialistas (REA, 1990).

A prática do aleitamento materno era promovida e incentivada, porém as fórmulas lácteas já estavam sendo introduzidas de forma discreta no mercado, conseqüentemente eram orientadas e ensinadas na disciplina teórico-prática do curso de enfermagem, tomando maior proporção na década de 60, como relatou a colaboradora um:

“Quando nós acompanhávamos na saúde pública, os bebês eram alimentados e recebiam o que não era certo, alimentação da Nestlé. Então, era o bebê Nestlé”. (UR21MH1954.C1)

“E eu fui vítima daquilo também, porque bem no começo nós tínhamos para suplementar alimentação do bebê e o bebê depois pegava a mamadeira e preferiam o leite Nestlé ao invés do leite da mãe”. (UR22MH1954.C1)

“E faziam concurso de bebê Nestlé no Centro de Saúde, isso ficou algum tempo, as mães eram orientadas e recebiam suplementação da Nestlé”. (UR23MH1954.C1)

Cabe destacar que as mães que amamentavam eram ensinadas e orientadas quanto à higiene das mamas antes e após a amamentação, avaliava-se o tipo de mamilo e auxiliava-se a primeira mamada, como colocou a colaboradora oito:

“As mamas eram assim a parte de lavar e preparar para a amamentação, com toalha de banho”. (UR15AL1963.C8)

“A primeira mamada – esse aqui é a primeira vez que vai, então tá leva – e a gente fazia toda a orientação da mãe, como é que ela tinha que

tratar, antes, durante e depois, e como arrotar e como deitar”. (UR33AL1963.C8)

“Alguém pergunta [enfermeira]: ‘Fulana bebê não pega, por que não pega?’. Alguém responde: ‘Ah, porque está com o mamilo invaginado’. – [enfermeira] ‘Ah, então vamos dar uma olhada.’ – Eu não era professora deles. Então fomos lá, fiz o manuseio e o mamilo começou a aparecer, botei o neném, o neném começou a pegar e não largou mais (risos)”. (UR16AL1963.C8)

Quanto a aculturação na época do leite industrializado ou de vaca in natura, as orientações eram de que todos os neonatos, especialmente aqueles que apresentassem alguma intercorrência de saúde, recebessem leite com arrozina. Esta conduta era orientada inclusive por pediatras ao longo do tempo:

“Era bastante leite em pó sim, ou, então, também o leite natural, mas misturado com aquela arrozina. Conforme fosse a força da diarreia, o leite era feito com esse pozinho do arroz”. (UR23G1958.C6)

Constata-se que existia uma divergência entre o ensino e a prática. As Unidades Básicas de Saúde distribuíam leite em pó para as crianças, enquanto que os acadêmicos orientavam o aleitamento materno. O argumento utilizado era a precariedade das condições socioeconômicas das famílias, portanto fazia-se necessário distribuir a fórmula a todos os neonatos. A colaboradora três informou esta divergência de conduta:

“A gente ensinava ferver mamadeira, é como eu te disse, amamentar era uma coisa que nos fazíamos com insistência, mas o posto de saúde tinha o leite em pó. Se dava. E era o que as mães faziam, muitas vezes mães pobres, miseráveis, e acabava distribuindo para todo mundo”. (UR31C1955.C3)

A ementa da disciplina de Enfermagem Pediátrica e Puericultura previa a abordagem da temática “aleitamento materno”, contudo apenas na teoria. Não era demonstrada aos alunos e às puerperas a prática da amamentação, como pode ser observado na citação a seguir:

“Geralmente a amamentação não tinha técnica, era esse conteúdo desenvolvido em aula, né”. (UR6M1964.C10)

A forma de abordagem da temática “aleitamento materno” na disciplina de Pediatria e Puericultura contribuiu para que a indústria do leite viesse a interferir no modo de cuidar e alimentar os recém-nascidos, afastando o bebê de sua mãe e dificultando seu contato, inclusive na abordagem do ensino nas Escolas de Enfermagem. Este período fortaleceu a permanência da indústria de leites artificiais no mercado de forma mais específica na década de 60.

Com o fortalecimento da industrialização do leite no mercado, juntamente com o leite em pó estimulava-se o uso de chupetas e mamadeiras. A entrevistada a seguir mostrou o uso rotineiro e indiscriminado da mamadeira e o desconhecimento sobre os riscos que estes produtos podiam oferecer ao neonato:

“Sim, se fornecia leite em pó. Porque era estimulado a amamentação por mamadeira, não era ainda estimulado o aleitamento materno”.
(UR6C1955.C3)

A comercialização de produtos como chupetas e mamadeiras, constituiu-se como medidas confundidoras para o neonato. Inclusive percebeu-se que essa prática era promovida e utilizada como rotina intra-hospitalar e no ensino. Para Rea (1990), os distúrbios causados na fisiologia da lactação das puérperas e a confusão causada nos recém-nascidos são fenômenos causadores do processo de desmame.

Concomitante ao desenvolvimento científico e tecnológico, na década de 60 destaca-se a preocupação com o prematuro e com sua sobrevivência. Mais para o final da década de 50, tecnologias de ponta começam a ser inseridas no cuidado assistencial do recém-nascido.

De acordo com Oliveira (2004), a preocupação com os elevados índices de morbimortalidade e com a regulação térmica dos prematuros resultou na criação das primeiras incubadoras no Brasil. Uma das primeiras incubadoras que surgiram no Brasil foi a Isolette (Fotografia 3), totalmente fechada, que incluía temperatura, umidade e oxigenação controladas automaticamente. Esta, possuía orifícios que possibilitavam a entrada das mãos para prestar cuidados aos prematuros, sem a necessidade da abertura da incubadora (ORLANDI, 1954). Dos diversos tipos de incubadoras disponibilizados no mercado brasileiro ao longo desse século, a marca Isolette foi um dos modelos amplamente utilizados a

nível hospitalar, por sua facilidade no manuseio do recém-nascido (OLIVEIRA, 2004).

Fotografia 3 – Incubadora



Fonte: Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (2013).

Pode-se verificar que a década de 60 trouxe novas tendências para o ensino e para o cuidado neonatal. Para acompanhar efetivamente o auge do desenvolvimento tecnológico, a ementa contemplada na disciplina de Berçário ampliou suas abordagens quanto às questões relativas ao neonato na incubadora. Através da análise das fichas das disciplinas pode-se perceber que esta tecnologia era bastante complexa para a época existindo uma preocupação considerável com o manuseio e cuidado da Isolette, assim como com o recém-nascido prematuro na incubadora (Quadro 9):

Quadro 9 – A incubadora e os cuidados com o recém-nascido prematuro

Cuidados de enfermagem prestados ao prematuro dentro da incubadora. URDB1969-1

Funcionamento e vantagem do baby.bird e material necessário para intubação. URDB1969-6

Cuidados de enfermagem ao RN prematuro na fototerapia. URDB1969-8.

Limpeza e manuseio da incubadora Isolette. URDB1969-2

Vantagens da incubadora Isolette. URDB1969-3.

Administração de oxigênio (O_2) para prematuros e seus cuidados. URDB1969-4.

Cuidados de higiene prestados ao pretermo dentro da incubadora. URDB1969-5.

Alimentação do prematuro dentro da incubadora. URDB1969-6.

Pesagem do prematuro dentro da incubadora Isolette. URDB1969-7.

Funcionamento e vantagem do baby-bird.... e material necessário para intubação. URDB1969-11.

Cuidados de enfermagem ao RN prematuro na fototerapia. URDB1969-3

Cuidados de enfermagemm prestados ao prematuro fora da incubadora. URDB1969-5.

Limpeza das incubadoras Isolette e Fanen. URDB1969-11

Vantagens da incubadora Isolette. URDB1969-12.

Administração de O_2 em prematuro e seus cuidados. URDB1969-13.

Cuidados com o prematuro dentro da incubadora. URDB1969-6.

Pesagem de prematuro dentro da incubadora. URDB1969-14

Fonte: Fichas de aula da disciplina de Berçário do Curso de Enfermagem da UFRGS ([196-?]).

Juntamente com a chegada das novas tecnologias que apresentavam grande potencial para diminuição da mortalidade neonatal, constituindo uma grande promessa para a sobrevivência de crianças prematuras, a enfermagem passou a se preocupar com o

cuidado do recém-nascido pré-termo e a ementa das disciplinas preconizava carga horária significativa para tal, conforme consta nas fichas da disciplina (Quadro 10):

Quadro 10 – Cuidados de enfermagem com o prematuro

<p>Prematuro- definição, características gerais. URDP1961-7 Prematuro- cuidados gerais, alimentação. URDP1961-8 Prematuro, revisão da parte clínica, conceito, incidência, causas. URDP1963-8 Deficiências fisiológicas do prematuro e cuidados de enfermagem correspondentes. URDP1963-9 Cuidados da enfermagem à criança prematura, definição, causas e incidência. URDPP1967-9 Cuidados da enfermagem à criança prematura, classificação, característica, prognóstico. URDP1967-10 Classificação, cuidados imediatos à criança prematura, manutenção da temperatura corporal. URDPP1968-2 Gavagem em prematuro e RN normal. URDB1969-8 Administração de medicamentos em prematuro VO e IM. URDB1969-9. Hidratação do prematuro. URDB1969-10 Alimentação natural do prematuro. AURB1969-12 Verificação de sinais vitais em prematuro. AURB1969-8 Unidades dos recém-nascidos prematuros e patológicos. AURB1969-9</p>

Fonte: Fichas de aula das disciplinas de Pediatria e Puericultura e Bercário do Curso de Enfermagem da UFRGS ([196-?]).

No entanto, o cuidado neonatal passou a ser excessivamente técnico. O pré-termo ocupou espaço importante no meio acadêmico e hospitalar. Passou-se a estudar a prematuridade, suas causas, prognóstico e cuidados de forma sistemática.

Frente a essa perspectiva, Sá Neto e Rodrigues (2010) afirmam que nessa década ocorreram grandes progressos no cuidado neonatal voltados à dietoterapia, aquisição e implementação de novo parque tecnológico, novos tratamentos, assim como novas técnicas foram introduzidas no saber da enfermagem, dando origem às UTIs Neonatais. Essa inovação contribuiu na diminuição das taxas de mortalidade neste grupo, porém, em contrapartida, proporcionou um ambiente extremamente barulhento e ruidoso. Passou-se do mínimo manuseio à intervenção e manipulação excessivas do recém-nascido.

Assim, os cuidados imediatos do recém-nascido sadio também começavam a se configurar como intervencionistas, embora de forma incipiente. A aspiração de vias áreas era realizada rotineiramente sem nenhum critério de avaliação quanto à necessidade, segundo referiu a colaboradora oito:

“Todos eram aspirados com perinha, não tinha aquela parte, do vácuo, foi mais tarde”. (UR21AL1963.C8)

“A perinha é uma coisa suave, né, então tu botava aqui, botava aqui, botava aqui, na garganta, aspirando assim, né, e às vezes com vácuo, acho que é assim, já vi, abre antes o vácuo e pega na mucosa e faz tão forte que colaba, né, a parte da traqueia na sonda, né”. (UR23AL1963.C8)

Quanto ao clameamento do cordão umbilical, os protocolos da época preconizavam o clameamento imediato após o nascimento, não havendo nenhum estudo ou questionamento sobre a conduta, como observado nas falas a seguir:

“Geralmente, saía a criança, a gente esperava um pouquinho e clampeava, limpava nesse meio tempo a boquinha”. (UR24AL1963.C8)

“Não se esperava, o tempo para o clampeamento do cordão não, dependendo como a criança nascia, se ela tinha problemas de respiração, de aspiração, se ela estava com mecônio, sem mecônio, algo assim”. (UR25AL1963.C8)

Já os cuidados com recém-nascido normal no berçário contemplavam medidas antropométricas, troca de fraldas, cuidados com o coto umbilical, vacinas e aleitamento materno. O banho não era recomendado durante o processo de mumificação do coto, porém era demonstrada a técnica correta deste, sendo estimulado o banho de “gato” ou aspersão nos primeiros dias de vida. Esta informação pode ser verificada nas fichas de aula (Quadro 11) e nas falas das egressas sete, nove e dez:

Quadro 11 – Cuidados de enfermagem com o recém-nascido normal

Cuidados com RN diários. URDMB1960-6
 Cuidados com RN antes da queda do coto umbilical. URDMB1962-1
 Cuidados no bebê no puerpério. Berçário. Banho antes da queda do coto umbilical. Cuidados com RN. URDMB1962-2

Fonte: Fichas de aula da disciplina de Berçário do Curso de Enfermagem da UFRGS ([196-?]).

“Ah, se orientava que não podia tomar banho, não podia molhar até cair, molhar com paninho, a gente dava aula com o banho do bebê, pegar orelha daqui-aqui, agora não se faz mais nada disso, a gente pegava a orelha com mão aberta para fechar o ouvidinho, nos primeiros era paninho e só botar na água direto depois que caía o coto”. (UR21D1962.C7)

“Pegávamos uma gaze seca, enrolávamos e deixávamos no coto umbilical”. (UR22D1962.C7)

“É que assim até a década de 60 se usava o álcool iodado que era álcool com iodo”. (UR10N1964.C9)

“Ensinava como posicionar, aquela coisa toda, acompanhava também na alta orientando troca de fralda, fazia-se a vacina da BCG, como cuidar do coto, isso tudo era feito, essa parte educativa a gente também orientava na alta e o incentivo a amamentação já iniciava e depois ensinava como colocar, como higienizar, recordo disso”. (UR31M1964.C10)

No decorrer da década houve mudanças na orientação quanto ao banho do recém-nascido. Conforme a entrevista que se segue, em 1964 preconizava-se banho em água morna corrente com utilização de sabão bactericida ou sabão Jonhson:

“Dava banho em água morna corrente e um sabonete Johnson que era só perfume. O sabonete Feme, que era pré-cirúrgico, era o que tinha ação bactericida, mas às vezes não tinha, e ele era o triplo do preço”. (UR18N1964.C9)

Ainda na década de 60, a literatura apresenta novas evidências no cuidado com o recém-nascido, apresentando o banho com adição de solução asséptica na água e uso de sabão de hexaclorofeno, mesmo antes da queda do coto umbilical. O curativo do coto era trocado em dias alternados, não se recomendando mais o uso da faixa umbilical (OLIVEIRA; RODRIGUES, 2005).

Nesta década seguia-se o mesmo fluxo de cuidados com o recém-nascido dos anos 50. Ele era transferido para o berçário (Fotografia 4), entrando em contato com a mãe apenas nos horários previstos para a amamentação. Esta prática foi relatada pelas egressas oito, nove e dez:

“De três em três horas os bebês saíam da sala das crianças pequenininhas, né. Era uma sala bem grande, acho que tinha umas vinte caminhas assim, e no meio tinha uma mesa de exames bem comprida para criança. E de manhã quando nós entrávamos tínhamos pacotes ali já com as crianças que tinham morrido de noite, e às vezes essas crianças não tinham morrido ainda, e já estavam com identificação para ir embora, que estavam tão ruins que talvez 90% iam morrer”. (UR41AL1963.C8)

“Eu fiz a parte berçário, junto com as meninas, tinha conteúdo para ser desenvolvido e também atividades no berçário com vinte/trinta crianças. Tinha serviço pra todo mundo”. (UR14N1964.C9)

“Ficava no berçário, depois a mãe recebia na hora da mamada a visita da criança, e amamentava”. (UR30M1964.C10)

Fotografia 4 – Berçário



Fonte: Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre ([195-?]).

Com a rotina de separação prolongada mãe-filho, era comum o uso de água e soro glicosado nos berçários como complemento alimentar, tanto nos intervalos das mamadas quanto no período noturno (TOMA; MONTEIRO, 2001).

O acompanhante não participava do evento do nascimento e dos cuidados imediatos do neonato. Conforme a entrevista fornecida por uma egressa do curso, entendeu-se que, como não existia nenhuma política de segurança do paciente, tampouco com o recém-nascido, então a melhor maneira para evitar algum evento inseguro era afastar a família (os adultos) deste cenário, identificar a criança e a mãe, e transferi-la imediatamente para o berçário:

“Os familiares não podiam ficar, tinha hora de visita, né, eventualmente quando a criança tivesse junto com a mãe e tivesse na hora de visita, mas então a gente tinha que ficar muito de olho, porque aconteciam roubos de neném, e aconteciam que os familiares descuidados pegavam o neném e a criança aparecia machucada”. (UR35AL1963.C8)

“O negócio era chegar assim com o número na frente do vidro do berçário e pedir para alguém levantar o neném, tá aqui teu neném, e deitar de novo”. (UR36AL1963.C8)

Constatou-se também que as disciplinas de graduação em Enfermagem Pediátrica, Puericultura e Maternidade e Berçário abordavam questões quanto à ordenha manual, indicações e contraindicações para o aleitamento materno,

aleitamento materno exclusivo até os 6 meses e 12 meses, cuidado com ingurgitamento mamário, mastite e fissuras, como consta nas fichas de aula (Quadro 12):

Quadro 12 – Aleitamento materno

Retirado manual do leite materno. URDMB1960-8.
 Obstáculos e contraindicações à amamentação materna. URDPP1964-18.
 Retirada de leite materno. Cuidados em casos de fissura. Cuidado com as mamas ingurgitadas. UDMB1961-1
 Aleitamento natural. Vantagens e técnica. URDP1960-4.
 Aleitamento natural. Esquema de 0-6 meses. URDP1960-5.
 Esquema do aleitamento natural de 7-12 meses. URDP1960-6
 Cuidados com ingurgitamento e fissuras de mamas. URDMB1962-2

Fonte: Fichas de aula das disciplinas de Enfermagem Pediátrica, Puericultura e Maternidade e Bercário do Curso de Enfermagem da UFRGS ([196-?]).

A carga horária destinada para a temática aleitamento materno ou natural era muito pequena, comparando com o tempo previsto para a abordagem do assunto sobre o aleitamento artificial. Nesse período a indústria de substitutos do leite materno atingiu seu auge inserindo diversos tipos de leites no mercado, como leites ácidos, biológicos e químicos; açúcares nutritivos e leites caseinados; leite de vaca; leite fresco e em pó. As disciplinas de Pediatria e Puericultura preconizavam a abordagem do aleitamento artificial e este era orientado rotineiramente, como pode ser observado nas fichas de aula (Quadro 13) e confirmado nas falas dos egressos:

Quadro 13 – Aleitamento artificial

Avisos da obtenção de leites ácidos (biológicos e químicos) URDP1960-12.
 Indicações e modo de preparo de leites ácidos. URDP1960-13
 Açúcares nutritivos e leites caseinados. URDP1960-15.
 Aleitamento artificial- Correções do leite de vaca. URDP1960-7
 Aleitamento artificial- esquema até 3 meses. URDP1960-8.
 Aleitamento artificial. Esquema de 4 a 12 meses. URDP1960-9.
 Vantagens e desvantagens do leite em pó. URDP1964-6.
 Preparo de leites em pó. URDP1968-7
 Demonstração da técnica de mamadeira de leite em pó e leite fresco. URDPP1965-6
 Alimentação natural do lactente sadio por meio natural e artificial URDPP1965-11.
 Alimento artificial com leite de vaca. URDPP1965-12.
 Leites industrializados. URDPP1965-5.
 Leites em pó, classificação, tipos, leite conservado. URDP1968-8

Fonte: Fichas de aula das disciplinas de Pediatria e Puericultura do Curso de Enfermagem da UFRGS ([196-?]).

“Leite em pó, tinha todas as marcas, com predomínio da Nestlé, tinha os Mucilon da vida, outras farinhas com base no pó de arroz, e se dava para os bebês, na prática as mães não amamentavam, eu acho que leite de vaca se usava diluído com água, sem açúcar, assim na população geral, no hospital, era leite em pó, e conforme a idade era uma marca”. (UR9N1964.C9)

“Existia um forte estímulo da Nestlé para que se fizesse essas mamadeiras artificiais, tinham crianças que já mostravam problemas com esse tipo de alimento, então a gente orientava as mães que a alimentação completa era a delas”. (UR39M1964.C10)

“Na Santa Casa basicamente eram mães de periferia, porque quando os estágios passaram a ser em outros locais a indústria fazia propaganda nutritiva da criança”. (UR40M1964.C10)

O curso disponibilizava turnos inteiros de aula para representantes da indústria de leites artificiais realizarem a divulgação e orientação quanto ao preparo e às vantagens desta prática. Esta informação foi extraída das fichas de aula (Quadro 14):

Quadro 14 – Palestras com a representantes da indústria de leites artificiais

Palestra da Nestlé sobre leites em pó, demonstração da técnica moderna de fazer a mamadeira. URDEP1965- 14 Conferência [Nestlé] sobre leites em pó. URDEP1967-13 Conferência [Nestlé] sobre leites em pó. URDEP1967-14
--

Fonte: Fichas de aula da disciplina de Enfermagem Pediátrica do Curso de Enfermagem da UFRGS ([196-?]).

Somente nos anos 80, devido à reivindicação de organizações governamentais e não governamentais, iniciaram-se confrontos com a indústria de leite artificial, surgindo diversas estratégias com objetivo de aumentar a prevalência da amamentação no Brasil. A partir daí a importância da amamentação exclusiva ficou claramente estabelecida e a supressão do aleitamento cruzado foi recomendada para evitar a transmissão de doenças (GREGÓRIO, 2011).

Nesse contexto, o excesso de intervenções no cuidado com o recém-nascido implementado a partir do desenvolvimento tecnológico e científico já era uma constatação na década de 60, como pode ser observado na fala a seguir:

“Acho assim, aquilo descambou muito rápido para um excesso de cuidados, entende? Assim que a criança nasce, ela não tem mais ambiente natural, não digo que tenha que ser contaminado ou não sei o quê, mas nos Estados Unidos, eles estão retornando a partos em casa”. (UR44AL1963.C8)

Apesar do desenvolvimento tecnológico, o arsenal de materiais e medicamentos era incipiente e de uso restrito comparado com a atualidade. De acordo com as falas da egressa oito, a assistência de enfermagem era realizada de forma racional e econômica e existia uma supervalorização da destreza manual e da habilidade técnica:

“Mas como não tinha material que chegasse, não tinha coisa de oxigênio que chegasse. Gente, vocês imaginam assim, os vidros de soro eram soros fabricados na própria Santa Casa, era vidro com uma tampa de borracha preta, que depois de colocado soro lá dentro eram tampados com aquela borracha preta e era colocado uma coisa em cima que aderisse mais, que fechasse os buracos. Aí, quando precisava do soro, tirava aquilo e os equipos eram borracha que era esterilizada, tá, e na borracha tinha assim um negocinho para apertar mais, apertar menos, mas era muito primitivo o negócio, eram cliques”. (UR42AL1963.C8)

“A gente, naquela época, primeiro tinha que puncionar a veia com uma seringa, tirar agulha da seringa, segurar a agulha, fixar a agulha, e daí introduzir aquela coisa da borracha, porque senão se perdia uma veia atrás da outra. Não era como agora com aquela maravilha, com a facilidade, que você só fixa aquela borboletinha e daí coloca o soro ali”. (UR43AL1963.C8)

Durante o período de internação da puérpera, a enfermagem buscava instrumentalizar a mulher para o cuidado pós-alta. Contudo, através da fala de uma egressa do curso, pode-se afirmar que a maior parte das orientações era fornecida ainda durante o pré-natal na saúde pública, com orientações para o cuidado ao bebê:

“Não era junto da mãe, mas para educar a mãe, a gente demonstrava. Geralmente esse cuidado do banho era ensinado antes no pré-natal, nos postos de saúde, porque a parte materno-infantil era também trabalhada em saúde pública. A gente ia no domicílio, já era o espaço com as mães e para a criança, aquelas coisas todas que seria para o cuidado, já orientava o banho. Se era em saúde pública e o recém-nascido estava registrado no posto, a gente ia lá e fazia uma primeira visita, já fazia um atendimento de puericultura”. (UR35M1964.C10)

O enfoque no ensino sobre o neonato diferenciou-se ainda mais com as descobertas das patologias e a necessidade de intervenção. As doenças relacionadas à desidratação (toxicose) eram ainda muito frequentes, apesar do desenvolvimento científico e tecnológico presente e o cuidado com o neonato desidratado era considerado científico e atualizado. A conduta seguia sendo a

mesma da década de 50, onde suspendia-se a alimentação e oferecia-se apenas água fervida, conforme informou o colaborador nove:

“Na época, as orientações e conhecimentos científicos eram quase que antagônicos aos de hoje. Ex.: para uma criança com diarreia, suspendia-se a alimentação e dava-se só água fervida. Aí alguns introduziram água de arroz. Que na população já existia, as mães davam em casa, mas na nossa orientação era só água fervida”. (UR19N1964.C9)

“Acho que partiu da África essa ideia, que o dano da desnutrição era maior do que o dano causado pela diarreia. Isso de suspender a alimentação era adotado por todos, medicina, enfermagem, saúde pública. Era a orientação de ponta”. (UR21N1964.C9)

Nas colocações anteriores o egresso tem a memória da prática da enfermagem, e se mostra consciente dos efeitos das rápidas e profundas transformações tecnológicas no âmbito hospitalar como um aspecto importante no desenvolvimento e crescimento da profissão e a necessidade do conhecimento científico na construção da profissão.

Esses conhecimentos sofreram alterações no decorrer do tempo. A introdução de água de arroz, também chamada de arrozina, na alimentação do neonato era uma prática difundida e estimulada na década de 60, conforme mencionou o colaborador nove:

“Depois se introduziu água de arroz, mas a alimentação, ela começa em 80, posso estar enganado, em 80 é que muda, se mantém a alimentação”. (UR20N1964.C9)

Assim, com o desenvolvimento científico e tecnológico, os processos do cuidado com o recém-nascido foram se tornando cada vez mais intervencionistas e técnicos, constituindo-se no atual modelo de cuidado.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conhecer a história sobre o ensino de graduação para alunos de enfermagem da Escola de Enfermagem (EEUFRGS) relativa ao atendimento ao recém-nascido durante as décadas de 50 e 60 permitiu revisitar o passado e compreender o modelo de cuidado atual. A Escola de Enfermagem, por ter sido a primeira Escola Pública do Rio Grande do Sul, pode ser considerada local formador de grande parte dos profissionais que atualmente atuam em Porto Alegre e no estado. Acredita-se que o modelo de ensino implementado neste recorte temporal tem ainda reflexo na prática do cuidado com o recém-nascido.

Baseado no referencial da Nova História, foi possível considerar toda a experiência dos colaboradores relativa ao ensino de enfermagem com o recém-nascido na EEUFRGS, visto que a Nova História considera toda atividade humana e valoriza sua história e passado, permitindo correlacionar os fatos e a história com o período do estudo. Dessa maneira, foi utilizada a História Oral como estratégia para coleta de dados, uma vez que não foi possível encontrar muita documentação sobre o ensino e as práticas de enfermagem relacionadas ao cuidado com o recém-nascido nas décadas de 50 e 60.

O fato de o ensino de enfermagem neonatal ter iniciado subordinado à Faculdade de Medicina demarcou fortemente as relações de saber e poder baseadas pelo conhecimento científico. A Medicina, considerada categoria pautada no conhecimento científico, e a Enfermagem baseada no conhecimento não científico. Isso ficou evidente através da constituição do corpo docente da Escola de Enfermagem, no qual, na década de 50, a carga horária teórica era ministrada por médicos, especialmente as disciplinas consideradas mais científicas, como anatomia, fisiologia e parasitologia, cabendo à enfermagem ministrar as aulas práticas. Apesar desta relação de submissão constituída entre a Escola de Enfermagem e a Faculdade de Medicina, a enfermagem tinha autonomia no processo de cuidado com o recém-nascido.

O ensino para graduandos da Escola de Enfermagem do Rio Grande do Sul (EEUFRGS) iniciou seguindo o modelo nightingaleano norte-americano, pautado em um regime de disciplina e rigidez. A Escola oferecia residência gratuita aos professores e acadêmicos, disponibilizando diversos serviços, como mordomo, cozinheira com orientação nutricional, transporte, entre outros, seguindo um estilo de

internato. Estes incentivos oferecidos nos possibilitam inferir que existia uma preocupação importante quanto à mudança da imagem social da enfermagem, passando a constituir um movimento de elitização da enfermagem neste espaço.

Nesse contexto, o curso de enfermagem foi planejado a partir de um programa teórico-prático intensivo, com vagas limitadas, sem permissão para o ingresso de candidatos do sexo masculino. Essa prática mudou no início de 1960, porém evidenciou-se a inexperiência do corpo docente na condução desta nova situação no ensino.

Alguns processos de mudança social, política e econômicos registraram a inserção do docente enfermeiro no campo teórico na década de 60. Nesse período a enfermagem ministrava maior carga horária teórica e era responsável pela supervisão prática no Hospital da Santa Casa de Misericórdia. Um dos fatores que contribuíram para essa conquista foi a busca da enfermagem por um saber mais científico que legitimou a profissão; o forte crescimento industrial e com ele a unificação da Previdência Social, em que a saúde pública incorpora a assistência privada, levando a medicina a mudar seu foco de interesse. Dá-se início ao processo de privatização da saúde e à especialização da assistência, processos que constituíram a fragmentação do cuidado.

Neste novo cenário, o próprio Hospital da Santa Casa de Misericórdia precisou mudar sua filosofia assistencial, passando a prestar serviço também à saúde suplementar. Para tal, precisou desenvolver-se cientificamente e aumentar seu parque tecnológico para responder às necessidades do mercado.

Frente a isso, pode-se dizer que o ensino do cuidado ao recém-nascido sempre acompanhou as mudanças sociais, políticas e econômicas de cada época. Inicialmente, o ensino do cuidado era fundamentado na fisiologia do recém-nascido. Existia uma preocupação significativa com os cuidados relativos à temperatura e à adaptação extrauterina do neonato. Com o ingresso da indústria farmacêutica e a supervalorização das tecnologias, o recém-nascido passou a ser visto como patológico e necessitado de intervenções. Registra-se a entrada da incubadora 'Isolette", que demarca um novo foco no ensino de enfermagem, levando a uma preocupação excessiva quanto ao manuseio e cuidados de enfermagem com o recém-nascido dentro da incubadora. Assim, houve uma supervalorização da técnica em detrimento do conhecimento teórico. A ementa da disciplina passa a prever grande carga horária para aulas práticas em laboratório e demonstrações, além dos estágios no campo hospitalar. Passou-se a elaborar

protocolos assistenciais e rotinas específicas para o desenvolvimento de técnicas de enfermagem com esta população. Aliado à exaustiva carga horária prática, o processo avaliativo do acadêmico de enfermagem passou a ser mais exigente, contemplando maior tempo para atividades de avaliação de desempenho, especialmente a partir de 1968, quando a Escola de Enfermagem conquistou sua autonomia como Instituição de Ensino.

Outro aspecto importante que marcou o ensino do cuidado do neonato foi a inserção da industrialização do leite no mercado da saúde neonatal e infantil. Esta tinha poder de interferir no cuidado e no modo de alimentar o recém-nascido. Fortalecidos pela indústria dos substitutos do leite materno e inexistência de políticas de promoção, sem incentivo e apoio ao aleitamento materno, os índices de desmame precoce eram muito altos. Outro fator que contribuiu nesse aspecto foi a prática da separação mãe-filho, através do uso rotineiro do berçário. Após o nascimento o neonato era transferido para o berçário para realização dos primeiros cuidados e higienização. Não existia nenhuma preocupação com a formação de vínculo entre a mãe e seu bebê, tanto que o contato entre ambos ocorria apenas de três em três horas, no momento da amamentação. Nestes casos, o recurso era o leite de vaca ou em pó industrializado. A própria Escola seguia a tendência do momento, disponibilizando espaços no programa de aula para representantes da indústria fazerem a divulgação de seus produtos.

Ficou evidente a luta das primeiras professoras e diretoras da Escola de Enfermagem (EEUFRGS) pela conquista de espaço, pelo reconhecimento social e poder de autonomia como Instituição de Ensino ao longo destas duas décadas. Inicialmente as relações de poder entre a Escola de Enfermagem (EEUFRGS) e a Faculdade de Medicina constituíram-se de forma harmoniosa, através da cumplicidade de trocas de interesses e favores, contudo, a partir do momento em que a enfermagem começa a se fortalecer e se tornar mais científica, a relação entre as partes envolvidas começa a se tornar mais conflitante e insidiosa.

O estudo das origens do Ensino de Enfermagem na Escola Pública do Rio Grande do Sul relativas ao cuidado do neonato possibilita compreender e repensar as dificuldades encontradas quanto à mudança nas práticas de cuidado totalmente intervencionistas e ao próprio modelo de ensino atual, ambos fruto de um produto original que sofreu modificações conforme a necessidade de cada época.

Dessa forma, sugere-se a realização de outros estudos abrangendo as demais décadas do ensino do cuidado com o recém-nascido, no intuito de conhecer sua evolução e transformações, buscando vislumbrar mudanças na prática atual para um modelo mais fisiológico e menos intervencionista.

REFERÊNCIAS

- ALBERTI, V. **Manual da história oral**. 2. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2004.
- ALCÂNTARA, G.; VALLADA, M.; RIBEIRO, C. M. Aspectos preventivos da enfermagem hospitalar. **Rev. Bras. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 200-202, set. 1955.
- ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, J. S. Y. **O saber de enfermagem e sua dimensão prática**. São Paulo: Cortez, 1986.
- ARIÈS, P. **História social da criança e da família**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1981.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. **Força de trabalho em enfermagem: o exercício da enfermagem nas instituições de saúde do Brasil 1982/1983**. Brasília, DF: ABEn/COFEn, 1985.
- BARREIRA, I. A. Reconfiguração da prática da enfermagem brasileira em meados do século 20. **Texto & Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 14, n. 4, p. 480-487, out./dez. 2005.
- BONILHA, L. R. C. M.; RIVORÊDO, C. R. S. F. Puericultura: duas concepções distintas. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 81, n. 1, p. 7-13, 2005.
- BORENSTEIN, M. S. O uso da história oral como uma possibilidade de reconstruir a história da enfermagem. **Texto & Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 7, n. 1, p. 58-70, jan./abr. 1998.
- BRASIL. **Decreto nº 20.931 de 11 de janeiro de 1932**. Regula e fiscaliza o exercício da medicina, da odontologia, da medicina veterinária e das profissões de farmacêutico, parteira e enfermeira, no Brasil, e estabelece penas. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1930-1949/D20931.htm>. Acesso em: 06 dez. 2013.
- BRASIL. **Lei nº 775, de 6 de agosto de 1949**. Dispõe sobre o ensino de enfermagem no país e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/1930-1949/L775.htm>. Acesso em: 04 dez. 2013.
- BRASIL. **Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998**. Altera, atualiza e consolida a legislação sobre direitos autorais e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9610.htm>. Acesso em: 06 fev. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/docs/Reso196.doc>>. Acesso em: 19 dez. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação e Serviço de Saúde Pública. **Enfermagem: legislação e assuntos correlatos**. 3. ed. Rio de Janeiro, 1974. v. 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história.** Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/70_anos_historia_saude_crianca.pdf>. Acesso em: 04 dez. 2013.

BRUM, J. L. R. **Práticas em saúde voltadas para a mulher e a criança:** Carazinho, um Município recém- emancipado (1931-1945). 2000. 167 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2000.

BURKE, P. **A escrita da história.** São Paulo: Editora UNESP, 1992.

CAMPOS, P. F. S.; OGUISSO, T. A Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e a reconfiguração da identidade profissional da enfermagem brasileira. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 61, n. 6, p. 892-898, nov./dez. 2008.

CARVALHO, A. C. **Associação Brasileira de Enfermagem 1926-1976:** documentário. Brasília, DF: Folha Carioca, 1976.

CODATO, A. N. Uma história política da transição brasileira: da ditadura militar à democracia. **Rev. Sociol. Polit.**, Curitiba, v. 25, p. 83-106, nov. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsocp/n25/31113.pdf>>. Acesso em: 19 dez. 2013.

CORBELLINI, V. L. et al. Ensino de enfermagem no Rio Grande do Sul a partir de 1950. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 63, n. 4, p. 637-643, jul./ago. 2010.

COSTA, R. et al. Políticas públicas de saúde ao recém-nascido no Brasil: reflexos para a assistência neonatal. **Hist. Enferm.:** rev. eletrônica, Brasília, DF, v. 3, n. 2, p. 55-68, ago./dez. 2012. Disponível em: <http://www.abennacional.org.br/centrodememoria/here/n1vol1ano1_artigo4.pdf>. Acesso em: 04 jun. 2013.

CRUZ VERMELHA BRASILEIRA. **História da Cruz Vermelha Brasileira.** Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <<http://www.cruzvermelhani.org.br/cvbr.htm>>. Acesso em: 04 dez. 2013.

CRUZ, D. C. S.; SUMAM, N. S.; SPÍNDOLA, T. Os cuidados imediatos prestados ao recém-nascido e a promoção do vínculo mãe-bebê. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 690-697, 2007.

CUNHA, L. A. **Educação de desenvolvimento social no Brasil.** 2. ed. Rio de Janeiro: Liv. Francisco Alves, 1977.

DANTAS, R. A. S.; AGUILLAR, O. A. O Ensino Médio e o exercício profissional da enfermagem brasileira. **Rev. Latinoam. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 2, p. 25-32, abr. 1999.

FALLANTE, B. S. C.; BARREIRA, I. A. Significados da visita domiciliar realizada pelas enfermeiras de saúde pública nas décadas de 20 e 30. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 3, p. 72-85, 1998.

FAUSTO, B. **História concisa do Brasil**. 2. ed. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2006.

FÁVERO, M. L. A. A universidade no Brasil: das origens à reforma universitária de 1968. **Educar**, Curitiba, n. 28, p. 17-36, 2006.

FÁVERO, M. L. A. Vinte e cinco anos de reforma universitária: um balanço. In: MOROSINI, M. C. (Org.). **Universidade no Mercosul**. São Paulo: Cortez, 1994. p. 149-177.

FERTIG, A. **Missão verdejante**: resgatando a fundação da Escola de Enfermagem da UFRGS. 2000. 162 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2000.

FONTE, A. S. **A Escola de Enfermagem Anna Nery e a nova ordem no campo da educação em enfermagem (1949-1961)**. 2009. 123 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://teses2.ufrj.br/Teses/EEAN_M/AlineSilvaDaFonte.pdf>. Acesso em: 16 dez. 2013.

FORMIGA, J. M. M.; GERMANO, R. M. Por dentro da História: o ensino de administração em enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 58, n. 2, p. 222-226, mar./abr. 2005.

FRANÇA, L. S.; BARREIRA, I. A. A enfermeira-chefe como figuratipo nos hospitais em meados do século XX. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 57, n. 4, p. 508-511, jul./ago. 2004.

GALLEGUILLOS, T. G. B.; OLIVEIRA, M. A. C. A gênese e o desenvolvimento histórico do ensino de enfermagem no Brasil. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 80-87, mar. 2001.

GARCIA, T. R.; CHIANCA, T. C. M.; MOREIRA, A. S. P. Retrospectiva histórica do ensino de enfermagem no Brasil e tendências atuais. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 16, n. 1/2, p. 74-81, 1995.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e de grupos. In: BAUER M. W.; GASKELL, G. (Org.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem, e som: um manual prático**. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 64-89.

GEOVANINI, T. **História da enfermagem: versões e interpretações**. Rio de Janeiro: Revinter, 2002.

GERMANO, R. M. **Educação e ideologia da enfermagem no Brasil**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1993.

GERMANO, R. M. **Educação e ideologia da enfermagem no Brasil**. São Paulo: Cortez, 1985.

- GREGÓRIO, V. R. P. **A historicidade das práticas de cuidado na Maternidade Carmela Dutra (1956-2001)**. 2011. 151 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/95251/291665.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 04 dez. 2013.
- ITO, E. E. et al. O ensino de enfermagem e as diretrizes curriculares nacionais: utopia X realidade. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 570-575, 2006.
- KLETEMBERG, D. F.; SIQUEIRA, M. T. A. D. A criação do ensino de enfermagem no Brasil. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 8, n. 2, p. 61-67, 2003.
- L'ABBATE, S. **Fome e desnutrição**: os descaminhos da política social. 1983. 216 f. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1983.
- LEININGER, M.; McFARLAND, M. **Transcultural nursing**: concepts, theories, research & practices. 3rd ed. New York: McGraw Hill, 2002.
- LOPES, M. J. M. O sexo do hospital. In: LOPES, M. J. M.; MEYER, D. E.; WALDOW, V. R. (Org.). **Gênero e saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p.76-105.
- LUCHESE, L. B. et al. Elaboração de instrumento para análise da imagem do enfermeiro frente a alunos do ensino médio. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 272-278, 2009.
- LUSSKY, R. A century of neonatal medicine. **Minnesota Medicine**. Minneapolis, v. 82, Dec. 1999. Disponível em: <<http://www.mnmed.org/publications/MnMed1999/December/Lusky.cfm?PF=1>>. Acesso em: 14 dez. 2012.
- MENDES, E. V. (coord.) **Distrito sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 2. ed. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 1994.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.
- MOREIRA, A.; PORTO, F.; OGUISSO, T. Registros noticiosos sobre a escola profissional de enfermeiros e enfermeiras na revista “O Brazil-Médico”, 1890-1922. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 402-407, 2002.
- NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. A institucionalização médica do parto no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**., Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 651-657, 2005.
- NERY, M. E. S.; VANZIN, A. S. **Enfermagem no Rio Grande do Sul**: 135 anos de história. Porto Alegre: RM&L, 2000.
- NIMTZ, M. A.; CIAMPONE, M. H. T. O significado de competência para o docente de administração em enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 40, n. 3, p. 336-342, 2006.

OLIVEIRA, I. C. S. O advento das incubadoras e os cuidados de enfermagem aos prematuros na primeira metade do século XX. **Texto & Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 13, n. 3, p. 459-466, jul./set. 2004.

OLIVEIRA, I. C. S.; RODRIGUES, R. G. Assistência ao recém-nascido: perspectivas para o saber de enfermagem em neonatologia (1937-1979). **Texto & Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 14, n. 4, p. 498-505, out./dez. 2005.

OLIVEIRA, M. I. R. Fases de crescimento e desenvolvimento profissional. In: CONGRESSO NACIONAL DE ESTUDANTES DE ENFERMAGEM, 1., 1963, Salvador. **Anais...** Salvador: ABEn, 1963.

ORLANDI, O. V. Assistência ao prematuro. In: FORTES, H. **Terapêutica infantil**. 5. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 1954. p. 20-38.

PADILHA, M. I. C. S. Florence Nightingale e as irmãs de caridade: revisando a história. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 58, n. 6, p. 723-726, nov./dez. 2005.

PADILHA, M. I. C. S.; BORENSTEIN, M. S. O panorama da história da Enfermagem na região Sul do Brasil. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 3, p. 369-375, 2000.

PAVA, A. M.; NEVES, E. B. A arte de ensinar enfermagem: uma história de sucesso **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 64, n. 1, p. 145-151, jan./fev. 2011.

PEDRON, C. D. **Unidade neonatal do Hospital de Clínicas de Porto Alegre: implantação e práticas de atendimento**. 2007. 80 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

PEDRON, C. D.; BONILHA, A. L. L. Práticas de atendimento ao neonato na implantação de uma unidade neonatal em hospital universitário. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 29, n. 4, p. 612-618, dez. 2008.

PESAVENTO, S. J. **História do Rio Grande do Sul**. 8. ed. Porto Alegre: Mercado Aberto, 1997.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

REA, M. F. Substitutos do leite materno: passado e presente. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 241-249, 1990.

RESENDE, M. A. Ensino de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 110-158, abr. 1961.

RIZZOTTO, M. L. F. **História da enfermagem e sua relação com a saúde pública**. Goiânia: Editora AB, 1999.

RIZZOTTO, M. L. F. Resgate histórico das primeiras semanas de enfermagem no Brasil e a conjuntura nacional. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 59, p. 423-427, 2006. Número Especial.

ROCHA, S. M. M.; LIMA, R. A. G.; SCOCHI, C. G. S. Assistência Integral á saúde da Criança no Brasil: implicações para o ensino e a prática da enfermagem pediátrica. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 25-52, 1997.

ROCHA, T. A. **As práticas de enfermeiras na área obstétrica na implantação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, RS.** 2007. 86 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

RODRIGUES, R. G.; OLIVEIRA, I. C. S. Os primórdios da assistência aos recém-nascidos no exterior e no Brasil: perspectivas para o saber de enfermagem na neonatologia (1870-1903). **Rev. Eletrônica Enferm.**, Goiânia, v. 6, n. 2, p. 286-291, 2004.

SÁ NETO, J. A.; RODRIGUES, B. M. R. D. Tecnologia como fundamento do cuidar em neonatologia. **Texto & Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 19, n. 2, p. 372-377, abr./jun. 2010.

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE. Centro Histórico Cultural. **[Berçário]**. Porto Alegre, [195-?]. 1 fotografia, p&b.

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE. Centro Histórico Cultural. **[Incubadora]**. Porto Alegre, 2013. 1 fotografia, color.

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE. Centro Histórico Cultural. **[Trenzinho]**. Porto Alegre, [195-?]. 1 fotografia, p&b.

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE. Centro Histórico Cultural. **[Unidade de internação maternidade]**. Porto Alegre, [195-?]. 1 fotografia, p&b.

SANTOS, T. C. F. et al. Resistência à liderança norte-americana na formação da enfermeira brasileira (1934-1938). **Rev. Latinoam. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 1, p. 130-135, jan./fev. 2008.

SANTOS, T. C. F. Os efeitos de consagração dos rituais e emblemas da ABEN. **J. Assoc. Bras. Enferm.** Brasília, ano 48, n. 3, p. 19–20, jul./set. 2006.

SCOTT, J. **Gênero**: uma categoria útil de análise. [S.n.: s.l], 1989. Disponível em: <http://disciplinas.stoa.usp.br/pluginfile.php/6393/mod_resource/content/1/G%C3%AAnero-Joan%20Scott.pdf>. Acesso em: 04 jun. 2013.

SILVA, A. L. C.; BARROS, S. M. P. F.; VIEIRA, T. T. Marco conceitual e estrutural dos currículos de cursos de graduação em enfermagem. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 31., 1979, Fortaleza. **Anais...** Fortaleza: ABEn, 1979. p. 107-114.

SILVA, H. M. **A política pública de saúde no Brasil**: dilemas e desafios para a institucionalização do SUS. 1996. 123 f. Dissertação (Mestrado em Administração Pública) – Curso de Mestrado em Administração Pública, Escola Brasileira de Administração Pública, Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 1996. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/8657/000076050.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 04 jun. 2013.

SILVA, L. R.; CHRISTOFFEL, M. M.; SOUZA, K. V. História, conquistas e perspectivas no cuidado à mulher e à criança. **Texto & Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 14, n. 4, p. 585-593, out./dez. 2005.

SILVA, M. R. G.; GALLIAN, D. M. C. A Escola de Enfermagem do Hospital São Paulo e seu primeiro currículo (1939-1942). **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 62, n. 2, p. 317-322, 2009.

TOMA, T. S.; MONTEIRO, C. A. Avaliação da promoção do aleitamento materno nas maternidades públicas e privadas do município de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 5, p. 409-414, 2001.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

TYRRELL, M. A. R.; CARVALHO, V. Programas nacionais de saúde materno-infantil: impacto político-social e inserção da enfermagem. Rio de Janeiro, 1993.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Escola de Enfermagem. **Centro de memória**. Porto Alegre, 2013a. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/eenf/copy_of_a-escola/centro-de-memoria-1>. Acesso em: 06 fev. 2013.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Escola de Enfermagem. **História**. Porto Alegre, 2013b. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/eenf/copy_of_a-escola/historia>. Acesso em: 06 fev. 2013.

VARELA, A.; SOARES, L. A.; VELLOSO, V. P. Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras. In: INSTITUTO OSWALDO CRUZ; CASA DE OSWALDO CRUZ. **Dicionário histórico-biográfico das ciências da saúde no Brasil (1832-1930)**. Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: <<http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br/iah/pt/verbetes/escproenf.htm>>. Acesso em: 04 dez. 2013.

VIANA, V. M. F. **Um estudo do saber em enfermagem**. 2005. 85 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2005. Disponível em: <http://tede.biblioteca.ucg.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=57>. Acesso em: 04 dez. 2013.

VIETTA, E. P. et al. Depoimentos de enfermeiras hospitalares da década de 60: subsídios para a compreensão da enfermagem atual. **Rev. Latinoam. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 2, p. 23-39, jul. 1996.

VIETTA, E. P. et al. Tomada de depoimento pessoal de enfermeiras hospitalares da década de 50: subsídios para a compreensão da enfermagem atual. **Rev. Latinoam. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 3, n. 2, p. 19-35, jul. 1995.

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA

IDENTIFICAÇÃO

Nome:

Local e hora da entrevista

Data/local de nascimento

Estado civil:

Escolaridade: () superior completo () especialização () mestrado () doutorado

Profissão exercida atualmente:

Em que ano ingressou no curso?

Em que ano concluiu o curso?

CONTEXTO E PRÁTICAS

Em que disciplinas e períodos do curso ocorria o atendimento ao recém-nascido?

Quais eram as condições físicas e estruturais para o ensino na Escola de Enfermagem e nos campos de estágio (estrutura das enfermarias, e demais serviços, mobiliário, materiais e equipamentos) nas áreas relativas ao atendimento ao recém-nascido?

Quem participava das atividades de ensino? Havia a participação de profissionais de outras áreas, além da enfermagem?

Qual era a política governamental/programa de atendimento ao nascimento? De que forma era abordado no curso?

Como se caracterizavam as parturientes que se internavam com relação a condições de escolaridade, culturais e econômicas?

Como era a rotina de atendimento durante a internação do recém-nascido nos campos de estágio (sala de parto e pós-parto)?

Com relação a esse atendimentos, quais eram as atribuições dos alunos ?

Que registros de enfermagem eram realizados com relação às ações dos alunos?

Como eram as relações dos alunos, com os professores, enfermeiras e com os demais profissionais?

Havia resistência à atuação do enfermeiro? Que tipo de intervenção/atitude/posicionamento costumava ocorrer nessas situações?

Existia alguma condição/situação relacionada à postura vocacional religiosa no ensino naquela época?

Você lembra de mais algum fato daquela época que julga importante contar?

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

É de meu conhecimento que as pesquisadoras Márcia Rejane Strapasson e Ana Lucia de Lourenzi Bonilha estão desenvolvendo uma pesquisa que tem como objetivo historicizar o ensino do cuidado ao recém-nascido para graduandos em enfermagem de escola pública nas décadas de 1950 e 1960.

Concordo em participar de forma livre e espontânea da proposta da pesquisa, podendo desistir a qualquer momento. Estou ciente de que meu nome não será conhecimento do público. Autorizo que os dados obtidos sejam utilizados na referida pesquisa. Autorizo o uso de imagens que possam enriquecer a pesquisa. Estou de acordo que as entrevistas sejam gravadas. Compreendo que poderei ser entrevistado(a) mais de uma vez, no local e nos horários que forem mais compatíveis. Em caso de dúvida, posso encontrar a pesquisadora, por telefone, através dos números (51) 96955391 ou (51) 3230-2129.

Porto Alegre, data

Assinatura

ANEXO A – CURRÍCULO BÁSICO DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DE PORTO ALEGRE NA ÉPOCA DE SUA FUNDAÇÃO

Material consultado da Dissertação de Mestrado de Adriana Fertig, intitulado “Missão Verderese”.

1ª Série

1. Anatomia e Fisiologia
2. Química Biológica
3. Microbiologia e Parasitologia
4. Psicologia Geral e Educacional
5. Ética Geral e Aplicada
6. Orientação à enfermagem (incluindo enfermagem do lar; Higiene Individual e Economia Hospitalar)
7. Nutrição, preparo e custo dos alimentos
8. Patologia
9. Saneamento
10. Sociologia

2ª Série

1. Enfermagem e Clínica Médica
2. Enfermagem e Clínica Cirúrgica
3. Farmacologia e Terapêutica
4. Psicologia Evolutiva
5. Serviço Social
6. Enfermagem e Clínica Ortopédica (incluindo Massagem e Fisioterapia)
7. Técnica de Salas de Operações
8. Enfermagem e Clínica Oftalmológica
9. Enfermagem e Clínica Urológica

3ª Série

1. Psicologia Clínica e Higiene Mental
2. Enfermagem e Clínica Neurológica
3. Enfermagem e Clínica Psiquiátrica
4. Enfermagem e Clínica de Moléstias Transmissíveis
5. Enfermagem e Clínica Tisiológica
6. Enfermagem e Clínica Dermatológica
7. Enfermagem e Clínica Ginecológica
8. Enfermagem e Clínica Obstétrica
9. Puericultura

4ª Série

1. Psicologia Infantil
2. Enfermagem e Clínica Pediátrica
3. Enfermagem e Socorros de Emergência
4. Higiene e Saúde Pública (incluindo Epidemiologia, Bioestatística e princípios de administração).
5. Enfermagem de Saúde Pública
6. História da Enfermagem
7. Ajustamento Profissional II (incluindo tendências modernas de enfermagem e legislação).