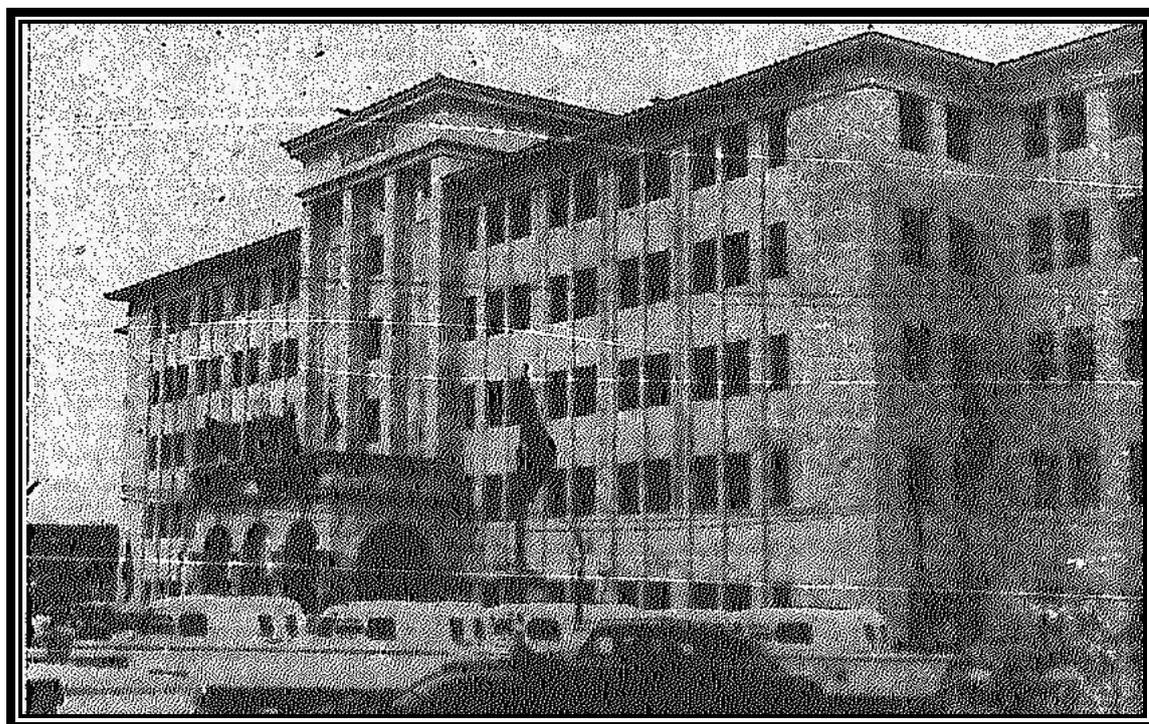


**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PESQUISA**

CAMILA PUREZA GUIMARÃES DA SILVA

**HOSPITAL DO INSTITUTO DE APOSENTADORIA E PENSÕES DOS
EMPREGADOS EM TRANSPORTES E CARGAS: DA ENFERMAGEM LAICA À
RELIGIOSA – 1946-1951**



Rio de Janeiro

2010

**HOSPITAL DO INSTITUTO DE APOSENTADORIA E PENSÕES DOS
EMPREGADOS EM TRANSPORTES E CARGAS: DA ENFERMAGEM LAICA À
RELIGIOSA – 1946-1951**

Camila Pureza Guimarães da Silva

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós - graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery / Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do Título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dra. Suely de Souza Baptista

Rio de Janeiro

Outubro de 2010

Silva, Camila Pureza Guimarães da

Hospital do Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Empregados em Transportes e Cargas: da enfermagem laica à religiosa – 1946-1951/
Camila Pureza Guimarães da Silva. –Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2010.

182 f.: il; 31 cm

Orientador: Suely de Souza Baptista

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Programa de Pós-graduação em enfermagem, 2010.

1. História da Enfermagem. 2. Serviço Hospitalar de Enfermagem. 3. Previdência Social – Tese. I. Baptista, Suely de Souza (Orient.). II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Programa de Pós-graduação em enfermagem. III. Título.

CDD
610. 73

**HOSPITAL DO INSTITUTO DE APOSENTADORIA E PENSÕES DOS
EMPREGADOS EM TRANSPORTES E CARGAS: DA ENFERMAGEM LAICA À
RELIGIOSA – 1946-1951**

Camila Pureza Guimarães da Silva

Orientadora: Prof^ª Dra. Suely de Souza Baptista

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós - graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery / Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do Título de Mestre em Enfermagem.

Aprovado por:

Prof^ª. Dra. Suely de Souza Baptista (EEAN/UFRJ)

Presidente

Prof^ª. Dra. Jane Márcia Progianti (FE/UERJ)

Primeira Examinadora

Prof^ª. Dra. Maria Angélica de Almeida Peres (EEAN/UFRJ)

Segunda Examinadora

Prof^ª. Dra. Tânia Cristina Franco Santos Cardoso (EEAN/UFRJ)

Suplente

Prof^ª. Dra. Mariângela Aparecida Gonçalves Figueiredo (FE/UFJF)

Suplente

DEDICATÓRIA

Dedico este momento e a conquista deste estudo aos meus pais, Elenita do Nascimento Pureza e Carlos Alberto da Silva Pureza, à **minha filha Maria Eduarda Pureza Guimarães** e ao meu marido Gustavo Guimarães da Silva, que são os maiores tesouros que tenho na vida e cujas presenças constantes me deram certeza que todo esforço valeu a pena.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus que me guiou e me deu forças para alcançar o meu objetivo.

Aos meus pais por estarem ao meu lado sempre e incansavelmente em todos os momentos da minha vida; devo muito a eles o que sou hoje e posso dizer: o sonho se realizou! Em especial: Mãe, obrigada pelas transcrições e toda contribuição neste estudo.

A minha querida filha que, apesar dos seus cinco aninhos, foi muito compreensiva e sempre torcia para que eu “tirasse dez” em todas as minhas “provas”. Um anjo na minha vida que me alegrava sempre nas horas mais difíceis sem permitir que eu jamais renunciasse.

Ao meu marido pelo amor incomparável que se traduz em compreensão, incentivo, carinho, paciência, atenção e mais que isso companheirismo, em toda essa fase de estudo da minha vida. Amor, crescemos juntos e hoje posso dizer que valeu muito a pena!

Ao meu querido irmão que sempre torceu pelo meu sucesso e que de forma indireta muito contribuiu para que eu alcançasse esse momento.

A minha querida orientadora Suely de Souza Baptista que com seu brilhantismo e competência foi imprescindível na construção deste saber. Serei eternamente grata primeiramente por sua compreensão, amizade e presença constante durante essa jornada. Hoje posso dizer: a vitória é nossa!

A minha querida sogra Arciléa Guimarães que contribuiu de forma indireta ao cuidar da minha filha me dando apoio familiar que foi tão importante nesta fase da minha vida.

Ao Núcleo de Pesquisa de História da Enfermagem Brasileira – Nuphebras que em muito contribuiu para a construção do meu saber, principalmente em história da enfermagem.

A querida Prof^ª Dra. Ieda de Alencar Barreira que foi responsável pela minha iniciação em história da enfermagem como orientadora de Iniciação Científica e que me acompanhou contribuindo de forma enriquecedora em todas as etapas da minha vida acadêmica desde a graduação até este momento tão importante.

Aos professores doutores que aceitaram compor a minha banca desde a defesa do projeto sempre com muita presteza e competência, tornando todo esse processo de

aprendizagem agradável e enriquecedor: Maria Angélica de Almeida Peres, Jane Márcia Progianti, Mariângela Aparecida Gonçalves Figueiredo.

A Professora Dra. Tânia Cristina Franco Santos Cardoso que me introduziu no Nuphebras me acompanhando desde a Iniciação Científica até este momento único da minha vida, participando da banca examinadora de forma competente e me ajudando a crescer cada vez mais.

A todos os docentes e discentes do Curso de Mestrado da EEAN que socializaram seus saberes com muita dedicação e competência.

Aos meus colegas de turma de mestrado da EEAN Ive Cristina Duarte de Lucena, Ana Lia Trindade Martins e Marcleide Silva de Azevedo Abreu; as doutorandas Maria Cristina Fréres Souza, Ana Paula Carvalho Orichio e Lucirene da Silva por dividirem ansiedades, receios e emoções ao longo desses dois anos. Foi muito bom poder contar com vocês!

A Direção Geral do Hospital Federal de Bonsucesso, ao Departamento de Pesquisa e ao Comitê de Ética por acompanharem o meu estudo.

A minha querida diretora de enfermagem Maria de Fátima Ottoni e a sua substituta Marly da Silva por compreenderem as minhas ausências, auxiliando no meu crescimento.

A minha chefe querida Cindi Mendes que além de muito compreensiva nas minhas ausências sempre esteve disposta em me auxiliar e acima de tudo me incentivar me mostrando que eu era capaz. Obrigada pela sua amizade!

A minha amiga e “substituta” Antônia Salazar Pinto por todo o apoio nos momentos mais difíceis deste caminho, sempre disposta a me dar um abraço amigo que me confortava e me incentivava a seguir adiante. Não tenho palavras para lhe agradecer!

Aos colegas de trabalho do Hospital Federal de Bonsucesso que compartilharam a importância desta etapa e compreenderam os momentos de ausência física e mental.

A Profª Maria Regina Marques Bezerra por todo o apoio e auxílio na minha busca por fontes primárias e que foi fundamental no meu acesso ao Centro de Memória Matilde Nina e na busca de algumas depoentes do estudo.

Aos vários acervos históricos que consultei e que muito têm contribuído para a construção e desenvolvimento da História da Enfermagem Brasileira, como: Centro de Documentação da Escola de Enfermagem Anna Nery / Universidade Federal do Rio de Janeiro, Centro de Memória Matilde Nina / Faculdade de Enfermagem São Camilo, Biblioteca Nacional, Departamento de Arquivo da Casa de Oswaldo Cruz – COC, Arquivo Geral da Cidade do Rio de Janeiro, Centro de Pesquisa e Documentação da Fundação Getúlio Vargas.

As depoentes deste estudo Cecília Pecego Coelho, Irmã Maria Tereza Notarnicola, Raimunda da Silva Becker, Valderéz Novaes Pontes, Eunice Nery da Matta, pois sem a colaboração delas não seria possível o desenvolvimento deste estudo.

À Coordenação Geral da Pós-Graduação da EEAN/UFRJ, aos funcionários da Biblioteca Setorial e da Secretaria de Ensino da Pós-Graduação pela colaboração e orientação constantes, em especial Lúcia e Felipe; Jorge e Sônia.

A todos que de alguma forma contribuíram para a concretização desse estudo que faz parte de um grande sonho realizado.

RESUMO

HOSPITAL DO INSTITUTO DE APOSENTADORIA E PENSÕES DOS EMPREGADOS EM TRANSPORTES E CARGAS: DA ENFERMAGEM LAICA À RELIGIOSA – 1946-1951

Camila Pureza Guimarães da Silva

Orientadora: Suely de Souza Baptista

Resumo da Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Trata-se de um estudo de cunho histórico-social cujo objeto é a luta simbólica empreendida pelas Irmãs de Caridade pertencentes à Associação São Vicente de Paulo (ASVP) no processo de substituição das enfermeiras laicas no Serviço de Enfermagem do Hospital do Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Empregados em Transportes e Cargas (IAPETC). O recorte temporal compreende o período 1946-1951. O marco inicial refere-se ao primeiro contato do diretor do Hospital do IAPETC com a diretora da Escola Ana Néri (EAN) para tratar da organização do Serviço de Enfermagem naquele Hospital. O marco final é o ano no qual acontece a substituição dessas enfermeiras por enfermeiras Irmãs de Caridade na chefia desse Serviço. Fontes primárias: documentos escritos referentes ao IAPETC como leis, decretos e regulamentos encontrados nos Diários Oficiais da União; dossiês das primeiras enfermeiras que trabalharam no Hospital, ofícios e depoimentos de sete agentes que vivenciaram o período em estudo, pertencentes ao Centro de Documentação da EAN/UFRJ; documentos escritos e iconográficos pertencentes ao arquivo pessoal de alguns desses agentes; atas de reuniões, relatórios e fotografias pertencentes ao Centro de Memória Matilde

Nina da EELM/São Camilo; recortes de jornais consultados no arquivo da Biblioteca Nacional. Fontes secundárias: bibliografias pertencentes à temática. Os achados foram iluminados à luz do pensamento de Pierre Bourdieu evidenciando que com a chegada das Irmãs de Caridade ao Hospital do IAPETC, as enfermeiras laicas passaram a dividir aquele espaço social com as religiosas. Inúmeras estratégias foram criadas pelas Irmãs, provavelmente proveniente da força simbólica, exercida pelos representantes da ASVP, que tinham como objetivo a ocupação dos espaços hospitalares. Com a saída de Cecília Pecego, enfermeira responsável pela organização e implantação do Serviço de Enfermagem no Hospital do IAPETC, as enfermeiras laicas provenientes da EAN começaram a perder poder e prestígio no campo, o que culmina com a deposição da última enfermeira laica do cargo de chefe do Serviço de Enfermagem do Hospital do IAPETC; com isto tem início uma década de ocupação deste espaço social pelas Irmãs de Caridade na chefia deste Serviço.

PALAVRAS- CHAVE: HISTÓRIA DA ENFERMAGEM. SERVIÇO HOSPITALAR DE ENFERMAGEM. PREVIDÊNCIA SOCIAL.

ABSTRACT**HOSPITAL OF THE OFFICE OF PENSIONS AND RETIREMENT OF EMPLOYEES IN
TRANSPORT AND CHARGES: NURSING THE RELIGIOUS LAICA – 1946-1951.**

Camila Pureza Guimarães da Silva

Instructor: Suely de Souza Baptista

Summary of Dissertation submitted to the Post Graduate Nursing School of Nursing Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, as part of the requirements for obtaining the title of Master of Nursing.

This is a study of historical and social object which is the symbolic struggle waged by the Sisters of Charity Association belonging to St. Vincent de Paul (ASVP) in the process of replacing the secular nurses in the Nursing Service of the Hospital and the Institute of Retirement Employee Pensions and Cargo Transport (IAPETC). The chosen time comprises the period 1946-1951. The first sign refers to first contact the Hospital's director of IAPETC with director Ana Neri School (EAN) to handle the organization of nursing services at that hospital. The final milestone is the year that happens to those replacement nurses by nurses Sisters of Charity at the head of this Service. Primary sources: written documents relating to IAPETC as laws, decrees and regulations found in the Official Gazettes of the Union; dossiers of the first nurses who worked at the Hospital, crafts and testimonies of seven players who experienced the period of study, belonging to the Documentation Center of EEAN / UFRJ, documents and personal files belonging to the iconography of some of these agents, meeting minutes, reports and photographs belonging to the Centre of Memory Matilde Nina EELM / St Camillus, newspaper clippings file found at the National Library. Secondary sources: bibliographies pertaining to the subject. The findings were illuminated in the light of the

thought of Pierre Bourdieu showing that with the arrival of the Sisters of Charity Hospital of IAPETC, secular nurses began to share that space with social religion. Several strategies have been created by the sisters, probably from the symbolic power exercised by the representatives of ASVP, which were aimed at the occupation of the hospital grounds. With the departure of Pecego Cecilia, a nurse responsible for the organization and implementation of the Nursing Service at the Hospital of IAPETC, nurses from secular EAN began to lose power and prestige in the field, which culminates with the deposition of the last secular nurse's office of Chief of Nursing Service, Hospital of IAPETC; with it opened a decade of occupation of social space by the Sisters of Charity at the head of this Service.

KEYWORDS: HISTORY OF NURSING. HOSPITAL NURSING SERVICE. SOCIAL SECURITY.

LISTA DE FOTOS

FOTO nº 1 – General Eurico Gaspar Dutra e Presidente dos Estados Unidos Harry S. Truman.....	54
FOTO nº 2 – General Eurico Gaspar Dutra.....	56
FOTO nº 3 – Enfermeira Cecília Pecego.....	83
FOTO nº 4 – Enfermeira Nilza Moraes Passos.....	85
FOTO nº 5 – Enfermeira Maria Eleusis Riomar.....	85
FOTO nº 6 – Enfermeira Fernanda Walter Passos.....	85
FOTO nº 7 – Av. Brasil e Hospital do IAPETC em 1950.....	90
FOTO nº 8 – Fachada do Hospital IAPETC e Cerimônia de Benção do dia da inauguração do Hospital.....	93
FOTO nº 9 – Doutor Hilton dos Santos, Presidente do IAPETC e Assembléia do Sindicato dos Estivadores.....	95
FOTO nº 10 – Irmã Matilde Salomão.....	119
FOTO nº 11 – Irmã Vicência e Enfermeira Cecília Pecego Coelho.....	129
FOTO nº 12 – Antiga Capela do Hospital do IAPETC.....	138
FOTO nº 13 – Placa inaugural da Capela do Hospital do IAPETC.....	139
FOTO nº 14 – Ademar Pereira de Barros, Governador de São Paulo de 1947 a 1951.....	153

LISTAS DE QUADROS E TABELAS

QUADRO 1 – Acervo oral do estudo.....	33
QUADRO 2 – Decretos de criação dos Institutos Previdenciários e benefícios que os mesmos ofereciam aos seus contribuintes.....	46
TABELA 1 – Ano de diplomação na EAN das primeiras enfermeiras laicas do Hospital do IAPETC.....	100
TABELA 2 – Região geográfica de procedência das primeiras enfermeiras laicas do Hospital do IAPETEC.....	101
QUADRO 3 – Organograma do Hospital do IAPETC vigente em 1948-1949, o qual deu origem ao disposto no Decreto nº 26.663, de 12 de maio de 1949, que altera o quadro Permanente do Instituto de Aposentadoria dos Empregados em Transportes e Cargas, e dá outras providências.....	106
QUADRO 4 – Enfermeiras laicas encarregadas das clínicas do Hospital do IAPETC no período de 1948 – 1951.....	149
TABELA 3 – Contato das primeiras enfermeiras laicas do Hospital do IAPETC com Irmãs de Caridade.....	150
TABELA 4 – Religião das primeiras enfermeiras laicas do Hospital do IAPETC.....	151
TABELA 5 - Locais que as primeiras enfermeiras laicas do Hospital do IAPETC trabalharam após saírem do hospital.....	151

LISTA DE SIGLAS

ABED	Associação Brasileira de Enfermeiras Diplomadas
ABEn	Associação Brasileira de Enfermagem
ASVP	Associação São Vicente de Paulo
CAP	Caixa de Aposentadoria e Pensões
CEDOC/EEAN	Centro de Documentação da Escola de Enfermagem Anna Nery
CEP-HGB	Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Federal de Bonsucesso
CHESF	Companhia Hidrelétrica do São Francisco
CICIAMS	Comitê Internacional Católico de Enfermeiras e Assistentes Médico-Sociais
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNA	Companhia Nacional de Álcalis
CNP	Conselho Nacional do Petróleo
CNPq	Conselho nacional de Pesquisas
CSN	Companhia Siderúrgica Nacional
DASP	Departamento Administrativo do Serviço Público
DIP	Doenças Infecto-Parasitárias
DNER	Departamento Nacional de Estradas de Rodagem
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
EAN	Escola Ana Néri
EEAN	Escola de Enfermagem Anna Nery
EECC	Escola de Enfermagem Carlos Chagas
EEHSP	Escola de Enfermeiras do Hospital São Paulo
EELM	Escola de Enfermeiras Luiza de Marillac
FEB	Força Expedicionária Brasileira
FELM	Faculdade de Enfermagem Luiza de Marillac
FNM	Fábrica Nacional de Motores
HFB	Hospital Federal de Bonsucesso

IAP	Instituto de Aposentadoria e Pensões
IAPB	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários
IAPC	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciários
IAPETC	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Empregados em Transportes e Cargas
IAPI	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários
IAPM	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
IPASE	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Servidores do Estado
ISSB	Instituto de Serviços Sociais do Brasil
LOPS	Lei Orgânica da Previdência Social
MES	Ministério da Educação e da Saúde
MTIC	Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio
NUPHEBRAS	Núcleo de Pesquisa de História da Enfermagem Brasileira
PCB	Partido Comunista Brasileiro
PSD	Partido Socialista Democrático
PTB	Partido Trabalhista Brasileiro
SALTE	Saúde, Alimentação, Lazer, Transporte e Energia
SCMRJ	Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
UCEB	União Católica de Enfermeiras Brasileiras
UFF	Universidade Federal Fluminense
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UREB	União das Religiosas Enfermeiras do Brasil

SUMÁRIO

CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	19
MOTIVAÇÃO, JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DO ESTUDO.....	25
CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO.....	27
ABORDAGEM TEÓRICA.....	27
ABORDAGEM METODOLÓGICA.....	32
CAPÍTULO I – AS CAIXAS DE APOSENTADORIA E PENSÕES, OS INSTITUTOS PREVIDENCIÁRIOS E O GOVERNO DE EURICO GASPAR DUTRA (1946-1951) NA PRIMEIRA METADE DO SÉCULO XX.....	38
• Introdução.....	38
1.1 Das Caixas de Aposentadoria e Pensões aos Institutos de Aposentadoria e Pensões.....	38
1.2 O Governo e a Regulamentação do IAPETC.....	57
CAPÍTULO II - CONTRIBUIÇÃO DA EAN PARA A IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM NO HOSPITAL DO IAPETC.....	69
• Introdução.....	69
2.1 Novos rumos para a inserção da enfermeira no campo da saúde em meados do século XX.....	69
2.2 Planejamento e inauguração do Hospital do IAPETC no Rio de Janeiro.....	80
2.3 Implantação do Serviço de Enfermagem do Hospital do IAPETC.....	98
CAPÍTULO III - EFEITOS SIMBÓLICOS DA NOVA ORDEM PARA O HOSPITAL DO IAPETC NO CAMPO DA ENFERMAGEM.....	111
• Introdução.....	111

3.1 Modelos de Enfermeiras no Brasil: O Religioso x O Anglo-Americano e o movimento católico dos anos 30 e 40 do século XX.....	111
3.2 Lutas simbólicas de dirigentes do IAPETC e de enfermeiras religiosas com enfermeiras laicas pela ocupação do espaço social do Hospital do IAPETC.....	129
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	156
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	160
APÊNDICES.....	173
ANEXOS.....	176

I – CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Este estudo tem como objeto a luta simbólica empreendida pelas Irmãs de Caridade pertencentes à Associação São Vicente de Paulo (ASVP)¹ no processo de substituição das enfermeiras laicas no Serviço de Enfermagem do Hospital do Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Empregados em Transportes e Cargas (IAPETC).

O recorte temporal compreende o período 1946-1951. O marco inicial refere-se ao primeiro contato do diretor do Hospital do IAPETC com a diretora da Escola Ana Néri (EAN)² para tratar da organização do Serviço de Enfermagem naquele Hospital. O marco final é o ano no qual acontece a substituição dessas enfermeiras por enfermeiras Irmãs de Caridade na chefia desse Serviço.

O contexto sócio-histórico no qual se insere o estudo é o do final da década de 1940 e início da década de 1950, no Rio de Janeiro, à época capital federal, na presidência do general Eurico Gaspar Dutra (1946-1950) e Getúlio Vargas (1951-1954). Contudo, necessitaremos de uma breve retrospectiva histórica das décadas de 1920 e 1930 visando uma melhor contextualização da problemática apresentada.

Na década de 1930, as Caixas de Aposentadoria (CAPs), criadas na década de 1920, foram substituídas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs). A primeira instituição a ser criada foi o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos (IAPM), em 1933. A partir daí foram criados outros institutos referentes a cada categoria de trabalho: Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciantes - IAPC (1934), Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários - IAPB (1935), Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários - IAPI (1936), Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Empregados em Transportes e Cargas - IAPETC (1938) e o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Servidores do Estado - IPASE (1938). Como os Institutos eram dependentes da contribuição financeira de seus segurados, os das categorias com salários mais elevados tinham mais recursos para provisões previdenciárias e até para serviços de assistência médica, como era o caso do IAPETC (OLIVEIRA; FLEURY, 1985).

¹ O Conselho da Associação São Vicente de Paulo, em 29 de novembro de 1848, em Paris, França, autorizou a vinda de 12 Irmãs da Companhia das Filhas da Caridade para o Brasil. O objetivo era conquistar um novo campo de atuação para a Companhia. O primeiro local que se instalaram foi em Mariana, Minas Gerais, em 03 de abril de 1849. Suas atividades foram iniciadas junto à comunidade com os seguintes lemas: consolar, curar as doenças, aliviar os pobres e tratar bem a todos (BEZERRA, 2002).

² Atual Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro (EEAN/UFRJ)

A assistência médica da Previdência Social, pautada nos mais diferentes programas e muitas vezes sem qualquer programa de atendimento, era realizada por médicos sem vínculo trabalhista efetivo com os Institutos; eram médicos contratados, credenciados ou adjudicados (PAIVA, 1979).

Oliveira e Fleury (1985) defendem que com a criação dos IAPs houve diminuição dos gastos, mas também da qualidade dos serviços prestados. A assistência médica passou a ser vista como secundária e não contratual da Previdência Social. Portanto, neste período a Previdência Social constituiu-se como grande compradora de serviços médicos, tendo como interlocutores pequenas instituições privadas, clínicas, hospitais e consultórios.

O IAPETC, desde a sua criação, oferecia um serviço ambulatorial aos seus segurados, na Av. Venezuela, nº 134, no prédio onde hoje funciona o INSS (Instituto Nacional de Seguridade Social), situado no Centro da cidade do Rio de Janeiro (COELHO, 2006).

No período de 1930 a 1945, o modelo vigente de saúde exigia a manutenção de baixos níveis de despesas das instituições previdenciárias, tendo então, restrição nos seus planos de benefícios e serviços, o que gerava insatisfação nos segurados. Com o fim da ditadura do Estado Novo (1937-1945), os trabalhadores incrementaram a luta por melhorias no modelo assistencial de saúde. Diante da nova conjuntura política os dirigentes dos IAPs se viram pressionados a atender algumas das reivindicações dos trabalhadores visando minimizar as tensões sociais (OLIVEIRA; FLEURY, 1985).

Em 1947, frente à situação de crise da saúde no país, o Ministro do Trabalho Indústria e Comércio, dr. Morvan Dias de Figueiredo, cumprindo ordens do presidente da República, estabeleceu um plano político em conjunto com o presidente do IAPETC, Hilton Santos, que compreendia a construção de um grande hospital na capital federal (Hospital do IAPETC) e outros de menor porte nos seguintes estados: Bahia, Pernambuco, São Paulo e Rio Grande do Sul; criando, desta forma, uma rede hospitalar para os contribuintes do IAPETC (CARVALHO JUNIOR, 1948).

A inauguração do Hospital do IAPETC se deu no dia 31 de janeiro de 1948, no advento dos Hospitais Modernos. O movimento de criação dos Hospitais Modernos foi concomitante à transferência da morte para o estabelecimento hospitalar; o que se preconizava era o adiamento da morte através de medicações. Antes, a morte era considerada um ritual,

uma cerimônia; e como resultado da intervenção médica a mesma passou a ser um processo tecnológico (RIBEIRO, 1993).

A organização do Hospital Moderno sofreu influências da história da revolução industrial no que se refere ao advento de novas técnicas, as quais aceleraram o desenvolvimento e a produção. Ainda deve ser considerado que o período pós-guerra (após 1945) estimulou o grande progresso nesse campo, apesar das dificuldades advindas da própria situação mundial: o número reduzido de pessoal, restrição de equipamentos e suprimentos nessa área. Até então, a função do hospital era a de controlar socialmente a produção desviada e sua atividade centrava-se no cuidado. Posteriormente, tornou-se um mecanismo coordenador da atenção. Por outro lado, os Hospitais Modernos incorporaram mudanças com o objetivo de aperfeiçoar diagnósticos, como também, o tratamento. E isto se deve à crescente complexidade do arsenal diagnóstico e terapêutico que fez com que houvesse uma tendência gradativa no processo tecnológico de assistência aos pacientes (SILVA, 1996).

Odair Pedroso, estudioso e pioneiro na área da administração hospitalar no Brasil, conceitua Hospital Moderno como: “instituição devidamente aparelhada de pessoal e material em condições de receber, para diagnóstico e tratamento, pessoas que necessitem de assistência médica diária e cuidados permanentes de enfermagem, em regime de internação” (CAMPOS, 1979, p.4).

O Hospital do IAPETC atendia às características definidas por Odair Pedroso, pois possuía bons equipamentos e seu quadro de pessoal era constituído por enfermeiras, médicos, auxiliares de enfermagem, dentre outros profissionais; foi organizado no período de 1948-1949 por clínicas: Médica, Cirúrgica, Ortopédica, Doenças Infecto-Parasitárias, possuía Centro Cirúrgico, Maternidade, Berçário. O primeiro diretor desse Hospital foi o cirurgião geral Osvaldo Correa de Araújo, que se relacionava muito bem com Hilton Santos, presidente do Instituto. Dr. Osvaldo foi por duas vezes diretor e considerado por muitos o melhor da história do Hospital (COELHO, 1997; MARTINS, 2001).

A organização e a implantação (1946-1948) do Serviço de Enfermagem do Hospital do IAPETC foram lideradas pela enfermeira diplomada pela EAN, Cecília Pecego, convidada pelo diretor do Hospital e cedida por Laís Netto dos Reys, na qualidade de diretora da EAN, uma vez que Cecília Pecego pertencia ao quadro de funcionários dessa Escola. Grande foi a importância da EAN nesse processo de implantação, pois foi responsável pela formação dos

primeiros vinte e cinco auxiliares de enfermagem que iriam trabalhar no Hospital e também pela seleção das vinte primeiras enfermeiras, sendo que dezoito eram diplomadas pela EAN e duas pela Escola de Enfermeiras Luiza de Marillac (EELM) (COELHO, 1997).

O movimento de inserção das Irmãs de Caridade no Hospital do IAPETC teve início em julho de 1948 quando Irmã Matilde Nina, diretora da EELM, acordou com o diretor do mesmo que a partir de 1949 o campo de estágio das alunas da EELM, que era realizado na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro (SCMRJ), seria transferido para o Hospital do IAPETC. O acordo com o Hospital era de que seria assinado um Contrato que previa alojamento, remuneração (bolsa) para cada aluna e campo de estágio. As Irmãs iriam residir no Hospital, tendo a Irmã Matilde Nina sido designada pela ASVP como Superiora. Contudo, já no final de 1948, Irmã Vicência foi convidada pelo diretor do Hospital para assumir a chefia do Serviço de Economato (rouparia, limpeza, despensa, etc.). Era prática antiga no Brasil que muitos hospitais, civis, militares, entregassem esse tipo de serviço e o Serviço de Enfermagem às ordens religiosas femininas, apesar das freiras não possuírem o capital institucionalizado (diploma de enfermeira) correspondente (BARBOSA, 1989; BECKER, 1987; BEZERRA, 2002).

Com a transferência do campo de estágio da EELM, tendo como mantenedora a ASVP, para o Hospital do IAPETC, começou a divisão do espaço social da enfermagem; a partir desse momento havia enfermeiras laicas e enfermeiras Irmãs de Caridade, sendo chefiadas por Cecília Pecego. Irmã Maria Tereza Notarnicola³, depoente nº 3, conta que cada Irmã assumiu um setor juntamente com uma enfermeira laica. A estas Irmãs cabia o acompanhamento das alunas no campo de estágio, como também a co-responsabilidade pelo setor.

Vale lembrar que com a proclamação da República e a medicalização da assistência, a Igreja perdeu espaço social e com isso perdeu poder e prestígio em importantes campos de sua atuação, como o da educação e o da saúde. Diante disso, houve uma mobilização do clero com a finalidade de reverter esse quadro; movimento este conhecido como movimento católico que se intensificou nas décadas de 30 e 40 do século XX (BEZERRA, 2002).

³ Irmã Maria Tereza Notarnicola pertence à Associação São Vicente de Paulo, diplomou-se pela EELM no ano de 1947 e em 1951 foi enviada pela ASVP para o Hospital do IAPETC como enfermeira.

No que se refere à enfermagem, houve a criação, em 1944, da União das Religiosas Enfermeiras do Brasil (UREB) ⁴. No ano de 1948 a UREB criou a União Católica de Enfermeiras do Brasil (UCEB) com a finalidade de unir enfermeiras católicas laicas com as religiosas e assim fortalecer o movimento católico na enfermagem (BAPTISTA; BARREIRA, 1997).

Durante o período de existência da UCEB (1948-1956), podemos destacar que esta organização colaborou e muito para o aumento do número de escolas de enfermagem católicas, pois se até antes da sua criação, do total de 19 escolas, 10 (52,6%) eram católicas, no período acima mencionado, mais 17 escolas de enfermagem foram criadas, sendo 13 (76,5%) de cunho católico. Esse aumento expressivo do número de escolas católicas possibilitou a inserção de maior número de religiosas enfermeiras diplomadas no campo da enfermagem. Com isso, foi instituído no campo da educação de enfermagem um novo modelo acadêmico-profissional através da inculcação do *habitus* religioso (BAPTISTA, 1997; GOMES et al, 2005).

A enfermeira Cecília Pecego, responsável pela organização e implantação do Serviço de Enfermagem do Hospital do IAPETC, ficou na chefia desse Serviço até novembro de 1949, quando saiu para gozar férias e não retornou para dar continuidade às suas atividades no referido Hospital. Dentre as razões que levaram Cecília Pecego a deixar o cargo destacamos a não participação da mesma nas negociações para o estabelecimento do Contrato entre a ASVP e o Hospital do IAPETC, o qual segundo ela, muito interferiu nos destinos de sua administração.

No mesmo mês da saída de Cecília Pecego do Hospital do IAPETC, novembro de 1949, Nilza Moraes Passos, enfermeira diplomada pela EAN em 1945 e que substituiu Cecília Pecego durante suas férias, assumiu a chefia do Serviço de Enfermagem desse Hospital. Contudo, Nilza Passos ficou pouco tempo no cargo, pois em janeiro de 1950 foi indicada por Laís Netto dos Reys, diretora da EAN para assumir a chefia do Serviço de Enfermagem do Ambulatório do Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários⁵. Neste mesmo mês,

⁴ Esta entidade funcionava sob a liderança de Madre Domeunec, pertencente à Congregação das Franciscanas Missionárias de Maria, e foi fundada a partir da reunião de ex-alunas da Escola de Enfermeiras do Hospital São Paulo

⁵ Este é o discurso oficial relativo à saída de Nilza Moraes Passos do cargo de chefe do Serviço de Enfermagem do Hospital do IAPETC. Contudo, devido ao momento político daquele campo, continuo questionando o real motivo de sua saída.

Edith Martins de Oliveira, diplomada pela EAN em 1946 e responsável pelo Centro Cirúrgico do Hospital do IAPETC, assumiu a chefia do referido Serviço de Enfermagem (REYS, 1950).

Cabe registrar que em 1950 ocorreu a inauguração da Capela do Hospital do IAPETC, com o objetivo de atender às atividades religiosas das Irmãs de Caridade que residiam no Hospital, oferecendo um ambiente adequado para as mesmas. Este fato reforça o apoio do diretor do Hospital, do diretor do Instituto e do Estado à presença das Irmãs de Caridade no Hospital do IAPETC, ocupando o campo da enfermagem. Nesse sentido cabe dizer que sem os símbolos concebidos como materiais significantes não há expressão de estruturas de poder (BOURDIEU, 2009).

Durante a década de 1950 as autoridades políticas e eclesiásticas continuavam buscando entendimentos mútuos. A principal preocupação da hierarquia clerical do Brasil era controlar os movimentos populares em uma posição que reforçava a aliança entre a Igreja Católica e o Estado, o que favorecia a ambos. A Igreja visava restabelecer a fé católica como um dos elementos de identidade da sociedade brasileira. O Estado contava com o apoio da Igreja que tinha significativa penetração popular pela capilaridade de sua estrutura e pelo legado na formação social do Brasil (BANDEIRA, 2000).

No ano de 1951, Edith Oliveira foi deposta do cargo de chefe do Serviço de Enfermagem pelo diretor do Hospital do IAPETC. Nesta ocasião, a Irmã Maria Tereza Notarnicola foi convocada pela ASVP na pessoa de Matilde Nina, sua Superiora, a pedido do diretor do Hospital para assumir a chefia do Serviço de Enfermagem por 24 h. Isto porque tanto os dirigentes do Hospital do IAPETC como os da ASVP necessitavam de tempo para articular novas alianças visando a indicação da nova chefe do Serviço. A indicada foi a Irmã Josefina Filgueiras, o que demonstra mais uma estratégia bem sucedida de ocupação do espaço social no campo da saúde pelas Irmãs de Caridade da ASVP, ou seja, a enfermagem laica perdeu espaços e posições para a enfermagem católica.

A partir da problemática apresentada traçamos os seguintes objetivos:

- ◆ Descrever as circunstâncias que propiciaram a inauguração do Hospital do IAPETC no advento dos hospitais modernos;

- ◆ Analisar a participação da EAN na organização e implantação do Serviço de Enfermagem do Hospital do IAPETC;

♦Discutir as lutas simbólicas de enfermeiras laicas com agentes do IAPETC e Irmãs de Caridade pela ocupação do espaço social do Hospital do IAPETC.

Motivação, Justificativa e Relevância do Estudo

A motivação para a realização deste estudo foi a minha aproximação com a História da Enfermagem durante o curso de graduação, quando estava inserida no Núcleo de Pesquisa de História da Enfermagem Brasileira (NUPHEBRAS), do Departamento de Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem Anna Nery/ UFRJ, na categoria de Bolsista de Iniciação Científica do CNPq. Além disso, sou funcionária do Ministério da Saúde, atuando como enfermeira substituta da chefia da Unidade de Internação do Hospital Federal de Bonsucesso (HFB). Portanto, o estudo veio ao encontro do meu desejo que era estudar a história da enfermagem relacionada ao hospital onde trabalho, de forma a contribuir para o resgate de parte da história do HFB.

Apesar de alguns esforços de membros da equipe de saúde do referido Hospital visando à preservação da memória do mesmo, atualmente não dispomos de um acervo apropriado; o que se tem são materiais e documentos alocados, em péssimas condições, no sótão do Prédio do Laboratório do Hospital.

Sendo assim, ao retornar à EEAN para o processo seletivo do Curso de Mestrado, tive contato com o trabalho de conclusão de curso de graduação da bolsista de iniciação científica Renata Mercês Lucas que estudou “A enfermagem na previdência social em meados do século XX: o caso do Hospital do IAPETC”. Partindo deste, optei por estudar como se deu a substituição das enfermeiras laicas diplomadas pela EAN por enfermeiras religiosas no Serviço de Enfermagem do Hospital do IAPETC, no final da década de 1940 e início da década de 1950, visto que estudos existentes até o momento apontam o movimento inverso.

Ao realizar levantamento bibliográfico⁶ na Biblioteca Virtual de Saúde, Base de Dados Lilacs e Scielo, com descritores história da enfermagem, previdência social, Serviço de

⁶ Na base de dados lilacs, scielo, medline ao pesquisar Hospital Federal de Bonsucesso apareceram 12 resultados, porém nenhum na área de história da enfermagem. Descritor: hospitais modernos com 375 resultados e 03 com aderência; hospital da previdência aparece na base Lilacs 37 ocorrências, apenas 12 resultados e 03 com aderência; hospital da previdência aparece na base Lilacs 37 ocorrências, apenas 01 com aderência ao meu estudo, na BDEF foram 06 estudos próximos ao meu. Base de dados lilacs – descritores história da enfermagem, catolicismo, assistência religiosa, hospitais filantrópicos: 11 resultados; sendo 02 dissertações de mestrado- uma da UERJ e a outra da UFRJ; 03 teses de doutorado- 02 da UFRJ e 01 UFSC; 06 artigos: 05 na Revista Brasileira de Enfermagem e 01 na REME. Bdenf/ med line – descritores: história da enfermagem – 05

Enfermagem, hospitais modernos, hospitais previdenciários, catolicismo, assistência religiosa e hospitais filantrópicos encontrei algumas dissertações, teses e artigos que abordam o movimento católico, o advento dos Hospitais Modernos, o campo da educação e da saúde no recorte temporal e temático do meu estudo. Entretanto, os estudos acerca do processo de substituição das enfermeiras laicas por enfermeiras religiosas são escassos, demonstrando lacunas a serem preenchidas. Portanto, este estudo é inédito na Linha de Pesquisa História da Enfermagem.

Destaquei a tese de doutorado do Prof. Antonio José de Almeida Filho, intitulada “A Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) no “front” do campo da educação em enfermagem e o (re) alinhamento de posições de poder (1931-1949)”, que me auxiliou na contextualização do objeto de estudo principalmente no que se refere ao poder da Igreja Católica; a dissertação de mestrado da Prof^a Maria Regina Marques Bezerra, intitulada “A enfermagem e a aliança da Igreja com o estado: Escola de Enfermagem Luiza de Marillac (EELM), a tese de doutorado da Prof^a Maria Angélica de Almeida Peres, intitulada “A ordem no hospício: primórdios da enfermagem psiquiátrica no Brasil (1852-1890)” e a tese de doutorado da Prof^a Maria Itayra de Souza Padilha, intitulada “A mística do silêncio: a prática da enfermagem na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro no século XIX” foram de suma importância para o entendimento e contextualização do início do trabalho das Irmãs de Caridade no Brasil e na SCM. A tese de doutorado da Prof^a Ilda Cecília Moreira da Silva “As Engenheiras do cuidado de enfermagem da Companhia Siderúrgica Nacional (CSN): enfermeiras no advento dos hospitais modernos” me auxiliou na contextualização do Hospital Moderno, em como se dava a assistência de enfermagem no período estudado e como funcionava o Serviço de Enfermagem e a administração daquele Hospital.

A realização desse trabalho me parece oportuna também porque o Hospital do IAPETC, considerado centro hospitalar de referência à época, foi inaugurado na data comemorativa do segundo aniversário do governo Dutra, sendo considerado um marco da política social do governo.

Além disso, percebi o que representava a ausência de registros históricos sobre uma instituição tão complexa como o Hospital em estudo e que seria necessário um resgate

histórico para se ter uma compreensão crítica sobre sua trajetória nos campos da educação e da saúde. Vale lembrar que em 31 de janeiro de 2010 o HFB completou 62 anos de existência e atualmente é o maior hospital da rede pública do estado do Rio de Janeiro em volume geral de atendimentos, sendo categorizado como hospital geral com porta hospitalar de emergência e reconhecido como Centro Regional Terciário.

Contribuições do Estudo

Espero que esse estudo contribua para demonstrar a aliança entre o Estado e a Igreja Católica que permeava os campos da educação e da saúde, as lutas empreendidas no campo da enfermagem, tendo forte influência daquelas duas instituições e o poder exercido por mulheres enfermeiras laicas e religiosas.

Além disso, acredito que o mesmo auxiliará na compreensão das estratégias utilizadas por enfermeiras religiosas no campo da enfermagem, uma vez que apesar de serem em menor número, conseguiam ocupar espaços sociais antes pertencentes às enfermeiras laicas, como no caso do Hospital do IAPETC. Assim, foi possível demonstrar a violência simbólica exercida pelos agentes que detinham posições de poder nas diversas instâncias do campo analisado.

Este estudo contribuirá também para o resgate e construção da história a partir tanto da organização de documentos referentes ao recorte temporal, como da produção de novas fontes orais que serão disponibilizados na Biblioteca do HFB, no Centro de Documentação da EEAN/UFRJ e no Centro de Memória Matilde Nina da FELM/São Camilo.

Este estudo está inserido no Grupo de Pesquisa criado em 1994, denominado “A prática profissional e a formação da identidade da enfermagem brasileira”, vinculado ao CNPq e ao Nuphebras e liderados pelas professoras doutoras Ieda de Alencar Barreira e Suely de Souza Baptista.

Abordagem Teórica

Buscando melhor compreender as lutas simbólicas entre Irmãs de Caridade, agentes do Hospital do IAPETC e as enfermeiras laicas pela ocupação do espaço social do Hospital do IAPETC, em meados do século XX, a discussão dos resultados desse estudo foi apoiada em alguns conceitos da teoria do mundo social do sociólogo francês Pierre Bourdieu. Os conceitos selecionados foram: *habitus* (principalmente o *habitus* religioso e profissional),

espaço social e campo, gênero, efeito de lugar, capital simbólico, capital social, capital cultural, capital científico, luta, poder e violência simbólicos.

Para Bourdieu (1984, p 94-95), o *habitus* constitui uma potencialidade e um desejo de ser, buscando, portanto, as condições de sua realização. O conceito de *habitus* é uma “Grammaire des pratiques compatibles avec les structures objectives qu'elle est le produit”⁷. Essas práticas, algumas vezes, se manifestam quando é estabelecida a luta por posições de poder e prestígio.

O conceito de *habitus* apoiou a análise da relação entre as posições sociais dos agentes, ou seja, suas disposições (*habitus*) e as tomadas de posição, representadas pelas estratégias por eles empreendidas para mudança ou manutenção de suas posições no campo, pois, na concepção de Bourdieu (2007), os indivíduos ou grupos ocupam posições diferenciadas e mais ou menos privilegiadas no interior do campo, em função do volume e da natureza dos seus recursos, ou seja, de acordo com o seu capital.

Portanto, para analisarmos e discutirmos as estratégias de dominação e/ou submissão das enfermeiras na luta por melhores posições no campo foi preciso considerar as diferenças existentes entre o *habitus* profissional religioso das enfermeiras Irmãs de Caridade e o *habitus* profissional das laicas, os quais eram norteados pela aquisição de habilidades profissionais e pela inculcação a que eram submetidas durante a formação acadêmica. As disposições apreendidas em instituições de ensino geram práticas distintas entre a mesma categoria, e de acordo com o espaço que esses agentes atuam, determinam a ocupação e a posição dos mesmos no campo. Para ilustrar recorreremos à Bezerra (2002, p.56-57) que diz que as Irmãs ao serem formadas enfermeiras “deveriam ser capazes de ocupar espaços de modo a garantir a continuidade das atividades da ASVP nos hospitais por ela administrados” e em outros, como no caso do Hospital do IAPETC.

O conceito de campo, segundo Bourdieu (2007), é um espaço multidimensional com objetivos específicos e hierarquizados conforme a distribuição desigual dos diversos tipos de capital dos seus agentes, conferindo-lhes diferentes posições, poderes e forças. Portanto, é possível notar posições dominantes ocupadas por indivíduos ou instituições. Esses agentes tenderão a adotar estratégias capazes de lhes possibilitar manter a estrutura atual do campo e os critérios de classificação que os beneficiam. Por outro lado, outros indivíduos ou

⁷ Tradução: gramática de práticas conformes com as estruturas objetivas de que dele é produto.

instituições teriam de ocupar uma posição inferior (dominados) no interior do campo. Os agentes lutam de acordo com as suas posições no campo com a finalidade de mudança ou de preservação de sua posição. O limite no interior do campo é complicado, uma vez que este sempre é objeto de disputa. Podemos dizer que os integrantes do campo têm como objetivo reduzir a competição e estabelecer um monopólio sobre um subsetor particular do campo. Vale destacar que um campo é também um espaço de conflitos, onde os ocupantes de posições dominadas e as posições dominantes estão de forma ininterrupta envolvidos em lutas diferenciadas, sem, no entanto, serem rivais.

Bourdieu (2007) diz que o espaço social é um espaço multidimensional, constituído por um conjunto aberto de campos relativamente autônomos, tendo algum grau de subordinação ao campo de produção econômica, relacionado ao seu funcionamento e às suas transformações. Em cada subespaço se estabelecem lutas contínuas, envolvendo os indivíduos ocupantes das posições dominantes e os das posições dominadas.

O espaço social organiza-se de acordo com três dimensões: os agentes se distribuem no espaço social de acordo com o seu volume global de capital possuído; de acordo com o peso que o seu capital econômico e cultural adquire no conjunto do seu patrimônio; e por fim, de acordo com a evolução no tempo, do volume e da estrutura de seu capital. A posição ocupada por cada agente no espaço social relaciona-se à posição por ele ocupada nos diferentes campos, com os diferentes tipos de capital – econômico, cultural, social e simbólico. Cada campo pode ser caracterizado como um local de disputa onde estão presentes a classificação e a hierarquização dos agentes, oriundos de uma divisão desigual de poder. A disposição dos agentes nada mais é que o campo social, ou seja, um espaço multidimensional de posições (BOURDIEU, 2007).

O conceito de efeito de lugar apoiou a discussão do espaço habitado ou apropriado que funciona como uma espécie de simbolização espontânea do espaço social. Para Bourdieu (2007, p. 160) “não há espaço, em uma sociedade hierarquizada que não seja hierarquizado e que não exprima as hierarquias e as distâncias sociais...”

No campo a distribuição de capital se dá de forma desigual e isso tende a aflorar um conflito entre os grupos dominantes. Estes tentam defender os seus privilégios e interesses diante dos demais indivíduos e grupos. O que vai determinar esses interesses e privilégios é o capital, ou seja, todo tipo de recurso e de poder do qual os agentes se apropriam para

manifestar em um espaço social. São vários os tipos de capital, dentre eles: capital econômico (riqueza, patrimônio), capital cultural (saberes e conhecimentos adquiridos ao longo da vida), capital social (relações sociais) e capital simbólico (reconhecimento social através do prestígio e da honra); sendo este último, uma fusão dos demais. Apreende-se, portanto, que os agentes ocuparam posições diferenciadas na estrutura social em função do volume e da natureza dos recursos que os mesmos adquiriram ao longo da trajetória de sua vida (BOURDIEU, 2007).

No que se refere ao capital social, segundo Bourdieu (2007) o volume que um agente social possui depende das relações que esse indivíduo tem e pode mobilizar, como também do volume de capital, que é posse exclusivamente de cada um daqueles de sua rede de relação. Compreende-se que o capital social não é um atributo dos indivíduos, mas um aspecto dependente do contexto e da estrutura social. Em outras palavras podemos dizer que esse tipo de capital não está alojado nem nos próprios agentes, nem nos instrumentos físicos de produção, ou seja, só acontece nas relações entre as pessoas e por meio de trocas que facilitam a ação de indivíduos ou grupos.

No entendimento de Bourdieu o capital cultural é dividido em três estados: incorporado, objetivado e institucionalizado. O estado incorporado de aquisição depende exclusivamente da disposição de tempo pelo indivíduo para assimilar e adquirir os conhecimentos, que se inicia no interior de sua família. É um estado de ter que se torna ser, torna-se parte do indivíduo, ou seja, um *habitus* (BOURDIEU, 2007).

No estado objetivado, o capital cultural existe sob a forma de bens culturais (pinturas, livros, esculturas e etc.) Para possuir os bens econômicos na sua materialidade, não é só necessário ser portador de capital econômico, pois precisa se apropriar da correta utilização de um determinado serviço e/ou objeto. Todavia, para se apropriar simbolicamente destes bens, é necessário possuir os instrumentos desta apropriação e os códigos necessários para decifrá-los, ou seja, é necessário possuir capital cultural no estado incorporado (BOURDIEU, 2007).

O estado institucionalizado revela-se quando o agente detentor de um capital cultural o representa através de um diploma, títulos escolares. O grau de investimento na carreira escolar está vinculado ao retorno provável que se pode obter com o título escolar, notadamente no mercado de trabalho. Bourdieu (2007, p.148-149) diz que “o investimento escolar só tem sentido se houver um mínimo de reversibilidade da conversão que ele implica”. O mesmo

autor diz que é na luta simbólica pela representação legítima do mundo social, pelo “monopólio da expressão legítima da verdade do mundo” que os agentes de cada campo específico do espaço social produzem as suas visões de mundo, as suas ideologias, como também seus discursos políticos.

Outro conceito me auxiliou no desenvolvimento desse estudo foi o de poder simbólico. Bourdieu (2007, p.14) explica que o poder simbólico equivale a um poder “quase mágico”, que consegue ser exercido por não ser associado ao uso da força arbitrária, ou seja, é um poder que mobiliza, pois é natural. Comenta ainda que o poder simbólico constitui um poder de construção da realidade que estabelece o sentido do mundo, ou seja, a ordem, em especial do mundo social. Esse poder age com o “poder de construir o dado pela enunciação, de ver e fazer crer, de confirmar ou de transformar a visão do mundo”. É um poder que se impõe através de uma violência simbólica, criando capacidade de obtenção do que se pode obter pela “força física e econômica”.

O poder religioso é capaz de transformar em bases duradouras as representações e as práticas dos leigos, ao inculcar um *habitus* religioso, que funciona como princípio gerador de todos os pensamentos e ações. Esses pensamentos e ações são ajustados aos princípios de uma visão política do mundo social. O poder religioso resulta de uma ação conjugada de coerções internas (carisma das Irmãs), inerentes ao funcionamento de uma burocracia que reivindica o poder religioso sobre os leigos, pois estes não detêm capital religioso (BOURDIEU, 2009). Tanto que o poder religioso foi peça fundamental na substituição das enfermeiras laicas, no ano de 1951, no Hospital do IAPETC, cenário do estudo apresentado. O investimento no *habitus* religioso teve a finalidade de assegurar a influência e ampliar o espaço de atuação no campo da saúde e da educação, pois as Irmãs exerciam três funções: de enfermeira assistencial, supervisora de campo de estágio, de professora e administradora do Serviço de Economato.

Portanto, cabe a citação de Bourdieu quando diz que:

A dominação é eficaz porque se realiza por meio de instrumentos simbólicos aparentemente destinados apenas as funções de conhecimento e comunicação. O mito, a religião, a arte e produtos similares, cumprem função política, ao mesmo tempo em que parecem apenas obedecer somente a uma lógica imanente (2007, p.11).

A violência simbólica é a dominação de uma classe sobre a outra através do uso de instrumentos de comunicação e conhecimentos para imposição ou legitimação da dominação,

levando à domesticação dos dominados e o poder de impor e mesmo de inculcar (PINTO, 2000).

Pelo exposto acima, é importante ressaltar, que a análise e a discussão foram baseadas no entendimento sócio-político-econômico do período no qual a pesquisa está inserida, na interpretação da pesquisadora, além da sustentação dos conceitos de Pierre Bourdieu. Portanto, a relação desses elementos com o referencial teórico escolhido possibilitou a interpretação do objeto de estudo.

Abordagem Metodológica

Trata-se de um estudo de natureza histórico-social com abordagem qualitativa. Com a finalidade de desenvolver esta pesquisa, optei por trabalhar com o método histórico-dialético, o qual considera a realidade social, política e econômica de determinada época como um todo articulado, atravessado por contradições. Por ser uma pesquisa de cunho histórico-social, o método é adequado, pois permite ao pesquisador entender que o objeto das ciências sociais é complexo, contraditório, inacabado e em permanente transformação. Portanto, esse tipo de ação permite ao pesquisador uma visão lógica da realidade (MINAYO, 2000).

Para Althoff e Borenstein (1995, p.144) a “pesquisa histórica surge com o propósito de reconstituir o passado de forma sistemática, através de um trabalho cuidadoso no levantamento de dados e de uma análise criteriosa na autenticidade e acuidade do material.”

As fontes primárias utilizadas foram documentos escritos referentes ao IAPETC como leis, decretos e regulamentos encontrados nos Diários Oficiais da União (disponíveis na Biblioteca do Ministério da Fazenda); dossiês das primeiras enfermeiras que trabalharam no Hospital, ofícios e depoimentos de duas agentes que vivenciaram o período em estudo, pertencentes ao Centro de Documentação da EEAN/UFRJ, tais como: depoimento de Cecília Pecego Coelho coletado em 25-01-2006, por Renata Mercês Lucas, quando bolsista de Iniciação Científica/CNPQ e o depoimento de Raimunda da Silva Becker coletado por Ieda de Alencar Barreira em 1987⁸; cinco depoimentos coletados pela autora desse estudo (Quadro 1), como também documentos escritos e iconográficos pertencentes ao arquivo pessoal de alguns desses agentes; atas de reuniões, relatórios e fotografias pertencentes ao Centro de Memória Matilde Nina da EELM/São Camilo; recortes de jornais da época, consultados no arquivo da

⁸ Esses depoimentos foram muito importantes nesse estudo porque além de contribuírem como fontes primárias, abriram portas para a realização de novas entrevistas.

Biblioteca Nacional (Correio da Manhã, O Jornal, Diário de Notícias, Diário Carioca, Órgão dos Segurados do IAPETC, A Tribuna). Estas fontes foram analisadas de acordo com o roteiro apresentado (Anexo A). No Quadro 1 é apresentada a identificação dos depoentes entrevistados com seus respectivos nomes, data das entrevistas e duração das mesmas.

QUADRO 1

Acervo oral do estudo

Identificação dos Depoentes	Nome dos Depoentes	Data da Entrevista	Duração da entrevista
Depoente nº 1	Cecília Pecego Coelho	30 de maio de 2009	1 h e 30 min
Depoente nº 2	Eunice Nery da Matta	17 de julho de 2009	45 min
Depoente nº 3	Irmã Maria Tereza Notarnicola	13 de agosto de 2009	3 h
Depoente nº 4	Raimunda Becker da Silva	04 de agosto de 2009	2 h
Depoente nº 5	Valderez Novaes Pontes	17 de agosto de 2009	2 h e 15 min

É importante destacar que as três primeiras depoentes citadas foram enfermeiras do Hospital do IAPETC e as demais depoentes foram alunas da Escola de Enfermeiras Luiza de Marillac (EELM) e atuaram no referido Hospital como estagiárias (Apêndice A).

Cecília Pecego Coelho cedeu uma listagem com os nomes das primeiras enfermeiras que foram trabalhar no Hospital do IAPETC em 1948 através da qual foi possível consultar e coletar dados do dossiê das mesmas no CDOC da EEAN/UFRJ e cedeu uma fotografia sua com a primeira Irmã de Caridade que chegou ao referido Hospital em 1948.

No decorrer dos primeiros contatos procurei novas indicações que ampliaram o universo dos depoentes. Além disso, através dos nomes de alguns agentes que vivenciaram o período, procurei contato através do nome completo por meio do Rio Listas, obtendo algum êxito. Foram encontradas duas enfermeiras da primeira turma que iniciou o trabalho no

Hospital do IAPETC: Eunice Nery da Matta e Maria de Lourdes da Costa. Contudo, não foi possível entrevistar a segunda.

Optei também pela utilização de fotografias, localizadas no Arquivo da Cidade do Rio de Janeiro, com o objetivo de possibilitar ao leitor o reconhecimento de locais do Hospital do IAPETC, realizando uma conexão entre passado e presente, como também para ilustração da pesquisa. Os documentos fotográficos representam um meio de informação, um conhecimento, contendo seu valor documental (KOSSOY, 1989).

Os procedimentos para a coleta de dados foram análise documental e entrevistas. Os instrumentos de coleta de dados utilizados foram: roteiros semi-estruturados (Apêndice B), sendo adaptados à peculiaridade de cada agente do estudo, ficha documental e quadros para classificação dos dados.

Os depoentes selecionados foram contatados e aceitaram participar da pesquisa, sendo a entrevista realizada em dias e horários pré-estabelecidos e no local escolhido pelo participante. Todas as entrevistas foram realizadas na residência das depoentes.

Dos critérios de inclusão previamente estabelecidos constavam agentes que participaram do período estudado e que tivessem atuado no Hospital, disponibilidade de tempo para conceder a entrevista e memória preservada, garantindo a qualidade da entrevista. A preservação da memória é essencial porque está atrelada à construção de uma identidade. É resultado de um trabalho de organização e de seleção, de continuidade e coerência, de preservação dos fatos; de forma que possa contribuir para o recorte do objeto de estudo (ALBERTI; PINSKY, 2006).

Com a realização das entrevistas busquei resgatar o período estudado e fatos que influenciaram significativamente na construção histórica do Hospital do IAPETC. As entrevistas foram gravadas em gravador digital (MP3) e posteriormente transcritas. As gravações foram realizadas com alguns cuidados prévios, conforme orientação de Meihy, 2007: os aparelhos foram testados, houve a gravação de um cabeçalho no início da entrevista, definindo – local, data e horário da coleta do depoimento, título da pesquisa, nome do depoente.

Foi solicitado aos depoentes autorização por escrito (Anexo B), conforme prevê a Resolução nº 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre a participação de

seres humanos em pesquisas. Os depoentes foram previamente informados acerca do objeto de estudo e consultados em relação ao interesse de participar. Todos receberam uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, contendo mais detalhes sobre o tema, tendo sido assinado e devolvido à pesquisadora. É importante ressaltar que estabelecido o texto de cada entrevista, após a transcrição, a entrevista retornou ao entrevistado para que ele realizasse o ato de conferência e validação, garantindo a doação e o uso posterior do documento através de assinatura do Termo de Cessão ao CDOC da EEAN e/ou Arquivo de Matilde Nina da FELM/São Camilo (Anexo C e D).

As fontes secundárias incluíram bibliografias pertinentes à temática em estudo, como livros de história da enfermagem, história do Brasil, teses de doutorado e dissertações de mestrado, artigos publicados em periódicos científicos nacionais, com destaque para a Revista Brasileira de Enfermagem e a Revista Paulista de Hospitais.

A história oral foi utilizada como método, entendendo que se trata de um conjunto de procedimentos usados para produzir depoimentos, que têm qualidades diferenciadas de outras fontes orais. A história oral compõe um processo de alargamento da possibilidade do uso de fontes para a escrita da história, além de trazer para os historiadores instrumentos para lidar com a subjetividade que tanto está nos depoimentos como também nas fontes escritas (MORAES, 1994).

Dentro do universo da história oral foi utilizada a história oral temática, pois permite o registro de testemunhos e o acesso a “histórias dentro da história” e dessa forma amplia as possibilidades de interpretação do passado (ALBERTI; PINSKY, 2006).

O uso da história oral temática também é pertinente quando investigamos o que ocorreu em um tempo relativamente recente e há falta de informações a respeito desse período. Portanto, é possível identificar os agentes pessoais que participaram do período em estudo com a finalidade de integrarem a pesquisa. Na verdade, essas fontes serão construídas pelo historiador (PADILHA, 2005).

Para Minayo (2000), no método dialético, a análise e a discussão dos dados coletados podem ser divididas em dois momentos: o primeiro momento está relacionado ao contexto sócio-político, onde um grupo social está inserido e o segundo momento é a interpretação, ou

seja, a articulação dos dados encontrados com os conceitos do referencial teórico escolhido pelo pesquisador.

Os procedimentos de análise e interpretação foram a classificação, contextualização e categorização empírica de dados oriundos de diversas fontes. É de primordial importância a discussão sobre o foco de quem os produziu, como e o motivo para tanto, com o objetivo de compreender mais claramente a informação que a fonte nos fornece, sendo possível perceber a quantidade e qualidade de suas informações (MINAYO, 2000).

A operacionalização da interpretação dos dados coletados foi realizada baseada nas orientações de Minayo. Após a coleta dos documentos e dos depoimentos dos agentes do estudo, iniciou-se a análise e a classificação dos mesmos. Cabe destacar que foi realizada uma leitura exaustiva dos achados, na tentativa de apreender as idéias centrais neles contidas e destacar as relativas ao tema em foco. A discussão dos resultados compreendeu o movimento entre os dados coletados (documentos escritos e orais), as fontes secundárias, e o referencial teórico da pesquisa (MINAYO, 2000).

O projeto deste estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Federal de Bonsucesso e aprovado pelo CEP-HGB nº 08/10, em 12 de abril de 2010 (Anexo E).

Os resultados desta pesquisa foram apresentados e discutidos no âmbito do Seminário Permanente do Núcleo de Pesquisa em História da Enfermagem Brasileira (Nuphebras), nos dias 04/05/2009, 14/12/2009, 15/07/2010; nas disciplinas do Curso de Mestrado da EEAN/UFRJ nos dias 25/05/2009, 09/11/2009 e em diversos eventos científicos nacionais e internacionais, tais como 12ª Jornada Nacional de História da Enfermagem – Nuphebras no âmbito do 16º Pesquisando em Enfermagem, 3º Encontro Internacional: Produção do Conhecimento e Núcleos de Pesquisa em Enfermagem, VI Mostra Científica de História da Enfermagem, 13ª Jornada Nacional de História da Enfermagem – Nuphebras no âmbito do 17º Pesquisando em Enfermagem, 62º Congresso Brasileiro de Enfermagem.

Para facilitar o entendimento do leitor, o trabalho está estruturado conforme descrito a seguir:

Considerações Iniciais - Explicitam o objeto e a problemática do estudo, estabelecendo os objetivos a serem alcançados e a abordagem teórico-metodológica adotada.

Capítulo I - Apresenta os antecedentes históricos e um panorama do contexto histórico- social vigente no que se refere aos campos da Previdência Social, da Saúde e do Estado.

Capítulo II - Trata de um novo tipo de inserção da enfermagem no campo da saúde em virtude do advento dos hospitais modernos e analisa as circunstâncias de planejamento e inauguração do Hospital do IAPETC, como também a implantação do Serviço de Enfermagem no referido Hospital.

Capítulo III - Apresenta o modelo de enfermeira laica e religiosa no campo da saúde e discute as lutas simbólicas empreendidas pelos agentes pela ocupação do campo da enfermagem e as estratégias utilizadas pelas Irmãs de Caridade nestas lutas.

Considerações Finais - Demonstram que as estratégias dos agentes dominantes nesse estudo foram eficazes, o que determinou efeitos simbólicos no espaço social do Hospital do IAPETC.

CAPÍTULO I – AS CAIXAS DE APOSENTADORIA E PENSÕES, OS INSTITUTOS PREVIDENCIÁRIOS E O GOVERNO DE EURICO GASPAR DUTRA (1946-1951) NA PRIMEIRA METADE DO SÉCULO XX

O presente capítulo tem como objetivo delinear elementos contextuais dos anos 30, 40 e 50 para fundamentar a análise da problemática em questão. Está dividido em duas partes: a primeira trata da trajetória da Previdência Social a partir de sua origem até o ano de 1946 com enfoque nos Institutos Previdenciários. A segunda parte traz a descrição do contexto sócio-político e econômico do recorte temporal estudado (1946-1951), na vigência do governo de Eurico Gaspar Dutra, destacando principalmente o IAPETC e seu regulamento, como também a conjuntura política em que se deu a criação e inauguração do seu Hospital e, ainda, a parte inicial do segundo mandato de Getúlio Vargas. Na compreensão desse contexto, tento trazer à luz as relações entre o nível macro e o micro, considerando o Estado brasileiro como macro espaço em suas relações internas e externas e o IAPETC como micro.

1.1 DAS CAIXAS DE APOSENTADORIA E PENSÕES AOS INSTITUTOS DE APOSENTADORIA E PENSÕES

Para tratar o objeto em estudo torna-se imprescindível conhecer as origens da Previdência Social no Brasil, uma vez que o espaço social está inserido nessa conjuntura sócio-político-econômica, na qual foram desencadeadas as razões para a criação e posterior inauguração do Hospital do IAPETC.

A participação do Estado na gerência do Sistema Previdenciário Brasileiro foi de forma lenta e gradual. O primeiro ato governamental de intervenção foi em 1923, com a promulgação da Lei Eloy Chaves, pelo Decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923, determinando a criação de uma Caixa de Aposentadoria e Pensões – CAP, para a categoria dos ferroviários. Em 20 de dezembro de 1926, segundo o Decreto nº 5.109, é estendido o regime do sistema previdenciário para as categorias de portuários e marítimos. Essas Caixas eram constituídas por sociedades civis, cabendo sua administração a um colegiado constituído de empregados e empregadores (ANDRADE, 2003; OLIVEIRA; FLEURY, 1985).

As CAPs surgiram da organização dos trabalhadores, principalmente devido ao incremento da industrialização no país e ao crescimento da massa de trabalhadores urbanos, que iniciaram reivindicações por políticas previdenciárias e por assistência à saúde. Cada

empresa depositava periodicamente todas as contribuições (a sua, a dos empregados, a dos consumidores) diretamente na conta da CAP. A relação era entre empresa e CAP, sem a presença do Estado (OLIVEIRA; FLEURY, 1985).

Oliveira e Fleury (1985) resumem bem as características da amplitude do modelo previdenciário da década de 1920: união de serviços aos benefícios pecuniários, liberalidade na definição dos beneficiários destes serviços, extensão dos benefícios pecuniários para além das aposentadorias e pensões, liberalidade na definição de “aposentado”, ou seja, nos critérios para concessão desse benefício.

De 1930 a 1945, o Brasil foi governado por Getúlio Vargas. Seu governo atravessou uma fase provisória, uma fase constitucional e depois se transformou numa ditadura que promoveu muitas mudanças na economia e na modernização das instituições políticas (FAUSTO, 2004).

Na década de 1930 a administração previdenciária passou para a responsabilidade do Estado que instituiu pela primeira vez no seu orçamento, o custeio dos recursos necessários para o desempenho da sua nova atribuição. No período de 1923-1930, as instituições de previdência eram vistas como de “Previdência” de “Assistência” social indiscriminadamente. As leis do período entre 1930 e 1945 visaram modificar essa concepção, distinguindo e apartando as duas atribuições, com a intenção obviamente de minimizar os gastos relativos à segunda, apresentada como algo provisório e superficial, algo que podia ser concedido, mas não sendo atribuição específica da Previdência Social e sim uma colaboração, até porque era considerada uma atribuição exclusiva do Estado (OLIVEIRA; FLEURY, 1985).

Em 1930, o Estado através da criação do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC) definiu como e quando conceder o direito previdenciário. De acordo com seu poder e importância econômica, os segurados usavam seu poder para demandar proteção e obter um esquema de proteção melhor do que o outro. O resultado disto foi um conjunto de leis e normas operacionais e uma variedade de padrões diferentes de proteção, com leis peculiares a cada Instituto Previdenciário os quais foram criados a partir das CAPs (OLIVEIRA; FLEURY, 1985).

Vargas procurou cooptar seletivamente os segmentos do trabalho num processo de inclusão de forma controlada, pois neutralizava o trabalho como fonte de apoio para grupos de

oposição que defendiam uma mudança radical, despoltizava as organizações de trabalho e o enaltecia como apoio maior do regime. Com isto, o governo apropriou-se de espaços críticos organizados, definindo que organizações poderiam representar o trabalho, como e quando. E isto foi realizado baseado em uma estrutura legal formada pelos tribunais trabalhistas, sindicatos e pelo sistema de Previdência Social. Por outro lado, excluía desta "proteção" as massas rurais, as populações urbanas periféricas e as não organizadas (FAUSTO, 2004).

Em dezembro de 1930, após a Revolução de 30, as medidas restritivas foram adotadas de uma forma geral. E isso foi refletido quando o governo de Getúlio Vargas baixou os Decretos-Lei nº 19.554, de 31 de dezembro de 1930 e nº 20.048, de 28 de maio de 1931, como medida de emergência, até que fosse reformulada a legislação. Nestes decretos foi suspensa a concessão das aposentadorias ordinárias (por idade e tempo de serviço) e extraordinárias, permitindo somente as por invalidez e as pensões a herdeiros (OLIVEIRA; FLEURY, 1985).

A Revolução de 1930 foi promovida por uma coalização entre setores das oligarquias agrárias dos Estados exportadores e dos Estados não-exportadores, além de uma facção radical, principalmente militar jovem das classes médias urbanas - os "tenentes". Tal coalização era muito instável, pois os setores das elites dominantes que apoiaram a revolução contra o governo de Washington Luiz, em um tempo inferior a dois anos, estavam contra o novo regime ao lado dos que anteriormente eram seus opositores. Getúlio Vargas, com a finalidade de ampliar suas bases de apoio para outros setores que não as facções intra-oligarquias agrárias e o tenentismo e ainda, contornando o quadro político que ora se apresentava, encontrou nas classes trabalhadoras e no empresariado urbano uma importante possibilidade de investimento político (OLIVEIRA; FLEURY, 1985).

No Decreto nº. 20.465, de 01/10/1931 que "Reforma a legislação das Caixas de Aposentadoria e Pensões", em sua seção III, fica bem claro que as atribuições obrigatórias da previdência social eram aposentadorias e pensões e que a prestação de serviços médicos hospitalares e farmacêuticos seriam benefícios declarados enquanto não houvesse legislação especial referente a essas formas de assistência, como também esses gastos não podiam ultrapassar 8% da receita anual total da previdência. Através do decreto supracitado pode-se perceber a mudança de postura no tocante ao problema de prestação de serviços pelo Sistema Previdenciário que dominou a década de 1930 até 1945. E isto porque, o Decreto nº 20.465

trouxe medidas bastantes contencionistas. Em seu artigo 25, por exemplo, foi estabelecido o duplo critério de idade e tempo de serviço para a concessão de aposentadorias ordinárias (respectivamente 50 e 30 anos). O parágrafo 8º do mesmo artigo estabeleceu a aposentadoria compulsória aos 65 anos (desde que o tempo de serviço não fosse inferior a 10 anos), com a importância respectiva calculada na razão de 1/30 por ano de serviço (OLIVEIRA; FLEURY, 1985).

Outro Decreto a ser discutido é o de nº 21.081, de 24/02/1932. Importante considerar que o mesmo surgiu quatro meses após o decreto de outubro de 1931. O novo decreto alterou artigos anteriores com a finalidade de atenuar em parte, medidas voltadas para a assistência médica, utilizando uma série de “considerandos [...]”. No que se refere à assistência médica, o Decreto dizia:

Considerando que os diversos pedidos feitos ao Governo e ao Conselho Nacional de Trabalho (CNT) sobre uma maior necessidade da quota orçamentária para os serviços médicos e hospitalares precisam ser atendidos, a fim de evitarem perturbações nas organizações existentes [...].

Sendo assim, a quota orçamentária passou para 10% da receita do teto, mas por outro lado acrescentou uma frase, o que caracterizava as medidas restritivas: “Os serviços farmacêuticos consistirão no fornecimento de medicamentos pelo menor preço possível, nunca abaixo do custo, inclusive manipulação e transporte”. Em 26/10/1932 foi promulgado o Decreto nº 22.016 que tratava do “regulamento para a execução de socorros médicos e hospitalares das CAPs”. As medidas restritivas eram adotadas como, por exemplo, no artigo 17, que reafirmava a obrigação de não superar o teto de despesas antes estabelecido e buscando medidas operacionais para fazer esse controle (OLIVEIRA; FLEURY, 1985).

No período ora contextualizado (1930-1945), é interessante explorar como se deu a forma de prestação de serviços médico-hospitalares. A assistência médica passou a ser vista como atribuição secundária e temporária do Sistema Previdenciário, o que antes era atribuição central e obrigatória. Com isso, a compra de serviços médicos de terceiros cresceu, principalmente no que tange à assistência hospitalar, afinal as despesas com construção e equipamento de serviços próprios seriam mais significativas (OLIVEIRA; FLEURY, 1985).

A orientação era claramente fixada no sentido de compra de serviços, não eliminando a possibilidade de construção destes nesta área, o que havia sido instituído na prática anterior à década de 1930. No Decreto nº 22.016, de 26/12/1932, que aprova o regulamento para a

execução dos socorros médicos e hospitalares das CAPs, conforme os artigos 3º, 4º, 5º e 6º, os socorros médicos seriam contratados por um corpo clínico e para a prestação de socorros hospitalares seriam contratados estabelecimentos, como policlínicas, casas de saúde, dentre outros, que estivessem regularmente aprovados pelo Conselho Nacional do Trabalho e em conformidade com os editais publicados. Disposição semelhante foi adotada para os exames laboratoriais e radiológicos (OLIVEIRA; FLEURY, 1985).

Nos decretos de criação dos Institutos Previdenciários o que se destaca é a realização de acordos com entidades de direito público ou privado, firmação de contratos para execução de serviços médicos, farmacêuticos e hospitalares ou para instalação de ambulatórios. Neste modelo instituído a partir da década de 1930, em que se estruturaram as redes estaduais de saúde, a assistência era voltada para os segmentos mais pobres da população. Os segmentos mais abastados procuravam o cuidado de sua saúde nos consultórios médicos privados. No momento em que ocorreu no governo de Getulio Vargas, a transformação das CAPs em IAPs o serviço de saúde passou a pertencer a cada um deles e a atender aos seus trabalhadores. Cada Instituto dispunha de uma rede de ambulatórios e hospitais para assistência à doença e recuperação da força de trabalho (OLIVEIRA; FLEURY, 1985).

A primeira instituição criada, o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos (IAPM), apresentou em seu Decreto-Lei de criação de nº 22.872, de 29/06/33 a sua definição no artigo 46 e os benefícios de seus segurados. Apareciam, nesse artigo, os serviços médicos-hospitalares e farmacêuticos, porém foi mantida a questão das disposições restritivas dos decretos anteriores, como o teto máximo para as despesas com esse tipo de assistência social (OLIVEIRA; FLEURY, 1985).

Posteriormente foram criados outros Institutos referentes a cada categoria de trabalhadores: Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciários (IAPC-1934), Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários (IAPB-1934), Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários (IAPI-1936), Instituto de Previdência e Assistência aos Servidores do Estado (IPASE – 1938), Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Empregados em Transportes e Cargas (IAPETC-1938). Depreende-se, portanto, que a cobertura da Previdência Social Brasileira primeiro deu-se aos ferroviários (sob a forma de Caps), depois aos portuários (atividades de infra-estrutura devido à economia cafeeira), em seguida ao setor de exportação e outras áreas urbanas, posteriormente aos trabalhadores do comércio e bancos

e finalmente aos trabalhadores da indústria. Esta seqüência refletiu a cronologia dos setores mais importantes da economia, além de uma seqüência dos segmentos politicamente mais organizados (ANDRADE, 2003).

No tocante à criação dos Institutos Previdenciários e às suas finalidades, de acordo com o Decreto-Lei nº. 24.615, de 09/07/1934, que criou o IAPB, este trazia em seu 1º artigo a definição do Instituto e suas atribuições, percebe-se que as mesmas são ainda mais radicais, se comparadas ao Decreto de 1931. A atribuição do Instituto era: “conceder aos seus associados os benefícios da aposentadoria; e aos herdeiros, o da pensão”. No parágrafo 1º é ressaltada a questão da assistência à saúde: “poderá o Instituto manter serviços de assistência médica, cirúrgica e hospitalar, subordinados à regulamentação especial, enquanto não houver legislação relativa a essa forma de assistência social” (OLIVEIRA; FLEURY, 1985).

Oliveira e Fleury (1985, p.69) afirmam que o novo modelo de Previdência Social mudava o seu enfoque, ou seja, “os institutos previdenciários não encaravam a questão da assistência médica, cirúrgica e hospitalar como uma de suas atribuições”. Para os Institutos essa questão era vista quase como uma concessão e deixavam claro que só iriam conceder esse benefício enquanto não houvesse legislação específica a esse respeito. Em outras palavras: enquanto o Estado não assumisse o que de fato era encargo exclusivamente seu e não dos Institutos, estes fariam essa concessão.

Entretanto, a questão da restrição dos Institutos, em alguns casos, como o do IAPB, houve retrocesso, ou seja, outro Decreto o de nº. 54, de 12/09/1934, que aprovava o regulamento do IAPB, apresentou caráter menos contencionista. A destinação do Instituto incluiu os benefícios de assistência pecuniária, médica, cirúrgica e hospitalar (com internação até trinta dias) e socorros farmacêuticos, mediante indenização pelo preço de custo. A compreensão desse retrocesso em dois meses do Decreto de criação está intimamente ligada à categoria profissional. Os bancários pertenciam a uma das categorias profissionais que mais conseguiram regalias no que se refere à Previdência Social. Não só na assistência à saúde, como, por exemplo, na questão da estabilidade: enquanto para outras categorias o prazo era de dez anos, para os bancários era de apenas dois anos. Oliveira e Fleury (1985) acreditam que neste pequeno intervalo entre o Decreto de criação e o de regulamentação, tenha havido uma reação da categoria ao caráter restritivo.

O IAPI foi criado pelo Decreto-Lei nº 367, de 31 de dezembro de 1936 e o tom de restrição ressurge. O Artigo 1º que definia o Instituto apresentava-o tendo como principal fim conceder aposentadoria e pensão aos beneficiários. Somente em seu artigo 7º trazia aposentadoria por invalidez, auxílio pecuniário e pensão. E então acrescentava o parágrafo único dizendo que outros benefícios poderiam ser concedidos, como “serviços de assistência médica, cirúrgica e hospitalar, auxílio para maternidade, pecúlio, auxílio funeral, sujeitos ou não a contribuição suplementar” (OLIVEIRA; FLEURY, 1985).

Oliveira e Fleury (1985) dizem que além da explicitação de uma concepção não assistencial, o IAPI ainda teve fatos concretos, quais sejam: a não criação de qualquer tipo de assistência hospitalar ou farmacêutica nos quatorze anos seguintes, o que o difere dos demais Institutos Previdenciários, que apesar de agirem da mesma maneira em seus decretos de criação, de alguma forma começaram a prestar estes serviços em diferentes graus, ainda neste período em discussão (1937-1945). Somente em 1950, em outra conjuntura social e política e sob enorme pressão dos seus associados e do Governo Dutra é que o IAPI estabeleceu esse tipo de serviço.

Outro fato que não pode passar despercebido acerca do Decreto-Lei nº 367/1936 foi a questão do novo conceito em sua legislação de “contribuição suplementar”, ou seja, uma contribuição adicional à que já era feita para concessão de serviço e benefícios não considerados obrigatórios por qualquer Instituto Previdenciário. Para Oliveira e Fleury (1985) a expressão inovada significava a maneira como o problema estava sendo visto, ou seja, como os serviços e os benefícios em discussão não eram atribuições de fato da Previdência. Então era preciso pagar a mais para se ter direito a eles.

Entretanto, de todos os Institutos, o Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado (IPASE) apresentava uma peculiaridade, tendo como finalidade prestar assistência médico-hospitalar aos seus segurados. A diferença já se dava na sua denominação: Instituto de Previdência e Assistência e não de Aposentadoria e Pensões. A clientela do IPASE apresentava características muito especiais: os funcionários públicos, que incluía um grupo bastante heterogêneo, de pequenos funcionários a altos funcionários do Executivo, Legislativo e Judiciário de nível federal. No seu Decreto-Lei de criação, nº 288, de 23/02/1938, estabeleceu um modelo de funcionamento menos restritivo do que os dos outros Institutos (OLIVEIRA; FLEURY, 1985).

Porém, em 12 de fevereiro de 1940 foi promulgado o Decreto-Lei nº 2.865 que aprovava o regulamento do IPASE e que em seu artigo 2º mudava as suas finalidades, demonstrando não ter conseguido escapar das preocupações restritivas do período -1937-1945. Dizia o artigo: “Tem o IPASE por finalidade primordial realizar o seguro social do servidor do Estado, e ainda, cooperar na solução de problemas de assistência que lhe sejam referentes”. A referida mudança na legislação do IPASE entre o Decreto de criação e a sua regulamentação teve efeitos concretos sobre a assistência médico-hospitalar. Isso pode ser confirmado pela protelação da inauguração do Hospital dos Servidores do Estado, que em 1943 ainda não havia sido instalado, haja vista o Decreto-Lei nº 5.211, de 20/01/1943, que dispunha sobre “as obras de construção do HSE”, sua execução e fiscalização. A inauguração do Hospital só aconteceu em 1946, oito anos após a criação do Instituto (OLIVEIRA; FLEURY, 1985).

O IAPC foi reorganizado pelo Decreto-Lei nº 2.122, de 09/04/1940, tendo como finalidade assegurar um regime de previdência e assistência social aos comerciários. Em seu artigo 33 definiu, de forma semelhante ao IAPI, a contribuição suplementar voltada para a assistência médica, cirúrgica, hospitalar e farmacêutica (OLIVEIRA; FLEURY, 1985).

No caso do IAPETC, o seu Decreto-Lei de criação nº 651, de 26/08/1938, conferiu caráter restritivo aos benefícios de saúde, como a maioria dos outros Institutos. Esse caráter restritivo pode ser confirmado a seguir, sendo o benefício de assistência à saúde, como outros, sujeitos ou não, à contribuição suplementar (OLIVEIRA; FLEURY, 1985).

O artigo 5º deste mesmo Decreto-Lei tratava das atribuições do Instituto:

- a) aposentadoria por velhice e invalidez;
- b) pensão aos beneficiários dos associados ativos, ou aposentados, que falecerem;
- c) auxílio-funeral.

O parágrafo único desse artigo acrescentava, como das outras vezes, que:

Além dos benefícios a que este artigo se refere, outros poderão ser concedidos, inclusive assistência médica, cirúrgica e hospitalar, auxílio para maternidade, auxílio-enfermidade e pecúlio, sujeitos ou não, a contribuição suplementar.

Apesar do parágrafo único do artigo incluir assistência médica, estava claro que o principal objetivo do Instituto não era esse, e sim a concessão da aposentadoria por velhice ou

invalidez. O IAPETC se comportava como o IAPI e o IAPC, incluindo a “contribuição suplementar”. Como ocorria no IAPI, o artigo 6º do Decreto-Lei do IAPETC destacava que: “Os benefícios concedidos [...] ficarão sujeitos a revisão periódica, de molde a se assegurar plena estabilidade do Instituto”. Similar ao caso do IPASE, o primeiro Hospital do IAPETC foi inaugurado após dez anos da criação do Instituto.

O Quadro 2 tem a finalidade de oferecer uma visão panorâmica das diferenças entre os benefícios que os Institutos de Previdência ofereciam aos seus segurados.

QUADRO 2

Decretos de criação dos Institutos Previdenciários e benefícios que os mesmos ofereciam aos seus contribuintes

Instituto/Decreto de Criação	Benefícios
IAPM- Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos Decreto-Lei nº 22.872, de 29/06/33.	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Aposentadoria ordinária ou por invalidez; ▶ Pensão, em caso de morte, para as pessoas de suas famílias ou para os beneficiários; ▶ Assistência médico hospitalar, com internação até 30 dias; ▶ Assistência farmacêutica, mediante indenização, pelo preço do custo acrescido das despesas de administração.
IAPC - Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciais Decreto-Lei nº 24.272, de 21/05/34	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Regime de previdência e assistência social; ▶ O seguro doença se completará com a prestação de assistência médica, cirúrgica e farmacêutica, mediante contribuição suplementar.
IAPB - Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários Decreto-Lei nº 24.615, de 09/07/34	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Aposentadoria por invalidez ou ordinária; ▶ Pensão, em caso de morte, para os beneficiários; ▶ Assistência médica, cirúrgica e hospitalar, subordinados à regulamentação especial, enquanto não houver legislação relativa a essa forma de assistência social; ▶ Assistência farmacêutica, mediante indenização, pelo

	<p>preço do custo acrescido das despesas de administração;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Estabilidade aos dois anos para os bancários.
<p>IAPI - Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários Decreto-Lei nº 367, de 31/12/36</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Aposentadoria por invalidez; ▶ Auxílio pecuniário aos associados incapacitados para o serviço por motivo de moléstia, excluídas as de origem profissional amparadas pela lei de acidentes; ▶ Assistência médica, cirúrgica e hospitalar, auxílio maternidade, pecúlio, auxílio funeral, sujeitos ou não a contribuição suplementar
<p>IPASE - Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado Decreto-Lei nº 288, de 23/02/38</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Realizar o seguro social ao servidor do Estado, cooperar na solução de problemas de assistência que lhe sejam pertinentes; ▶ Assistência médica e dentária aos seus contribuintes e pessoas de sua família.
<p>IAPETC - Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Trabalhadores em Transportes e Cargas Decreto-Lei nº 651, de 26.08.38</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Aposentadoria por velhice (60 anos ou mais) e invalidez; Pensão aos beneficiários ativos, ou aposentados, que falecerem; ▶ Auxílio funeral; ▶ Assistência médica, cirúrgica e hospitalar, auxílio para maternidade e pecúlio, sujeitos ou não a contribuição suplementar

Fonte: Ministério do Trabalho e Previdência Social (MTPS), 2004

Um aspecto fundamental que ocasionou insatisfação dos segurados foi a promoção de restrição nos planos de benefícios e serviços pela Previdência Social. Mas por outro lado, cobrava dos segurados uma contribuição mais elevada ao seu orçamento, ou seja, os segurados recebiam cada vez menos, mas pagavam cada vez mais. No caso do IAPETC a contribuição era entre 3 e 8% do salário, mas seu Decreto-Lei de criação não especificava como seria estabelecido o índice de acordo com essa faixa (OLIVEIRA; FLEURY, 1985).

Entre os anos 1930 e 1935 houve um surto de manifestações das classes trabalhadoras urbanas. Um fator agravante era a crise econômica, que já vinha desde a década passada, provocando desemprego e queda dos salários. Nas frequentes greves o tema da Previdência Social foi um dos estopins das diversas manifestações. O conteúdo das reivindicações

explorava basicamente as medidas restritivas da legislação do período, tais como: ampliação das leis previdenciárias, diminuição do valor das contribuições, aposentadoria por tempo de serviço, auxílio doença, flexibilidades dos Institutos, diminuição do tempo para estabilidade no emprego (OLIVEIRA; FLEURY, 1985).

Sendo assim, torna-se mais clara a compreensão acerca das mudanças em tão pouco tempo das legislações anteriormente citadas, assim como sua heterogeneidade entre os diferentes Institutos. Isto porque as manifestações eram organizadas por cada categoria, de acordo com os seus interesses, não havendo uma manifestação em conjunto de todos os Institutos Previdenciários (ANDRADE, 2003).

Entre 1935 e 1937, houve um corte radical entre o governo de Getúlio Vargas e as classes trabalhadoras. O que aconteceu nesse período foi uma repressão policial e burguesa que se aproveitaram da situação política vigente e fecharam sindicatos independentes e tolheram movimentos grevistas e operários. Entre 1936 e 1937 não se registrou greve, pois a Lei de Segurança Nacional, o Estado de Sítio e o Estado de Guerra foram argumentos de força para qualquer pretensão. As prisões e intimidações levaram ao recuo das classes trabalhadoras e este processo perdurou durante todo o Estado Novo (1937-1945) (FAUSTO, 2004; OLIVEIRA; FLEURY, 1985).

Sendo assim, a resistência organizada dos segurados praticamente se tornou inexistente às medidas de caráter contencionista que continuaram sem nenhum empecilho. O período do Estado Novo que se segue caracterizou-se por um processo de contenção de despesas e de reformulação do sistema de financiamento da Previdência Social, imposto pelo regime autoritário, mas que por outro lado, justificou com o seu plano ideológico a sua política contencionista. Isto se deu em função de um governo envolto por contradições de um regime que mesmo sendo autoritário, buscava bases políticas de apoio nas classes trabalhadoras urbanas (FAUSTO, 2004; OLIVEIRA; FLEURY, 1985).

A crise política que gerou a Revolução de 1930, e as medidas contencionistas anteriormente apontadas, como também o aumento das contribuições dos empregados, provocaram protestos e manifestações contrárias dos contribuintes. Somente em 1941, o Decreto-Lei de nº 3.138, de 24/03, determinou a prestação de assistência médica pelos Institutos e Caixas de Aposentadoria e Pensões aos doentes mentais que fossem seus segurados e associados. O parágrafo Único do Artigo 1º deste Decreto-Lei dizia: “Os

Institutos e Caixas que ainda não prestem assistência médico-hospitalar observarão as disposições do presente Decreto-Lei quando da organização da referida assistência” (OLIVEIRA; FLEURY, 1985).

Portanto, os Institutos em geral, concediam os benefícios relacionados à noção de risco, ou seja, o de adoecer, tornar-se inválido. A aposentadoria ordinária, além de ser o benefício mais dispendioso, tinha seu caráter distintivo em relação aos demais; como o próprio nome diz: ser ordinária. No que se refere ao IAPETC, o seu plano inicial de benefício só contemplava aposentadoria (por velhice ou por invalidez), pensão e auxílio-funeral. Oliveira e Fleury (1985) acreditam que houve um determinante inicial para justificar as medidas contencionistas do governo: um processo de contenção de despesas públicas em função da crise econômica pós anos 1930, que estava articulada à crise do final dos anos 1920, da qual eclodiu a Revolução de 1930.

A Revolução de 1930 herdou do regime anterior a profunda crise econômica que assolava o país decorrente da crise mundial, em função de como o Brasil se articulava ao mercado internacional. A crise nos países desenvolvidos provocou uma profunda diminuição na exportação de produtos primários, fonte quase que exclusiva da economia brasileira. O Brasil exportava menos e importava menos ainda e por ser dependente da economia externa, a situação só decaía e refletia no país (FAUSTO, 2004).

Sendo assim, como vários setores foram afetados pela crise, o orçamento da União foi submetido à diminuição da arrecadação e ao mesmo tempo ao aumento das despesas. Os impostos, fundamental fonte tributária no período, principalmente sobre o comércio exterior, diminuiriam consideravelmente. E as atribuições da União só aumentavam, como por exemplo, as pressões dos produtores primários que necessitavam sobreviver à crise. Nesse contexto, o Estado foi obrigado a intensificar a política através de mecanismos cambiais, comprando e estocando e até mesmo queimando estes bens. Com isso, garantia o mercado e tentava evitar uma queda maior dos preços a nível internacional. Assim, a União, além de enfrentar problemas com a arrecadação, ainda auxiliou aos estados, subsidiando o café, tendo como consequência o déficit orçamentário. Frente a esta situação, de atuação do Estado no sentido de conter despesas públicas, o governo não disporia de grandes recursos para outros setores, a não ser para a economia do país (FAUSTO, 2004; OLIVEIRA; FLEURY, 1985).

A Previdência Social não onerou os cofres públicos, mas por outro lado, era um instrumento de acumulação nas mãos do Estado, gerando recursos que teriam outras destinações. Em 1933-1934, a economia brasileira recuperava seu ritmo normal, mas as medidas contencionistas continuavam. Para Oliveira e Fleury (1985, p.140-142) a “Previdência tornou-se um importante mecanismo de acumulação financeira no orçamento do Estado”.

Batich (2004, p. 34) diz que “transformaram a previdência no principal ‘sócio’ do Estado”, como também das empresas semi-estatais que Vargas criou. E isso pode ser comprovado no financiamento do processo de industrialização do país pelos decretos governamentais promulgados, tais quais:

- Decreto-Lei nº 574, de 28/07/1938, que “dispõe sobre a tomada de ‘Bônus’ emitidos pelo Banco do Brasil para financiamento da agricultura, criação e outras indústrias”;

- Decreto-Lei nº 3.077, de 30/02/1940, que “dispõe sobre os recursos para a Carteira de Crédito Agrícola e Industrial do Banco do Brasil e dá outras providências”;

- Decreto-Lei nº 1.186, de 03/04/1939, que “cria o Instituto de Resseguros do Brasil”;

- Decreto-Lei nº 1.834, de 4/12/1939, que “dispõe sobre a concessão de favores à indústria da celulose e da pasta da madeira e dá outras providências”;

- Decreto-Lei nº 3.173, de 03/04/1941, que “autoriza a cessão às empresas nacionais e a cidadãos brasileiros de parte das ações ordinárias da Companhia Siderúrgica Nacional que o Tesouro Nacional subscrever e dá outras providências;

- Decreto-Lei nº 8.031, de 03/10/1945, que “autoriza a organização da Companhia Hidroelétrica do São Francisco;

- Decreto-Lei nº 8.669, de 16/01/1946, “autoriza a constituição da ‘Fábrica Nacional de Motores S.A.’ e dá outras providências;

- Decreto-Lei nº 9.264, de 17/05/46, que “autoriza a aquisição de partes beneficiárias da Companhia Siderúrgica Nacional”, por parte do Ministério da Fazenda;

Portanto, de acordo com os referidos decretos, no fim da década de 30 e ao longo de toda a década de 40 e ainda na década de 50, o Estado orientava os recursos da Previdência

Social em direção a algumas áreas estratégicas para a economia do período: crédito agrícola e industrial, celulose, siderurgia, álcalis, energia elétrica, dentre outras (OLIVEIRA; FLEURY, 1985).

Com os recursos da Previdência, através de decretos impostos aos IAPs, ocorreu subscrição de ações preferenciais para a Companhia Siderúrgica Nacional (CSN), a Companhia Hidroelétrica São Francisco (CHESF), a Companhia Nacional de Álcalis (CNA) e a Fábrica Nacional de Motores (FNM). O contexto político vigente urgia por uma discussão acerca da questão da “crise” financeira e da participação da União. O presidente Dutra, em 1946, ao entregar as ações da Siderúrgica Nacional teve como objetivo diminuir a dívida acumulada (OLIVEIRA; FLEURY, 1985).

Cabe destacar que Eurico Gaspar Dutra se candidatou pelo Partido Social Democrático (PSD), em coligação com o Partido Trabalhista Brasileiro (PTB), e venceu as eleições de 2 de dezembro de 1945, com 3.351.507 votos. Para vice-presidente, a escolha recaiu sobre o político catarinense Nereu Ramos, também do PSD, eleito pela Assembléia Nacional Constituinte de 1946. É importante destacar que quando Dutra foi eleito presidente, ainda estava em vigência a Constituição de 1937, que não previa a figura do vice-presidente (FAUSTO, 2004).

Outra estratégia do Estado para diminuir a dívida acumulada era a transferência indireta de recursos através da anistia fiscal a empresas estatais em débito com a Previdência. O Decreto-Lei nº 9.271, de 22/05/1946, por exemplo, “dispensa a Estrada de Ferro Madeira-Mamoré do pagamento do débito anterior ao corrente exercício para com a Caixa de Aposentadoria e Pensões dos Serviços Públicos do Estado do Amazonas”. Mais um investimento do governo com os recursos dos Institutos Previdenciários foi a fabricação de locomotivas e a eletrificação de ferrovias, mediante, o Decreto-Lei nº 9.859, de 13/08/46, que “autoriza o Departamento Nacional de Estrada de Ferro a contrair com o IAPI empréstimos destinados a custear a construção no país, de material rodante e a eletrificação das linhas da Viação Férrea Federal Leste Brasileiro” (OLIVEIRA; FLEURY, 1985).

Vale ressaltar que as disposições legais referidas acima tinham seu complemento nos regulamentos das instituições previdenciárias que sempre apresentavam um capítulo ou seção intitulados: “Da aplicação das reservas”. Estas disposições que ora impunham, ora autorizavam os investimentos das reservas da previdência em setores econômicos de interesse

do Estado, como o caso do IAPETC, apresentava-se em seu decreto de regulamentação “títulos de responsabilidade da União”. Outras disposições que se encontravam nos regulamentos dos IAPs eram investimentos em títulos de empresas privadas e concessões de empréstimos diretamente a empresários. E mais, os bancos privados tinham, por muitas vezes, os seus depósitos fortalecidos com as instituições previdenciárias como clientes, apesar de a maioria utilizar o Banco do Brasil, como o seu principal banco, conforme estabelecido na legislação específica de cada Instituto. (OLIVEIRA; FLEURY, 1985).

A partir de 1945 ocorreram mudanças na legislação da Previdência, o que o caracterizou o início da diminuição gradativa das medidas contencionistas, trabalhando por Instituto, área por área, de forma que estes vão sendo contemplados sucessivamente. Este outro rumo já teve início no governo de Vargas. Oliveira e Fleury (1985, p.156) dizem que Getúlio, pressentindo a crise que terminaria por derrubá-lo, teve como estratégia “reorientar sua política para os setores populares, nacionalistas e a esquerda”, procurando juntar forças que pudessem ser mobilizadas em seu favor.

No que se refere à assistência médico-hospitalar os dispositivos legais iam ao encontro da política do governo Vargas. Tanto que em 13 de março de 1945, o Decreto-Lei nº 7.380 “estende aos aposentados e pensionistas dos Institutos da Previdência Social os benefícios da assistência médica, hospitalar e farmacêutica”, sendo, portanto contemplados os inativos e pensionistas (OLIVEIRA; FLEURY, 1985).

Em 7 de maio de 1945 foi promulgado o Decreto-Lei nº 7.526 dando origem à Lei Orgânica dos Serviços Sociais do Brasil, através da qual se pretendia unificar a Previdência Brasileira por intermédio do Instituto de Serviços Sociais do Brasil. Entretanto, essa iniciativa não obteve êxito devido à queda de Vargas e às dificuldades que o período seguinte enfrentou para dar continuidade a tal unificação, devido a diversos interesses de alguns atores envolvidos nesse processo, tais como: categorias minoritárias abrangidas pelos melhores IAPs, das burocracias dos diversos Institutos, dos próprios sindicatos (temerosos da perda do controle sobre os seus Institutos) (OLIVEIRA; FLEURY, 1985).

Contudo, a partir de 1945, inicia-se a mudança dessas condições, com o fim do Estado Novo e o início da redemocratização do país. As reivindicações que foram praticamente caladas no período anterior ganham mais expressão a partir da deposição de Getúlio Vargas. O próximo governo, Eurico Gaspar Dutra, dependente de um jogo político mais aberto, não

podia deixar as reivindicações populares de lado. Sendo assim, a tendência do período era a incorporação pelo Estado das pressões dos segurados que clamavam pela ampliação e valorização dos planos de benefícios e serviços da Previdência (OLIVEIRA; FLEURY, 1985).

Tanto que em 26/12/1945, pelo Decreto-Lei nº 8.450, foi instituído o regime de assistência médica e hospitalar dos servidores federais, inaugurando no IPASE um serviço que anteriormente os segurados tinham direito, mas quase que meramente formal. Em 1946, finalmente, foi inaugurado o Hospital dos Servidores do Estado do Distrito Federal. Já o Decreto-Lei nº 21.042, de 1/05/46, dispõe sobre a ampliação do Hospital dos Marítimos. No mesmo ano, em setembro, é promulgada a nova Constituição Federal e a ela foi incorporada a questão da assistência sanitária à Previdência Social, eliminando, portanto o argumento predileto do período anterior: que a assistência médica-hospitalar não é uma atribuição previdenciária (OLIVEIRA; FLEURY, 1985).

A Lei Maior do país em seu artigo 157 dizia:

A legislação do trabalho e a da previdência social obedecerão aos seguintes preceitos, além de outros que visem à melhoria da condição dos trabalhadores: [...] XIV – assistência sanitária, inclusive hospitalar e médica preventiva; ao trabalhador e à gestante. (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1946)

Dutra, quando foi empossado em 31 de janeiro de 1946, teve como principal missão a reestruturação da Constituição da República. As medidas mais importantes do governo Dutra foram tomadas no campo social e político. Diante da onda de greves que crescia desde o ano anterior, tendo como ponto de partida o baixo nível dos salários, congelados desde 1943, Dutra, em 15 de março, aprovou um Decreto-Lei que tendia a suprimir o direito de greve, ou a tornar a greve uma forma inócua de pressão dos trabalhadores. O Decreto-Lei nº 9.070/46, que dispôs sobre a suspensão ou abandono coletivo do trabalho manteve a legislação sindical. Sobretudo, a Constituinte legislou com grande fluidez sobre as questões do mundo do trabalho, deixando intacto o sistema de tutela dos sindicatos pelo Estado. A tendência observada na legislação foi acompanhada por medidas repressivas aplicadas através do Ministério do Trabalho: a suspensão de eleições e as intervenções em sindicatos, e o fechamento do Movimento de Unificação dos Trabalhadores (MUT), que levou à criação da Confederação dos Trabalhadores do Brasil (CTB), fechada por seu turno no ano seguinte (MALIM, 2001).

Aliás, o mês de março de 1946 foi o mês que marcou o início da “Guerra Fria”, quando os países liberais vencedores da Segunda Guerra Mundial (1939-1945) dividiram-se em dois grupos: um liderado pelos EUA e outro pela União Soviética (URSS). Os países defensores do capitalismo aliaram-se aos Estados Unidos e os defensores do socialismo e do comunismo ficaram ao lado da URSS. O Brasil aliou-se aos capitalistas (FAUSTO, 2004; MALIM, 2001).



Foto nº 1- Dutra (dir.) recebendo o presidente Truman: o alinhamento do Brasil aos interesses dos EUA.
Localização: <http://www.mundoeducacao.com.br/historiadobrasil/governo-dutra.htm>

No Brasil, a hierarquia militar mal escondia seu descontentamento com a legalidade e o crescimento do Partido Comunista Brasileiro (PCB), que ostentava um efetivo de cerca de 150 mil filiados. No fim do mês de março de 1946, teve início a movimentação que iria resultar na legalização do PCB. Entretanto, o ex-procurador do Tribunal de Segurança Nacional, Honorato Himalaia Virgulino e o recém-eleito deputado petebista Edmundo Barreto Pinto pediram ao Tribunal Superior Eleitoral (TSE), em denúncias separadas, o cancelamento do registro do partido, acusando-o de ser uma “organização internacional a serviço de Moscou”. Quando as investigações tiveram início, em maio, Dutra demitiu do serviço público funcionários acusados de serem comunistas. Apesar dos comunistas demonstrarem apoio ao Governo de Dutra ao dizerem que estavam “prontos a apoiar todos os atos democráticos do governo”, protestaram contra o clima repressivo e tenso que se criara no país no momento de elaboração da nova Carta. No final de março a polícia fechou diversas sedes do PCB (MALIM, 2001).

No final do mês de abril de 1946, Dutra decretou a proibição da prática de jogos de azar no país e ordenou o fechamento de todos os cassinos. Em junho criou o Serviço Social da Indústria (SESI) e em setembro criou o Serviço Social do Comércio (SESC) (MALIM, 2001).

No mês de setembro do mesmo ano, após se reunir com a Assembléia Constituinte, aprovou a nova constituição, que estava sendo reformulada pela quarta vez (SKIDMORE, 1996). A referida Constituição contemplava, ao mesmo tempo, princípios liberais e conservadores, os quais, por um lado, asseguravam: manutenção da República Federativa presidencialista; voto secreto e universal para maiores de 18 anos, com exceção dos militares, analfabetos e religiosos; divisão do Estado em três poderes independentes; restauração das garantias individuais aos cidadãos; fim da censura; retorno da democracia; mandato presidencial de 05 anos (antes eram seis); eleições diretas e a manutenção de inúmeros direitos trabalhistas conquistados ao longo da Era Vargas, com destaque para a criação do Conselho Nacional de Economia. Por outro lado, a referida constituição preservava a estrutura fundiária, tornando intocáveis os grandes latifúndios; a estrutura sindical de cunho fascista com os grandes sindicatos trabalhistas, vinculados ao Estado e a rejeição das propostas de nacionalização de bancos e algumas indústrias. A Constituição Brasileira de 1946 foi considerada um avanço da democracia e das liberdades individuais do cidadão (FAUSTO, 1999; KOIFMAN, 2002).

Depreende-se, portanto, que o período do governo Dutra foi caracterizado pelo nacionalismo e populismo, assim como o crescimento da indústria nacional. No campo da educação houve a criação, pelo Decreto-Lei nº 8.621, de 10 de janeiro de 1946, do Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (SENAC), sendo este um importante pólo formador de mão de obra (ROMANELLI, 1991).



Foto nº 2: General Eurico Gaspar Dutra (1946-1951)

Foto posada com o vestuário de General e faixa presidencial, com o símbolo da República.

Nasceu em Cuiabá, Mato Grosso do Sul em 18 de maio de 1883 e faleceu no Rio de Janeiro em 11 de junho de 1974. Militar brasileiro e décimo sexto presidente do Brasil. Casado com Carmela Teles Leite, católica praticante, devota e ligada à ala mais conservadora da Igreja. A construção da Capela no Palácio da Guanabara, residência oficial do presidente da República foi pedido de sua esposa, mais conhecida como Dona Santinha. Em 1902, Dutra ingressou na Escola Preparatória e Tática do Rio Pardo, no Rio Grande do Sul, e, depois, na Escola Militar de Realengo e na Escola de Guerra de Porto Alegre. Em 1922 formou-se na Escola de Estado-Maior. Em 1935 comandou a repressão à Intentona Comunista nas cidades do Rio de Janeiro, Natal e Recife, uma das primeiras, da I Região Militar, durante o governo provisório de Getúlio Vargas, que o nomearia ministro da Guerra, atual comandante do Exército Brasileiro, em 5 de dezembro de 1936. Nesse posto, cumpriu papel decisivo, junto com Getúlio Vargas e com o general Góis Monteiro, na conspiração e na instauração da ditadura do Estado Novo, em 10 de novembro de 1937. Permaneceu como ministro da Guerra até ser expulso para disputar a eleição presidencial de 1945. Após a Segunda Guerra Mundial, pregou a redemocratização do país. Sendo novamente expulso do ministério em 3 de agosto de 1945, e participando a seguir, embora não muito intensamente, da deposição de Getúlio Vargas em outubro de 1945. Paradoxalmente o líder deposto anunciou seu apoio à candidatura de Dutra à presidência da República nas eleições que se seguiriam.

Fonte: Agência Brasil, Wikimedia Commons, 1946.

Através da Constituição de 1946 o governo Dutra assumiu posição contrária ao pensamento dominante do período anterior, atendendo de fato às reivindicações dos segurados, como se pode comprovar na legislação que apresentada no período 1947-1950. O governo Dutra foi ao encontro das iniciativas das classes seguradas, que para ele tinham primazia. Sua política de saúde estava voltada para construção e ampliação de hospitais, casas de saúde, sanatórios, ambulatórios, postos médicos e casas de tipo popular.

1.2 O Governo e a Regulamentação do IAPETC

A segunda parte do presente capítulo contempla o contexto político, social e econômico delimitado para o estudo, sendo que parte dele contempla o mandato de Eurico Gaspar Dutra (31-01-1946 a 31-01-1951), como presidente da República Federativa do Brasil, a partir do marco inicial deste estudo (1947), voltado às questões da Previdência Social e políticas de saúde e a outra parte contempla o início do governo de Getúlio Vargas, o qual assumiu a Presidência em 31-01-1951

Do ponto de vista econômico, nas décadas de 1940 e 1950, o Brasil experimentou grandes impulsos no seu desenvolvimento econômico devido, sobretudo, ao crescimento das manufaturas em substituição às importações. Isto resultou em alguns aspectos onerosos, de dependência econômica, devido à penetração das corporações multinacionais no mercado brasileiro. Em 1948, o saldo devedor se elevou dos 800 milhões de cruzeiros em fins de 1945 para 2 bilhões e 400 milhões no final de 1948 (FAUSTO, 2004).

O governo de Dutra seguia no início um modelo liberal de economia. A situação do Brasil na área financeira era favorável, pois o país havia acumulado divisas no exterior em função das exportações nos anos de guerra. Mas, Dutra começou a enfrentar problemas para manter a indústria nacional e as matérias-primas produzidas, pois o prestígio conquistado na época da Segunda Guerra estava diminuindo. Isto se deveu à política de falta de proteção cambial e tarifária do governo, levando à perda de divisas. Entretanto, a política liberal não obteve êxito e em meados de 1947 o governo mudou suas estratégias, estabelecendo um sistema de licenças para importar (FAUSTO, 1999; ROMANELLI, 1991).

O governo, no que se refere à economia do país, solicitou auxílio aos investidores estrangeiros, o que causou revolta no Partido Comunista. Os preços também subiram rapidamente e crescentemente, ocasionando descontentamento dos trabalhadores. A oposição crescia ainda mais e como o Partido Comunista era liderado por muitos sindicatos, havia filiados a ele muitos líderes trabalhistas (SKIDMORE, 1996). Com isso, Dutra decidiu usar a repressão e declarou o PCB fora da lei, por decisão judicial, no ano de 1947, derrubando assim, os líderes trabalhistas (ROMANELLI, 1991).

A orientação da nova política manteve o cruzeiro alto, havendo diminuição das exportações e um estímulo à produção para o mercado interno e favoreceu o avanço da

indústria. No plano de crescimento econômico, o governo de Dutra alcançou resultados expressivos (FAUSTO, 1999).

Resumindo, Dutra enfrentou diversas dificuldades ao longo do seu governo, tais como: crescimento inflacionário, a pressão dos opositores, reflexos da conjuntura internacional agravada pela segunda Guerra Mundial. Diante disso, Dutra assinou um acordo com os Estados Unidos ao identificar alguns aspectos críticos, principalmente precariedade no saneamento e nos sistemas de transporte e energia (SKIDMORE, 1996).

A iniciativa do governo federal em relação à grave crise que acometia o Brasil foi lançar um plano econômico quinquenal, cuja aprovação se deu em 10 de maio de 1948, sendo sancionado apenas em 18 de maio de 1950 pela Lei nº 1.102, mas funcionou efetivamente entre 1949 e 1953. O Plano, vinculado ao Ministério da Educação e Saúde, tinha como metas a Saúde, Alimentação, Transporte e Energia (SALTE), objetivando coordenar melhor os gastos públicos, eliminar pontos de estrangulamento da economia e, assim, permitir maiores investimentos em setores essenciais (KOIFMAN, 2002; MALIM, 2001; PALAZZO, 1977 apud FONTES, 2009).

Na área dos transportes o plano delineava um programa baseado nos planos ferroviários e rodoviários já existentes, e contemplava ainda, o reaparelhamento dos portos, a melhoria das condições de navegabilidade dos rios, o aparelhamento da frota marítima e a construção de oleoduto.

A parte dedicada à energia era a mais densa e abundante do Plano SALTE. A maioria das iniciativas relacionadas com a exploração da energia elétrica seria financiada pelo capital privado, inclusive estrangeiro, reservando-se o governo uma posição reflexa de amparo e de estímulo às empresas concessionárias (FAUSTO, 2004; MALIM, 2001).

O governo de Dutra iniciou a construção e inaugurou a ligação rodoviária do Rio de Janeiro a São Paulo, pavimentada, a BR-2, atual Rodovia presidente Dutra, duplicada em 1967, e uma das mais importantes do país. Dutra abriu a rodovia Rio de Janeiro-Bahia e instalou a Companhia Hidrelétrica do São Francisco (CHESF). Durante sua gestão, na Presidência da República, surgiram o Conselho Nacional de Economia, as Comissões de Planejamento Regional e o Tribunal Federal de Recursos. Em seu governo foi elaborado o Estatuto do Petróleo, a partir do qual se iniciou a construção das primeiras refinarias e a

aquisição dos primeiros navios petroleiros. A administração Dutra pôs em funcionamento a Hidrelétrica de Paulo Afonso, situada na Região Nordeste do país (ROMANELLI, 1991).

O Plano SALTE, na área da saúde, pretendia abranger a Campanha Nacional de Saúde, elevar o nível sanitário da população, sobretudo a rural, principalmente porque ocorria uma crise na saúde pública. Nesse terreno, independentemente do plano, o que o governo Dutra fez de mais importante foi uma campanha de erradicação da malária em onze estados, na Baixada Fluminense e na bacia do São Francisco. Com a utilização de inseticidas de ação residual, a partir de 1948 foi possível colocar as áreas visadas sob controle sanitário (MALIM, 2001).

O sanitarismo campanhista centralizador e autoritário alcançou seu auge. A polêmica sobre o melhor modelo de atenção à saúde ganhou novos alentos tanto com as críticas relacionadas ao Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) quanto com o debate médico-sanitarista parlamentar sobre a criação de um Ministério da Saúde independente. Por trás da disputa de qual seria a melhor organização institucional existiam projetos políticos e de saúde diferenciados. Esse debate começou em 1946, com a redemocratização do país e só foi concluído em 1953, com a criação do Ministério da Saúde (PALAZZO, 1977 apud FONTES, 2009).

Segundo a Divisão de Organização Hospitalar⁹ (DOH) do Ministério da Educação e Saúde (MES), o plano de ampliação e modernização da rede nacional de hospitais, o Plano SALTE, já havia sido criado, estava em vias de ser executado, mas ainda não tinha tido aprovação definitiva e sanção do Congresso Nacional e do presidente da República. As características do Plano descritas pela DOH eram: viabilidade, em cooperação, e de contribuição tripartite, que localizava no hospital tanto a assistência hospitalar e a assistência sanitária, de que é um exemplo típico o hospital misto rural. A contribuição tripartite fomentava o desenvolvimento da assistência médico-hospitalar, de Norte a Sul. Mais de trinta hospitais novos do tipo padrão-progressivo-flexível estavam sendo analisados pela DOH. Estavam sendo criadas novas Santas Casas, modernas e modelares. Outros hospitais também

⁹ A Divisão de Organização Hospitalar foi criada em 1941 pelo Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde (MES) com o objetivo de estudar o problema nacional da assistência hospitalar e indicar, fomentar e promover os meios da solução conveniente desse problema. Foi estabelecido, de início, um programa que constituiu a legislação básica a ser executada, por etapas, prevendo um trabalho intensivo de um decênio e uma continuidade e perseverança de ação por tempo indeterminado (CAMPOS, 1944, 1965).

estavam em construção, em vários Estados, com a cooperação da DOH numa demonstração positiva dessa mesma viabilidade e eficiência. (CAMPOS, 1944, 1965).

Cabe mencionar que foi no governo de Eurico Gaspar Dutra que as massas urbanas apareceram de forma livre na política. Após a ditadura, de certo modo, há um declínio do monopólio exercido por Vargas, como manipulador de opinião popular (SILVA, 1996).

O objeto principal das mensagens do presidente Dutra para a população era a área da assistência médica. Grande ênfase foi dada à construção e/ou compra de serviços próprios por parte dos Institutos. Oliveira e Fleury (1985, p.183-184) dizem que a inauguração de hospitais e ambulatórios tornou-se “uma estratégia de ganhos políticos eleitorais”. No período de 1948 e 1949 foram criados e ampliados vários estabelecimentos:

- O IAPM adquiriu um hospital de 60 leitos em Belém do Pará e estava construindo outro de 600 leitos no Distrito Federal; instalou um ambulatório em Recife e outro em Caravelas, na Bahia e ainda, remodelou a sua clínica de fisiologia no Distrito Federal;

- O IAPB ampliou sua rede de sanatórios para tratamento de tuberculose, passando a contar com um no Distrito Federal (atual Hospital Cardoso Fontes- RJ), um em Belo Horizonte (Minas Gerais) e outro em Fortaleza, no Ceará;

- O IAPETC inaugurou, em 1948, o primeiro conjunto hospitalar no Distrito Federal, dentre os que seriam construídos pelo Instituto, o Hospital do IAPETC. Além disso, prosseguia a construção de outros hospitais em Recife, Salvador e São Paulo, na ordem com 350, 350 e 500 leitos. Todos com a inauguração prevista para 1950. Instalou também, em 1948, cinco postos médicos, respectivamente, no Distrito Federal, Espírito Santo, Maranhão, Paraíba e Rio Grande do Norte. Instalou ambulatório em seis cidades da Bahia, quatro cidades do Ceará, duas cidades do Espírito Santo, um em Minas Gerais, três em Mato Grosso, um no Paraná, um no Rio Grande do Sul, um em Sergipe, um no Rio de Janeiro, dois no Rio Grande do Sul e quatorze em São Paulo. Também foram instalados os seguintes serviços: “Pronto-Socorro”, “Conjunto Cirúrgico de Emergência” e “Seção de Recuperação Profissional” em um ambulatório na capital paulista. No ano de 1949 ocorreu a inauguração de mais nove ambulatórios, tendo o total de 123 em todo território nacional;

- O IPASE inaugurou em 1948 ambulatórios nas capitais de Minas Gerais, Bahia, Paraíba, Rio Grande do Norte e Rio de Janeiro, somando com dois já existentes no Distrito Federal. E em 1949, mais onze ambulatórios em diferentes estados do país;

- O IAPC inaugurou em 1949 um hospital próprio, especializado, no Distrito Federal e cinco ambulatórios. Finalmente o IAPI começava em 1950 a construir os seus primeiros ambulatórios no Distrito federal, São Paulo e Niterói.

As inaugurações e ampliações de serviços próprios demonstram a orientação da política assumida pelo governo, ou seja, quatro hospitais próprios inaugurados e mais quatro em construção, além de dezenas de ambulatórios espalhados por todo país. O que muito difere do período anterior, pois até 1948, não existiam mais que 4 ou 5 hospitais próprios dos IAPs (OLIVEIRA; FLEURY, 1985).

Ainda na área da saúde, em 30/12/49, foi promulgado o Decreto nº 27.664, que regulava o Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência da Previdência Social – o famoso SAMDU. A criação desse sistema acarretou pressões no conjunto da assistência médica previdenciária, sendo um dos responsáveis pela nova dinâmica de gastos com a atenção médico-hospitalar nos anos seguintes (OLIVEIRA; FLEURY, 1985).

Diante disso, no ano de 1949, Dutra propôs uma série de medidas para que a União pudesse recolher um montante maior de recursos, tais como: elevação das cotas da presidência existentes, criação de novas cotas, criação de um Selo da Previdência, dentre outras. Além disso, devido à superação da dívida que superava a despesa anual e correspondia a mais da metade da receita, o governo mudou de estratégia abolindo a “contribuição tripartite”, vigente desde 1931 e que na Constituição de 1946 já não impunha mais (OLIVEIRA; FLEURY, 1985).

A Lei nº 1.532, de 31/12/1951, estendia a prática das “comunidades de serviço” (SAMDU) ao combate à tuberculose, com ações de prevenção e curativas, inclusive com assistência nosocomial para os seus segurados, ativos ou aposentados, e para seus beneficiários e pensionistas (OLIVEIRA; FLEURY, 1985).

No governo de Vargas, logo após Dutra, estas questões da dívida da União e a necessidade de abolir a contribuição tripartite ficaram cada vez mais importantes, assumindo

uma posição de destaque. A partir de 1955 as propostas de contenção de despesa e de reformulação ganham novamente um cunho contencionista (OLIVEIRA; FLEURY, 1985).

Ao longo da década de 50 e 60 a prática de compra de serviços médicos foi mantida. Contudo, ao contrário do período anterior, era uma atitude provisória, com o objetivo de atendimento dos segurados até que os serviços próprios fossem instalados. O IAPETC, em 1950, usava dessa prática em locais que a massa segurada, devido a sua diluição, não havia sido contemplada com a instalação de ambulatórios. Por esse motivo, o Instituto manteve o sistema de contratar médicos, dentistas, serviços de enfermagem e hospitais, havendo em 31 de dezembro de 1950, 817 médicos, 50 dentistas e 133 hospitais para os segurados do IAPETC, de acordo com esse regime (OLIVEIRA; FLEURY, 1985).

Por outro lado, os gastos da Previdência aumentaram consideravelmente. A ação reivindicatória dos segurados no período, não unitária, fragmentada por categorias, com a incapacidade de formular um projeto global para defender os seus interesses só conseguiu do governo a ampliação dos benefícios e serviços (OLIVEIRA; FLEURY, 1985).

No que se refere à legislação na questão de aposentadorias, os decretos leis a partir de 1945 e ao longo da década de 1950 tentavam uniformizar os benefícios para todos os Institutos, o que diferia na década de 1930. O Decreto-Lei nº 7.481, de 19/04/45 ampliou o plano de atribuições do IAPETC, incluindo o auxílio doença. Em 30/08/46, o Decreto-Lei nº 9.683 incluiu o seguro-doença no referido Instituto (OLIVEIRA; FLEURY, 1985).

A Lei nº 1.136, de 19/06/50, reajustou o valor das aposentadorias e pensões em todos os IAPs e CAPs com aumentos em torno de 50%, e a Lei nº 1.162, de 22/7/50, equiparou as aposentadorias e pensões devidas aos funcionários das autarquias federais (segurados de diversos IAPs e CAPs àquelas pagas aos servidores civis da União (segurados do IPASE). Outro fato que modifica o teor da Previdência Social na década de 1950 é a participação dos Institutos de Assistência visando a melhoria das condições de alimentação, vestuário e habitação dos segurados e de seus dependentes (OLIVEIRA; FLEURY, 1985).

Agora, mais especificamente sobre o funcionamento do IAPETC, vale ressaltar que em 27 de dezembro de 1946, pelo Decreto nº 22.367, já com o General Eurico Gaspar Dutra na presidência do Brasil, foi aprovado seu novo regulamento¹⁰. Portanto, este regulamento

¹⁰ O IAPETC anteriormente era norteado pelo Decreto lei nº 9.683, de 30 de agosto de 1946.

auxiliará na análise e discussão dos dados coletados. Como Bourdieu (2007, p.239) diz: “Não se transforma a sociedade por decreto, também é verdade que a consciência das condições sociais da eficácia dos atos jurídicos não deve levar a ignorar ou negar aquilo que faz a eficácia da própria regra, do regulamento e da lei”.

O Decreto nº 22.367/1946 constava de 35 capítulos e o seu Art. 1º definia o Instituto, sua subordinação e seu objetivo: O IAPETC era pessoa jurídica de direito público, sujeita à orientação e fiscalização do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio e destinada a assegurar um regime de previdência e assistência, na forma do presente regulamento. O Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio¹¹ foi umas das primeiras iniciativas do governo revolucionário implantado no Brasil no dia 03 do referido mês. O Ministério tinha como uma das atribuições orientar e supervisionar a Previdência Social, inclusive como órgão de recursos das decisões das CAPS, conforme é definido no artigo 1º da regulamentação do IAPETC (BRASIL, 2004).

O artigo 3º, do Capítulo II, do regulamento do IAPETC, definia seus segurados, revogando o disposto no Decreto-Lei nº 627, de 18 de agosto de 1938. Esses segurados faziam parte da clientela que seria atendida no Hospital do IAPETC, a partir de 1948, assim como a que já vinha sendo atendida no ambulatório desse Instituto. Eram eles:

- ◆ os empregados que, sob qualquer forma de remuneração, prestem serviços a trapiches, armazéns de café, armazéns reguladores, empresas de armazéns frigoríficos e entrepostos;
- ◆ os trabalhadores avulsos, em carga, descarga, arrumação e serviços conexos de quaisquer trapiches ou armazéns e depósitos;
- ◆ os empregados das empresas de transportes terrestres, da empresa de mudança, das empresas funerárias, dos expressos, dos mensageiros e dos guarda-móveis;
- ◆ os empregados das empresas distribuidoras de combustíveis, das garagens e das cocheiras;
- ◆ os trabalhadores em carga e descarga de carvão e minerais;

¹¹ Criado em 26 de novembro de 1930, pelo Decreto nº 19.433, no Governo de Vargas. Somente em 1960, pela Lei nº 3.782, de 22.07 é determinado que a partir de 1.02.1961, passe a denominar-se Ministério do Trabalho e Previdência Social. Finalmente, a Lei nº 6.036, de 1.05.1974, desdobra-o em dois, sendo um deles Ministério do Trabalho (BRASIL, 2004).

- ◆ os empregados em serviço de mineração e perfuração de poços;
- ◆ os condutores profissionais que dirijam veículos terrestres de qualquer espécie, de propulsão mecânica, e de tração animada, registrado nas repartições competentes, com exclusão dos que conduzem unicamente veículos, do serviço oficial e de instituições paraestatais, do corpo diplomático e consular, de empresas concessionárias de serviço público, particulares de passageiros, de cuja condução não aufera lucro nem remuneração; de propriedade de agricultor, destinados exclusivamente ao transporte de sua produção para o consumo local até as cidades circunvizinhas inclusive.
- ◆ os estivadores e demais trabalhadores em carga e descarga sobre água que trabalhem sob qualquer forma de remuneração, por conta própria ou a serviço de empregador;
- ◆ os conferentes, consertadores e separadores de carga, bem como os que se ocupem em serviços de vigia relacionados com a estiva;
- ◆ os carregadores devidamente registrados;
- ◆ o presidente e demais servidores do Instituto;
- ◆ os empregados de sindicatos, caixas de acidentes e associações de empregadores, empregados ou trabalhadores autônomos avulsos compreendidos no regime deste regulamento.

No artigo 4º, Capítulo II, do Decreto em análise, existia uma classificação dos segurados do Instituto de acordo com o tipo de trabalhador, se é fixo, avulso ou autônomo. O trabalhador fixo era vinculado por contrato de trabalho ao empregador; o avulso era o que prestava serviço, sem continuidade a diversos empregadores e o autônomo era o que prestava serviço por conta própria. Entretanto, todos pertenciam ao Instituto.

O Capítulo IV do mesmo Decreto trata da organização administrativa do IAPETC. O Instituto era administrado por um presidente e um conselho fiscal. A execução dos serviços do Instituto era realizada através de uma Administração Central de Órgãos Locais. Esta era composta pelos seguintes órgãos centrais, além do Gabinete da Presidência: Consultoria Atuarial, Contadoria Geral, Departamento de Acidente de Trabalho, Departamento de Administração, Departamento de Aplicação e de Reservas, Departamento de Arrecadação,

Departamento de Assistência Médica, Departamento de Benefícios, Inspetoria Geral, Procuradoria Geral e Tesouraria Geral. Todos eram subordinados ao presidente do Instituto.

O Capítulo VII do Decreto nº 22.367/1946 previa que o presidente do IAPETC seria nomeado em comissão pelo presidente da república e tinha como uma de suas atribuições dirigir, fiscalizar, superintender, direta ou indiretamente todos os serviços do Instituto. Também lhe competia organizar o quadro de pessoal, criar e suprimir órgãos locais, admitir, prover, transferir e demitir servidores conceder-lhes vantagens, inclusive férias e licenças, autorizar o pagamento das despesas previstas no orçamento, entre outros.

O presidente do Instituto detinha amplos poderes decretados no capítulo VII do decreto que aprovou o regulamento do IAPETC, inclusive no que se refere ao quadro de pessoal. Isso não só era válido para os funcionários que trabalhavam na sede do Instituto como para os funcionários do Hospital do IAPETC. E este fato pode ser confirmado com o depoimento de Cecília Pecego (depoente nº 1): “Um pedido de exoneração, eu mandei entregar direto ao presidente, Hilton Santos”, como também com o da Irmã Tereza Notarnicola (depoente nº 3): “Quantos empregos arrumei, para quantos médicos, para quantas enfermeiras, serventes com o dr. Helio Palhares¹². Ele me levava direto para o presidente do Instituto”. Fica claro, portanto, que o assunto que as depoentes desejavam que fosse resolvido era da competência do presidente do Instituto, conforme é descrito e assegurado pelo regulamento do IAPETC.

Para Oliveira e Fleury (1985), as atribuições do presidente do Instituto atrelada ao exercício da administração cotidiana do mesmo, cabiam, por sua vez, assessorar e julgar os atos da Presidência da República. Começava a ser desfeito o modelo de autonomia anterior dos Institutos previdenciários, que agora mantinham no cargo máximo de direção, com o real poder de direção, alguém nomeado pelo Chefe de Estado.

O Estado passou a ter maior controle nas instâncias administrativas e decisórias das instituições previdenciárias, uma vez que nomeava o presidente dos Institutos e controlava a composição dos Conselhos Administrativos dos mesmos, sob forma de legislação específica. Já na década de 1940, apenas um dos membros do Conselho era nomeado pelo presidente da República e os demais pelos representantes dos sindicatos (OLIVEIRA; FLEURY, 1985).

¹² Administrador do Hospital do IAPETC no período em estudo.

O capítulo X trata do “Pessoal do Instituto”, dizendo em seu artigo 45 que os cargos efetivos deverão ser providos mediante concurso público de provas ou de provas e títulos, salvo os de Tesouraria. Os cargos de Chefia dos Órgãos Centrais e Locais e de Chefia do Gabinete eram exercidos em comissão, por pessoa de livre escolha do presidente do IAPETC, dentre os ocupantes de cargos efetivos do Instituto.

Em relação à aplicação das reservas, o capítulo XVI explicita que as aplicações deveriam constar nas seguintes operações:

- ▶ aquisição de títulos da dívida pública;
- ▶ empréstimos simples aos segurados;
- ▶ empréstimos com garantia real, destinados à aquisição, construção, remodelação, ampliação ou liberação de casas ou apartamentos para residência dos segurados;
- ▶ operações hipotecárias, bem como outras de caráter comercial ou industrial, prevendo-se além de melhor remuneração possível do capital propriamente dito, uma eventual participação nos lucros;
- ▶ construção ou compra de imóveis destinados à obtenção de renda ou utilização pelo Instituto;
- ▶ aquisição ou construção de hospitais e ambulatórios, amortizáveis em longo prazo, mediante uma porcentagem do prêmio destinado ao custeio dos serviços médicos;
- ▶ empréstimos especiais para constituição de depósito em garantia de aluguel de casa;
- ▶ outras operações de caráter social.

No que se refere à unificação da Previdência Social, apesar de ter ocorrido somente em 1966, à discussão inicia-se bem antes. Em 1943, foi criada uma Comissão de Especialistas em diversas áreas, principalmente, do Ministério do Trabalho e do IAPI. O objetivo dessa comissão era a reforma da Previdência Social em sua reorganização e em sua ideologia, rejeitando os sistemas limitados e particulares da Previdência Social. Além disso, a comissão deveria seguir as tendências da previdência de acordo com o princípio da solidariedade social, que implicava em uma redistribuição de renda bastante substancial. Só não seriam inseridos

neste novo sistema, os servidores públicos civis e militares que teriam planos separados (OLIVEIRA; FLEURY, 1985).

No ano de 1947, outro projeto global de reforma foi apresentado, o qual criava a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS) que, depois de inúmeras reformulações, foi aprovada somente em 1960. Esta lei unificou os Institutos em direitos e deveres, mas manteve a gestão separada para cada um. Em 1966 foi que o regime militar, através do Decreto-Lei nº 72/1966 unificou os IAPs criando o Instituto Nacional da Previdência Social, acabando, portanto, com a gestão colegiada (OLIVEIRA; FLEURY, 1985).

No que se refere ao retorno de Getúlio Vargas ao poder no marco final desse estudo (1951), no final de 1946, Vargas que havia sido eleito senador pelo Partido Socialista Democrático (PSD), rompeu com o governo de Dutra. Isto foi considerado uma estratégia com o objetivo de organização do Partido Trabalhista Brasileiro do Rio Grande do Sul, pois realizava convites aos trabalhadores para se filiarem ao PTB (FAUSTO, 2004). Vale ressaltar que Dutra só foi eleito porque Getúlio Vargas o apoiou. No momento em que Vargas estabeleceu oposição ao governo de Dutra, criaram-se chances para o retorno de Getúlio à presidência da república (ROMANELLI, 1991).

A burguesia industrial, por exemplo, já havia conquistado posições muito fortes frente ao poder do governo, portanto o retorno de Vargas para essa classe seria a manutenção da solidez e continuidade da política econômica adotada no período do Estado Novo. Vargas tinha grandes possibilidades de retornar à presidência, uma vez que se manteve aliado às camadas populares, que havia sido beneficiada com a legislação trabalhista e de Previdência Social (SILVA, 1996).

Ao final de seu governo, Dutra não apoiou a candidatura de Getúlio Vargas e lançou outro candidato, o advogado Cristiano Machado, mas o mesmo foi vencido por Vargas. Getúlio Vargas baseou a sua campanha na defesa da industrialização e na necessidade de ampliar a legislação trabalhista. Vargas retornou ao poder, sendo empossado em 31 de janeiro de 1951, tendo sido apoiado por Ademar de Barros, forte governador de São Paulo, que engrossou a candidatura tanto em São Paulo, como no Distrito Federal. Iniciou o seu governo na tentativa de manter um regime democrático, entretanto nomeou para ministro de guerra, cargo estratégico, o General Estillac Leal, antigo tenente, ligado à corrente nacionalista do Exército (FAUSTO, 1999).

O quadro econômico da década de 1950 foi voltado para adoção de várias medidas no sentido de incentivar a industrialização. Vargas investiu nos sistemas de transportes e energia. Logo após o recorte desse estudo, em 1952, foi fundado o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico (BNDE), com a finalidade de acelerar o processo de diversificação industrial. Vargas, desde o início do governo tentou alianças com as forças conservadoras e com o grupo que significava uma das bases de sua política, qual seja os trabalhadores urbanos. Logo no dia 1º de maio de 1951, em um comício, estreitou os laços com a classe operária. Contudo, o presidente não conseguiu controlar a classe completamente. Isto se deveu a liberalização do movimento sindical e alto custo de vida que levou a uma série de greves nos primeiros da década de 1950. Entretanto, Vargas permaneceu no poder até 24 de agosto de 1954, quando cometeu o suicídio, tendo assumido a presidência o vice, Café Filho (FAUSTO, 1999).

Assim, finalizando o contexto histórico-social que permeou a Previdência Social no Brasil, no período que cabe a este estudo, as circunstâncias que determinaram a inauguração do Hospital do IAPETC, no início do ano de 1948, tornam-se mais claras. A configuração do campo político propiciava a inauguração de instituições hospitalares, uma vez que a redemocratização do país propiciou que as reivindicações trabalhistas fossem ouvidas. O governo Dutra assumiu uma postura contrária à política anterior e fez da assistência à saúde da população uma de suas principais estratégias políticas.

CAPÍTULO II - CONTRIBUIÇÃO DA EAN PARA A IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM NO HOSPITAL DO IAPETC

Para se compreender como se deu a implantação do Serviço de Enfermagem no Hospital do IAPETC é necessário realizar uma caracterização do campo à época. Assim, o presente capítulo foi dividido em três momentos, sendo primeiramente apresentada a mudança de rumo no campo da enfermagem em meados do século XX abordando brevemente o conceito de Hospital Moderno e as exigências deste no que se refere aos profissionais de saúde em função da mudança do conceito o modelo de hospital. Nesse contexto é abordado o número reduzido de enfermeiras no país e a necessidade de preparação destas. São apresentadas as tendências de discussão nos Congressos Brasileiros de Enfermagem, as atribuições das enfermeiras e dificuldades nesse processo de mudança para a adequação dessas profissionais. No segundo momento segue a análise das circunstâncias que desencadearam a organização para implantação do Serviço de Enfermagem e a inauguração do Hospital do IAPETC propriamente dita. No terceiro momento é realizada a análise da implantação do Serviço de Enfermagem do referido Hospital, apresentando a posição privilegiada das enfermeiras laicas, as dificuldades enfrentadas, a contribuição da EAN e o funcionamento efetivo do Serviço de Enfermagem no período de 1948-1949.

2.1 NOVOS RUMOS PARA A INSERÇÃO DA ENFERMEIRA NO CAMPO DA SAÚDE EM MEADOS DO SÉCULO XX

A formação da enfermeira brasileira nos moldes da enfermagem moderna surgiu no início da década de 1920 no bojo da saúde pública. Entretanto, com as mudanças ocorridas no campo da saúde com o advento dos hospitais modernos, a formação passou a ser voltada para uma melhor atuação dessa profissional nesse novo espaço social. (SILVA, 1996).

E isto porque, enquanto nas décadas de 1920 e 1930, a maioria das enfermeiras era absorvida pelas instituições de saúde pública, as que se formaram entre 1940 e 1950 tiveram majoritariamente como oferta de trabalho os hospitais modernos, como por exemplo, o Hospital do IAPETC. As políticas de saúde se voltaram para a necessidade de produção, favorecendo, portanto o advento dos hospitais modernos, tecnicamente mais sofisticados do que os anteriores e por consequência mais exigentes quanto à qualidade e diversidade dos trabalhadores do campo da saúde, e, portanto, os de enfermagem (VAGHETTI; VAZ, 1998).

O conceito de Hospital Moderno desenvolvido pela Divisão de Organização Hospitalar, do Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Saúde e Educação, foi elaborado por autores brasileiros, como Odair Pedroso¹³, sob influência norte-americana:

Ao Hospital-padrão, protótipo do aprimoramento hospitalar no momento, convencionou-se chamar: o "Hospital-Moderno", bem planejado e bem construído; grande ou pequeno; geral ou especializado; aprestado para facilitar o diagnóstico e o tratamento, para favorecer e elevar a profissão médica e a seus profissionais, que sem o hospital vivem dispersos, sem os recursos indispensáveis. É, também, hospital para a rotina prática e ensino de Medicina, cirurgia e especialidades, da Enfermagem e da Dietética nos seus conceitos técnicos mais avançados (CAMPOS, 1944, 1965).

O Hospital Moderno era concebido como uma instituição de excelente estrutura física, adequada para a funcionalidade e instalado com o objetivo de atender aos diversos serviços médicos. Dessa forma, conforme a medicina evoluía, o hospital deveria acompanhar, reestruturando-se sempre que necessário. E isto não foi diferente para a enfermagem, uma vez que na tentativa de atender às essas exigências, ela também se modificava. Segundo Campos (1944, 1965) a enfermagem deveria se adequar, pois sua prática estava diretamente ligada à garantia de condições favoráveis para o desenvolvimento da medicina, sendo essa uma das funções da enfermeira, senão a principal.

O discurso oficial da década de 1940 era que quanto mais a enfermeira se dedicava em tempo de trabalho e provia as condições para o bom desempenho dos médicos e administradores, procurando sempre ser resolutiva e demonstrando ser cristã, obtinha mais destaque, o que aumentava a possibilidade de sucesso na profissão e na assistência. Apesar das enfermeiras atuantes nos hospitais modernos serem, em sua maioria, laicas, o fato de ser cristã estava ligado a um dos seus atributos que levaria ao sucesso profissional. Isto favorecia, em parte, as enfermeiras que haviam adquirido o *habitus* religioso profissional (SILVA, 1996).

Nesse sentido, a enfermeira deveria oferecer condições para que a medicina evoluísse cada vez mais, no âmbito do Hospital Moderno, tornando-o um centro de referência para todas as pessoas, sem distinção de raça, cor ou credo, com a finalidade de assegurar boa saúde, sem priorizar somente a cura, mas também a prevenção das doenças. A organização desse novo centro deveria ser científica e para tanto se observou cada vez mais a necessidade de administração eficiente nestes espaços sociais (Mac EACHERN, 1949).

¹³ Pioneiro no Brasil de estudos sobre administração hospitalar.

O conceito de hospital sofreu transformações ao longo dos anos, devido a fatores relacionados à evolução da medicina, como também aos aspectos sócio-político-econômicos, psicológicos, culturais. Isto ocorreu tanto no Brasil, como em outros países, principalmente nos Estados Unidos da América do Norte. A influência direta do conceito de Hospital Moderno no Brasil foi proveniente do conceito americano. Com o avanço do conceito de Hospital Moderno tornou-se imprescindível o treinamento das equipes de saúde havendo uma importante evolução nesse aspecto (Mac EACHERN, 1949; SILVA, 1996).

Mac Eachern ¹⁴ (1949) defende que a criação do Hospital Moderno, nos Estados Unidos, contribuiu para o avanço da administração hospitalar. O hospital conquistou um espaço social importante, tornando-se indispensável na vida e na morte das pessoas. Além da função da assistência à saúde, o Hospital Moderno passou a ter outras finalidades, estendendo-se para o campo da formação, educação e treinamento dos profissionais envolvidos com a prestação de cuidados, diagnóstico e tratamento. Concomitante a isso, contribuiu para o avanço dos conhecimentos das ciências da saúde, como na medicina, enfermagem e administração. E essas mudanças tiveram extensão no Brasil.

Havia, portanto, necessidade de preparar a enfermeira brasileira para atuar nos hospitais modernos. Em 1943, das 334 enfermeiras em exercício, diplomadas pela EAN, 221(66%) trabalhavam na área da saúde pública e 32 (9,5 %) estavam nos hospitais. Porém, no início da década de 50, 49,4% das enfermeiras formadas pela EAN estavam trabalhando em instituições hospitalares e 17,2% no campo da saúde pública (ALCÂNTARA, 1996).

E ainda, segundo Bernardes (1952, p.105): “Em 1943 havia mais de quinze mil religiosas trabalhando em hospitais (religiosas sem formação em enfermagem, em sua grande maioria) e, em 1948, menos de 2% das religiosas eram diplomadas”, da onde conclui Silva que:

A enfermagem tradicional brasileira, caracterizada pelo domínio da religião e pelo empirismo passa a coexistir com uma enfermagem laica à busca de tornar-se científica, o que configura a síntese desse processo de transformação (1989, p.81).

¹⁴ O autor supracitado foi referência nos estudos de autores brasileiros que abordaram o campo da administração hospitalar. Além disso, a influência norte-americana no campo do Hospital Moderno é destacada por estudiosos brasileiros como Odair Pedroso, dentre outros (SILVA, 1996).

Segundo a estatística da Divisão de Organização Hospitalar, em 1942, a administração de religiosas existia em 526 instituições, das 1234 recenseadas. Dessas 1234, 885 eram hospitais gerais, 81 eram hospitais especializados e 268 incluíam as Santas Casas, casas de saúde, estabelecimentos oficiais e particulares, militares e civis, filantrópicos e religiosos ou os de caridade; de finalidade não lucrativa e de finalidade lucrativa, não incluindo nesta estatística os dados referentes aos ambulatórios (CAMPOS, 1944, 1965).

O fato é que, com o advento dos hospitais modernos, houve mudanças no ensino de enfermagem e estas contribuíram para configuração do processo de substituição da enfermagem religiosa para laica e científica. Por outro lado, enfermeiras foram para o exterior com a finalidade de se especializarem na área de administração. No Brasil a primeira escola que tomou essa iniciativa na área de pós-graduação, no campo da obstetrícia, foi a Escola Paulista de Enfermagem¹⁵ vinculada à Escola Paulista de Medicina. Entretanto, foi na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, na gestão de sua primeira diretora - Edith de Magalhães Fraenkel (1941-1955), que foi criado o Curso de Administração dos Serviços de Enfermagem e o Curso de Administração de Ensino e de Serviços de Enfermagem, com duração de um ano (SILVA, 1996).

A diretora da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo também defendeu o preparo das enfermeiras em formação, justificando a necessidade urgente de lhes oferecer conhecimentos sobre supervisão e ensino, pois as enfermeiras diplomadas saíam da escola e assumiam cargos de chefia sem estarem adequadamente preparadas. Com esse objetivo, Edith de Magalhães Fraenkel organizou o primeiro curso para formação de enfermeiras chefes e instrutoras (CARVALHO, 1976).

O avanço tecnológico trouxe inequívocos benefícios para o trabalho da enfermeira, mas em contrapartida, exigiu atenção cada vez maior para a aparelhagem, mais agilidade e até especialização, cobrando maior atenção e treinamento. Pela produção científica da época percebe-se que havia interesse das enfermeiras acerca do conhecimento da administração. É notório que para assumir a administração de enfermagem, que consistia na direção, controle, supervisão e avaliação do pessoal de enfermagem, as enfermeiras estavam se aprimorando cada vez mais. O interesse em preparar as enfermeiras em nível de pós-graduação era notável.

¹⁵ Hoje, Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo.

Tanto que na VI Semana de Enfermagem¹⁶, realizada em maio de 1946, foi abordada a questão da criação de cursos “post-graduados”, que ofereciam às enfermeiras diplomadas aperfeiçoamento e especialização. Na ocasião, foi enfatizado que se não fosse por esse caminho, a profissão perderia espaço no seu desenvolvimento (SILVA, 1996).

Na mesma linha de raciocínio, no final da década de 1940, os Congressos Nacionais de Enfermagem passaram a apresentar questões relacionadas ao preparo da equipe de enfermagem. Assim, no I Congresso Nacional de Enfermagem, em 1947, realizado no prédio inacabado da Escola de Enfermagem da USP a temática abordada foi “Mudança no Mercado de Trabalho- ênfase no ensino, na supervisão e administração do pessoal auxiliar” (SILVA, 1996).

As especializações vieram ao encontro da necessidade de atenção especializada de enfermagem nos hospitais modernos. E é na área hospitalar que surgiram os primeiros estudos sobre a organização do Serviço de Enfermagem. Isto ocorreu após a implantação de hospitais de ensino e dos cursos de Administração Hospitalar (SILVA, 1996).

Os estudos sobre a temática de organização dos serviços hospitalares surgiram na década de 1950, com influência da administração hospitalar norte-americana e com o surgimento dos hospitais de ensino. Nessa época nota-se que a enfermagem alcançou destaque. O estudo de Carrasco (1993, p.50-51) ratifica a preocupação de enfermeiras que reconheceram a questão da organização como fator importante na consolidação da administração em enfermagem nessas instituições. A mesma autora realizou um levantamento de estudos abordando a temática focalizada e encontrou no período de 1940 a 1950, vinte e cinco textos, sendo doze na Revista Paulista de Hospitais e treze na Revista Brasileira de Enfermagem (Reben). A ênfase destes estudos era voltada para os “princípios gerais de administração do Serviço de Enfermagem, como planejamento, organização, direção, coordenação e controle”. Este levantamento, segundo a autora, demonstrou a preocupação dos estudos dirigida para a “Organização do Serviço de Enfermagem”. E isto foi devido ao período (1940-1950) de organização dos hospitais e, por conseqüência, do Serviço de Enfermagem, que também precisava se organizar para viabilizar a assistência de enfermagem e o cuidado médico.

¹⁶ A I Semana da Enfermagem foi realizada no período de 12 a 20 de maio de 1940, nas dependências do Internato da Escola Ana Néri (ALMEIDA FILHO, 2004).

Não se pode deixar de citar eventos na área da saúde que ocorreram neste período com a temática voltada para a administração hospitalar, tais como o terceiro Curso Internacional de Organização e Administração Hospitalar, realizado no Rio de Janeiro, em 1950. Foi um curso intensivo, oferecido pela Associação Interamericana de Hospitais e Repartição Sanitária Pan-Americana, com o patrocínio do governo federal. O curso foi direcionado aos médicos, administradores hospitalares e enfermeiras que atuavam em hospitais. Naquele mesmo ano aconteceu o Curso de Higiene do Trabalho, realizado na Inglaterra, com representantes da enfermagem brasileira. O curso foi voltado para questões da saúde do trabalhador, organização e administração de hospitais (SILVA, 1996).

Portanto, podemos inferir que a tendência da formação da enfermeira estava de acordo com as mudanças no mercado de trabalho, uma vez que a maior oferta de emprego se encontrava nos hospitais modernos. Silva (1996) enfatiza que a discussão era pertinente, afinal de contas, as enfermeiras estavam preocupadas em galgar o melhor padrão de qualidade nos serviços hospitalares em geral e principalmente nos hospitais modernos. Buscavam, portanto, obediência, submissão e disciplina nas rotinas de enfermagem, além de designação de tarefas para os auxiliares de enfermagem e atendentes. O objetivo era ocupar o espaço social com qualidade através da atualização do *habitus* profissional das enfermeiras, em vista da necessidade de aquisição de capital profissional sobre as questões inerentes aos serviços de enfermagem dos hospitais modernos.

Além disso, o aumento do número de auxiliares e atendentes de enfermagem, que estavam sob a responsabilidade da enfermeira-chefe também trazia maior preocupação para essa profissional. Portanto, era necessário dar conta do atendimento complexo, desenvolvido e de alto padrão existentes nos hospitais modernos. Os hospitais modernos e a enfermagem moderna eram expressões que estavam interligadas entre a formação de enfermeiras e a prática nesses hospitais. E isto foi enfatizado pelo reitor da Universidade do Brasil, Raul Leitão da Cunha, em seu discurso proferido na III Semana, em 1942, que se referindo à Escola Ana Néri (EAN) diz que a partir da criação desse instituto modelar (Hospital Moderno), o papel da enfermeira como fator social de progresso ficou evidente. E descreve a enfermeira como a mulher brasileira, heróica, meiga, abnegada, inteligente: enfermeira ideal (SILVA, 1996).

Vale lembrar que no período do Estado Novo (1937-1945), a enfermagem teve grande incentivo e apoio do governo. Nesse período de proposta nacional-populista do governo foram criadas doze escolas de enfermagem no Brasil. O Estado apoiou o aumento do número de escolas de enfermagem e isso era notório também devido às bolsas de estudo que eram concedidas às alunas. Além disto, o período de recebimento dessas bolsas era contado para o cálculo de aposentadoria. Havia, portanto, a preocupação do Estado em manter boas relações com as Escolas Oficiais, uma vez que estas eram propulsoras das inovações a serem implantadas nas instituições de saúde, principalmente nos hospitais modernos. Isto não deixava de ser uma das formas com a qual o Estado manipulava e exercia o poder sobre a sociedade, por meio da submissão de regras políticas (BAPTISTA, 1997; CHAUI, 1989; SILVA, 1996).

A aliança do Estado com as Escolas Oficiais não parava por aí. Um fato que merece destaque é a data da fundação da Escola de Enfermagem do Estado do Rio de Janeiro, ou seja, dia do aniversário do presidente Getúlio Vargas (19 de abril de 1942), o que certamente não se deu ao acaso. No governo de Vargas eram comuns tais estratégias visavam a mitificação do ditador, muitas vezes, através de desfiles, manifestações e programas de rádio, enfatizando suas qualidades pessoais, tais como: “coragem, magnanimidade e singeleza” (CAMARGO, 1999, p. 17).

Vale ressaltar que durante a Segunda Guerra Mundial, o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), criado em 1942, também contribuiu para a expansão do número de escolas de enfermagem. O SESP não só participou da criação de várias escolas de enfermagem como também ofereceu bolsas de estudo, contribuindo dessa forma para o acesso de alunas provenientes das regiões norte e nordeste às escolas localizadas na região sudeste. E isto talvez também porque o Ministério da Educação e Saúde (MES) publicou em seu relatório de 1942 que o número de enfermeiras diplomadas, de alto padrão, formadas pela Escola Ana Néri e pela Escola de Enfermeiras Luiza Marillac (Rio de Janeiro), Escola de Enfermeiras Carlos Chagas (Belo Horizonte) e Escola de Enfermeiras do Hospital São Paulo (São Paulo) era relativamente pequeno e, portanto, era necessário o aumento do número dessas profissionais para atuarem nos hospitais modernos (CAMPOS, 1944, 1965; CAMPOS, 2006).

Segundo a Divisão de Organização Hospitalar do MES, as enfermeiras padrão "Ana Neri"¹⁷ eram aproximadamente, em 1942, em número de 600 diplomadas, em todo o Brasil. Entretanto, eram necessários 50 mil enfermeiras desse tipo para se chegar a uma para cada mil habitantes, tendo como objetivo uma melhor organização hospitalar e mais completa organização do campo da Saúde (CAMPOS, 1944, 1965).

Então, com a finalidade da enfermeira desempenhar o seu papel social com êxito, havia uma tendência de preparar pessoal auxiliar. Entretanto, a criação do Curso de Auxiliar de Enfermagem, em 1941, na EAN trouxe um desconforto para as enfermeiras devido à falta de uma definição na hierarquia e o estabelecimento de funções entre várias categorias profissionais que praticam a profissão de enfermagem. Nesse sentido, a Associação Brasileira de Enfermeiras Diplomadas (ABED), atual Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) enviou um documento ao presidente da República solicitando o reconhecimento da profissão através da separação da carreira de auxiliar de enfermagem. Cada vez mais os hospitais modernos requeriam tanto maior número de funcionários, como qualidade de desempenho dos mesmos (CARVALHO, 1976; FERNANDES, 1985).

Ainda em 1942, ocorreu a equiparação¹⁸ à EAN de três escolas de enfermagem: Escola de Enfermeiras Luiza de Marillac (EELM), Escola de Enfermeiras do Hospital São Paulo (EHSP) e Escola de Enfermeiras Carlos Chagas (EECC). Por outro lado, como a prática médica crescia rapidamente, o número de enfermeiras continuava insuficiente para atender às demandas do mercado de trabalho (BAPTISTA, 1997; SILVA, 1996).

Apesar de todos os esforços para melhor formação, o embate para o desenvolvimento da enfermagem continuou, qual seja: o reduzido número de enfermeiras para dar conta da complexidade das ações que o Serviço de Enfermagem exigia nos hospitais modernos. Em um discurso proferido por Laís Netto dos Reys, em 1947, na ocasião do Sexto Curso de Organização e Administração Hospitalar oferecido pela Divisão de Organização Hospitalar, do Departamento Nacional de Saúde do MES, a diretora da EAN, apresentou uma estatística realizada pela própria Escola acerca do quantitativo de enfermeiras por ela diplomadas e o que era necessário de acordo com a população do Brasil:

¹⁷ Enfermeiras diplomadas pela Escola Ana Néri ou equiparadas a ela legalmente de acordo com o Decreto-Lei nº 20. 109/31.

¹⁸ Pelo Decreto-Lei nº 20.109 de 15 de junho de 1931, que além de regular o exercício da enfermagem no Brasil, fixa as condições para a equiparação das escolas de enfermagem, definindo a Escola de Enfermagem Ana Néri, representando o modelo anglo-americano no Brasil.

Encontramos, aproximadamente, 1.200 enfermeiras. Para uma população de 45.000.000 habitantes, a percentagem é de uma enfermeira para 37.500 pessoas. Isto quer dizer que, praticamente, não existe assistência de enfermagem para nossa gente. Enquanto que os Estados Unidos possuía, há 3 anos, uma enfermeira para 375 pessoas. Os seus soldados seguiam com uma enfermeira para 200 homens; agora, estão com 7 milhões de homens em combate e têm 70.000 enfermeiras acompanhando essas tropas. (REYS, 1947)

Diante do quadro de escassez de enfermeiras brasileiras, em 1948, a ABED lançou o tema para discussão abordando a temática: **“Aumentar o número de enfermeiras e contribuir para a saúde mundial”** no II Congresso Nacional de Enfermagem. No III Congresso Nacional de Enfermagem, em 1949, o tema foi **“Trabalhemos para fortalecer a enfermagem na América”**, reforçando a temática citada (CARVALHO, 1976).

No tocante ao quadro de mudanças para a enfermagem brasileira, esta adotou a forma norte-americana de administração. Com isso, as enfermeiras brasileiras buscaram uma administração baseada nos princípios de TAYLOR & FAYOL. Esses autores trouxeram a Teoria do Processo Administrativo, no qual adotavam Princípios Básicos de Padronização Hospitalar. Com isso, a estratégia administrativa moderna enfatizava a decisão eficiente, em detrimento da assistência direta das enfermeiras (TREVIZAN, 1988). Assim, a enfermeira tinha como principal atribuição prover adequadamente os meios necessários para que outros profissionais pudessem atuar com qualidade, principalmente os médicos. Cruz afirma que:

Para que os médicos possam exercer a clínica, para que a máquina e a estrutura ganhem vida, para que o doente seja realmente assistido, segundo as normas da arte, fundamental e básico será necessário que haja, no hospital, um grupo ou equipe de enfermeiras, adequado e à altura da instituição, provido de organização técnica, com pessoal capaz e em número suficiente (1954 a, p.381).

Portanto, podemos entender que a enfermeira competente, capacitada, era considerada peça fundamental na provisão de condições para que as ações dos médicos e de outros profissionais fossem realizadas nos padrões esperados à época. Eunice Nery da Matta (depoente nº 2) relata que: “No IAPETC a enfermeira era subordinada, preparava tudo para o médico trabalhar.”

Cabe ressaltar que no espaço hospitalar o poder foi conferido à categoria médica por esta deter maior volume de todos os tipos de capital e, conseqüentemente maior poder simbólico, garantindo-lhe domínio sobre os outros membros da equipe de saúde. E isto se deveu à medicalização da assistência que apresentava o médico como agente principal deste processo. A condição da enfermeira no Hospital Moderno era de administradora, mas subordinada ao poderio médico. Por outro lado, havia uma preocupação constante com a

questão da Administração dos Serviços de Enfermagem, devido ao avanço das transformações organizacionais e funcionais (CRUZ, 1954).

Dourado e Dourado dizem que:

Além de enfermeiras que executam tarefas de cuidado ao enfermo, o hospital deverá prover enfermeiras-chefes para auxiliarem na administração da enfermaria. Esse cargo é de grande importância e os entendidos nos assuntos hospitalares acham que a enfermeira-chefe influi diretamente na qualidade da enfermagem que o hospital oferece. O cargo de enfermeira-chefe é um desafio permanente à pessoa que o ocupa (1946, p.25).

Isso pode ser confirmado no depoimento de Eunice Nery da Matta, no desempenho de suas funções como chefe da enfermaria de clínica cirúrgica do Hospital do IAPETC, em 1948:

Eu fazia a escala do pessoal que trabalhava comigo, fiscalizava o serviço do pessoal, do servente, entrava nos banheiros para ver se estavam bem cuidados, se estavam realmente limpos. De manhã eu chegava e lia com os auxiliares o relatório da noite na minha sala. Via as papeletas, lia o relatório para saber como os doentes passaram a noite e depois fazia a divisão do serviço (depoente nº2).

Diante disso, parece que as enfermeiras responsáveis pelas enfermarias do Hospital do IAPETC tinham como função primordial a administração das mesmas. Segundo Cruz (1954 a), a enfermeira tinha como principal atribuição chefiar, poupando assim, a tarefa dos administradores; tendo como consequência a otimização do tempo e diminuição de gastos com material. E isto, certamente, aliviava a ação dos órgãos centrais de administração. Assim, a referência de Dourado e Dourado (1946) é confirmada por Cruz (1954b) no sentido da enfermeira ocupar cargos de chefia com a finalidade de melhor administrar o Serviço de Enfermagem.

Diante do exposto, podemos verificar que o Hospital Moderno conseguiu um nível modelar no processo de absorção de símbolos da saúde. Os símbolos eram hegemônicos no discurso ideológico veiculado nas instituições hospitalares, uma vez que, como agente de cura atendia ao apelo capitalista do período, em resposta aos anseios dos trabalhadores que ao conseguirem importância política e econômica passaram a reivindicar, entre outros benefícios, melhores condições de assistência à saúde (FERNANDES, 1985).

Sobretudo, o que caracterizou o Hospital Moderno foi a ruptura conceptual, isto é, a passagem do "social" (prestação de assistência) ao "sanitário" (produção de cuidados de saúde); a evolução do conceito primordial de hospitalidade e caridade para com "os pobres como irmãos em Cristo", para outro conceito diametralmente oposto, o de prestação de

serviços. Essa evolução semântica e conceptual ainda hoje escapa aos dicionaristas para quem o hospital continua a ser, em larga medida, sinônimo de indigência e de assistência (GRAÇA, 2000, p. 259).

No que se refere às enfermeiras que atuavam em hospitais nas décadas de 1940 e 1950, embora não tão preparadas para a função, assumiam atividades de cunho administrativo. Vietta et al. (1992, p.25) explicam que diante de várias atribuições, a enfermeira delegava suas funções assistenciais, procurando não se afastar delas totalmente e complementam dizendo que: “esta profissional lutou para manter o seu espaço conquistando respeito e reconhecimento por sua competência”, e mais do que isso, por se adaptar, de alguma forma, às transformações tecnológicas do período.

Silva (1996), ao analisar a inserção da enfermagem na conjuntura social e política, refere que havia um esforço para que a enfermagem conseguisse posição de poder e prestígio no meio político-social através de dedicação total à profissão. Com essa finalidade as enfermeiras passaram a assumir dupla função; ocupavam cargo de chefia de serviço hospitalar e também, por exemplo, de professora ou diretora de escola de enfermagem. Com isso, as enfermeiras ampliavam os espaços sociais nos quais estavam se inserindo.

Contudo, as enfermeiras que atuavam nos hospitais modernos enfrentaram dificuldades, considerando os descompassos sociais, o convívio com a comunidade e os componentes das equipes de saúde e de enfermagem; além disso, as dificuldades na sua jornada de trabalho, por não ter preparo adequado para chefiar o serviço. Não obstante, as enfermeiras continuaram se pós graduando no exterior. Tanto que em 1950, treze retornaram dos Estados Unidos. E em dez anos, de 1944 a 1954, foram realizados no Brasil, 15 cursos de especialização que formaram 728 enfermeiras (RHODUS, 1979; SILVA, 1996). Isto demonstra que as enfermeiras estavam envidando esforços no sentido de atualizar seu *habitus* profissional, mediante a aquisição de capital cultural institucionalizado.

2.2 PLANEJAMENTO E INAUGURAÇÃO DO HOSPITAL DO IAPETC NO RIO DE JANEIRO

Em meados do século XX, a criação de hospitais e o seu atrelamento aos Institutos de Aposentadorias passou a exigir um maior quantitativo de enfermeiras, ensejando a criação de escolas de enfermagem e a necessidade de inserir um novo agente para dar conta da assistência de enfermagem, qual seja, o auxiliar de enfermagem (BAPTISTA, 1997).

Em 1941, na gestão da diretora Laís Netto dos Reis (LNR), a EAN iniciou o seu primeiro curso para formação de auxiliares de enfermagem. Esse curso, com duração de 18 meses, visava atender mais rapidamente a necessidade hospitalar, no que se refere à pessoal de enfermagem, uma vez que a duração do curso de formação de enfermeiras era de 36 meses (FONTE, 2009).

No caso do Hospital em estudo, em 1946, a EAN, na pessoa de sua diretora LNR e o IAPETC, na pessoa do médico Osvaldo Correa de Araújo, indicado pelo presidente do Instituto para dirigir o futuro Hospital do IAPETC, estabeleceram uma importante aliança, visando a formação de vinte e cinco auxiliares de enfermagem, os quais deveriam integrar a primeira equipe do referido Hospital (COELHO, 1997). Vale destacar que dr. Osvaldo, Laís Netto dos Reis e a enfermeira responsável pela organização, implantação e primeira chefe do Serviço de Enfermagem desse Hospital, Cecília Mouniere Pecego¹⁹, eram muito religiosos, fato este que os aproximava e contribuía para formação de alianças.

Como a EAN era o padrão oficial para o ensino da enfermagem no Brasil²⁰, detinha posição de destaque no campo da educação. Talvez por isto mesmo, os dirigentes dos hospitais modernos procurassem o apoio desta Escola para a organização e o funcionamento daqueles hospitais. No caso do Hospital do IAPETC, a depoente Cecília Pecego assim coloca a situação:

Em 1946, dr. Osvaldo procurou d. Laís para pedir auxílio, porque precisava de um grupo de enfermeiras para o Hospital do IAPETC. D. Laís disse a ele que não haveria número de enfermeiras suficiente para atender à demanda do Hospital, mas

¹⁹ Nome de solteira. Em 4 de setembro de 1953, Cecília Pecego levou um comprovante ao cartório para que seu nome fosse alterado, em virtude de ter se casado. Assim, passa a se chamar Cecília Pecego Coelho (certidão nº 668, fls. 195, livro BR - 3, do cartório do Registro Civil das Pessoas Naturais, 4ª circunscrição, Freguesia da Glória – RJ) (FONTE, 2009).

²⁰ Decreto nº 20.109, de 15 de junho de 1931. Com a promulgação da Lei nº 775/1949, a EAN perdeu a prerrogativa de ser a escola oficial padrão para criação e reconhecimento de escolas de enfermagem no território brasileiro.

que poderia organizar uma turma de auxiliares de enfermagem. Neste caso, o IAPETC patrocinaria o curso e a Escola ajudaria com as professoras que já tinham experiência nisso: Rosaly Taborda²¹ e Elvira De Felice²² (depoente nº 1).

Lourenço (1998, p.56-57) diz que o padrão Ana Néri apresentava uma postura vigilante, o que difundiu a enfermagem moderna “como uma chancela, imprimindo a marca distintiva às escolas que desejavam implantar o padrão”. Este poder da EAN outorgado pelo Estado permitia a essas enfermeiras inspecionar e controlar tudo o que se referia à enfermagem brasileira. Para a autora: “a vigilância era instrumento de controle da EAN [...]. A Escola se construía e se remodelava e ao mesmo tempo em que assegurava e ordenava o ensino, controlava e vigiava os caminhos da enfermagem no cenário brasileiro”.

Bourdieu (2007, p.146) diz que o Estado é detentor do “monopólio da violência simbólica legítima”. No caso, o Estado ao conferir poder à EAN através de legislação, fez com que esta Escola fosse conhecida e reconhecida por todos, garantindo-lhe o poder de enunciar o discurso autorizado acerca do ensino de enfermagem no país.

Pelo depoimento de Cecília Pecego pode-se depreender que a negociação do IAPETC com a EAN foi por ela intermediada. E isto porque o diretor do Hospital a ser inaugurado era seu tio-avô, por parte de mãe.

Em 1946 nós já estávamos trabalhando para o Hospital pelo seguinte: meu tio [dr. Osvaldo] contactou comigo, e começamos a pensar junto com d. Laís Netto dos Reys e organizamos um curso de auxiliar de enfermagem. O objetivo desse curso era preparar auxiliares de enfermagem para o Hospital do IAPETC (depoente nº 1).

E assim foi feito. A divulgação do curso ficou a cargo da ABED e a seleção das candidatas a cargo de Cecília Pecego e de Edith Barriga - antiga funcionária do IAPETC, responsável pela seleção de funcionários do quadro de pessoal do referido Instituto. Cecília Pecego (depoente nº 1) explica que: “Como os auxiliares da classe de 1946 seriam formados para o Hospital, d. Edith participou dessa seleção, afinal os futuros auxiliares de enfermagem seriam funcionários do IAPETC e não da EAN”.

O funcionamento do Curso de Auxiliar se dava da seguinte forma: as aulas práticas eram ministradas diariamente entre seis e oito horas da noite, no Pavilhão de Aulas da EAN,

²¹ Diplomou-se pela EAN em 1931, dedicou-se como professora de saúde pública e de Drogas e Soluções da EAN, organizou, em 1947, o Serviço de Enfermagem do Hospital Servidores do Estado – RJ e foi diretora da Escola de Enfermagem de Manaus (1949-1954) (COELHO, 1997).

²² Diplomada pela EAN em 1945 e neste mesmo ano ingressou na EAN como professora; destacando-se o ensino da disciplina “Arte da Enfermagem”, alcançando ao longo de sua carreira acadêmica a condição de professora titular (COELHO, 1997).

por Elvira De Felice. Na parte da tarde as aulas teóricas eram ministradas por Rosaly Taborda, também professora da EAN, no auditório da sede do IAPETC, localizada na Av. Graça Aranha, nº 35, centro do Rio de Janeiro, onde atualmente situa-se o prédio do Instituto Nacional de Seguridade Social – INSS. Os estágios foram realizados no Hospital São Francisco de Assis²³; alguns alunos realizaram o estágio no período da manhã e a maioria no final da tarde (COELHO, 2006; IAPETC, 1948).

O curso iniciou em junho de 1946 e terminou em dezembro de 1947, sendo o grupo portador de um *habitus* profissional nos moldes da EAN e estando preparado para assumir o trabalho no Hospital do IAPETC, que estava prestes a ser inaugurado. Bourdieu (2007, p.153) explica que “na base da homologia de posição no interior dos campos diferentes se podem instaurar alianças mais ou menos duradoiras”, como por exemplo, na educação e na saúde.

Para que o Hospital Moderno pudesse funcionar de forma plena, era essencial um grupo de enfermeiras diplomadas por escolas reconhecidas e em número suficiente para contemplarem um excelente funcionamento do serviço como um todo. E isto não foi diferente para o Hospital do IAPETC, considerado um Hospital Moderno à época.

Em agosto de 1947, cinco meses antes da inauguração do Hospital do IAPETC, a pedido do dr. Osvaldo Correa de Araújo, Cecília Pecego foi cedida por Laís Netto dos Reys, diretora da EAN, para organizar o Serviço de Enfermagem desse Hospital: “eu fui para lá [para o IAPETC] a partir de setembro de 1947. O diretor me convidou [...] e d. Laís me cedeu. Eu fui para o ambulatório para treinar o pessoal que já estava lá” (depoente nº 1).

²³ Foi inaugurado em 10 de julho de 1879 pelo Imperador D. Pedro II como Asilo da Mendicidade. Em 7 de novembro de 1922 o Hospital foi inaugurado com enfermarias para tratamento médico e cirúrgico e em 1922 passou a ser preparado para receber as alunas da Escola de Enfermagem que chegariam em 1923, sendo utilizado como campo de estágio da EAN (COELHO, 1997).



Foto nº 3: Cecília Pecego, enfermeira diplomada pela EAN em 1945, responsável pela implantação do Serviço de Enfermagem no Hospital do IAPETC. Foto posada, em 1942, ocasião de inscrição para admissão na EAN. Localização: Dossiê das alunas diplomadas em 1945, Centro de Documentação da EEAN/UFRJ.

Segundo Cecília Pecego, sua indicação para organizar e chefiar o Serviço de Enfermagem do Hospital do IAPETC deveu-se ao seguinte:

Primeiro lugar porque ele [dr. Osvaldo] era meu tio [tio-avô por parte de mãe, pois era irmão da avó materna de Cecília Pecego] e foi meu padrinho na formatura de enfermagem. E, além disso, nós sempre nos demos muito bem. Em segundo lugar, porque ele conhecia muito bem a diretora da Escola à época, D. Laís Netto dos Reys e apreciava muito o trabalho dela (depoente nº 1).

Podemos constatar que a enfermeira escolhida para implantar o Serviço acima mencionado acumulava capitais importantes, dentre eles, capital cultural institucionalizado, pois era diplomada pela Escola Oficial Padrão. Bourdieu (1998, p. 78) diz que o capital cultural institucionalizado é representado por meio do diploma, que este permite a comparação entre os seus possuidores e que “quanto mais raro, mais precioso ele é”.

Outro ponto a ser considerado é o de que por Cecília Pecego exercia atividades profissionais na EAN, continuava atualizando o *habitus* profissional adquirido durante sua formação como enfermeira, e de forma bastante eficiente supervisionava as alunas do Curso de Auxiliar de Enfermagem oferecido por essa Escola: “Assim que me formei fui ser instrutora do Curso de Auxiliar de Enfermagem. Em 1946 eu já estava como professora da EAN e em 1947 iniciei minhas atividades no IAPETC”.

Cecília Pecego também era portadora de um importante capital social, tanto que era proveniente de uma ilustre família da cidade do Rio de Janeiro (constituída de políticos e importantes médicos), tinha grau de parentesco com o diretor do Hospital e um ótimo relacionamento com Laís Netto dos Reys, além de ser declaradamente católica apostólica romana, o que em muito aumentava a qualidade de seu capital social nas relações mencionadas. Bourdieu (2007) considera a influência do capital social nas relações, ou seja, o volume de capital social de um indivíduo é definido pela amplitude de seus contatos sociais e pela qualidade destes, ou seja, da posição social das pessoas com as quais se relaciona.

Naquele mesmo mês de agosto de 1947, Cecília Pecego iniciou um curso de treinamento para os cinco auxiliares e atendentes de enfermagem que trabalhavam no Ambulatório do IAPETC, pois eles seriam transferidos do Ambulatório para o Hospital, assim que ele fosse inaugurado. O curso teve duração de um mês e meio e consistiu no treinamento de procedimentos técnicos de enfermagem, como aplicação de injeções, realização de curativos, ou seja, assistência de enfermagem desde que o paciente chegava até o encaminhamento à consulta médica (COELHO, 2006).

No período de organização do Hospital, setembro de 1947 a janeiro de 1948, Cecília Pecego comparecia diariamente ao prédio sede do IAPETC para tomar diversas providências, dentre elas verificar a confecção dos uniformes dos funcionários de enfermagem, como a escolha do tecido que seria comprado e o modelo de uniforme para as enfermeiras e auxiliares. Também participou da compra de alguns equipamentos provenientes do exterior (COELHO, 2006).

A partir do final de novembro de 1947, Cecília Pecego dividia seu tempo entre o Ambulatório e o Hospital do IAPETC, onde já estavam sendo disponibilizados materiais, como camas, macas, mesas, equipamentos. Nesta época, devido ao grande volume de trabalho e à proximidade da inauguração do Hospital, Cecília Pecego indicou e o IAPETC contratou as enfermeiras: Nilza Moraes Passos (foto nº 4), Maria Eleusis Riomar (foto nº 5) e Fernanda Walter Passos (foto nº 6), todas diplomadas pela EAN, sendo as duas primeiras da classe de 1945 e a última da classe de 1946 (COELHO, 2006; 2009).



Nilza Moraes Passos (Foto nº: 4)

Maria Eleusis Riomar (Foto nº 5)

Fernanda Walter Passos (Foto nº. 6)

Fotos posadas; as três na ocasião de inscrição para admissão na EAN (ano de 1942 e ano de 1943).

Localização: Dossiê das alunas diplomadas em 194 e 1946, Centro de Documentação da EEAN/UFRJ.

Sobre o dia da inauguração do Hospital, que havia sido marcada para 30 de janeiro, mas devido a questões de infra-estrutura foi adiada para o dia 31 de janeiro, um sábado, às 10 h da manhã, Cecília Pecego comenta:

Nos três últimos dias, antes da inauguração, preparamos todas as enfermarias com a ajuda dos auxiliares de enfermagem, colocamos roupa de cama, quadrinhos com flores, que eu tinha mandado fazer. Estava impecável. Estávamos com as três enfermeiras [Nilza, Eleusis e Fernanda] e mais a promessa de mais algumas assim que o Hospital começasse a funcionar. Porque, por enquanto, era só a inauguração. No dia da inauguração, por volta das sete e meia, oito horas, chegaram as flores e estávamos arrumando na copa. Nisso nós ouvimos 'Hei, elas estão aqui com as flores'. Era o presidente Dutra que chegou mais cedo para verificar como estavam as coisas (depoente nº 1).

Como se pode perceber no depoimento acima, as enfermeiras responsáveis pela implantação do Serviço de Enfermagem no Hospital do IAPETC, ao tempo em que ocupavam posição de poder e prestígio reproduziam a socialização primária da mulher no espaço público. Cabe discutir a partir deste depoimento a questão do *habitus* primário das enfermeiras relacionado ao gênero, que é definido como um conceito relacional e uma estrutura de dominação simbólica: os gêneros são um par de opostos que constituem uma relação. Estas relações de gênero são relações de poder em que o princípio masculino norteia todas as coisas (CARVALHO, 2004; BOURDIEU, 1999). Para BOURDIEU (1999, p.34) "... a ordem masculina se inscreve também nos corpos através de injunções tácitas, implícitas nas

rotinas da divisão do trabalho ou dos rituais coletivos ou privados. As regularidades da ordem física e da ordem social impõem e inculcam as medidas que excluem as mulheres das tarefas mais nobres..., assinalando-lhes lugares inferiores..., ensinando-lhes a postura correta do corpo..., atribuindo-lhes tarefas penosas, baixas e mesquinhas”.

Sendo assim, desde o início do século XX, período em que a Medicina e a Igreja se aliam e passam a controlar e a reduzir a função da mulher à de mãe, esposa e educadora, sendo permitida a atuação no espaço social público desde que devessem obediência ao marido e aos médicos. Nesse duplo espaço, a mulher/enfermeira tinha uma mobilidade limitada e deveria ter as seguintes qualidades no espaço social: docilidade, submissão, abnegação e recato. Assim, no espaço público o lugar das mulheres seria a extensão de sua socialização primária no espaço privado (COELHO, 2005). Nesse sentido, as enfermeiras no dia da inauguração do Hospital ao prepararem as enfermarias com quadrinhos, flores, estavam reproduzindo o *habitus* primário feminino.

O Hospital do IAPETC foi inaugurado em um momento político que o governo tinha como uma de suas principais bases políticas à assistência médica hospitalar voltada para os contribuintes dos institutos previdenciários, pertencentes à classe trabalhadora. Notícias sobre a inauguração desse Hospital foram publicadas no dia 01 de fevereiro de 1948 nos principais jornais da Capital Federal, como: Tribuna da Imprensa, Correio da Manhã, Diário de Notícias, Diário Carioca, O Jornal e também no Jornal do Órgão dos Segurados do IAPETC. As reportagens ocuparam páginas inteiras, com títulos em destaque, demonstrando a relevância do ocorrido, sendo um marco na política social.

No Jornal Correio da Manhã em 01 de fevereiro de 1948, página 5, foi destacada a importância do Hospital e suas características de Hospital Moderno: [O IAPETEC] “Inaugurou ontem, em, Bonsucesso, o seu Hospital que é um dos melhores desta capital, pois foi dotado do que há de mais moderno em aparelhamento e construção”.

Para Campos (1944, 1965) o Hospital Moderno era considerado uma estrutura hospitalar avançada que deveria obedecer a uma determinada padronização de acordo com as etapas do seu progresso, suas normas administrativas e seus modelos aperfeiçoados, voltados à prática de uma assistência científica e técnica, estabelecendo um novo exercício prático; deveria ainda obedecer a uma sistematização dos diversos setores.

Em relação ao sistema de edificação do Hospital do IAPETC, de acordo com a reportagem do Jornal Diário Carioca, de 01 de fevereiro de 1948, o Hospital foi inaugurado com “amplos pavilhões e completas instalações médicas-cirúrgicas”, considerado, portanto um moderno hospital. O sistema pavilionar, uma das modalidades de edificação, é constituído por diferentes prédios que têm comunicação por galerias, por pisos cobertos ou por meio de corredores subterrâneos, que não prejudicam o ajardinamento e a estética da superfície, sendo considerado o mais moderno e preferível à época (CAMPOS, 1944, 1965).

Vale ressaltar que as edificações, como a do Hospital do IAPETC, representavam poder e prestígio para o governo e seus dirigentes, uma vez que o espaço habitado (ou apropriado) funciona como uma espécie de simbolização espontânea do espaço social, pois a posição dos agentes no espaço social se expressa no espaço físico em que estão situados (BOURDIEU, 2007).

Além disso, a fachada solene do Hospital do IAPETC, apresentando-se com uma arquitetura do tipo *palaciano*, com área fechada, também indicava destaque em relação aos demais prédios do bairro de Bonsucesso, conferindo distinção aqueles que o utilizavam e aqueles que lá trabalhavam, além de instituir em sua materialidade um sistema de valores, como ordem, disciplina e vigilância (SANTOS, 2006).

No advento dos hospitais modernos, as unidades hospitalares eram divididas em pavilhões de poucos andares, de pequenas dimensões e espaçamento regular. Essa arquitetura atendia aos novos critérios de valorização do espaço urbano. O Hospital do IAPETC por respeitar essas recomendações foi considerado um hospital modelar, com a construção em forma de blocos, de acordo com o que se preconizava à época. Era uma instituição de grande porte, com equipamentos modernos e avançados (ANTUNES, 1991; IAPETC, 1948).

A Irmã Maria Tereza Notarnicola (depoente nº 3) corrobora com essa assertiva quando diz que o “O IAPETC era considerado um Hospital Moderno. Era o mais bem equipado do Rio de Janeiro. Inclusive tinha anatomia patológica, indústria farmacêutica”.

Nesse sentido, cabe discutir o processo de medicalização articulado ao advento dos hospitais modernos e ao processo de industrialização do país. O processo de medicalização definiu-se como a extensão do cuidado médico individual durante o processo de implementação do modo capitalista de produção. O projeto medicalizador da medicina na

década de 1940 foi vinculado ao modelo de sociedade industrial, visto que em suas organizações altamente planejadas, mantinha uma produção bastante alta, exigindo capital e tecnologia sofisticada. A partir dessa década ocorreu o aperfeiçoamento tecnológico da indústria farmacêutica que passou a se apropriar do discurso científico a fim de demonstrar a eficácia de seus produtos (DONNANGELO, 1979 apud PROGIANTI, 2001, p.45; CORDEIRO, 1985 apud PROGIANTI, 2001, p.45).

No período pós-guerra, o cenário brasileiro é invadido pelo “American Way of Life”, havendo um grande incentivo para compras de terrenos e bens de consumo; surgiram também muitas lojas de departamento e firmas imobiliárias; há um enfoque na praticidade e no tecnicismo. Fazendo parte dessa lógica, as indústrias farmacêuticas internacionais entram no país, monopolizando o mercado consumidor nacional e investindo em propagandas para a população (TEMPORÃO, 1986).

Nas décadas de 1940 e 1950, com a ampliação do parque industrial e o crescimento da população urbana e previdenciária, a saúde pública, perdeu ainda mais sua importância nas políticas de saúde e a atenção médica individualizada em muito foi fortalecida. O processo de industrialização acelerada que o Brasil viveu a partir destas décadas gerou uma massa operária que deveria ser atendida por um sistema de saúde voltado, não mais para o saneamento do espaço de circulação de mercadorias, mas para o corpo do trabalhador, visando manter e restaurar a sua capacidade produtiva. Ocorreu, então, a proliferação da rede hospitalar, abrindo um novo espaço para a atuação da enfermagem, ao mesmo tempo, que havia a necessidade de maior número de trabalhadores com preparo específico para o exercício da profissão (ABEn, 1985; OLIVEIRA e FLEURY, 1985).

De certo modo a prática médica se industrializou e foi absorvida pela lógica da produção em série, da eficácia de processos e controle de resultados, viabilizados a partir das indústrias farmacêuticas, de materiais e equipamentos médicos. A prestação de serviços de saúde, a produção de medicamentos e equipamentos gerou um excedente crescente, permitindo investimento e desenvolvimento contínuos, criando o mercado de serviços de saúde. Como em qualquer outro mercado, seu propósito traduzia-se em aumentar a riqueza dos detentores do capital por meio do aumento da produção, das vendas e, naturalmente, do lucro, tendo como objetivo o incremento da base de consumidores, a ampliação do escopo dos novos fármacos, procedimentos, materiais e equipamentos (TEMPORÃO, 1986).

A medicalização foi uma arma simbólica utilizada pelo Estado populista com o objetivo de amenizar a luta de classes, que no Brasil aumentou no período de redemocratização do país, quando os trabalhadores urbanos reivindicavam, cada vez mais, melhores condições de assistência médico-hospitalar. Isto resultou em lucros simbólicos para o Estado que fez com que a sociedade urbana acreditasse que a cura dos seus corpos estava diretamente ligadas ao emprego de técnicas que envolvessem aparelhos e medicamentos modernos (RIESSMAN, 1993 apud PROGIANTI, 2001, p.54).

O Jornal Correio da Manhã parecia apoiar o momento político do governo, pois a matéria jornalística do evento, publicada em 01 de fevereiro de 1948, ocupou a metade da página 5 com a manchete: “Inaugurado ontem o Hospital dos Motoristas e Estivadores”. A reportagem não só traz informações a respeito da inauguração, como também como se chegou a esse momento histórico:

Aproveitando o transcurso do segundo aniversário do governo do general Eurico Gaspar Dutra, o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Empregados em Transportes e Cargas, inaugurou ontem. Iniciado há mais de quatro anos, sob um plano elaborado para duzentos leitos, assim mesmo a construção do Hospital que se inaugura estava paralisada durante mais de dois anos. Foi no início da administração do Hilton Santos no IAPETC, que a obra teve andamento, sendo completamente modificado seu plano primitivo (1948, p.5).

No Jornal Correio da Manhã, de 30 de janeiro de 1948, constam informações acerca das características do Hospital que seria inaugurado no dia seguinte:

O modelar estabelecimento, aparelhado com o mais moderno material médico e cirúrgico tem 600 leitos, podendo ser ampliado para o dobro futuramente, e está localizado à Avenida Brasil, esquina da Avenida Londres, em Bonsucesso (1948, p.4).

No trecho da reportagem acima é citada a localização do Hospital do IAPETC, que certamente foi proposital, uma vez que a Av. Brasil, construída entre 1939 e 1954, era e ainda é considerada a maior avenida da cidade do Rio de Janeiro e a ligação de pontos estratégicos²⁴ do Rio de Janeiro. Sendo assim, a Avenida Brasil participa dos movimentos de expansão dos limites da cidade em duas escalas de atuação dos técnicos da urbanização, entre sanitaristas,

²⁴ A partir da chegada dos veículos impulsionados pelo motor a explosão, ou seja, logo nos primeiros anos do século XX, passou a se estudar a questão da circulação viária (uma forma de ligar o Centro da Cidade aos bairros situados depois da ponta do Caju, como Bonsucesso, Ramos, Olaria, Manguinhos) na então Capital Federal e a melhor forma de se expandir os limites da cidade. Concomitante a isso, buscava-se uma melhor integração do vasto território brasileiro apoiado nas rodovias (COSTA, 2006).

engenheiros, arquitetos, urbanistas e políticos: a regional, visto que foi aberta como variante da Estrada Rio - Petrópolis, e a local, face ao seu papel preponderante na formação dos subúrbios cariocas (COSTA, 2006).



Foto nº 7: Av. Brasil e Hospital do IAPETC em 1950.
Localização: Arquivo da Cidade do Rio de Janeiro.

E a partir daí, a reportagem do *Correio da Manhã* traz informações mais completas no que diz respeito às mudanças realizadas, como por exemplo, a capacidade de leitos:

De duzentos leitos, isto é, de um pequeno hospital, projetou-se a obra monumental que se ergue na variante da Av. Brasil, com capacidade para mil doentes. E aparelhado com todos os serviços necessários a um Hospital Moderno (1948, p.5).

O mesmo Jornal noticia ainda a capacidade do Hospital no que se refere à internação de pacientes naquele primeiro momento:

O bloco hospitalar inaugurado poderá receber desde logo 300 enfermos, entre os quais, 50 parturientes, pois a maternidade inaugurada não é a definitiva que deverá estar concluída antes do fim do ano corrente, visto estar localizada num edifício ainda não concluído (1948, p.5)

De acordo com a DOH do Departamento Nacional de Saúde, o Hospital Moderno deveria ser projetado, fiel aos citados preceitos da sistematização, com a possibilidade de ter que abrigar uma seção de maternidade, uma unidade sanitária ou de saúde pública, por exemplo, de tuberculose, de contagiosos agudos, até de doenças mentais, sem prejuízo de cada especialidade e da orientação dos respectivos serviços (CAMPOS, 1944, 1965). Essa sistematização foi atendida pelo IAPETC quando do planejamento do funcionamento do Hospital, pois, de acordo com o trecho da reportagem acima a maternidade já existia e a unidade de saúde pública também foi contemplada, o que será apresentado na próxima seção, quando falaremos da implantação do Serviço de Enfermagem do Hospital do IAPETC.

Apesar do Correio da Manhã (1948, p.5) ser um jornal de oposição ao presidente Dutra, trouxe informações a respeito do plano político do governo, no que se refere à saúde e à habitação: “Aliás, a obra que será inaugurada hoje, faz parte do plano de assistência ao trabalhador em transportes terrestres, elaborado pelo Sr. Hilton Santos e aprovado pelo presidente da república”.

O referido veículo de divulgação traz um parágrafo sobre as residências que estavam sendo construídas para os trabalhadores do Instituto, o que corrobora com a questão da previdência estar voltada não só para a saúde, mas também para a moradia dos contribuintes através do programa habitacional. Isso não era diferente para o IAPETC:

Juntamente com os hospitais aquela instituição de previdência está construindo aqui e nos Estados, vários grupos residenciais destacando-se entre eles o de Bonsucesso, com 400 casas e apartamentos e, o de Parada de Lucas, com mil e setecentas casas, pequenas e baratas. Essas pequenas construções estão prosseguindo aceleradamente, estando prestes a ser concluída a de Bonsucesso (1948, p.4).

Este programa habitacional fazia parte da Previdência Social, tornando-se espaço de aplicação de capital por parte das instituições a ela vinculadas. A adesão dos trabalhadores do IAPETC era voluntária e o pagamento das mensalidades da residência comprada era separado das contribuições regulares que o contribuinte deveria fazer. Era uma vantagem oferecida ao trabalhador, facilitando a compra da casa própria (Andrade, 2003).

O Diário de Notícias, em 1º de fevereiro de 1948, publicou uma reportagem na sua primeira seção, quinta página, citando a inauguração do Hospital e a presença das mais altas autoridades, inclusive o presidente da República do Brasil Eurico Gaspar Dutra, Morvan Dias de Figueiredo - Ministro do Trabalho, Indústria e Comércio, Clovis Pestana - Ministro da Aviação e Obras Públicas, Canrobert Pereira da Costa - Ministro da Guerra, Sylvio de

Noronha - Ministro da Marinha, Clemente Mariani Bittencourt - Ministro da Educação e Saúde, Daniel Serapião de Carvalho – Ministro da Agricultura, Adroaldo Mesquita da Costa - Ministro da Justiça e Negócios Interiores, o que revelava a importância política do evento. Também estiveram presentes: Antônio Rezende de Andrade, presidente do Sindicato dos Estivadores do Rio de Janeiro; Eloi Antoni Dias, presidente do Sindicato do Comércio Armazenador; Mario Lopes de Oliveira, presidente do Sindicato dos Veículos Rodoviários; Pedro José dos Santos, presidente do Sindicato dos Ensacadores de Café; Deodoro Oliveira Lima, presidente do Sindicato dos Conferentes de Cargas e Descargas; José Porfírio da Rocha, presidente do Sindicato dos Trabalhadores em Carvão e Minério; João da Costa Silveira, presidente do Sindicato dos Trabalhadores do Sal; Melquíades de Oliveira Bastos, presidente do Sindicato dos Trabalhadores da Estiva (CARVALHO JÚNIOR, 1948).

Cecília Pecego (depoente nº 1) confirma a presença de pessoas ilustres: “O Ministro do Trabalho, Indústria e Comércio e o Ministro das Finanças também estavam presentes na inauguração.” Também estiveram presentes na inauguração muitas pessoas representando todas as classes sociais, ressaltando um evento de caráter popular e ainda, a presença da Igreja marcada pela benção do edifício, que foi realizada pelo Bispo D. Jorge Marcos de Oliveira²⁵, por meio de uma Missa de Ação de Graças (DANTAS, 1948).

A presença da Igreja na inauguração teve como objetivo o fortalecimento e/ou estabelecimento de relações importantes donde surgiram alianças. A Igreja, sempre e em toda parte, tem como objetivo pregar a fé, ensinar a sua doutrina social, exercer livremente a sua função entre os homens e proferir o juízo moral sobre realidades que se relacionam com a ordem política, quando o exigiram os direitos fundamentais da pessoa ou a salvação das almas. Para isso empregará os meios condizentes com o Evangelho e com o bem de todos, segundo a diversidade dos tempos e das situações (BANDEIRA, 2000).

Portanto, a Igreja contribuiu para a ordem política e a sua manutenção, qual seja pela inculcação dos esquemas de percepção, pensamentos e ações conferidos às estruturas políticas e conferindo a legitimação suprema, capaz de instaurar e restaurar o consenso que permeia a

²⁵ Bispo auxiliar do Estado do Rio de Janeiro de 1946 a 1954. Nascido em 10 de Novembro de 1915, sendo ordenado sacerdote em 08 de dezembro de 1940; em 27 de outubro de 1946 é ordenado bispo, assumindo o Rio de Janeiro. De 1954-1975 foi bispo diocesano de Santo André. Em 1975 torna-se presidente da Associação Lar Menino Jesus, em São Paulo, do qual foi fundador. Faleceu em 28 de maio de 1989, na cidade de Santo André, São Paulo (MOYA, 1952).

ordem do mundo e impõe e inculca os pensamentos comuns. Aquela cerimônia religiosa constituiu

uma ação simbólica que utilizou a eficácia simbólica dos símbolos religiosos reforçando, portanto, a crença efetiva em sua eficácia.



Aspecto da magnífica fachada do edifício principal do Hospital do Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Empregados em Transportes e Cargas. Em baixo: o presidente Eurico Dutra assiste à benção do edifício, e que foi procedida pelo bispo d. Jorgo M. de Oliveira

Foto nº 8: Acima o prédio do Hospital do IAPETC; uma arquitetura preponderante tipo palaciano ou quadrado²⁶, com o nome do referido Instituto no topo e a bandeira do Brasil estirada na sua entrada principal. Abaixo, a figura do Bispo Auxiliar (à esq.) celebrando a missa, o seu auxiliar e o presidente Dutra (à dir.).

Localização: Acervo da Biblioteca Nacional, Diário Carioca, pag.: 4, 1948.

²⁶ Classificação segundo a forma do edifício ou arquitetura, sendo a 10ª classificação conforme a Divisão de Organização Hospitalar do Ministério da Saúde de 1944.

Na ocasião da inauguração do Hospital do IAPETC foram proferidos discursos por representantes do governo, pelo presidente do IAPETC e pelo representante do Sindicato dos Estivadores do Rio de Janeiro, Antônio Rezende de Andrade. A ruptura da faixa inaugural do Hospital foi realizada por dr. Morvan Figueiredo, Ministro do Trabalho, Indústria e Comércio na presença do presidente Dutra e de Hilton Santos, presidente do Instituto. Na oportunidade, o referido Ministro proferiu palavras de enaltecimento e traçou características humanas da política pública e o elevado alcance social do governo, o que se caracteriza por um discurso político (CARVALHO JÚNIOR, 1948).

O presidente da República, general Eurico Gaspar Dutra, em seu discurso de inauguração, ressaltou as realizações de seu governo e elogiou a presidência de Hilton Santos. Posteriormente visitou as instalações dos pavimentos destinados às várias clínicas do Hospital e foi saudado no “hall” de entrada por Hilton Santos (CARVALHO JÚNIOR, 1948). Cecília Pecego (depoente nº 1) confirma a relação de cumplicidade e de confiança existente entre o presidente Dutra e Hilton Santos: “Ele [Dutra] confiava inteiramente nele [Hilton Santos]”.

O Jornal Diário Carioca publicou o discurso proferido pelo do Sindicato dos Trabalhadores da Estiva do Rio de Janeiro, Melquíades de Oliveira Bastos, no qual o mesmo exaltou a importante obra do governo, dizendo que ela atendia aos interesses nacionais, e parabenizou a iniciativa do IAPETC, por contemplar a edificação de um moderno hospital para os trabalhadores nacionais. Esse discurso foi voltado, portanto, ao presidente do IAPETC, Hilton Santos, que segundo o presidente do Sindicato supracitado, visava de maneira eficiente o máximo de assistência aos trabalhadores e suas famílias (CARVALHO JÚNIOR, 1948).

Duarte (2006) afirma que o contexto de situação dos discursos revela muito sobre a intenção discursiva do locutor, porquanto o que se passa ao redor do texto é fundamental para a sua interpretação e análise. Nesse sentido, é notório o apoio do Sindicato da Estiva ao presidente do IAPETC, o qual procurou estabelecer durante o seu mandato fortes alianças com líderes de outros sindicatos, visando acumular importante capital político. Cabe aqui citar parte desse contexto de alianças: a presença de Hilton Santos na assembléia geral realizada no dia 16 de março de 1946, na sede do Sindicato dos Estivadores, noticiada no Jornal A Tribuna de 17 de março de 1946, foi de suma importância para o estabelecimento de uma aliança política, o que culminou em ganhos simbólicos para o seu mandato de presidente do Instituto.

Bourdieu (2007, p.114) diz que o autor de um discurso, ao dizer as coisas com autoridade, quer dizer, à vista de todos e publicamente, ou seja, oficialmente, ele “sanciona-as, consagra-as, fazendo-as existir, naturalmente”. A reportagem em análise destaca a importância do momento político, enaltecendo o presidente da República e o presidente do IAPETC, do qual o Hospital inaugurado é próprio. O presidente do Sindicato da Estiva ao proferir esse discurso, representando todos os sindicatos de trabalhadores, e publicamente, torna o discurso oficial e consagrado, corroborando com todo enaltecimento desse momento político e demonstrando apoio ao governo.



Foto nº 9: Foto espontânea. Assembléia do Sindicato dos Estivadores, em 17 de março de 1946. Vendo-se acima o dr. Hilton dos Santos, presidente do IAPETC, quando discursava, e abaixo, parte da numerosa assembléia, composta de trabalhadores da estiva.

Localização: Jornal a Tribuna de 17 de março de 1946, Biblioteca Nacional.

Vale ressaltar a grande repercussão que a inauguração do Hospital do IAPETC teve junto à classe dos trabalhadores de transportes e cargas que esperavam ao longo de quatro anos a construção de um hospital próprio, moderno, equipado. Cecília Pecego comenta sobre isso:

Eu acho que a repercussão muito grande foi no Sindicato dos Motoristas. O que tinha de motoristas era impressionante. E a maioria das pessoas que

foram lá, famílias, as famílias deles, várias famílias, crianças, criança pequena, de todo jeito, encheram o Hospital. Realmente foi uma inauguração muito festiva (depoente nº1).

No Correio da Manhã, por exemplo, a manchete em destaque foi “Inaugurado ontem o Hospital dos motoristas e estivadores” e mais abaixo se lê “Jubilosos os contribuintes do IAPETC pelas realizações da atual administração daquela instituição”. Essa notícia ganhou um importante espaço nesse veículo de divulgação, pois foi publicada em metade da página quatro do jornal, no sentido vertical e horizontal, finalizando na página cinco.

E ainda deve ser ressaltado que o Correio da Manhã destaca o apoio popular ao governo e ao presidente do IAPETC na seguinte frase: “Tudo isso justifica o júbilo dos trabalhadores, externado ontem, no ato inaugural, ao apoio do presidente da República e, especialmente, a operosidade do Sr. Hilton Santos.” O mesmo jornal destaca ainda:

A festa realizada ontem é bem um reflexo da satisfação dos estivadores, motoristas e outros contribuintes do I.A.P.E.T.C. pela ação do presidente Hilton Santos que vem movimentando em proveito dos contribuintes as reservas do Instituto. Nos nove anos de vida daquela instituição, os associados só tinham um contacto com ela: pagar as contribuições e ignorar em que eram tais contribuições empregadas. Hoje o panorama é outro.

Um longo trecho da Av. Brasil estava enfeitado com faixas que os sindicatos das classes colocaram saudando o presidente da república. A chegada do general Eurico Gaspar Dutra foi bastante festiva sendo saudado por fogos de artifício (1948, p.5).

Entende-se, portanto, que as determinações do contexto sócio-histórico levaram a que o governo Dutra traçasse uma política com a finalidade de atender às reivindicações dos trabalhadores, principalmente a da contribuição da previdência ser investida em prol dos trabalhadores.

A inauguração do Hospital do IAPETC foi permeada por importantes alianças: a aliança do Estado com a Igreja Católica, que esteve presente na figura do Bispo D. Jorge Marcos de Oliveira, celebrando uma missa e abençoando a inauguração; a aliança política do presidente Eurico Gaspar Dutra com o presidente do Instituto, Hilton Santos, conforme foi possível evidenciar nos discursos proferidos por figuras políticas de destaque na data da inauguração do Hospital, conforme publicação nos recortes de jornais. Cecília Pecego em seu depoimento corrobora com essa assertiva: “E ele [Dutra] era muito amigo do presidente do IAPETC [Hilton Santos], amigos pessoais mesmo”. Além disso, existia uma aliança em cascata com o diretor do Hospital, dr. Osvaldo Correa de Araújo, conforme afirma Cecília Pecego: “Dr. Hilton Santos indicou dr. Osvaldo para o cargo de diretor e ele [Hilton] confiava inteiramente nele”.

A aliança do dirigente do Hospital do IAPETC com a Escola Ana Néri, representada pela figura de Laís Netto dos Reys, foi de suma importância para dar continuidade ao processo de organização e funcionamento desse Hospital. A referida Escola foi responsável pela formação dos primeiros membros da equipe de enfermagem do Hospital do IAPETC, sem os quais a instituição não poderia ser inaugurada. De acordo com Campos (1944, 1965) não há hospital que possa funcionar, convenientemente, dentro da técnica moderna, sem dispor de um corpo de enfermeiras habilitadas, em curso reconhecido, isto é, em cursos estabelecidos dentro das normas técnicas indispensáveis ao bom e eficiente exercício da profissão. Sem este auxílio técnico, disciplinado e inteligentemente preparado, não há organização que funcione bem por melhor que seja o edifício do hospital, por mais perfeitas que sejam suas instalações e equipamento, por mais sábio e diligente que seja o seu corpo clínico.

O primeiro Hospital do IAPETC foi inaugurado no momento em que o Estado fazia questão de assumir uma posição política oposta a do período anterior, qual seja, contencionista. O Hospital do IAPETC foi inaugurado no advento dos hospitais modernos, quando havia por parte do governo a ênfase na construção de hospitais e ambulatórios por parte dos institutos previdenciários. A área da assistência médica foi objeto de especial atenção do governo, o que veio ao encontro de diversas reivindicações trabalhistas que, por consequência, ao serem atendidas, são para o governo, estratégias de ganhos políticos eleitorais.

2.3 IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM DO HOSPITAL DO IAPETC

Apesar das enfermeiras Cecília Pecego, Nilza Passos, Fernanda Passos, Maria Eleusis Riomar e os vinte e cinco auxiliares de enfermagem conseguirem organizar o Hospital do IAPETC para o dia da inauguração, podemos constatar que o funcionamento do mesmo não poderia ser de pronto, visto que não havia materiais essenciais para o atendimento ao contribuinte do IAPETC:

Ainda no dia da inauguração, quando foi mais tarde, o diretor me chamou e disse que o presidente da República queria ver um doente na cama. Dali a pouco chegou um senhor na ambulância [...] o doente era diabético e não havia insulina e nem seringa de insulina; mandamos comprar imediatamente na farmácia em frente. Felizmente era só isso que o doente tinha, porque se fosse mais grave [...] Acho que o oxigênio estava chegando naquele dia. Ficamos uns três ou quatro dias com esse doente até que se providenciou a medicação; nas primeiras semanas iam sendo admitidos pacientes com diagnósticos mais simples (depoente nº 1).

Na verdade, o Hospital do IAPETC começou a funcionar, mas sem as condições necessárias. Este fato está ligado à política do governo que tentava expandir os serviços de saúde rapidamente, e no caso, exercia pressões sobre os dirigentes do IAPETC visando inaugurar seu Hospital na capital federal a todo custo.

Cecília Pecego conta que tudo foi se organizando ao longo dos meses:

As coisas foram caminhando no dia-a-dia, comprando o material que precisava praticamente no dia. Pedimos uma nutricionista o mais rápido possível. Uma coisa boa que conseguimos foi que queriam que a enfermagem assumisse rouparia, lavanderia, mas eu disse ‘isso eu não posso fazer’ e contrataram uma pessoa muito boa e nós a instruímos (depoente nº 1)

A mesma depoente lembra que a “implantação do Serviço de Enfermagem não foi tão fácil” e comenta que enfrentou uma série de dificuldades:

Foi uma luta muito grande, porque não havia planejamento. O único planejamento que se pensou em fazer [eu ainda não estava lá, pois foi em junho de 1947] foi de enviar um médico para o Hospital dos Servidores do Estado, que estava em franca implantação, muito bem implantado, muito bem treinado, levou quase dois anos para o serviço ser posto em execução. Esse médico simplesmente copiou tudo o que viu nos Servidores, todos os papéis e trouxe já com o nome do IAPETC. Então não houve planejamento e sim uma cópia das coisas que fizeram. Por isso, tivemos muitas dificuldades na implantação; precisávamos de formulários mais simples, porque era um hospital bem mais simples. E tivemos dificuldade na parte gráfica (depoente nº 1).

As dificuldades acima referidas interferiam diretamente no Serviço de Enfermagem, uma vez que a enfermeira era responsável por atividades de cunho administrativo-burocrático relacionadas ao uso de tais impressos e não somente assistenciais.

Outra dificuldade apontada por Cecília Pecego (depoente nº 1) foi a questão dos equipamentos para uso da equipe de enfermagem: “O material não foi de tão boa qualidade; o material de enfermagem foi bastante antigo, pois eles aproveitaram materiais antigos do Ambulatório [do IAPETC]. Mas de qualquer forma, conseguimos preparar as enfermeiras para a inauguração”.

Cecília Pecego também relata outro tipo de dificuldade, qual seja, a de ter que se responsabilizar por outros serviços como o de Farmácia e o de Nutrição, os quais interferiram diretamente na assistência de enfermagem ao paciente até a chegada de profissionais para assumirem tais serviços:

[...] havia um farmacêutico que queria trabalhar, mas ainda não estava liberado de outros compromissos. Então, somente no final de abril é que ele foi trabalhar no Hospital. Também fiquei com a nutrição, com a responsabilidade de verificar a nutrição, porque não tinha nutricionista. Foi um serviço muito desgastante (depoente nº 1)

Cecília Pecego aponta mais uma dificuldade, agora com relação à administração financeira dos gastos do Serviço de Enfermagem:

O tesoureiro do Hospital queria que as enfermeiras mandassem todos os dias, de cada paciente, toda a medicação que eles tomaram e eu disse: ‘Não é possível. Eu não vou colocar uma enfermeira para escrever o dia inteiro quantas ampolas o doente usou’. Então conversamos e fizemos um caderno grande, no qual passávamos todas as ordens médicas, determinando os horários e checávamos ali. Combinei com ele de mandar duas cópias com papel carbono; a original ficava na enfermaria e duas cópias iam para a tesouraria e lá eles faziam a contagem das medicações (depoente nº 1).

Contudo, o que parece é que Cecília Pecego e seu grupo de enfermeiras conseguiram manter-se em uma posição de não aceitar o que era, muitas vezes imposto e conseguiram êxito nessas lutas.

Após a inauguração do Hospital, teve início a incorporação de outras enfermeiras ao seu quadro de pessoal. Algumas vezes esta se dava por indicação de Cecília Pecego e outras vezes mediante entrevistas realizadas por ela com candidatas ao cargo. Eunice Nery da Matta (depoente nº 2) comenta como se deu sua inserção no Hospital do IAPETC: “Um dia Cecília

falou comigo que ia chefiar o Hospital [do IAPETC] e me chamou para ir trabalhar lá”. A respeito da chegada de novas enfermeiras Cecília Pecego comenta:

No final de janeiro e no mês de fevereiro nós conseguimos outras enfermeiras que estavam planejando entrar no Hospital; todas diplomadas pela EAN. No decorrer de fevereiro e março elas foram chegando aos poucos. Até o mês de junho ainda estávamos recebendo novas enfermeiras, porque inaugurava as enfermarias e nós chamávamos (depoente nº 1).

Nas tabelas 1 e 2 são apresentados os dados referentes ao ano de diplomação na EAN e a procedência das primeiras dezoito enfermeiras que foram trabalhar no Hospital do IAPETC.

TABELA 1 – Ano de diplomação na EAN das primeiras enfermeiras laicas do Hospital do IAPETC

Ano de Diplomação	F	%
1939	01	5,6
1942	01	5,6
1943	01	5,6
1945	04	22,2
1946	06	33,3
1947	03	16,6
1948	02	11,1
Total	18	100

Fonte: Dossiê das alunas da EAN classe 1939, 1942, 1943, 1945, 1946, 1947, 1948 pertencentes ao Centro de Documentação da EEAN/UFRJ.

De acordo com os dados da Tabela 1, o maior percentual (33,3%) de enfermeiras que foram trabalhar no Hospital do IAPETC pertencia à classe de 1946. Da classe de 1945, a de Cecília Pecego, havia 22,2%, a de 1947, 16,6% e a de 1948, 11,1%. Estes dados parecem ser justificados pelo próprio depoimento de Cecília Pecego (depoente nº 1): “Quando eu estava no Ambulatório [do IAPETC] entrei em contato com as enfermeiras da minha turma, com as diplomadas depois da minha turma e com as que estavam se formando”. O percentual de 5,6% ficou para as classes de 1939, 1942 e 1943.

O fato das primeiras enfermeiras do Hospital do IAPETC serem formadas pela EAN coincide com a estratégia de ocupação do espaço social. Bourdieu (2007, p.136) diz que “os

conjuntos de agentes que ocupam posições semelhantes e que, colocados em condições semelhantes e sujeitos a condicionamentos semelhantes, têm, com toda probabilidade, atitudes e interesses semelhantes”, logo, terão práticas e tomadas de decisões semelhantes. Portanto, em uma luta simbólica, por exemplo, possivelmente, enquanto grupo de agentes tenderão a pôr menos obstáculos que qualquer outro grupo de agentes.

TABELA 2 – Região geográfica de procedência das primeiras enfermeiras laicas do Hospital do IAPETEC

Região Geográfica	F	%
Norte e Nordeste	11	61
Centro-Oeste	02	27
Sudeste	05	12
Sul	0	0
Total	18	100

Fonte: Dossiê das alunas da EAN classe 1939, 1942, 1943, 1945, 1946, 1947 pertencentes ao Centro de Documentação da EEAN/UFRJ.

Ao analisarmos os dados da tabela 2 podemos comprovar que a maioria das enfermeiras que foram trabalhar no Hospital do IAPETC, nos primórdios de seu funcionamento, era proveniente das regiões norte e nordeste (61%); 27 % da região centro-oeste e 12% da região sudeste do Brasil.

De acordo com Almeida Filho (2004), a maior parte das alunas diplomadas na EAN, na década de 1940, era proveniente das regiões norte e nordeste, com destaque para o norte. Este dado deve ser levado em consideração quanto ao maior número de enfermeiras nortistas e nordestinas inseridas no Serviço de Enfermagem do Hospital em estudo. Eunice Nery da Matta (depoente nº2), diplomada pela EAN em 1946, corrobora com essa afirmação quando diz: “A maioria das alunas da minha turma era proveniente de outros estados, principalmente da região norte. Só duas eram do Rio de Janeiro.”

Cecília Pecego (depoente nº 1) afirma que a contribuição da EAN foi decisiva para a implantação do Serviço de Enfermagem no Hospital do IAPETC, pois foi responsável pela formação dos vinte e cinco primeiros auxiliares de enfermagem, em dezembro de 1947, que iriam trabalhar no Hospital, pela cessão da enfermeira que organizou e chefiou o Serviço de

Enfermagem e também porque as primeiras dezoito enfermeiras que integraram o quadro de pessoal do Hospital do IAPETC eram ex-alunas da EAN.

No tocante à estrutura do Hospital e à organização de seus diversos serviços, Cecília Pecego (depoente nº 1) diz que no período compreendido entre 1948 e 1949 foram inauguradas as seguintes clínicas: médica, cirúrgica, ortopédica, doenças infecto-contagiosas, centro cirúrgico (com três salas de operações), maternidade, berçário. As clínicas existentes no Hospital do IAPETC funcionavam no Prédio principal, exceto a clínica de doenças transmissíveis e tuberculose, que funcionavam em pavilhões separados.

Segundo, Cecília Pecego (depoente nº1), o centro cirúrgico só começou a funcionar quatro meses após a inauguração do Hospital, pois não havia material para o término de sua construção. O atendimento de emergência, assim como todos os outros atendimentos, eram realizados apenas para os funcionários do IAPETC, que após a triagem eram encaminhados para o atendimento pela clínica necessária. A emergência localizava-se no andar térreo do prédio principal, ao lado direito da entrada principal.

O gabinete do diretor também estava situado no térreo, ao lado esquerdo de quem entrava no prédio principal. Ao lado deste localizava-se o gabinete da chefe do Serviço de Enfermagem. Esta localização por si só conferia poder e prestígio à enfermeira que ocupava este cargo, porque segundo Bourdieu:

A capacidade de dominar o espaço, sobretudo apropriando-se [material ou simbolicamente] de bens raros [públicos ou privados] que se encontram distribuídos depende do capital que se possui [...] a proximidade no espaço físico permite que a proximidade no espaço social produza todos os efeitos facilitando ou favorecendo a acumulação de capital social e, mais precisamente, permitindo aproveitar continuamente encontros ao mesmo tempo casuais e previsíveis que garante a frequência a lugares bem freqüentados (1997, p. 163-164).

Depreende-se, portanto, que a proximidade no espaço físico permite que a proximidade no espaço social produza seu efeito de facilitar e favorecer a acumulação do capital social. A capacidade de dominar o espaço e de se apropriar dos bens que este possui depende do capital em jogo. Por outro lado a falta de capital leva à distância física ou simbólica desses bens, em outras palavras, aqueles que não possuem capital são mantidos distantes, tanto fisicamente, como simbolicamente

Segundo Cecília Pecego (depoente nº 1), no segundo andar do Hospital do IAPETC, estava localizada a clínica de ortopedia. A clínica médica de homens e mulheres estava

localizada no terceiro andar. No quarto andar localizava-se tanto a clínica cirúrgica masculina e feminina como o centro cirúrgico, constituído por três salas de operação e uma de repouso pós-anestésico.

A maternidade localizava-se no 5º e último andar do prédio principal, onde funcionavam o Centro Obstétrico com a sala de parto normal e sala de cirurgia cesariana. Neste mesmo andar funcionava a enfermaria de gestantes, puérperas e o berçário, conforme descreve Becker (depoente nº 4): “Tinha o Centro Obstétrico, sala de parto, enfermaria, enfermaria de grávida, enfermaria do menor, parto normal, parto operatório, tinha tudo lá. Era Centro Obstétrico”.

O Centro Obstétrico e o Centro Cirúrgico foram construídos de acordo com as normas da Divisão de Organização Hospitalar (DOH), do Departamento Nacional de Saúde, do MES, que preconizava que o Centro Operatório ou Centro Obstétrico deveria ser disposto no topo do edifício com o objetivo de ficar mais independente, mais isolado, mais reservado das moscas e poeiras. O Centro Operatório poderia ser centralizado em um só pavimento, ao alto, isto é, no sentido horizontal – ou por superposição de grupos de duas salas operatórias, formando um conjunto em sentido vertical, de forma que este serviço fosse localizado em zona terminal do hospital, longe das vias de trânsito intenso como eram as galerias nos vários pavimentos (CAMPOS, 1944, 1965).

Nesse sentido, cabe dizer que de acordo com a DOH a prioridade eram as intervenções cirúrgicas no parto, uma vez que havia proximidade do Centro Operatório com o Centro Cirúrgico, caracterizando, portanto, o distanciamento do parto domiciliar. A mulher desde o século XIX foi alvo do processo de medicalização e mais especificamente no campo obstétrico, na gestação, no parto e no puerpério. A influência do médico tem início com a visita pré-natal e neste momento é decidido, muitas vezes por ele, como o bebê deverá nascer e de que forma (ILLICH, 1975 apud PROGIANTI, 2001, p.46).

Diante disso, as mulheres advindas de uma classe social mais alta, sendo portadoras de um maior capital social e intelectual estariam menos dispostas a enfrentar as dores do parto. Estas foram mais vulneráveis à medicalização, com o objetivo de combaterem as sensações desagradáveis (BOLTANKI, 1989 apud PROGIANTI, 2001, p.51).

Assim, estas mulheres foram as primeiras a adotarem uma assistência médica obstétrica cada vez mais sofisticada, ou melhor, “o estilo tecnificado de parir”, apoiando os médicos, que também pertenciam à sua classe social e contribuindo para a “generalização da medicalização do parto” (PROGIANTI, 2001, p.52).

Vale ressaltar que a medicalização foi uma arma simbólica utilizada pelo Estado populista visando combater as lutas de classes, visto que os trabalhadores urbanos reivindicavam melhorias na assistência médica do país. A medicalização veio ao encontro deste contexto que fez com que os trabalhadores e suas famílias acreditassem que a cura dos seus corpos estaria diretamente ligada ao emprego de técnicas modernas com o uso de aparelhos modernos e medicações provenientes das indústrias farmacêuticas de última geração (RIESSMAN, 1993 apud PROGIANTI, 2001, p.54).

A Irmã Maria Tereza Notarnicola (depoente nº 3) comenta: “O prédio²⁷ situado no centro dos outros prédios era a indústria farmacêutica, onde eram fabricados os medicamentos”.

Para Progianti (2001, p.54) o Estado passou a ser “interventor, organizador e produtor de serviços” ao passo que houve aumento da rede hospitalar em prol dos trabalhadores insatisfeitos com a política de saúde. Tanto o governo de Vargas, como o de Dutra estiveram empenhados em promover a industrialização no Brasil e em atendimento aos interesses da Igreja Católica incentivou à natalidade legalmente. Assim, no campo obstétrico, a intervenção estatal na saúde e os avanços tecnológicos “intensificaram o processo de hospitalização e medicalização” não só do parto, como também da assistência à saúde no geral.

Na concepção de Bourdieu (1997, p.160), a estrutura do espaço social se manifesta sob a forma de “oposições espaciais, ou seja, o espaço habitado funciona como uma espécie de simbolização espontânea do espaço social. A discussão envolvendo a utilização do conceito de efeito do lugar proposto por Bourdieu (1997) é apropriada na medida em que as coisas que são apropriadas pelos agentes e estão situadas no espaço social podem ser caracterizadas por sua posição relativa e pela relação com outros lugares, como por exemplo, neste caso, o Centro Operatório e o Centro Obstétrico estarem localizados no topo do edifício do Hospital do IAPETC. Esta localização confere simbolicamente um caráter de distinção no espaço social para os agentes que a ocupam e exprime uma estrutura hierarquizada no espaço físico.

²⁷ Atualmente é o denominado Prédio 3.

O “espaço social se retraduz no espaço físico”, ou seja, o poder sobre o espaço social que a posse de diferentes tipos de capital proporciona se manifesta no espaço físico. Nesse sentido, como a medicalização estava em seu auge no período estudado, o Centro Obstétrico e o Centro Operatório, ambos, espaços sociais comandados por médicos estavam localizados no topo do edifício, demonstrando simbolicamente o poder destes agentes apoiados pelo Estado populista.

O comentário acima tem lugar no caso em estudo. Vejamos o que Cecília Pecego comenta:

No primeiro andar do Prédio do Laboratório²⁸ estavam localizadas a sala de costura, a rouparia e o necrotério. No segundo andar era o Laboratório de Análise Clínicas, onde eram realizados exames de todos os tipos. Um dos chefes do laboratório era filho do Oswaldo Cruz, dr. Walter Oswaldo Cruz²⁹. A residência das Irmãs de Caridade, mais à frente, foi localizada no Prédio do Laboratório, no 5º andar, no sótão³⁰. O local ficava trancado com uma porta de madeira e outros funcionários não tinham acesso, somente as Irmãs circulavam no andar (depoente nº 1).

Raimunda Becker (depoente nº 4) diz: “O Prédio³¹ que está localizado na Av. Londres era onde ficavam as enfermarias de doenças transmissíveis e de tuberculose”. Cecília Pecego (depoente nº 1) comenta: “O pavilhão de doenças transmissíveis começou a funcionar no final de 1948. Era constituído por quartos separados para internação de pacientes que apresentavam doenças que necessitavam de isolamento, como tuberculose e leishmaniose”.

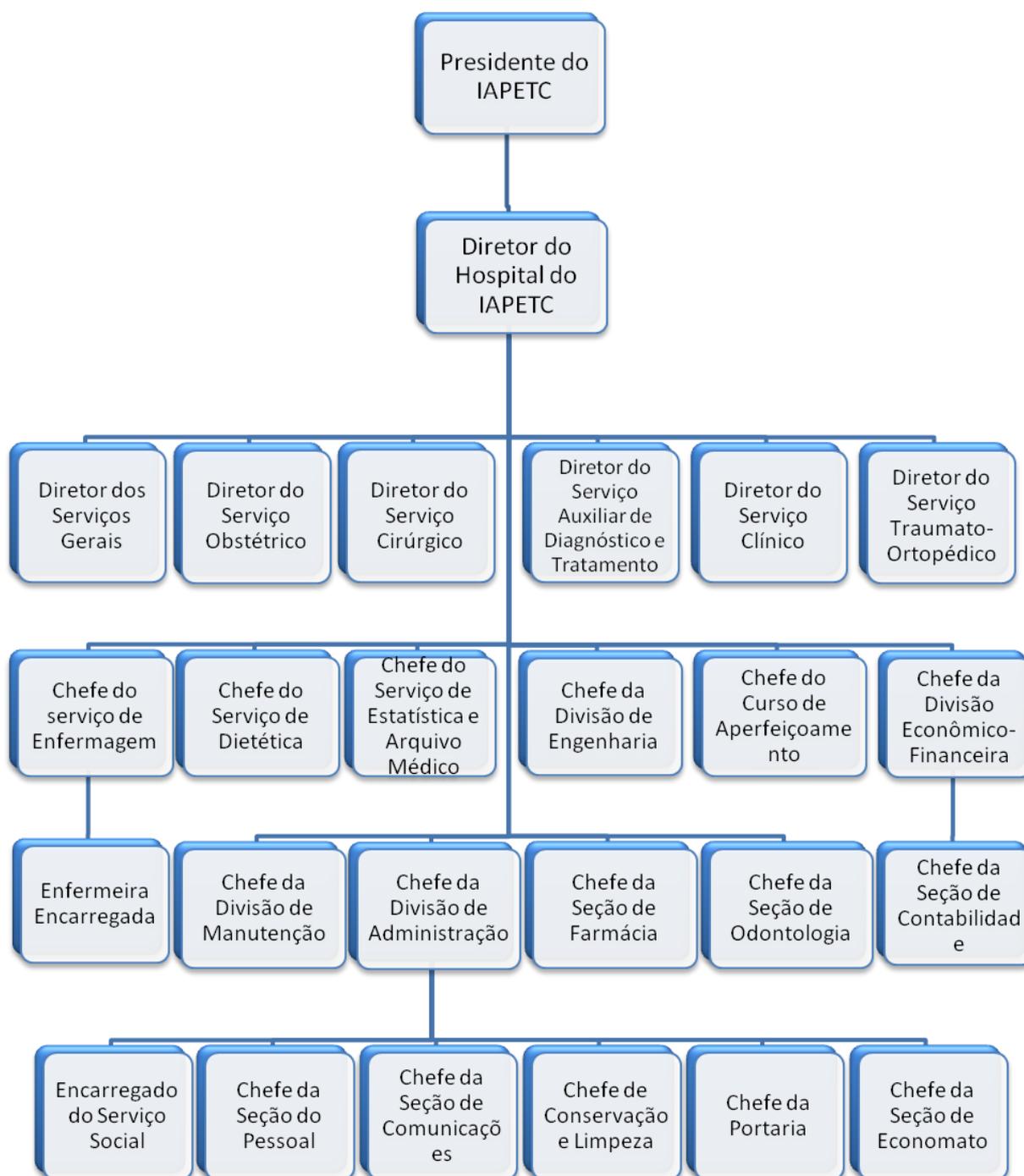
²⁸ Atualmente denominado Prédio 5.

²⁹ Oswaldo Cruz foi cientista, médico, bacteriologista, epidemiologista e sanitarista brasileiro; fundou o Instituto Oswaldo Cruz no bairro de Manguinhos, cidade do Rio de Janeiro, respeitado internacionalmente. Seu filho, Walter Oswaldo Cruz foi médico microbiologista, hematologista, cientista e chefiou a Divisão de Patologia do Instituto Oswaldo Cruz até 1964, quando se afastou por motivo de doença (MOURA, 1987).

³⁰ O sótão que a Irmã Maria Tereza Notarnicola se refere existe até hoje e está desativado, sendo um local com vários documentos da Anatomia Patológica e Residência médica e de enfermagem, dentre outros. Vale destacar que nesse período da fala da depoente as Irmãs ainda não haviam chegado ao Hospital do IAPETC.

³¹ Atualmente é o Prédio do Ambulatório, prédio 6.

QUADRO 3 – Organograma do Hospital do IAPETC vigente em 1948-1949, o qual deu origem ao disposto no Decreto nº 26.663, de 12 de maio de 1949, que altera o quadro Permanente do Instituto de Aposentadoria dos Empregados em Transportes e Cargas, e dá outras providências



No Quadro 3 podemos compreender como estava estruturada a hierarquia no Hospital do IAPETC. A estrutura formal, segundo Oliveira (1994), é aquela deliberadamente planejada e formalmente representada, em alguns de seus aspectos, pelo organograma. O organograma, segundo Mintzberg (1995), apesar de não mostrar os relacionamentos informais, retrata fielmente a divisão do trabalho e exibe de forma clara quais posições existem na organização, como estas são agrupadas em unidades e como a autoridade formal flui entre elas. O organograma verticalizado significa subordinação direta através dos traços e a divisão por departamentos ou seções que demonstram uma estratégia de melhor administração pela direção geral.

No caso do Hospital do IAPETC o Serviço de Enfermagem tinha as seguintes subordinações: ao presidente do Instituto (dr. Hilton Santos, com amplos poderes) e ao diretor do Hospital (dr. Osvaldo Correa de Araújo). Segundo Chiavenato (1981, p.151) “as estruturas organizacionais caracterizam-se por uma cadeia de comando, ou seja, por uma linha de autoridade que interliga as posições da organização e especifica quem se subordina a quem”.

O cargo de diretor do Hospital do IAPETC apresenta uma linha direta de subordinação ao presidente do IAPETC e o cargo de chefe do Serviço de Enfermagem apresenta linha direta de subordinação ao diretor do Hospital, não havendo qualquer subordinação a diretores de serviços médicos. O cargo de enfermeira encarregada (as responsáveis pelas clínicas) apresentava linha direta de subordinação apenas com a chefe do Serviço de Enfermagem.

Outro ponto de interesse a ser apresentado é o funcionamento do Serviço de Enfermagem ao longo dos anos de 1948 e 1949, estando como chefe do Serviço de Enfermagem, Cecília Pecego. Eunice Nery da Matta (depoente nº 2) explica que o Hospital do IAPETC só atendia os pacientes que vinham encaminhados do ambulatório do IAPETC, os quais eram diretamente encaminhados para a clínica de sua necessidade.

Cecília Pecego (depoente nº 1) explica que o horário de trabalho dos membros da equipe de enfermagem do Hospital do IAPETC era dividido em turnos: o turno da manhã de 07:30 às 13:30 h e turno da tarde das 13:30 às 19:30 h, diariamente de segunda à segunda. O turno da noite era das 19:30 às 07:30 h e funcionava por regime de plantão, com escala de 12x36 h.

Eunice Nery da Matta (depoente nº 2) comenta que as clínicas tinham cerca de três auxiliares de enfermagem por turno para atendimento aos pacientes internados e uma enfermeira encarregada. À época não existiam atendentes de enfermagem no Hospital do IAPETC. A escala de serviço era anotada no livro de Ordens e Ocorrências e no livro de relatório constavam os pacientes que haviam apresentado alguma anormalidade no período.

Quanto à questão das medicações Eunice Nery da Matta explica:

A farmácia funcionava assim: fazia-se o pedido, levava-se para o administrador dar o visto e mandava-se para a farmácia. E a farmácia mandava entregar no andar. Os pedidos eram realizados por mim (encarregada da clínica) e encaminhados por mim ou pelos auxiliares (depoente nº 2)

Esta mesma depoente comenta sobre o funcionamento da rouparia: “todos os dias havia aquela rotina de distribuição de roupa nos andares, nas clínicas. A roupeira recolhia a roupa suja nas enfermarias, dentro dos banheiros. Era um funcionário da Companhia. Eu não recordo de Irmã nessa época”.

A enfermeira encarregada da clínica tinha como uma de suas atribuições a realização da escala de serviço dos auxiliares de enfermagem, recebimento do plantão da noite, leitura do relatório noturno juntamente com os auxiliares de enfermagem, checagem das papeletas dos pacientes, fiscalização do serviço de limpeza do setor, visita diária aos pacientes acompanhando o chefe médico da clínica. Eunice Nery da Matta detalha algumas dessas atividades:

Eu fazia a escala do pessoal que trabalhava comigo, fiscalizava o serviço do pessoal, do servente, entrava nos banheiros para ver se estavam bem cuidados, se estavam limpos mesmo. Quando eu chegava de manhã lia com os auxiliares de enfermagem o relatório da noite na minha sala. Via as papeletas, lia o relatório para saber como os doentes passaram a noite e depois fazia a divisão do serviço. Fulano de tal ficará com leito tal, tal, tal. Era muito bom (depoente nº 2).

Nesse depoimento temos um conjunto de serviços de caráter administrativo e fiscalizador e não de assistência direta ao paciente cirúrgico. Questiono, durante a entrevista, acerca de quem realizava os curativos cirúrgicos. Eunice Nery da Matta (depoente nº 2) responde: “Os mais graves eram os médicos que faziam, os mais simples eram os auxiliares que faziam. Eram os auxiliares que cuidavam integralmente dos pacientes”.

A Irmã Maria Tereza Notarnicola (depoente nº 3) confirma a assertiva acima: “Elas [as auxiliares de enfermagem] davam banho de leito, medicação. A enfermeira chefe acompanhava dentro da burocracia.” Esta afirmação corrobora com o que já foi discutido

acerca da função da enfermeira no Hospital Moderno ser voltada principalmente para atividades de caráter burocrático.

Apesar da distância temporal de mais de sessenta anos, Cecília Pecego fez a seguinte reflexão:

Era muito complicado, mas pelo menos salvamos a enfermagem. Foi uma luta muito grande para a gente colocar a enfermagem naquilo que era realmente a sua função [...] Não deu para fazer o que eu queria, mas deixei o Hospital com a enfermagem organizada, trabalhando nos moldes da ética que nós aprendemos, nos moldes dos serviços de atendimento ao cliente que nós queríamos, defendendo os pontos de vista da enfermagem, diante da direção do Hospital (depoente nº 1).

Sabe-se que no interior de cada um dos espaços sociais estabelecem-se contínuos embates, de diferentes formas, envolvendo os ocupantes das posições dominantes e os ocupantes das posições dominadas. As alianças e as lutas concorrenciais são estabelecidas com o propósito de assegurar e mesmo de ampliar as posições de poder e prestígio no interior dos espaços sociais. As situações enfrentadas por Cecília Pecego e seu grupo eram questões que envolviam a enfermagem nacional, como por exemplo, a atribuição da enfermeira, que muito se discutia à época. Portanto, isto exigia o estabelecimento de alianças de acordo com os interesses em jogo. No caso, Cecília Pecego e Laís Netto dos Reys empreenderam esforços para assegurar uma melhor posição para a EAN no Hospital do IAPETC:

O nosso planejamento foi bem feito, porque nós fizemos um curso de auxiliares e procuramos colocar o máximo possível de enfermeiras da Escola Ana Néri [...] Nós tínhamos um potencial muito grande de antigas alunas, que estavam em outros serviços e queriam ir pro nosso. Foi uma época muito boa para a enfermagem no sentido de poder colocar enfermeiras diplomadas em todos os setores (depoente nº 1)

Cabe destacar que naquele momento histórico de implantação do Serviço de Enfermagem no Hospital do IAPETC, Laís Netto dos Reys foi de suma importância, pois era detentora de um extraordinário volume de diversos tipos de capital. E isto em muito deve ter favorecido a articulação de todo aquele processo.

Assim, Laís Netto dos Reys foi ganhando espaço no campo que queria se inserir e inserir a EAN baseando-se na sua percepção individual, na sua forma de pensar e tendo condutas de acordo com essa percepção. Bourdieu (2007) explica que o indivíduo é sujeito da estrutura estruturada do campo, dos seus códigos e preceitos. A percepção individual ou do grupo, a sua forma de pensar e a sua conduta são constituídas segundo a estrutura do que é perceptível, pensável e julgado razoável do campo em que se inscrevem.

Portanto, podemos dizer que Laís Netto dos Reys, ao atender à solicitação do diretor do Hospital do IAPETC, dr. Osvaldo Correa de Araújo, garantiu que a EAN ocupasse mais um importante espaço hospitalar na década de 1940. O fato é que a contribuição da EAN foi decisiva para o sucesso da organização e implantação do Serviço de Enfermagem no Hospital do IAPETC.

CAPÍTULO III - EFEITOS SIMBÓLICOS DA NOVA ORDEM PARA O HOSPITAL DO IAPETC NO CAMPO DA ENFERMAGEM

O presente capítulo está dividido em duas partes, sendo que a primeira trata dos modelos de enfermeiras existentes na década de 1940. Para isso foi importante contextualizar o movimento católico dos anos 30 e 40 do século XX, uma vez que este foi responsável pela formação de enfermeiras portadoras de *habitus* profissional religioso. Na segunda parte a ênfase recai nas estratégias das Irmãs de Caridade com o objetivo de assegurar seu espaço no campo da saúde e discute as lutas simbólicas empreendidas por essas religiosas, agentes do Hospital do IAPETC e enfermeiras laicas pela ocupação do espaço social do cenário em estudo.

3.1 MODELOS DE ENFERMEIRAS NO BRASIL: O RELIGIOSO X O ANGLO-AMERICANO E O MOVIMENTO CATÓLICO DOS ANOS 30 E 40 DO SÉCULO XX

Modelo Pré-profissional: Religioso

Nas primeiras décadas do século XVII, a França iniciou um movimento de revitalização do catolicismo, tendo como exemplo a Companhia do Sagrado Sacramento (CSS), que reunia leigos e clérigos com forte influência no Estado e na Sociedade Civil. Dentre os membros dessa Companhia destacava-se o sacerdote francês da Ordem de São Francisco de Assis, Vicente de Paulo (1580-1660), que em muito contribuiu para que a CSS atingisse os seus objetivos de “assistência aos indigentes, devoção, luta contra os protestantes e reforma dos costumes” (DUBY e PERROT, 1995 apud PERES, 2008, p.54).

Até o século XVIII a prática caritativa estava sob o domínio da Igreja Católica, que mediava os que tinham poder de perdoar e os que podiam ser perdoados. A caridade aliviava a dor dos pobres, salvava os seus semelhantes e assegurava a felicidade eterna. Os ricos possuíam a tutela dos pobres e os primeiros teriam sua vaga reservada no reino dos céus (SÁ, 1998 apud PERES, 2008).

As doze primeiras Irmãs da Companhia das Filhas da Caridade³² chegaram ao Brasil em 29 de novembro de 1848, sendo autorizada a sua vinda pelo Conselho da Associação São

³² As Irmãs de Caridade pertencem à Congregação das Filhas da Caridade de São Vicente de Paulo, servas dos pobres, de vida apostólica e comunitária, fundada em Paris, no ano de 1633. O padre Vicente de Paulo com Luiza de Marillac (1591-1660), devota, viúva rica, que se dedicava a ajudar aos pobres criaram a Sociedade das

Vicente de Paulo (ASVP), situado em Paris. Sua principal missão era conquistar um novo campo de atuação para a Companhia. Iniciaram suas atividades em Mariana, estado de Minas Gerais, junto à comunidade, com a consolação, cura de doenças, alívio dos pobres e bom tratamento a todos (CASTRO, 1936).

A vocação de outras religiosas era cumprida pela contemplação e pelo claustro, porém para as Filhas da Caridade a vocação era fruto da caridade praticada com suas próprias mãos. A ASVP, por razões de atendimento às necessidades da sociedade e da Igreja, traz uma nova forma de vida evangélica, na qual deveria encontrar a Deus, através da participação do mundo dos pobres (DUBY e PERROT, 1995 *apud* PERES, 2008).

A principal missão das Irmãs que as distinguiam de outras ordens religiosas, além da assistência aos enfermos, representava uma estratégia de ensino da arte de cuidar baseada nos princípios de “tolerância, submissão, conformismo e alienação” (PADILHA, 1997, p.196).

As atividades iniciadas pelas Irmãs, em Mariana, contribuíram para a expansão do trabalho da Companhia das Filhas da Caridade do espaço comunitário para o espaço hospitalar. O discurso dessas religiosas foi reconhecido socialmente, o que caracterizou o início do controle assistencial e administrativo nos espaços hospitalares do país (BEZERRA, 2002).

Nesse sentido, Bourdieu afirma que:

O reconhecimento da legitimidade mais absoluta não é outra coisa senão a apreensão do mundo comum como coisa evidente, natural, que resulta da coincidência quase perfeita das estruturas objetivas e das estruturas incorporadas (2007, p. 145).

Nesse período, o Brasil era um campo propício para atuação das Irmãs de Caridade, pois havia sido colonizado por uma metrópole católica e, além disso, o Estado e a Igreja eram aliados. Em 1851, o Imperador D. Pedro II considerou que as Irmãs deveriam atuar na luta contra a epidemia de febre amarela. Vieram trinta Irmãs de Caridade para trabalharem na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, em 20 de setembro de 1852 (PADILHA, 1997).

Senhoras de Caridade, composta por damas burguesas e fidalgas, que tinham como missão prover recursos e assistência aos necessitados em suas paróquias. Porém, apesar das damas da alta sociedade garantirem os recursos necessários para o andamento da obra, elas enviavam as suas criadas para levarem as doações aos pobres. Sendo assim, o Padre Vicente recorreu a mulheres do povo que se tornariam “Filhas da Caridade”, pertencentes à Congregação (DUBY e PERROT, 1995 *apud* PERES, 2008).

Até a Proclamação da República, cabia ao Estado a soberania portuguesa sobre a Colônia e à Igreja Católica a função de educar, “controlar as almas”, sendo um instrumento eficaz para auxiliar na obediência das pessoas ao Estado (CUNHA, 1986).

O final da década de 1920 foi marcado pela decadência da economia cafeeira e pelo amadurecimento das contradições econômicas e complexidade social geradas pelo desenvolvimento capitalista realizado sob a égide da expansão do café (FAUSTO, 2004).

Na área da saúde, na década de 1920, no Brasil, a influência cultural norte-americana crescia. E isto pode ser comprovado com a vinda de profissionais americanos para o país para atuar em diversos campos (SAUTHIER; BARREIRA, 1999).

Com a República, a Igreja perdeu espaço social e por conseqüência poder e prestígio no campo da saúde e da educação, seus principais campos de atuação. A partir daí inicia-se o movimento católico, na tentativa de recuperar o monopólio perdido. Concomitante a este movimento, a influência norte-americana no país crescia e ocupava espaço, culminando com a vinda das enfermeiras americanas para o Brasil (CUNHA, 1986).

Baptista e Barreira (1997) afirmam que a mudança estrutural da sociedade acarretou, entre outras coisas, um choque nas relações entre o Estado Republicano, de forte inspiração positivista, portanto cientificista e anticlerical, e a Igreja.

Modelo Profissional Laico: Anglo-Americano

Enquanto o clero tentava recuperar o seu prestígio, em setembro de 1921, chegou ao Brasil, a primeira enfermeira norte-americana, Ethel Parsons, como chefe da Missão de Cooperação Técnica para o Desenvolvimento da Enfermagem no Brasil. Isso foi possível devido a um convênio firmado entre a Fundação Rockefeller³³ e o governo Brasileiro. O objetivo desse convênio era sustentar a Reforma Carlos Chagas, que já estava em andamento (SANTOS, 1998).

O diagnóstico traçado por Miss Parsons a respeito da situação de formação do pessoal de enfermagem e de prestação de assistência à saúde no Rio de Janeiro foi que as escolas de enfermagem à época não tinham o padrão mínimo adotado nos “países anglo-saxões”.

³³ Organização americana que atuou em vários países, especialmente na América Latina. Investia no campo da saúde e enfermagem. Foi a financiadora da Missão Parsons (SANTOS, 1998).

Destacou, ainda, que os hospitais apresentavam super lotação e a enfermagem era representada por pessoas ignorantes, de ambos os sexos (SANTOS, 1998).

A primeira providência visando modificar essa situação foi o estabelecimento de um Serviço de Enfermeiras no Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP). E a partir deste foi criada, em 1922, a Escola de Enfermeiras do DNSP, atual Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, nos moldes do ensino anglo-americano, com uma visão de mundo protestante e orientada para uma conduta metódico-racional (BARREIRA, 2001).

As enfermeiras norte-americanas trouxeram para o Brasil a visão de que estas deveriam ser profissionais instruídas e bem remuneradas, o que era bem diferente do modelo religioso propagado pelas Irmãs de Caridade. Estas nas primeiras décadas do século XX exerciam a enfermagem sem possuírem o diploma de enfermeiras (BAPTISTA; BARREIRA, 1997).

A enfermagem profissional estruturou-se a partir de oposições envolvendo a hierarquia entre médicos e enfermeiras, entre a força simbólica do saber dos primeiros e a fragilidade e ambigüidade do chamamento médico-religioso das enfermeiras, entre o esoterismo e a laicização do conhecimento que embasa a profissão. Pode-se pensar, também, em seu nascimento sob a égide do trabalho em saúde pública, de caráter interdisciplinar e do trabalho em equipe, pelo eixo da capacitação e supervisão das ações de saúde (MOREIRA, 1999).

As inúmeras estratégias de centralização do olhar disciplinar do Estado no processo de sanitização do país requereram novos agentes, entre os quais os profissionais de enfermagem. A moral, a prevenção, a educação e o discurso higiênico tornaram-se artifícios essenciais para organizar a população naquele início de século. O trabalho público da mulher-enfermeira aciona as imagens sagradas da mulher “dona de casa”, “mãe de família”, favorecida pela pureza da maternidade. Apresentam ainda imagens religiosas que nos remetem aos cuidados prestados pelas freiras, primeiras gestoras do espaço hospitalar e ainda, imagens que remontam à idade média, quando os cuidados prestados aos doentes eram identificados às bruxas (EHRENREICH e ENGLISH, 1973).

É sob esta pluralidade de imagens e sob a égide do feminino que nasceu a enfermagem moderna no Brasil. Torna-se, então, necessário modificar o campo da enfermagem para deixar

aflorar a mulher pura, a professora primária que faz do trabalho uma extensão daquilo que "natural e instintivamente" o feminino lhe propicia: proteger e ensinar as crianças. Nesta ordem, recrutar moças de família e diplomadas pelas escolas normais garantia a origem social e cultural das futuras enfermeiras: brancas e de classe média (MOREIRA, 1999).

A enfermagem moderna brasileira nasceu sob a égide do 'branqueamento' aqui retratado. Os pré-requisitos para admissão ao curso da Escola Ana Néri não poderiam ser diferentes, tratando-se de uma profissão que trazia como parentescos simbólicos a associação entre mulher e promiscuidade, laicização e vulgarização, brancos e negros. A urgência de garantir prestígio social para a enfermagem exigia critérios rigorosos que afastassem, por exemplo, a lembrança de que, socialmente, as tarefas de cuidado e gestão dos espaços cabiam, de início, nos hospitais, aos negros analfabetos e, posteriormente, aos visitantes de enfermagem (mulheres e homens), sem nenhuma formação escolar, como nos informou Parsons em seu relatório sobre as condições sanitárias do país (MOREIRA, 1999).

A Escola de Enfermagem Ana Néri demarca a implantação de um novo modelo de ensino de enfermagem, diferente do modelo pré-profissional religioso. Como o prestígio da Igreja Católica junto ao governo já vinha diminuindo desde a Proclamação da República, isso contribuiu mais ainda para que o clero perdesse espaço social (BARREIRA, 1999).

Diante desse quadro, no século XX, a Igreja Católica, articulava estratégias para voltar ao cenário sócio-político do país, porém os educadores liberais defendiam um sistema educacional liberal, gratuito e laico (BEZERRA, 2002).

As Irmãs de Caridade detinham o poder na área da saúde nas instituições hospitalares, tanto na assistência quanto na administração desde 1852. Com o Decreto nº 20.109, de 15 de julho de 1931, que regulava o exercício da Enfermagem no país e deu outras providências, como: reconheceu a Escola de Enfermagem Ana Néri como oficial padrão para efeito de criação e reconhecimento de outras escolas de enfermagem brasileiras e determinou que só poderiam exercer a profissão de enfermagem os que tivessem o diploma oficial de enfermeiro da Escola Oficial padrão ou em instituição a ela equiparada, as mesmas viram-se ameaçadas; afinal de contas, os religiosos detectaram inaptidão de seu pessoal e a possibilidade de se tornarem inferiores caso não providenciassem uma mudança nesse contexto (PINHEIRO, 1962).

Dentre os projetos da Igreja católica de restaurar o catolicismo no Brasil podemos destacar a fundação da Confederação Católica do Rio de Janeiro, em 8 de dezembro de 1922, com o objetivo de coordenar e dinamizar o apostolado leigo. Em 4 de outubro deste mesmo ano foi lançada a pedra inaugural do Cristo Redentor, significando o símbolo de reascensão da Igreja no Brasil. Ainda em 1922 o Papa Pio XI foi nomeado, o que foi fundamental para o seguimento dos projetos realizados pela Igreja, uma vez que o seu maior objetivo era a restauração católica. Em 12 de outubro de 1929 foi promulgada a Lei nº 1.092 que permitiu a instrução religiosa, no horário escolar e nos estabelecimentos públicos. Esta lei foi de fundamental importância, pois representou o retorno da educação religiosa ao cenário escolar brasileiro. E isto se deveu, principalmente, pela aliança do Estado com a Igreja (AZZI, 1977, 1978).

Modelo Profissional Religioso e Modelo Profissional Laico

O pacto formal entre a Igreja e o Estado sobre a instrução religiosa nos cursos primário, secundário e normal foi realizado em 30 de abril de 1931, pelo Decreto nº 19.941. Com os empreendimentos de Francisco Luís da Silva Campos³⁴, Ministro da Educação e Saúde Pública (1930-1932), voltados para a reconstrução social, o sistema educacional começou a sofrer reflexos e para o governo foi uma arma poderosa no sentido de sua sustentação e ainda de sua manutenção no poder. Este Ministro foi importante agente na elaboração de metas que sustentaram o governo por um longo período, uma vez que na sua concepção a educação oferecia a possibilidade de reconstrução social. Foi também o criador da primeira legislação educacional nacional. No que se refere ao campo da educação em enfermagem, a ASVP foi a primeira Congregação a tentar diplomar suas religiosas, pois constatou a ineficiência de seu pessoal e ainda verificou que o acesso ao ensino formal colocaria as Irmãs de Caridade no mesmo patamar das enfermeiras diplomadas pela EAN (CUNHA, 1986; MORAES et al, 1999; PINHEIRO, 1962).

Assim, a ASVP manteria o poder e prestígio no campo da saúde, ou seja, um capital detido e controlado pela Congregação que estava sendo ameaçado pela falta de Irmãs detentoras de capital institucionalizado. Diante da aliança do Estado com a Igreja na década de 1930, Getúlio Vargas assinou o Decreto nº 22.257, em 26 de dezembro de 1932,

³⁴ Francisco Campos, Ministro da Educação e Saúde do Governo Provisório. Caracterizava-se como um político que mantinha estreita aliança com a Igreja católica.

conferindo às Irmãs de Caridade, os mesmos direitos das enfermeiras de saúde pública, desde que tivessem seis ou mais anos de prática de enfermagem. A promulgação desse Decreto permitiu que algumas religiosas continuassem a exercer a enfermagem e ainda proporcionou algum tempo para que as Congregações pudessem se organizar e formularem estratégias para diplomar as suas religiosas em enfermeiras (BAPTISTA; BARREIRA, 1997; BEZERRA, 2002).

Fiusa (2000) diz que era necessário a promulgação do Decreto supracitado, porque o motivo religioso era muito maior que as leis. A tradição das irmãs ocuparem o campo da assistência era uma segurança para o Estado. Além disso, nota-se que as Irmãs acreditam que a assistência da enfermagem pertencia a elas, conforme afirma Fiusa (2000, p. 4-5): “Estamos na assistência desde que eu me entendo por gente, desde o século XVII e, no Brasil, desde o século XIX. Sempre foi a gente que prestou assistência”.

Não só houve o Decreto favorecendo as Irmãs de Caridade, como também para outras categorias, como o Decreto nº 21.141, de 10 de março de 1932 que assegurava ao exército brasileiro o controle de seus quadros de enfermagem. E isto foi realizado através da organização do Curso de Enfermeiros da Escola de Saúde do Exército, com a duração de um ano. Os militares formados por esse curso tinham seus diplomas registrados na Diretoria de Saúde da Guerra e não no Departamento Nacional de Saúde Pública, como ocorria com as enfermeiras diplomadas na Escola Padrão (BAPTISTA; BARREIRA, 1997).

No que se refere ao Governo de Vargas e sua aliança com o clero, um marco importante foi a inauguração da estátua do Cristo Redentor, em 12 de outubro de 1931. O evento contou com um grande número de fiéis, o que demonstrou ao Estado, o poder político da Igreja. O monumento no alto do morro do Corcovado foi estratégico, pois com isso a Igreja manifestou a implantação da restauração católica no país (AZZI, 1977; BEZERRA, 2002).

O primeiro movimento no sentido de diplomar as Irmãs como enfermeiras ocorreu no ano de 1931, quando Rachel Haddock Lobo, primeira enfermeira brasileira a ocupar o cargo de diretora da EAN, aceitou três Irmãs como alunas: Helena Vilac (Irmã Margarida Vilac), Hermínia da Luz Pinto (Irmã Eugênia Pinto) e Olma Zayla de Carvalho (Irmã Thereza Carvalho). Porém as mesmas desistiram do curso, tendo a experiência fracassado (SANTOS, 1998).

Para Bezerra (2002, p.70), as Irmãs de Caridade não encontraram na EAN o ambiente religioso de que necessitavam para continuarem com as atividades acadêmicas, o que traria a aquisição do capital institucionalizado (diploma). O fato é que as Irmãs teriam que abrir mão das suas atividades religiosas determinadas pela Igreja Católica durante o período do curso. A autora conclui que a “não prática dos hábitos parece ter sido mais forte do que a necessidade da obtenção do diploma de enfermeira”.

O movimento das Congregações para titulação de suas religiosas continuou. Em 07 de julho de 1933 foi criada a Escola de Enfermagem Carlos Chagas (EECC), pelo Decreto Estadual nº 10.952, nas dependências do Hospital São Vicente de Paulo em Belo Horizonte, oferecendo um ambiente adequado às Irmãs. Desta forma elas poderiam exercer as suas atividades religiosas associadas às atividades acadêmicas. A primeira diretora da EECC foi Laís Netto dos Reys³⁵, enfermeira diplomada pela primeira turma da EAN, em 1925, católica convicta e que possuía fortes alianças com o clero e com o governo de Vargas (BEZERRA, 2002).

A figura de Laís Netto dos Reys foi de suma importância, pois era detentora de capital cultural, social e científico³⁶ elevadíssimos, ou seja, suas relações favoreciam a articulação de todo esse processo de diplomação das primeiras Irmãs de Caridade. A EAN era laica, mas oferecia condições das alunas estudarem enfermagem aliada às práticas religiosas. Tanto que, a Irmã Matilde Nina, superiora das Irmãs no Hospital do IAPETC no período em estudo, integrou a primeira turma dessa Escola, diplomando-se em 1936 (BEZERRA, 2002; CENTRO DE MEMÓRIA MATILDE NINA/FELM, 1948).

Cabe lembrar que foi a Irmã Matilde Nina, em 1948, que intermediou a ida das Irmãs de Caridade para o Hospital do IAPETC. A Irmã Nina, como era conhecida, nasceu em 25 de outubro de 1899, em São Luiz do Maranhão e faleceu em 15 de agosto de 1985 no Rio de Janeiro. Sua vida teve forte influência católica, primeiramente transmitida por seus pais (*habitus* primário) e depois, pelos espaços sociais em que estava inserida (*habitus*

³⁵ Laís Netto dos Reys foi diretora da Escola Ana Néri de 1938-1950, quando faleceu. Figura de destaque na enfermagem brasileira, pertencente a uma família tradicionalmente envolvida com política. Detentora de um grande capital cultural e social. Logo após diplomar-se enfermeira na primeira turma de diplomadas da EEAN, recebeu bolsa de estudos da Fundação Rockefeller para estudar nos Estados Unidos.

³⁶ Logo após diplomar-se em 1925, recebeu bolsa de estudos pela Fundação Rockefeller, para estudar nos Estados Unidos. Em 1927 foi nomeada pelo DNSP enfermeira de saúde pública e passou a chefiar o Centro de Saúde de Inhaúma. Em 1928 viajou pela Europa visitando os principais países, aumentando seu capital social e profissional. Na ocasião, realizou o curso de psicologia e pedagogia em Paris (CDOC EEAN/UFRJ. Doc. 30, cx 87, 1976).

secundário). Em 1922, foi contratada para lecionar no Colégio Imaculada Conceição, em Fortaleza, após ter realizado o curso normal. Em 15 de junho deste mesmo ano iniciou o curso de noviciado e o concluiu em 7 de abril de 1923, na Casa Central, sede da Província no Brasil, localizada no Rio de Janeiro. Realizou várias atividades em muitas comunidades e em 1934 foi estudar enfermagem na EECC (BEZERRA, 2001).

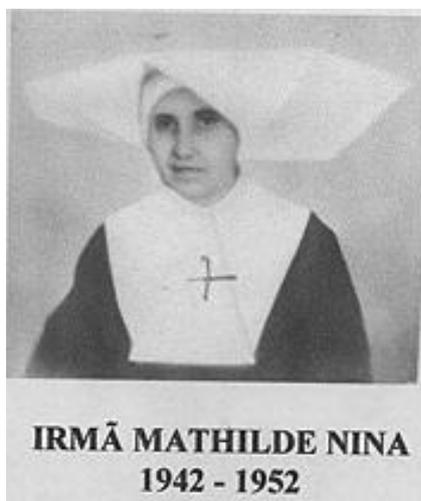


Foto nº 10: Foto da Irmã Matilde Nina, quando assumiu a direção da EELM, em 1942. Permaneceu no cargo pelo período 1942-1952.

Localização: Centro de Memória Matilde Nina/ São Camilo.

Bezerra (2002, p.84) afirma que Matilde Nina, ao cursara enfermagem, passou por um “processo de inculcação que a conduziu à aquisição de um novo *habitus*”. Porém, tal processo não encontrou oposição de seus superiores, uma vez que essa conquista do *habitus* profissional foi realizada em um espaço permeado pela doutrina católica. E isto aconteceu com outras Irmãs que passaram pelo mesmo processo.

No tocante à educação, após o término da Revolução Constitucionalista em 1932, iniciou-se o processo de formação da Assembléia Nacional Constituinte, instalada em 15 de novembro de 1933, que ficou com a responsabilidade de formular uma nova Constituição para o país. Em julho de 1934 a nova Constituição estava terminada, finalizando o governo provisório e tornando Getúlio Vargas presidente da República dos Estados Unidos do Brasil. Pela Carta Magna, a atuação do governo seria até o ano de 1938, mas Vargas em 10 de novembro de 1937 fechou o Congresso, anunciou a entrada de uma nova constituição e deu início a uma nova fase política; o Estado Novo (1937-1945) (FAUSTO, 2004).

Esse novo regime político deu condições ao clero para continuar consolidando a sua aliança com o Estado. Em maio de 1937 foi entregue ao Ministro da Educação e Saúde

Pública, Gustavo Capanema, o relatório final do Plano Nacional de Educação com o objetivo de conduzir a sociedade para uma ordem moral, implicando em seleções de valores, disciplina e hierarquia. Com esse Plano o clero ganha nova força, impondo sua ideologia religiosa, uma vez que suas ações estavam baseadas em leis, como por exemplo, o Decreto nº 2.265, de 25 de janeiro de 1938, que determinava que a função da Igreja nunca poderia ser diminuída. Sendo assim, o Estado beneficiou-se da aliança com a Igreja, uma vez que para alcançar esses objetivos anunciou que esta teria a missão de desenvolver a educação religiosa promovendo cultos e assistência à população com a finalidade de ampliar o número de fiéis pela difusão de sua atuação (SCHWARTZMAN, 2000).

Portanto, o sistema educacional foi utilizado como uma poderosa arma para que o governo permanecesse no poder por um longo período. Carvalho Filho (1983, p.171-172) diz que a Igreja justificou a utilização social do ensino religioso como uma barreira contra os “crimes, erros, perversões”. Para D’ Araújo (1999) foi formada uma elite de cultura e ciência com a capacidade de aos poucos irem dominando o povo de tal forma que a influência sobre a massa popular ia cada vez mais se difundindo. Por outro lado, o Estado recebeu o apoio da Igreja para manter-se no poder e defender o autoritarismo.

No ano de 1939 a mobilização da Igreja com a finalidade de concretizar o seu ideal de criar escolas católicas de nível superior aumentou. O objetivo maior era formar elites, as quais administrariam o país segundo a ideologia católica. O clero queria cristianizar a elite intelectual e através desta a sociedade como um todo. Por esse caminho conseguiria se livrar do laicismo liberal ou da ameaça comunista (CARVALHO FILHO, 1983).

Com isso, durante todo o Estado Novo, a aliança da Igreja com o Estado foi fortalecida. O novo modelo de Estado implantado em 1937 caracterizou-se por um enorme populismo de Getúlio Vargas. O novo regime tinha como objetivo o desenvolvimento nacional através também do incentivo à criação de novas instituições. Além disso, havia o fato de que as diretrizes da Constituição de 1937 buscavam qualificar pessoal com formação especializada para atuar nas empresas (BEZERRA, 2002).

Bezerra (2002) comenta que os acontecimentos eram favoráveis para que a ASVP, preocupada com a iminente perda do espaço no campo da assistência e administração hospitalar, realizasse uma nova tentativa para inserir as Irmãs da Companhia das Filhas da Caridade no sistema educacional. Essa decisão não só visava a permanência das Irmãs no

campo da saúde, como também a criação de uma escola de enfermagem católica. Com isso, aumentaria o contingente de religiosas-enfermeiras e ainda haveria formação de enfermeiras laicas baseada nos padrões católicos, o que deveras ser vantajoso para a ASVP. Em outras palavras, as enfermeiras laicas adquiririam o *habitus* profissional religioso durante a sua formação.

As escolas laicas não atendiam às necessidades da Igreja no campo da educação em enfermagem, visto que a ASVP contava com um grande número de instituições hospitalares sob sua administração e necessitava o mais breve possível de uma escola para possibilitar a formação das Irmãs de Caridade e de outras religiosas sendo capaz de aliar a vida religiosa com a acadêmica. Assim, a Irmã Matilde Nina após graduar-se enfermeira, em 1936, com o apoio da Provincial Irmã Antoinette Clemence Blanchot³⁷ iniciou o processo de criação de uma escola de enfermagem com o objetivo de aliar a formação acadêmica com os hábitos religiosos. Sendo assim, a ASVP criou a primeira Escola de Enfermagem Católica do Rio de Janeiro, em 5 de setembro de 1939, a Escola de Enfermeiras Luiza de Marillac (EELM) (BARBOSA, 1980; BEZERRA, 2002).

A finalidade da criação da Escola de Enfermeiras Luiza de Marillac era formar enfermeiras e promover estudos com o objetivo de colaborar com o poder público, além de inculcar nas alunas reconhecimento e respeito pela pessoa humana à luz dos princípios da moral cristã e da Pastoral da Saúde, inculcando, portanto, o *habitus* religioso profissional. Com isso, os pilares filosóficos de Vicente de Paulo, básicos na formação das Irmãs de Caridade, como humildade, caridade e simplicidade prevaleceram, apesar da aquisição da educação formal que lhes foi imposta pelo Decreto nº 20.109/31 (BEZERRA, 2002).

Com o objetivo de assegurar a sua atuação na administração e na assistência hospitalar, as Irmãs procuraram associar o seu capital cultural institucionalizado às suas ações baseadas na ideologia cristã. As Irmãs diplomadas pela EELM ocuparam espaços de modo a garantir a continuidade das atividades da ASVP nos hospitais por ela administrados ou em hospitais que viriam a administrar, mas com um novo *habitus* profissional, baseado na ideologia cristã.

³⁷ Marie Antoniette Blanchot (nome de batismo) foi responsável pela Companhia das Filhas da Caridade da ASVP nos períodos de 1928 a 1946 e de 1953 a 1965. Neste espaço de tempo foi eleita Superiora Geral. Na sua ausência ficavam como responsáveis as demais Irmãs da Caridade subordinadas às suas ordens (BEZERRA, 2002).

A EELM possibilitou à Igreja Católica a reprodução, de modo eficaz, de seu *habitus* religioso, e mais que isso, a incorporação do *habitus* católico por moças laicas durante a formação acadêmica para que após formadas pudessem reproduzir a ideologia da ASVP tanto na vida privada como na pública (BEZERRA, 2002).

A Irmã Maria Tereza Notarnicola (depoente nº 3) diz que a Escola Luiza de Marillac se tornou um campo de inculcação da doutrina cristã nas leigas, permitindo à ASVP manter os espaços hospitalares com um grande grupo de enfermeiras formadas com base no catolicismo. Mas devemos considerar que a maioria das alunas de enfermagem que não eram religiosas eram ex-alunas de escolas de ensino fundamental das Irmãs de Caridade e a seleção era realizada após a observação da aptidão dessas candidatas.

Cabia, portanto, às autoridades da Companhia das Filhas da Caridade recrutar e selecionar moças capazes de satisfazerem às exigências que se lhe impunham objetivamente e dessa forma, ter leigas com competência para fazer frutificar o capital que interessava à ASVP. A EELM foi equiparada à EAN em 5 de abril de 1942, tendo neste mesmo ano formado sua primeira turma, no total de quatro alunas. (BEZERRA, 2002).

No que se refere à enfermagem, o surgimento de novas escolas durante o Estado Novo significou o aumento de mão-de-obra qualificada para o campo da saúde. Isto pode ser considerado um reflexo do desenvolvimento dessa área logo após a eclosão da segunda grande guerra (1939-1945). O número de escolas de enfermagem aumentou consideravelmente no período de Getúlio Vargas, pois durante o seu governo foram criadas treze novas escolas de enfermagem. Seis foram criadas por Congregações católicas e uma mesmo sendo estadual tinha forte influência da Igreja. Computa-se, portanto, que 54% das escolas de enfermagem criadas eram católicas, o que reforça ainda mais a questão de que a união entre o Estado e a Igreja não ficou restrita somente ao discurso. As escolas católicas criadas foram: Escola de Enfermeiras do Hospital São Paulo (04-11-1938), Escola de Enfermeiras Luiza de Marillac (05-09-1939), Escola do Hospital São Vicente de Paulo (1943), Escola São Vicente de Paulo (15-12-1943), Escola Hugo Werneck (08-03-1945) e a Medalha Milagrosa (01-08-1945) (BAPTISTA, 2007; BEZERRA, 2002).

Para Bezerra (2002, p.67-68) “a luta empreendida pela Igreja Católica no campo da educação e da saúde para que suas religiosas fossem diplomadas” encontra apoio em Bourdieu (1998, p.140) quando afirma que “o título profissional não é somente uma

percepção social, como também uma regra jurídica, garantido como direito, o direito de ser-percebido”. Além disso, para Bourdieu os dominantes consideram o controle do valor dos títulos e o acesso aos mesmos uma forma de controlar o quão valorosa é a força qualificada de trabalho.

No período do Estado Novo os investimentos da Igreja Católica e do Estado nos campos da educação e da saúde foram estratégicos, com o objetivo de inculcação da ideologia católica, difusora da ordem social, em toda sociedade. Destaca-se neste momento importantes ações políticas que interessam ao objeto desse estudo. Um importante ato de Vargas foi a nomeação de Laís Netto dos Reys, em 1º de novembro de 1938, como diretora da Escola Ana Néri. Essa indicação parece ter sido uma resposta à aliança estabelecida com a Igreja, uma vez que Laís Netto dos Reys era católica convicta. Bezerra (2002, p.85) diz que LNR “conseguiu aumentar seu capital simbólico devido às suas realizações no estado mineiro”. Isso permitiu ampliar o seu capital social, principalmente pelas relações estabelecidas com representantes de vários campos (político, religioso e social e cultural).

Era claro o bom relacionamento das Irmãs com a diretora da Escola Ana Néri. Tanto que em 05 de maio de 1939 a Irmã Blanchot enviou correspondência para LNR solicitando que fossem reservadas de 12 a 15 vagas para que Irmãs de Caridade cursassem enfermagem na EAN e que fosse separada uma área para as religiosas, com aposentos propícios. E assim aconteceu. Em 1942, dez irmãs foram diplomadas enfermeiras pela EAN (BEZERRA, 2002; BLANCHOT, 1939).

Laís Netto dos Reys era reconhecida como uma mulher que detinha um ótimo relacionamento com Vargas e a Igreja Católica. Transmitia todo o capital social e cultural que havia acumulado, o que a tornava indispensável no campo da enfermagem, como um elo entre a Igreja e o Estado. Seu papel foi de fundamental importância tanto como diretora da EAN, Escola Padrão, como presidente do Conselho de Enfermagem; cargos estratégicos que possibilitavam várias ações de interesse da Igreja e do Estado, como por exemplo, a formação das cinco primeiras Irmãs de Caridade na Escola Carlos Chagas e as outras dez na EAN. Como presidente do Conselho, Laís podia regularizar as escolas de cunho católico existentes, como também auxiliar na criação de outras (ALMEIDA FILHO, 2004; BEZERRA, 2002).

Um dos pilares desse estudo é a discussão acerca da diferença entre a formação da enfermeira baseada no modelo anglo-americano e no modelo religioso, o que se traduz no

habitus profissional laico e no *habitus* profissional religioso. As primeiras enfermeiras que chegaram ao Hospital do IAPETC, em sua maioria, eram enfermeiras laicas diplomadas pela EAN e somente duas laicas provenientes da EELM. Posteriormente, as Irmãs de Caridade da ASVP diplomadas pela EELM vão ocupando este espaço social. Vale lembrar que a tendência dos hospitais modernos era contar com um quadro de enfermeiras com *habitus* profissional laico e científico.

Segundo Bourdieu (1984) o *habitus* apresenta-se como princípio gerador de práticas distintas e distintivas, e também como esquema classificatório, princípio de classificação, princípio de visão e divisão, gostos diferentes. É o que Bourdieu (1992) denomina "teoria da ação", na qual cabem os jogos de força física, econômica e simbólica. Não é por acaso que a criação de escolas, rituais de seleção e passagem e mecanismos de regulação do exercício profissional representam símbolos de status e demonstram um esforço no sentido de estabelecer valores e uniformizar regras e emblemas para um *habitus* da enfermagem.

Bourdieu elaborou o conceito de *habitus* para designar a ponte mediadora da relação indivíduo-sociedade, que produz comportamentos e visões de mundo duráveis e adequadas a uma determinada organização social. Ele chama de *habitus* os:

Sistemas de disposições adquiridas pela aprendizagem implícita ou explícita, que funciona como um sistema de esquemas geradores de estratégias que podem ser objetivamente afins aos interesses objetivos de seus autores sem terem sido expressamente concebidos para esse fim [...] (1984, p. 94).

Já o *habitus* religioso é concebido por Bourdieu como o:

Princípio gerador de todos os pensamentos, percepções e ações, segundo as normas de uma representação religiosa do mundo natural e sobrenatural, ou seja, objetivamente ajustado aos princípios de uma visão política do mundo social (1992, p. 57).

Nesse sentido, a Igreja é um dos pilares sobre o qual se assenta a relação hierarquizada entre os sexos. As religiões são detentoras do capital simbólico e, portanto, manipulam a produção simbólica e a circulação dos bens simbólicos, e o fazem através de representações, linguagens e palavra autorizada, reforçando e sacralizando a relação desigual entre homens e mulheres. Assim, a estrutura do campo religioso é um espaço caracterizado por lutas e tensões entre os agentes e as instituições.

No aspecto da questão feminina a Igreja investia na mulher baseada em modelos femininos voltados para cuidados aos pacientes inculcando a religiosidade ou a

domesticidade. Bourdieu (1999) explica que a ordem social exerce uma força simbólica nos sujeitos que podem ser manifestadas através de seus corpos. É pelo processo de inculcação que o mundo social constrói o corpo como realidade sexuada e como depositário de princípios de visão e de divisão sexualizantes. Essas divisões são as mais duradouras e invisíveis.

O fato é que, a implantação de modelo anglo-americano de enfermagem no Brasil proporcionou a formação de um grupo de enfermeiras não tão submissas, ou seja, resistiam à dominação masculina. Anteriormente, o que era reconhecido e atestado pela sociedade era a assistência de enfermagem prestada pelas Irmãs, baseada na submissão aos médicos e assistência caridosa aos doentes (BEZERRA, 2002).

Para Bourdieu, a dominação masculina sobre a mulher é exercida através de uma violência simbólica, compartilhada de forma inconsciente entre dominador e dominado, determinado pelos esquemas práticos do *habitus*:

[...] O efeito da dominação simbólica [seja ela de etnia, de gênero, de cultura, de língua etc.] se exerce não na lógica pura das consciências cognoscentes, mas através dos esquemas de percepção, de avaliação e de ação que são constitutivos dos '*habitus*' e que fundamentam, aquém das decisões da consciência e dos controles da vontade, uma relação de conhecimento profundamente obscura a ela mesma. Assim a lógica paradoxal da dominação masculina e da submissão feminina, que se pode dizer ser, ao mesmo tempo e sem contradição, espontânea e extorquida, só pode ser compreendida se nos mantivermos atentos aos efeitos duradouros que a ordem social exerce sobre as mulheres (e os homens), ou seja, às disposições espontaneamente harmonizadas com esta ordem que as impõem. [...] (2002, p. 49-50).

Por outro lado, o que também deve ser pontuado é o fato que o trabalho das Irmãs, além da assistência aos enfermos, contribuiu para a implantação da aprendizagem da arte de cuidar baseada na tolerância, submissão, conformismo e alienação (PADILHA, 1997).

As Irmãs de Caridade formavam um grupo conhecido e reconhecido, atestando, assim, a sua existência. Ainda hoje, muitas Irmãs consideram delas o direito de assistir o doente, pois relatam que o cuidado sempre foi feito pelos católicos e pelos cristãos (FIUSA, 2000).

O perfil da mulher que deveria ser aceita como estudante de enfermagem da EAN foi descrito por Miss Bertha Pullen (diretora da EAN), na década de 1930, como: boa base social, de fineza e cultura, gozando boa saúde, inteligência excepcional, boa noção de responsabilidade, personalidade que imponha respeito e capacidade de desenvolvimento de trabalho harmonioso (SAUTHIER; BARREIRA, 1999).

Já no caso das Irmãs de Caridade o caminho era e é a obediência inquestionável à ordem eclesiástica. Isso pode ser notado nas decisões quanto às atividades desenvolvidas pelas religiosas, pois se concentravam nas mãos das autoridades que decidiam o caminho a ser por elas percorrido sem se deterem à vocação ou ao desejo das Irmãs de Caridade (BEZERRA, 2002).

Um trecho do depoimento da Irmã Maria Tereza Notarnicola vem ao encontro dessa questão:

Eu não escolhi a enfermagem, porque como Irmã de Caridade eu fiz um voto diante de Deus. Bom, eu fiz um voto de obediência, e se me quer [Provincial Blanchot] enfermeira, então vamos estudar. Depois que eu entrei me dei de corpo e alma, não fazia outra coisa além de me dedicar à enfermagem, e me engajei de uma forma tão grande [...] (depoente nº3)

Com base na perspectiva de Bourdieu (1998), os atos de autoridade são enunciações proféticas ditas por aqueles a quem cabe o direito de anunciá-las. Por outro lado, apesar das enfermeiras laicas possuírem formação qualificada para ocupar os campos hospitalares apresentavam características semelhantes às das Irmãs de Caridade, como a cabeça coberta e o cuidado do doente de forma maternal, representando a figura da enfermeira diplomada como “anjo branco”. Entretanto, ao mesmo tempo em que as enfermeiras laicas apresentavam estas semelhanças também era observado características diferentes das representações femininas aprovadas pela sociedade, em outras palavras, revelou um grupo de mulheres que resistiam à dominação masculina (BARREIRA, 1999).

A Igreja, enquanto instituição formadora exerce influência na nossa sociedade no sentido de moldá-la, ainda que esta se afirme laica. Esta instituição reforça justamente a idéia da inferioridade da mulher por meio dos seus discursos ratificados nos modelos paradigmáticos de mulher. Qualquer tentativa de inversão desta ordem é uma tentativa contra o corpus sagrado que controla a produção dos bens simbólicos (BOURDIEU, 1999).

Vale mencionar que durante o movimento católico foram criadas associações com a finalidade de unir religiosas, enfermeiras católicas e enfermeiras laicas, como por exemplo, a União Católica de Enfermeiras Brasileiras (UCEB). A UCEB foi fundada no dia 4 de abril de 1948, sob a benção de sua Eminência o Cardeal D. Carlos Carmelo de Vasconcelos Mota, arcebispo de São Paulo e, na presença de sua Excelência D. Antônio Maria Alves Siqueira, Bispo Auxiliar de São Paulo. Essa organização tinha como objetivo uma maior aproximação e

entendimento entre enfermeiras religiosas e enfermeiras laicas católicas. Visava também estabelecer entre os seus membros uma união fraterna em Cristo e com isso dar-lhes uma trajetória profissional eficiente e um espírito apostólico. Portanto, cabia à UCEB o desenvolvimento, a proteção e o encorajamento não só da vida espiritual, como também, da vida profissional, cultural e social das enfermeiras católicas (GOMES et al, 2005).

Dentre os objetivos da UCEB estava a recristianização da sociedade, no campo da enfermagem. Foi estabelecido como responsabilidade da enfermeira católica manter a unidade das enfermeiras na sua profissão, preservarem a prática dos ideais cristãos, desenvolvimento de habilidades para compreender e esclarecer algumas questões de princípios cristãos e retidão na vida pública. As dirigentes da UCEB acreditavam que com isso as enfermeiras católicas poderiam influenciar de forma significativa e assim, difundir os princípios católicos. Um ponto a ser destacado é que a UCEB atingiu os seus objetivos, afinal difundiu os preceitos católicos e inculcou o *habitus* religioso nas futuras enfermeiras laicas que foram diplomadas por escolas de cunho religioso (GOMES et al, 2005).

A primeira diretoria da UCEB foi eleita no II Congresso Nacional de Enfermagem, realizado no ano de 1948, e ficou constituída pelos seguintes membros: Celina Viegas – presidente; Cecília Pecego – vice-presidente; Áurea Marques da Silva – 1ª secretária; Flora Mesentier – 2ª secretária e Cecília Sete Torres – tesoureira. Por aclamação, Laís Netto dos Reys, diretora da EAN, foi eleita presidente de honra da UCEB (CARVALHO, 1976).

No dia 1º de maio de 1950, a UCEB criou o seu primeiro Boletim, o qual passou a ser o meio de divulgação oficial da Associação; este seria trimestral e tinha como objetivo a publicação de notícias das atividades da UCEB, bibliografia de formação cristã e profissional e pequenas notas de liturgia. Cecília Pecego participava ativamente dessa organização. Tanto que consta no segundo Boletim da referida entidade, publicado no dia 28 de novembro de 1950, a participação de Cecília Pecego no IV Congresso do Comitê Internacional Católico de Enfermeiras e Assistentes Médico-Sociais (CICIAMS), realizado em Roma, entre os dias 5 e 9 de setembro do mesmo ano, na qualidade de presidente da UCEB (GOMES et al, 2005).

Além disso, em 1951, a presidente Cecília Pecego encaminhou à diretoria da ABED, o anteprojeto de um código de ética para enfermeiras, aprovado em 09 de setembro de 1951 pela Assembléia Geral da Seção de São Paulo da UCEB. Esta informação foi publicada no terceiro Boletim da organização, o qual reforçava a importância da Associação, além de

valores vinculados à profissão, tais como: união, aperfeiçoamento profissional e intensificação da formação cristã da enfermeira. Cabe esclarecer que aquele anteprojeto de código de ética ressaltava dentre outras questões, como deveria ser o relacionamento da enfermeira com o paciente, com os outros profissionais, como médicos e com os colegas de profissão, além das normas que deveriam ser cumpridas na postura de cidadã (GOMES et al, 2005).

Cabe aqui destacar o envolvimento de Cecília Pecego com assuntos que interessavam à Igreja Católica. Este fato contribui e muito para a compreensão de algumas atitudes de Cecília Pecego diante das lutas simbólicas empreendidas entre enfermeiras laicas e religiosas no espaço social do Hospital do IAPETC.

Vale destacar ainda que tanto a EAN como a EELM têm estreita relação com a presente pesquisa, uma vez que a primeira colaborou com a implantação do Serviço de Enfermagem no Hospital do IAPETC e a segunda o utilizou como campo de estágio para suas alunas e partir daí para a ocupação das posições de poder e prestígio do referido campo. Além disso, evidencia-se que no Hospital do IAPETC foi implementado e vigorou por cerca de três anos o modelo profissional de enfermagem laica o qual foi substituído pelo modelo profissional de enfermagem religiosa, sendo que este vigorou ao longo de toda década de 1950.

Em 1960, a enfermeira laica Adileia Werneck Teixeira, ex-aluna e professora da EELM assumiu a chefia do Serviço de Enfermagem do Hospital do IAPETC em substituição a Irmã de Caridade Josefina Filgueiras. Assim sendo, volta para as enfermeiras laicas o controle desse Serviço. Apesar disso, a responsável pelo mesmo tinha uma forte aliança com a Igreja, uma vez que era católica convicta e sua formação de enfermeira foi voltada para a inculcação do *habitus* profissional religioso.

3.2 LUTAS SIMBÓLICAS DE DIRIGENTES DO IAPETC E DE ENFERMEIRAS RELIGIOSAS COM ENFERMEIRAS LAICAS PELA OCUPAÇÃO DO ESPAÇO SOCIAL DO HOSPITAL DO IAPETC

A primeira iniciativa da Associação São Vicente de Paulo (ASVP) para a ocupação do espaço social do Hospital do IAPETC ocorreu em julho de 1948, quando autorizou que a Irmã Vicência assumisse o Serviço de Economato (lavanderia, rouparia) desse Hospital.



Foto nº 11: Foto realizada no Hospital do IAPETC, em 1948. Da esquerda para a direita: Irmã Vicência e Cecília Pecego.

Localização: Arquivo pessoal de Cecília Pecego Coelho.

A respeito disso Cecília Pecego comenta:

Ela [Irmã Vicência] não tinha nada com a enfermagem. Meu tio [dr. Osvaldo] que a convidou. Ele a conheceu na Santa Casa de Misericórdia. Acho que foi na Santa Casa porque ele a operou ou assistiu a operação dela, na parte da coluna ou qualquer coisa que ela teve. Ele precisava de uma pessoa para ver a rouparia, para acertar a rouparia. Cada andar tinha um setor de rouparia e tinha a rouparia geral, que ficou sob a responsabilidade da Irmã Vicência. As roupeiras que ficavam no andar eram chamadas de dispenseiras (depoente nº 1).

O comentário de Valdevez Novaes Pontes acerca da distribuição das Irmãs de Caridade nos espaços hospitalares vem ao encontro da situação de Irmã Vicência, uma vez que a mesma não possuía capital institucionalizado:

[...] As Irmãs que eram enviadas para o hospital eram sempre aquelas que não tinham qualquer curso, eram quase analfabetas, semi-analfabetas, nem o primário tinham. Todas as Irmãs que estudavam Enfermagem eram professoras primárias; para se graduar na Faculdade era necessário ter o curso de professora. As outras Irmãs que eram enviadas para o hospital sem o curso de graduação eram colocadas para tomar conta da cozinha, lavanderia etc. Essas Irmãs bem humildinhas, quase sem instrução, não tratavam dos doentes. Tratavam sim, mas só faziam dar comida (depoente nº 5).

A ida da primeira Irmã de Caridade para o Hospital do IAPETC também foi possível tanto pelo excelente relacionamento do diretor do Hospital, dr. Osvaldo Correa de Araújo, católico fervoroso, com a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia, como porque ele apreciava e muito o trabalho das Irmãs de Caridade:

Meu tio trabalhou muito tempo na Santa Casa [...] Ele adorava as Irmãs de Caridade. Meu tio era um apaixonado pelas Irmãs, pelo trabalho das Irmãs, é claro [...] Ele estava necessitando de alguém que segurasse mais a questão dos funcionários da copa, cozinha, administração. A questão da rouparia também. (depoente nº 1)

Além disso, dr. Osvaldo era sobrinho da Irmã Helena Duque Estrada, que trabalhava na Santa Casa. Irmã Maria Tereza Notarnicola diz o seguinte:

Dr. Osvaldo Correa de Araújo era sobrinho de uma Irmã de Caridade que trabalhava na Santa Casa de Misericórdia e ele era chefe do centro cirúrgico do Hospital da Santa Casa. As Irmãs trabalharam na Santa Casa de 1852 a 2004, então ele conhecia as Irmãs de lá (depoente nº 3).

Apesar da posição de destaque da EAN no campo da enfermagem nacional e de a mesma ter contribuído decisivamente para a implantação do Serviço de Enfermagem do Hospital do IAPETC, Cecília Pecego reconhece que naquele momento histórico esta foi a opção possível para o diretor do Hospital:

Creio que ele [dr. Osvaldo] entrou em contato com as Irmãs da Santa Casa [de Misericórdia do Rio de Janeiro], onde ele trabalhava. Mas elas não tiveram como fazer essa introdução da enfermagem no Hospital por estarem envolvidas com o serviço da Santa Casa (depoente nº 1).

A Irmã Maria Tereza Notarnicola (depoente nº 3) confirma: “E quando ele foi [o diretor], a Cecília começou com o Hospital [implantação do Serviço de Enfermagem], mas ele queria gente que sustentasse o Hospital 24 h”.

Essa primeira tentativa do diretor de introduzir o trabalho das Irmãs no Hospital ficou prejudicada, conforme comenta Cecília Pecego (depoente nº 1): “A Irmã Vicência ficou pouco tempo porque não agüentou o serviço, por causa da operação dela”. Contudo, “logo depois chegou a Irmã Nina para se responsabilizar pela parte de administração. Eu achei ótimo porque o administrador [o qual a Irmã Matilde Nina substituiu] era funcionário do

IAPETC, não era formado, e era um ‘grosso’”. Entretanto, Cecília Pecego não imaginava as transformações que aconteceriam nesse espaço social.

À época, a Irmã Matilde Nina era a diretora da Escola de Enfermeiras Luiza de Marillac. Portanto, com a chegada da Irmã Nina, em dezembro de 1948, para assumir a Divisão de Administração do Hospital do IAPETC, é iniciada uma forte aliança entre o diretor do Hospital e a diretora da EELM. Antes mesmo disto, Cecília Pecego (depoente nº1) diz que: “A Irmã Nina, em julho de 1948, esteve no Hospital do IAPETC com o objetivo de transferir o campo de estágio da EELM da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro para o referido Hospital”.

Bourdieu define capital social como:

O conjunto de recursos atuais ou potenciais que estão ligados à posse de uma rede de relações mais ou menos institucionalizadas de interconhecimento e inter-reconhecimento, ou, em outros termos, à vinculação a um grupo como conjunto de agentes que não somente são dotados de propriedades comuns [...] mas também, são unidos por ligações permanentes e úteis (1998, p.67).

No tocante à estrutura do capital social, Bourdieu (1998, p.67) indica que esta seria composta basicamente pelas ligações entre os agentes de um campo (bem com por ligações entre agentes de campos diferentes), sendo que: “[...] essas ligações [...] são fundadas em trocas inseparavelmente materiais e simbólicas.”

Em relação ao volume do capital social, Bourdieu indica que:

O volume do capital social que um agente individual possui depende então da rede de relações que ele pode efetivamente mobilizar e do volume de capital (cultural, econômico ou simbólico) que é posse exclusiva de um daqueles a quem está ligado. (1998, p.67)

Partindo dessas premissas, podemos considerar que o capital social pode variar em função da mudança de posição dos agentes num dado campo, pois ao se moverem nesse campo tendem a estabelecer novas redes de relações análogas às demais formas de relações, mudando, portanto, a estrutura e, em alguns casos, o volume de capital social. A partir dessa discussão entendemos que o capital social, de forma análoga a outros capitais que também iremos discutir neste capítulo, contribuiu para a mudança de estrutura no Hospital do IAPETC. O volume de capital social das Irmãs de Caridade da ASVP foi um dos pontos fundamentais para ocupação do campo por esses agentes.

A Ata nº 9, da Reunião de antigas alunas da EELM, datada 20 de setembro de 1948, presidida por Matilde Nina, diretora desta Escola, corrobora com o depoimento de Cecília Pecego citado anteriormente:

Em seguida tomou a palavra a diretora que expôs os projetos para a progressa da Escola dizendo que o Hospital do IAPETC foi oferecido para treinamento das alunas e que brevemente a nossa Escola funcionará no mesmo Hospital, mas pediu segredo, visto as alunas não estarem a par desse projeto. Informou também que para iniciar o trabalho no dito, a Respeitável Irmã Visitadora colocou como instrutoras duas Irmãs e duas leigas, todas formadas por nossa Escola e que brevemente teríamos mais diplomadas para auxiliar no grande serviço que estamos organizando no IAPETC (Faculdade de Enfermagem Luiza de Marillac / São Camilo, 1948).

Analisando esta parte do conteúdo da Ata, apesar das Irmãs de Caridade da ASVP ocuparem o campo da enfermagem do Hospital do IAPETC a partir de março de 1949, a ida das Irmãs enfermeiras para o Hospital do IAPETC já estava sendo acertada desde 1948. Podemos perceber que de acordo com a diretora Matilde Nina, a formação de um maior número de enfermeiras com *habitus* profissional religioso era de suma importância para a ocupação desse campo.

Bourdieu (2009, p.58) diz que a Igreja visa conquistar ou preservar um monopólio mais ou menos integral de um capital institucional ou sacramental e que este “constitui um objeto de troca com os leigos e um instrumento de poder sobre eles”. A Igreja, como já comentado, queria o monopólio no campo da saúde e da educação. Portanto, aproveitava cada possibilidade que havia para assegurar de alguma forma o seu espaço no campo.

Cecília Pecego assim se manifesta quanto à questão da inserção da EELM no Hospital do IAPETC:

[...] No início de 1949 ele [dr. Osvaldo] resolveu chamar a Irmã Matilde. Ela também já estava de olho no Hospital para levar as meninas, porque ela estava com dificuldades nos outros hospitais. Isso eu estava sabendo por fora, não por ela. Ela nunca chegou perto de mim e falou sobre isso. Um dia eu estava na minha sala e de lá eu via todo o corredor. Daí eu vejo meu tio chegar com a Irmã Matilde. Eu levantei para recebê-los, porque estava chegando uma visita. Neste dia é que me foi informado que ela viria para o Hospital para ser responsável pela administração. Eu achei ótimo [...] Ela ia todos os dias lá, via a limpeza, conversava comigo. E assim ela começou a levar Irmãs enfermeiras formadas para trabalharem lá (depoente nº 1).

Irmã Maria Tereza Notarnicola (depoente nº 3) diz: “o objetivo das Irmãs, desde o início era ir para lá [para o Hospital do IAPETC] por causa dos estágios para as alunas. Então, o pretexto que elas encontraram para irem pra lá foi porque o dr. Osvaldo ofereceu estágio”.

Raimunda Becker (depoente nº 4) diz que: “As Irmãs estavam lá [no Hospital do IAPETC] por causa das alunas. O convênio era por causa das estudantes!”

A princípio para Cecília Pecego (depoente nº 1) estava claro o que as Irmãs queriam: “O objetivo das Irmãs era ter um estágio para as alunas, era o principal objetivo delas”. Contudo, durante a entrevista quando pergunto se realmente esse era o objetivo das Irmãs, a mesma depoente responde: “acredito que não, acredito que nesse primeiro momento [que a Irmã Matilde Nina chegou ao Hospital] ela já tinha como propósito assumir todo o Serviço de Enfermagem”.

As Irmãs tinham como objetivo maior, mediante a introdução do estágio das alunas da EELM no Hospital do IAPETC, assegurar a sua atuação na administração e na assistência hospitalar. As Irmãs procuraram associar o seu capital cultural institucionalizado às suas ações baseadas na ideologia cristã. As Irmãs enfermeiras ocupavam espaços sociais do campo da saúde de modo a garantir a continuidade das atividades da ASVP nos hospitais por ela administrados ou em hospitais que viriam a administrar, mas com um novo *habitus* profissional religioso, baseado na ideologia cristã (BEZERRA, 2002).

Vale dizer que a segunda tentativa do dr. Osvaldo de inserir Irmãs de Caridade no Hospital do IAPETC foi bem sucedida. Por outro lado, foi uma enfática demonstração do uso da violência simbólica sobre a chefe do Serviço de Enfermagem. Bourdieu (2007, p.7-8) diz que o poder simbólico é um “poder invisível, o qual só poderá ser exercido com a cumplicidade daqueles que não querem saber que lhe estão sujeitos ou mesmo que o exercem”. Implica também numa violência simbólica, onde o poder de fazer ver e de fazer crer, de produzir e de impor uma visão, depende da posição ocupada no espaço social.

Sendo assim, quem detém capital simbólico mais eficiente num dado campo (dirigente do hospital) impõe ao outro (chefe do Serviço de Enfermagem) o que deseja, o que vai ao encontro de seus interesses. Em outras palavras, impõe ao outro um reconhecimento extorquido. Esta violência invisível e silenciosa se exprime através das coerções pontuais ou duradouras, a que os dominados se submetem, sem o uso da força física (BOURDIEU, 2007; VARGENS; PROGIANTI, 2004).

A violência simbólica foi exercida, como na maioria das vezes, de forma sutil, visto que dr. Osvaldo apenas comunicou à Cecília Pecego a inserção da Irmã Matilde Nina no

quadro de pessoal do Hospital do IAPETC, e em um cargo diretamente a ele subordinado. Odalia³⁸ define bem essa situação:

Nem sempre a violência simbólica se apresenta como um ato, como uma relação, como um fato, que possua estrutura facilmente identificável [...] o ato violento se insinua, frequentemente como um ato natural, cuja essência passa despercebida. Perceber um ato como violento demanda ao homem um esforço para superar a sua aparência de ato rotineiro, natural e como que inscrito na ordem das coisas. (1993, pag. 22-23)

Apesar de dr. Osvaldo Correa de Araújo ter parentesco com Cecília Pecego não revelou para a mesma as regras do novo jogo, ou seja, de que em muito estava se empenhando para levar as Irmãs de Caridade para o Hospital que dirigia, visando que as mesmas ocupassem aquele espaço hospitalar.

O Hospital do IAPETC apresentava vantagens que iam ao encontro dos interesses das Irmãs, uma vez que a EELM tinha que atender às exigências legais do Decreto nº 20.109/1931. Este Decreto-Lei, no parágrafo único, do artigo 7º, especificava que as escolas que não possuíssem um campo de estágio com todas as especialidades determinadas por lei deveriam enviar as suas alunas a um hospital apto para oferecer tais experiências de ensino-aprendizagem (BEZERRA, 2002). Raimunda Becker comenta acerca dessas vantagens:

Na época o IAPETC era maravilhoso. Um dos melhores hospitais do Rio de Janeiro. Ele tinha sido inaugurado há pouco tempo, então tinha tudo com fartura. O refeitório era lindíssimo; as enfermarias tinham tudo à vontade: roupa, limpeza, medicamento, conforto dos doentes, alimentação, pessoal de enfermagem em quantidade suficiente em todos os turnos, era um Hospital de excelência. Apesar do Instituto dos Empregados em Transportes e Cargas atender uma clientela muito diversificada, mais popular, era muito bom, muito bem organizado, tinha todas as clínicas, o que não acontecia na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro (depoente nº 4).

É de suma importância destacar que a inserção das Irmãs de Caridade no Hospital do IAPETC foi estabelecida por meio de um Contrato³⁹ firmado entre a ASVP e o IAPETC. Este consistia na Locação de Serviços prestados pela ASVP ao Hospital do IAPETC, durante as 24 horas do dia. Irmã Tereza (depoente nº 3) diz que as Irmãs residiam no Hospital para estarem

³⁸ A autora utiliza como referencial teórico Pierre Bourdieu.

³⁹ O convênio é o acordo que tem por partes órgãos, entidades da Administração e organizações particulares. Os objetivos são recíprocos e a cooperação mútua. No contrato, o interesse das partes é diverso, pois a Administração objetiva a realização do objeto contratado e ao particular, interessa o valor do pagamento correspondente (SERRA, 2002); que é o caso da ASVP e do Hospital do IAPETC.

disponíveis as 24 h do dia. “Nós morávamos no Hospital para isso; qualquer coisa tinha um sinal, não sei se ainda tem um sinal lá.” O sinal ficava espalhado por todas as partes e caso tocasse: “Tinha sinal até na Capela, em todos os lugares que estávamos, quando o sinal tocava tínhamos que atender. O do diretor era amarelo e verde; o da enfermeira era só verde”. Além disto, cabia à ASVP manter um determinado número de Irmãs de Caridade trabalhando no Hospital e supervisionando as alunas da EELM, as quais teriam como campo de estágio o referido Hospital. Em contrapartida o IAPETC repassava para a Associação determinado valor em dinheiro, conforme depoimento de Irmã Maria Tereza Notarnicola (depoente nº 3): “Nós não éramos funcionárias individualmente do Hospital do IAPETC. Eles [o IAPETC] pagavam à Congregação [ASVP] pelo número estabelecido de Irmãs”. Assim, a ASVP deveria manter em atividade no Hospital o número de Irmãs acordado. Se alguma Irmã precisasse se ausentar, por qualquer motivo, deveria ser substituída. Irmã Tereza explica: “Porque o Contrato não era por pessoa, era por número. Tem um Contrato com vinte Irmãs, você tem que manter vinte Irmãs no Hospital, seja ela quem for, branca, preta”.

Ao IAPETC cabia garantir, em seu próprio, assistência médica, residência e alimentação às Irmãs de Caridade e às alunas da EELM que nele trabalhavam ou estagiavam. De acordo com Irmã Tereza (depoente nº 3): “eles [o IAPETC] tinham que nos dar assistência médica, residência e alimentação”. Além disso, estava previsto que as alunas receberiam bolsa de estudos. Raimunda Becker comenta:

A EELM fez um Contrato com o Hospital do IAPETC para ser campo de prática das estudantes de enfermagem e para ter a supervisão das Irmãs de Caridade que acompanhavam as alunas. O Hospital do IAPETC pagava uma importância pelo trabalho que as Irmãs desenvolviam no Hospital e bolsa de estudo para as estudantes (depoente nº 4).

Valderez Novaes Pontes fala sobre o Contrato:

A Escola Luiza de Marillac tinha um Contrato com o Hospital do IAPETC; as Irmãs enfermeiras trabalhavam lá e as duas Irmãs que não eram enfermeiras também trabalhavam, mas na cozinha, na rouparia, aliás, todas que não eram enfermeiras. E todas as professoras da Escola que eram Irmãs moravam no Hospital do IAPETC (depoente nº 5).

As primeiras enfermeiras Irmãs de Caridade que chegaram ao Hospital do IAPETC, em março de 1949, segundo informações da Irmã Maria Tereza Notarnicola foram: Irmã Matilde Nina (diplomada pela EECC em 1937), Irmã Matilde Salomão (diplomada pela EELM em 1944) e Irmã Maria Carmen Teixeira (diplomada pela EELM em 1948). Ao longo

de 1949 foram chegando outras Irmãs, como a Irmã Ana Ribeiro Sá (diplomada pela EELM em 1949) (BARBOSA, 1987).

Quando a EELM transferiu o campo de estágio da SCMRJ para o Hospital do IAPETC, conforme as Irmãs iam chegando, iam assumindo as clínicas juntamente com as enfermeiras laicas, conforme depoimento de Irmã Tereza Nortarnicola:

Em cada pavilhão nós éramos as supervisoras. Em cada lugar, em cada clínica tinha uma Irmã. Na clínica médica era Irmã Ana⁴⁰, homens e mulheres, eram os dois lados. A clínica cirúrgica era Irmã Maria Carmen⁴¹, as duas foram diretoras da EELM. O lado dos homens era Maria Carmen, do lado das mulheres era Irmã Leoni Bonfim⁴² (depoente n° 3).

As Irmãs de Caridade da ASVP ficavam disponíveis para quaisquer emergências ou situações que devessem ser resolvidas. Irmã Tereza comenta:

Era o dia todo disponível. Nós não atendíamos somente no horário de rotina do Hospital. Você estava no seu plantão da tarde, mas chegava em algum serviço e se tivesse alguma coisa errada eu dizia para as laicas: ‘está acontecendo isso’ ou ‘o paciente está assim, passando mal, você fica olhando esse paciente mais do que os outros’ (depoente n°3).

Irmã Tereza continua:

Em cada clínica trabalhava uma enfermeira laica e uma Irmã de Caridade. À noite também funcionava da mesma maneira: uma enfermeira [laica] e uma Irmã. Além disso, o estágio das alunas no período noturno era acompanhado pelas Irmãs de Caridade que estavam escaladas naquele dia (depoente n° 3)

Ao tempo em que as Irmãs de Caridade foram aumentando o seu poder foram ocupando novos espaços e conquistando melhores posições na equipe de enfermagem. Bourdieu (2007, p.134) diz que a posição de um determinado agente no espaço social pode ser definida pela posição que ele ocupa, nos diferentes campos, ou seja, “na distribuição dos poderes que *actuam* em cada um deles”, seja, o capital econômico (em diferentes espécies), o capital cultural, capital social, capital simbólico (prestígio, fama, reputação), que é a “forma percebida e reconhecida como legítima” das diferentes espécies de capital.

Não obstante, as Irmãs eram portadoras de capital cultural institucionalizado (eram enfermeiras diplomadas), capital social importante (apoio do diretor do Hospital e, por conseguinte, do presidente do Instituto), capital simbólico (grande prestígio). O capital

⁴⁰ Irmã Maria Ribeiro Sá, mais conhecida como Irmã Ana, foi diretora da EELM no período de 1971-1972.

⁴¹ Irmã Maria Carmem Teixeira foi diretora da EELM no período de 1958-1961.

⁴² Irmã Leoni Bonfim, diplomada em 1948, pela EELM.

econômico estaria ligado à ASVP que tinha apoio do governo e de várias outras entidades que colaboravam financeiramente para as suas atividades filantrópicas.

No que se refere ao suposto terreno que o IAPETC teria oferecido para a transferência da EELM para próximo ao Hospital do IAPETC, Barbosa (1989, p.24) diz: “um terreno havia sido doado para construção de um prédio, ao lado do IAPETC, onde funcionaria a EELM”. Sobre isso a Irmã Maria Tereza Notarnicola esclarece:

Deram um terreno naquele local ali atrás que se tornou uma favela. O terreno desapareceu da face da terra. Nós íamos construir uma escola para quem? O IAPETC ia tomar o terreno. Não houve entendimento nesse negócio. Se falou, se ventilou, mas a gente nunca conversou [...] A comunidade, o Hospital nunca destinou nada para as alunas. Os superiores achavam que nós íamos construir o quê? Para eles nós já tínhamos uma Escola, precisávamos de um alojamento para nos facilitar. Do terreno esqueceu-se, e os superiores disseram: ‘vamos empregar dinheiro, num terreno que não é nosso?’ Porque te deu um terreno e você constrói, não tinha vantagem nenhuma. (depoente nº 3).

Apesar da situação do terreno não ter ido à frente, o apoio dos dirigentes do Hospital do IAPETC para ocupação desse espaço social pelas Irmãs de Caridade era notório. Um dos fatos marcantes foi a construção da Capela em prol do atendimento às necessidades das Irmãs no que se refere às suas atividades religiosas. Irmã Tereza (depoente nº 3) afirma: “A Capela foi construída quando as Irmãs foram para lá”.

Cecília Pecego explica: “ele [dr. Osvaldo] fez uma pequena Capela por causa das Irmãs. Era uma sala grande, arredondada, e foi ali que fizeram a Capela para as Irmãs”.



Foto nº 12: Antiga Capela do Hospital do IAPETC, atual Capela Nossa Senhora das Graças do Hospital Federal de Bonsucesso; inaugurada em 26-08-1950 e restaurada em junho de 1996.

Localização: Arquivo pessoal da autora do estudo.

É muito provável que a construção da Capela estivesse em uma das cláusulas do Contrato, como uma das exigências da ASVP, facilitando, portanto, a conciliação das atividades religiosas com as de enfermagem. A placa que determina a inauguração da Capela é datada de 26-08-1950 e nela constam as seguintes informações: “O Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Empregados em Transportes e Cargas fez erigir essa Igreja em comemoração da passagem do Ano Santo” (na parte superior, centralizado); na primeira linha à esquerda consta: Presidente da República General Eurico Gaspar Dutra e à direita: Sumo Pontífice Sua Santidade Papa Pio XII ; na segunda linha à direita consta: Ministro Interino do Trabalho Marcial Dias Pequeno e Cardeal Arcebispo do Rio de Janeiro D. Jaime de Barros Câmara; na terceira linha centralizado consta: “Inaugurada em 26-08-1950 em comemoração do XII Aniversário” e finalmente na última linha consta o nome do presidente do Instituto: Hilton Santos. Este fato demonstrou não só o apoio dos dirigentes do Hospital, como também do Instituto e do governo à presença das Irmãs de Caridade no Hospital do IAPETC.



Foto nº 13: Placa inaugural da Capela do Hospital do IAPETC.
Localização: Arquivo pessoal da autora do estudo.

É importante destacar que o contexto político é o da gestão do presidente Eurico Gaspar Dutra, cujo discurso desde a campanha presidencial, demonstrava simpatia ao catolicismo. Sendo assim, não criou obstáculos para a formação de outras instituições de ensino de enfermagem católicas no país (ALMEIDA FILHO, 2004).

No governo Dutra a relação com a Igreja era baseada em muitas considerações e simpatia. O processo eleitoral que se iniciou desfavorável à Dutra, foi concluído com expressiva vitória, após apoio do ex-presidente Getúlio Vargas, que representava o Estado na aliança com a Igreja, ao mesmo tempo em que demonstrava sua efetiva influência sobre grande parte da população brasileira (VALE, 1978, *apud*, ALMEIDA FILHO, 2004).

O Contrato de Locação de Serviços entre a ASVP, mantenedora da EELM e o Hospital do IAPETC que vigorava na prática desde 1949, só passou a vigorar de direito em 28 de novembro de 1955, conforme escritura nº 6.563, lavrada no livro 530, folha 26 v, no Cartório Caio Pereira, situado à Rua da Assembléia, nº 15, Centro do Rio de Janeiro⁴³.

⁴³ Arquivo pessoal de Valdez Novaes Pontes, certidão expedida pela Faculdade de Enfermagem Luiza de Marillac, 1991

Nesse sentido, o poder da ASVP e o capital social, cultural e o *habitus* religioso que as Irmãs de Caridade detinham determinaram o posicionamento destas no Hospital do IAPETC, como também as alianças estabelecidas com o dirigente do mesmo. Bourdieu (2007) diz que a posse de certos capitais e o *habitus* de cada ator social condicionam seu posicionamento espacial no campo.

No que se refere ao relacionamento das Irmãs com as enfermeiras laicas, Cecília Pecego lembra:

A relação das Irmãs instrutoras com as enfermeiras diplomadas era boa, não havia problemas, porque as Irmãs instrutoras respeitavam muito a nós. Nós éramos da Escola mais velha, então elas respeitavam muito as enfermeiras da Ana Néri (depoente nº 1).

Uma das estratégias da ASVP foi a aliança com a EAN, portadora de poder e prestígio no campo da enfermagem, inclusive para a criação da EELM⁴⁴. No que se refere ao campo de estágio a Irmã Tereza (depoente nº 3) afirma: “A Escola Luiza de Marillac trabalhava muito em paralelo com a Escola Ana Néri. Então onde a EAN funcionava [como campo de estágio], a supervisora [das alunas da EELM] era também da EAN.”

Contudo, apesar do depoimento de Cecília Pecego quanto ao bom relacionamento com as religiosas, a chefe do Serviço de Enfermagem visando evitar embates com a Irmã Matilde Nina, superiora das Irmãs de Caridade no Hospital do IAPETC, abdicava de uma de suas prerrogativas, qual seja: escalar o pessoal de enfermagem vinculado à ASVP sem antes comunicar sua decisão à Irmã Nina:

Quando eu realizava a escala das enfermeiras do Hospital verificava com a Irmã de Caridade a possibilidade fazerem aquilo ou não para não ter atritos com a Irmã [Matilde] Nina. Eu sempre perguntava que tal essa escala [...] E então, não tinha problema (depoente nº 1)

Com este tipo de atitude Cecília Pecego demonstrava que percebia as regras do jogo, mas por sua afinidade com o *habitus* religioso considerava que devia obediência à Irmã Superiora e, portanto, se submetia às regras do mesmo. Bourdieu (2007, p.86) explica que: “A submissão a certos fins, significações ou interesses transcendentais, quer dizer, superiores e exteriores aos interesses individuais, raramente é efeito de uma imposição imperativa e de uma submissão consciente”.

⁴⁴ Para maiores esclarecimentos ver dissertação de mestrado da autora Maria Regina Marques Bezerra.

Um fato que deve ser levado em conta é o de que, à época, Cecília Pecego era vice-presidente da UCEB, instituição criada três meses após a inauguração do Hospital do IAPETC. O objetivo maior dessa organização era a aproximação e entendimento entre enfermeiras religiosas e enfermeiras laicas católicas. Portanto, isto contribuiu e muito para as atitudes de submissão ao jogo, uma vez que se Cecília Pecego tomasse atitudes de enfrentamento aos agentes opostos que lutavam pela ocupação do campo, não atenderia ao objetivo da UCEB, como também iria contra aos seus princípios religiosos.

Sendo assim, com a chegada das Irmãs de Caridade no Hospital do IAPETC deu-se início à divisão do espaço social e, portanto, ao estabelecimento de lutas simbólicas entre enfermeiras laicas e Irmãs de Caridade pela ocupação do mesmo. As enfermeiras laicas provenientes da EAN eram responsáveis pelas enfermarias, sendo denominadas enfermeiras encarregadas (conforme organograma), contudo, as Irmãs de Caridade, aos poucos, foram dividindo com elas essa responsabilidade.

Outro fato que muito colaborou para a ocupação do espaço pelas Irmãs foi o acesso da Superiora das Irmãs ao diretor do Hospital do IAPETC, tanto sendo conferida pelo organograma quanto pelo trecho do depoimento da Irmã Tereza:

A Superiora ia falar com ele, nós só íamos quando ele nos chamava, num caso específico da nossa clínica. Quem intermediava era a Superiora que tinha acesso direto ao diretor. Não passava pelo chefe de clínica. As Irmãs conseguiam muitas coisas por ele [o diretor] (depoente nº 3).

Essa perda de espaços e de posições determinou que Cecília Pecego, enfermeira responsável pela organização e implantação do Serviço de Enfermagem no Hospital do IAPETC, pedisse exoneração de seu cargo de chefe deste Hospital ainda em 1949. A constatação de que não tinha condições de permanecer naquele jogo por não ter força suficiente para jogá-lo fez com que Cecília Pecego, dissimuladamente, saísse de férias no mês de novembro de 1949, não retornando para dar continuidade às suas atividades no Hospital. Quando questionada a respeito das razões que a levaram a tomar tal atitude, explica:

Porque eu sempre gostei da Escola, sempre adorei trabalhar no Pavilhão de Aulas da Escola de Enfermagem Ana Néri. E teve um dia que quando já estava, quero dizer, no meio de 49, d. Laís me chamou na Escola para apresentar alguma coisa sobre o Hospital em uma reunião de ex-alunas no auditório. Ela me chamou para conversar; levei a Fernanda e a Nilza. Então, nós conversamos sobre o Hospital e d. Laís me perguntou se eu estava satisfeita no Hospital do IAPETC. E eu disse que até aquele momento não tinha tido problemas, mas eu disse: 'eu gosto mesmo é da Escola, d. Laís!' [risos]. D. Laís disse: 'a hora que você quiser está aberto aqui'. Então aquilo ficou na minha cabeça. Depois eu tive um problema e fiquei meio aborrecida,

porque eu não estava sabendo da introdução da Escola Luiza de Marillac. Eu soube praticamente no dia em que a Irmã Nina foi ao Hospital já levando as coisas da Escola (depoente nº 1).

As relações sociais assimétricas são fruto de um embate, de um jogo, no qual os agentes interagem, tendo possibilidade de adquirir e acumular lucros simbólicos ou despendendo recursos. Os agentes que participam dessas trocas simbólicas, dando (dominado) ou recebendo (dominante), colaboram sem saber com um trabalho de dissimulação (característica do dominado) que visa negar a verdade da troca (BOURDIEU, 2009).

Cecília Pecego mudando o tom de voz e um tanto perplexa com suas palavras comenta:

É, isso me aborreceu! Porque, afinal de contas, ela [Irmã Matilde Nina] ia trazer uma escola de enfermagem para lá e eu não estava sabendo! E isso iria interferir na enfermagem! [...] Fiquei aborrecida com aquilo, mas como eu era muito fechada, não falei nada. Falei com a Nilza e com a Fernanda: ‘Eu não estou satisfeita. Eu vou tirar umas férias para pensar direitinho se eu volto ou não’. Não falei com o meu tio, o diretor. Fiquei quieta. Fui para Belo Horizonte [...]. Mas já fui praticamente resolvida a não voltar. Quando retornei, uns quinze dias antes de terminar as férias, fiz um pedido de exoneração, mas ao invés de entregar ao diretor, eu mandei entregar direto ao presidente do IAPETC [risos], Hilton Santos. Eu não deveria ter feito isso, mas eu estava tão aborrecida que resolvi fazer. Entreguei direto ao presidente e voltei para Belo Horizonte para passear (depoente nº 1).

Analisando o trecho acima podemos perceber que Cecília Pecego não aceitou a violência simbólica exercida pelo diretor do Hospital por acreditar que isto interferiria em toda a organização do Serviço de Enfermagem sob a sua responsabilidade, como também afetava sua autoridade, saindo, portanto, do jogo de forças.

Bourdieu (2007, p.133-134) diz que a desigualdade de forças se expressa por meio do acesso diferenciado que os agentes sociais têm ao capital específico de um determinado campo. Como o capital é o recurso que determina as “possibilidades de ganho, aqueles com uma menor quantidade de capital têm menos chances de produzir ganhos no jogo” que caracteriza o campo.

Ao não mais suportar ser submetida a tantas violências simbólicas, Cecília Pecego deve ter mobilizado muita força interna para alterar a ordem dos fatos e enviar o pedido de exoneração diretamente ao presidente do Instituto do IAPETC, demonstrando cabalmente não mais aceitar a dominação exercida pelo diretor do Hospital. Bourdieu (2007, p.146) diz que “os mandatários do Estado, são detentores do monopólio da violência simbólica legítima no campo da saúde”. Neste caso, os mandatários do Estado seriam os dirigentes do IAPETC, dentre eles o diretor do Hospital, dr. Osvaldo Correa de Araújo.

Já ciente da decisão de Cecília Pecego, seu tio, o diretor do Hospital do IAPETC, a procura em casa questionando seus motivos para tal atitude, falando com a sua mãe. Logo após, Cecília Pecego telefonou para o dr. Osvaldo:

Ele disse: ‘Sim, eu soube’. Então, eu falei: ‘Já fiz o pedido e eu não vou voltar’. Ele falou: ‘Mas como é que pode?’ Eu falei: ‘Pode deixar, a Nilza está aí e ela vai tomar conta de tudo, não tem problema. E também aí tem uma escola de enfermagem e está ótimo para você’ [risos]. Eu sou assim, quando não gosto das coisas resolvo assim. E foi assim que eu resolvi. Voltei para a Escola Ana Néri que era o que eu queria fazer (depoente nº 1).

Bourdieu (2007) diz que os agentes ocuparão espaços mais próximos quanto mais similares for a quantidade e espécie de capitais que detiverem. Sendo assim, os capitais detidos por Cecília Pecego, como também o seu *habitus* profissional não possibilitaram que a mesma continuasse ocupando o espaço social do Hospital do IAPETC.

Além de tão importante violência simbólica sofrida por Cecília Pecego, a mesma, conta três fatos que colaboraram para a sua retirada do campo. Um deles foi a interferência da esposa de Hilton Santos, presidente do IAPETC, na enfermagem:

Ela não tinha cargo no Hospital. Quando se organizou o Serviço Materno-Infantil, ela disse que queria ajudar na parte do berçário. Daí juntou as esposas dos médicos, isso eu soube pela minha tia; fizeram uma reunião na casa dela. Ela convidou todo mundo para que fizessem coisas para o berçário como se fosse um berçário de uma entidade caritativa. Nas vésperas da inauguração ela trouxe uns cortinados maravilhosos, com fitas azuis para meninos e fitas rosa para meninas. Fez aquele bafafá. Deixamos fazer. Daí ela convidou as senhoras para a inauguração. Nesse dia eu percebi que essa senhora não gostou da enfermeira que eu escalei para o berçário; ela era uma enfermeira maravilhosa, competente, dedicadíssima, adorava crianças. Mas era negra e feia. Escalei, porque ela [a enfermeira] pediu. Eu colocaria da mesma maneira, porque ela era excelente. E, então, a outra [a esposa do Hilton Santos] começou a fazer pressão [...] (depoente nº 1).

Cecília Pecego parece ter ficado conformada como uma perfeita cristã, talvez por acreditar que tudo isto passaria. A partir daí a esposa do presidente do Instituto começou a agir de forma mais efetiva no que se refere ao Serviço de Enfermagem do Hospital:

Ela trazia as fraldas e aquela coisa toda. Nessa época, a lavanderia do Hospital não estava funcionando bem. Acontecia algo de vez em quando que as máquinas estragavam as fraldas. E ela [a esposa] ficava uma fera e achava que a gente tinha que lavar as fraldas. Eu falava: ‘Absolutamente! Lavanderia é lavanderia’. E ela não gostava. Daí começaram a sumir fraldas. Ela queria que as enfermeiras contassem as fraldas todos os dias antes de irem para a lavanderia do Hospital. Eu respondi: ‘Isso aí não é comigo; serviço de lavanderia não é comigo’. Foi nessa época que a Irmã Nina tomou essa parte (depoente nº 1).

Desta vez, Cecília Pecego reagiu determinadamente à intromissão da esposa do presidente do Instituto do IAPETC, mostrando o que era de sua competência e de responsabilidade do Serviço por ela chefiado.

Cecília Pecego participava de uma luta simbólica que não era somente sua e sim da enfermagem: A luta pelo reconhecimento de sua competência, da eficácia do seu trabalho e da singularidade do seu propósito (BARREIRA, 1999, p.125), ou seja, conforme Bourdieu (2007, p.140): “pela produção e imposição de uma visão de mundo legítima”. É a parte do jogo de incerteza, que dá fundamento à pluralidade de visões do mundo, ligada à pluralidade dos pontos de vista, como acontece em todas as lutas simbólicas “pela produção e imposição da visão do mundo legítima”.

Cecília Pecego narra outra situação ligada à esposa do presidente do IAPETC que novamente interferiu no Serviço de Enfermagem, envolvendo o chefe médico da clínica de obstetrícia e a enfermeira negra encarregada do berçário:

[...] Eu já estava chateada com a questão do estágio. Eu estava no meu gabinete e o doutor Pizarro, o chefe da obstetrícia: ‘dona Cecília, você sabe que a gente precisa fazer aquilo que as pessoas que têm poder precisam [...]’. Eu fiquei olhando [...]. Ele falou: ‘é o seguinte: não dá para mudar aquela enfermeira de lá do berçário?’ Eu disse: ‘Quem, Maria de Lourdes?’ Ele falou: ‘É, a Maria de Lourdes é ótima, mas as crianças não gostam de uma pessoa daquele jeito’. Daí eu falei: ‘Como as pessoas não gostam de uma pessoa assim, doutor Pizarro? Pelo amor de Deus!’. E ele: ‘Não há jeito de trocar?’ Eu disse: ‘Não tem outro jeito, se tivesse algum problema de trabalho, eu trocaria, mas ela é ótima, é eficiente, as crianças gostam dela, as auxiliares se dão muito bem com ela, o serviço está calmo e feliz. Não vou fazer isso! Se for aquela senhora [esposa do presidente do IAPETC] quem está pedindo, pode dizer a ela que não vou fazer’. E então essa senhora se retirou um pouquinho (depoente nº 1).

Dr. Pizarro procurou Cecília Pecego com um discurso favorável à esposa do presidente do Instituto do IAPETC, órgão máximo da instituição, tendo, portanto, o monopólio da violência simbólica legítima. Esse médico deixou bem claro em sua fala que o poder falava mais alto, na tentativa de intimidar a chefe do Serviço de Enfermagem.

Bourdieu (2007, p.125) explica que a revolução simbólica contra a dominação simbólica e os efeitos da intimidação que ela exerce, tem em jogo a conquista e reconquista de uma identidade, que muitas vezes “o dominado abdica em proveito do dominante enquanto aceita ser negado ou negar-se”. Contudo, Cecília Pecego não se intimidou frente à solicitação do chefe de clínica da obstetrícia, mantendo-se firme e disposta a lutar pelos seus interesses em jogo.

Outro ponto a ser destacado a partir do depoimento acima é a questão do preconceito, que nada mais é que uma produção social, cultural e ideológica que acontece no campo das relações entre grupos quando há assimetrias ou desigualdades de poder e interesses

conflituosos. Ele é também um produto das normas sociais. Só é possível falar de preconceito quando há algum tipo de normatividade que o combata, que defina uma ação/atitude como preconceituosa, descabida, injustificada (SCHMINK, 1999).

Desta forma podemos ressaltar o preconceito ligado ao sexismo⁴⁵, pois este junto com o racismo contribui para a manutenção da situação de desigualdade em que ainda se encontram as mulheres negras em nosso país. Esta desigualdade pode ser observada em contextos distintos, como o ambiente de trabalho. No trabalho, os efeitos do racismo e do sexismo podem ser observados principalmente através das posições que as mulheres negras geralmente ocupam: posições de baixo prestígio, que exigem pouca escolaridade e qualificação. No caso em discussão, ou seja, daquelas que já possuem nível de escolaridade compatível com cargos de chefia, percebe-se a resistência dos superiores em admitir a possibilidade destas mulheres ocupando postos de comando. Além disso, mesmo que alguém socialmente identificado como negro não se identifique como tal, é como negro que ele será tratado pelas outras pessoas, mesmo que de modo dissimulado (GUIMARÃES; SCHMINK, 1999).

Indignada com a situação que estava vivenciando, Cecília Pecego em aliança com a enfermeira que trabalhava no berçário tomou a seguinte providência:

O que eu fiz? ‘Lourdes, vamos tirar esse filó que está em cima das crianças porque isso aí só vai trazer poeira.’ E ela disse que era isso que ela queria fazer a muito tempo, mas não conseguia. Falei para o doutor Pizarro que íamos tirar tudo e tiramos. Dissemos para ele que era questão de higiene. E pronto e acabou. E aí a senhora saiu (depoente nº 1).

Mas o fato é que Cecília Pecego, que representava a enfermagem moderna e portanto laica, sofreu pressões de todos os lados: dos dirigentes do Hospital, das Irmãs de Caridade, dos médicos chefes de clínica, da esposa do presidente do IAPETC e teve que travar lutas simbólicas visando continuar assegurando sua posição de poder e prestígio como chefe do Serviço de Enfermagem no referido espaço social. Contudo, como a mesma não dispunha de armas semelhantes, abandonou a luta em novembro de 1949.

⁴⁵ “Conjunto de manifestações de comportamento discriminatório que favorece um sexo em detrimento do outro. Abrange todos os âmbitos da vida e das relações humanas. Desequilíbrio sexual do poder. Na sociedade patriarcal o sexismo se manifesta por meio da reprodução incessante dos estereótipos que inferiorizam a mulher vinculando-a a sua natureza biológica e valorizando os mitos da menopausa, da maternidade, da perfeita dona de casa, destituindo-as da condição de seres culturais, campo no qual as diferenças biológicas homem-mulher deixam de existir” (SCHMINK, 1999, p.4).

Devemos considerar que nesta época Laís Netto dos Reis encontrava-se doente. Tanto que, em novembro de 1949, ocasião do III Congresso Brasileiro de Enfermagem, não se encontra o seu nome na programação do evento, o que pode indicar o avanço da Leucemia, responsável por sua morte no ano seguinte - 03 de julho de 1950 (ALMEIDA FILHO, 2004). Se por um lado Laís Netto de Reis atuou efetivamente para a titulação de religiosas em enfermeiras e contribuiu para a capitalização de lucros simbólicos por parte da Igreja, por outro lado foi peça fundamental na inserção de enfermeiras laicas da EAN nos hospitais modernos assegurando-lhes poder e prestígio no campo, inclusive no Hospital do IAPETC. O fato é que, sua saída do campo parece que em muito contribuiu para o enfraquecimento das posições das enfermeiras laicas quando em luta com enfermeiras religiosas.

Nilza Moraes Passos, colega de turma de Cecília Pecego e que participou da implantação do Serviço de Enfermagem em 1948, substituiu Cecília quando a mesma se retirou para férias. Cecília Pecego comenta: “Eu disse: ‘você vai ficar aí, se eu não voltar você fica no meu lugar’. Ela disse: ‘Meu Deus, eu fico! Mas você tem que voltar, mas eu fico’.

Cecília Pecego esclarece os motivos de ter sido Nilza que a substituiu:

Das enfermeiras que eu mais confiava a única que poderia me substituir era ela. A Fernanda estava comigo tirando férias e a Maria Eleusis estava como enfermeira no Serviço Noturno, não tendo como passá-la para o Serviço Diurno por motivos pessoais (depoente nº 1).

Em novembro de 1949, Nilza Moraes Passos assumiu a chefia do Serviço de Enfermagem, porém permaneceu nesse cargo por um breve período, porque foi indicada, em 02-01-1950, para o cargo de chefe do Serviço de Enfermagem do Ambulatório do Instituto dos Industriários. O documento localizado que traz tais informações trata-se do Ofício nº 1/50, expedido pela Escola Ana Néri e assinado por Laís Netto dos Reis, diretora à época, destinado ao diretor do referido Instituto.

Com a saída de Cecília Pecego da chefia do Serviço de Enfermagem, as enfermeiras laicas também foram se retirando daquele espaço social, porém não de uma só vez⁴⁶. Bourdieu (2007) diz que os agentes que ocupam posições semelhantes, colocados em condições semelhantes têm toda a probabilidade de terem atitudes semelhantes. Este parece ter sido o caso das enfermeiras laicas diplomadas pela EAN que trabalhavam no Hospital do IAPETC.

⁴⁶ Este assunto merece ser melhor investigado.

Era fato também o bom relacionamento das Irmãs com os médicos chefes de clínicas. Raimunda Becker comenta sobre a relação do chefe médico da clínica com as Irmãs de Caridade, no caso da Irmã Matilde Salomão, chefe de enfermagem da clínica de doenças Transmissíveis e dr. Renault, chefe médico da clínica:

O cirurgião de tórax era o dr. Renault, que se dava muito bem com ela [Irmã Matilde Salomão]. A relação deles era muito boa, eles [os médicos] tinham o maior apreço por ela [Matilde Salomão] porque o chefe deles, que era o doutor Renault, tinha muito apreço por ela, porque ela era muito competente. Então, ele tinha toda consideração. E quando o principal tem apreço por você e o trata bem, os subordinados seguem a mesma cartilha (depoente nº4).

Para Irmã Tereza existia preferência tanto dos dirigentes como dos integrantes da equipe médica pelo trabalho das Irmãs, principalmente porque as mesmas residiam no Hospital:

Existia pela parte de vigilância e de respeito. E depois o que havia é que nós morávamos no Hospital, os leigos iam embora. Quando aconteciam problemas as enfermeiras muitas vezes não tomavam conhecimento porque não estavam no Hospital e eu da minha casa vinha resolver. Por isso que eles queriam as Irmãs, porque nós sempre estávamos no posto da gente (depoente nº3).

E novamente retorna ao fato explicando o porquê da preferência pelas Irmãs: “Não por presunção de querer tomar o lugar de vocês [enfermeiras laicas], mas pelo fato de morarmos lá”. O depoimento demonstra uma tentativa de justificar a ocupação do espaço social pelas religiosas, como também as armas simbólicas utilizadas na luta simbólica empreendida entre os diversos agentes.

A Irmã Tereza continua: “depois que Cecília saiu, foram entrando mais enfermeiras da Luiza de Marillac”. Cecília Pecego esclarece que além das dezoito enfermeiras diplomadas pela EAN, duas diplomadas pela EELM foram admitidas para trabalhar no Hospital do IAPETC. A respeito disso, Cecília Pecego (depoente nº 1) esclarece: “As duas foram se candidatar para trabalhar no Hospital e por coincidência eu tinha as duas vagas. Elas eram provenientes de uma escola que tinha uma formação muito boa também” Eram elas: Maria de Lourdes dos Santos Silveira (diplomada em 1948), e Maria José da Ressurreição Moreira Monteiro (diplomada em 1944) (BARBOSA, 1987).

O fato de duas enfermeiras, no período de Cecília Pecego, serem provenientes da EELM e a citação de Irmã Tereza acima devem ser considerados, uma vez que esta Escola se tornou um espaço de inculcação da doutrina cristã. Diante disso, as enfermeiras diplomadas pela EELM incorporaram o *habitus* profissional religioso. Quando diplomadas, reproduziam a

ideologia da ASVP nos espaços hospitalares, como, por exemplo, no Hospital do IAPETC, permitindo à ASVP manter os espaços hospitalares com um grande grupo de enfermeiras formadas com base no catolicismo (BEZERRA, 2002).

Nesse sentido Bourdieu e Passeron (1992) explicam que a escola representa um espaço que permite desenvolver atividades educacionais capazes de atualizar o *habitus* do indivíduo. O sistema educacional realiza um processo de inculcação, o que resulta na atualização do *habitus*, permitindo ao aluno, ao se formar, produzir tal formação nos espaços sociais que for atuar.

Certamente essas enfermeiras diplomadas pela EELM reproduziam o *habitus* profissional religioso no Hospital do IAPETC, pois além de terem estudado em uma escola baseada na doutrina cristã, já haviam adquirido de suas famílias os costumes católicos (*habitus* primário) e também durante a aprendizagem, nas escolas de ensino fundamental (*habitus* secundário). A formação pela EELM além de atualizar o *habitus* religioso previamente adquirido pelas alunas em outras circunstâncias, também inculcou nas mesmas o *habitus* profissional religioso.

Ainda no que se refere à saída das enfermeiras laicas do Hospital do IAPETC, a Irmã Tereza afirma: “Quando cheguei ao IAPETC, em 1951, tinha a d. Celeste da obstetrícia que era da Ana Néri”. Contudo, afirma não estarem mais no Hospital as primeiras enfermeiras às quais Cecília Pecego citou no documento que disponibilizou para auxiliar esse estudo.

Ao entrevistar Raimunda Becker (depoente nº 4), constatamos que a mesma ao chegar ao Hospital do IAPETC, também em 1951, na condição de aluna da EELM, não encontrou qualquer enfermeira laica citada no Quadro 4.

QUADRO 4 – Enfermeiras laicas encarregadas das clínicas do Hospital do IAPETC no período de 1948-1951

Enfermeiras Encarregadas	Classe de Formação	Clínicas pelas quais eram encarregadas
Enedina Azevedo Ferreira	1939	Não disponibilizado
Denise Mendes dos Santos	1942	Pavilhão de Doenças Transmissíveis
Dhilarrymar Gomes de Oliveira	1943	Serviço Noturno
Maria Eleusis Martins Riomar	1945	Centro cirúrgico
Laura de Campos	1945	Admissão
Nilza Moraes Passos	1945	Clínica Médica
Edith Martins de Oliveira	1946	Centro Cirúrgico
Eunice Nery da Matta	1946	Clínica cirúrgica (RPA)
Hilda Severino da Silva	1946	Supervisora da tarde
Maria de Lourdes Muller Castro	1946	Berçário
Maria de Lourdes Costa	1946	Maternidade
Úrsula Olindina Ramtour	1946	Supervisora da Tarde
Fernanda Walter Passos	1947	Clínica Cirúrgica

Isabel Jorge Moreira	1947	Ortopedia
Maria Madalena Nunes da Silva	1947	Não disponibilizado
Eunilda de Andrade Lima	1948	Não disponibilizado
Elza Coelho Maia	1948	Não disponibilizado

Fonte: Dossiê de alunas da EAN das classes 1939, 1942, 1943, 1945, 1946, 1947, 1948 pertencentes ao Centro de Documentação da EEAN/UFRJ.

Com essa listagem foi possível consultar o dossiê dessas enfermeiras quando foram alunas da EAN no Centro de Documentação da EEAN/UFRJ e realizado um levantamento com o objetivo de caracterizar essas ex-alunas e através de alguns dados, como religião e antecedentes de contato com Irmãs de Caridade, conseguindo subsídios para tentar compreender quem eram essas enfermeiras e como se dava o relacionamento das mesmas com as Irmãs de Caridades.

TABELA 3 – Contato das primeiras enfermeiras laicas do Hospital do IAPETC com Irmãs de Caridade

Estudou em Colégio de Irmã de Caridade	F	%
Sim	08	44,44
Não	10	55,56
Total	18	100

Fonte: Dossiê de alunas da EAN das classes 1939, 1942, 1943, 1945, 1946, 1947, 1948, pertencentes ao Centro de Documentação da EEAN/UFRJ.

De acordo com a Tabela 3, 08 das dezoito primeiras enfermeiras que trabalharam no Hospital do IAPETC já haviam estudado em colégio de Irmãs de Caridade, tendo um contato prévio com essas religiosas, o que corresponde a 44,44% do total.

TABELA 4 – Religião das primeiras enfermeiras laicas do Hospital do IAPETC

Religião	F	%
Católica	14	77,8
Protestante	01	5,5
Não havia informação a respeito	03	16,7
Total	18	100

Fonte: Dossiê de alunas da EAN das classes 1939, 1942, 1943, 1945, 1946, 1947, 1948, pertencentes ao Centro de Documentação da EEAN/UFRJ.

Outro levantamento importante para auxiliar na compreensão do relacionamento entre enfermeiras laicas e Irmãs de Caridade foi o percentual da religião dessas enfermeiras. De acordo com a tabela 4, foi constatado que 77,8% das enfermeiras eram católicas, 5,5% protestantes, 16,7 não foi possível encontrar dados até o momento.

É importante ressaltar que no dossiê de algumas alunas havia o nome de religiosas no campo de preenchimento de indicação de tais alunas co curso de enfermagem, o que demonstra um conhecimento prévio.

TABELA 5 - Locais que as primeiras enfermeiras laicas do Hospital do IAPETC trabalharam após saírem desse Hospital

Locais	F	%
Postos de Saúde do IAPI	01	5,5
Hospital do IPASE	03	16,7
Hospital São Sebastião	03	16,7
Hospital da Companhia Siderúrgica Nacional	01	5,5
Prefeitura do Distrito Federal	04	22,2
Secretaria Geral de Saúde e Assistência	03	16,7
Ministério da Agricultura/Policlínica dos Pescadores	03	16,7
Total	18	100

Fonte: Dossiê de alunas da EAN das classes de 1939, 1942, 1943, 1945, 1946, 1947, 1948, pertencentes ao Centro de Documentação da EEAN/UFRJ.

Das dezoito enfermeiras que saíram do Hospital do IAPETC entre 1949 e 1951, ou seja, após a saída de Cecília Pecego, dezessete (94,5%) foi trabalhar em unidade de saúde da Capital Federal e apenas 01 (5,5%) foi trabalhar no Hospital da Companhia Siderúrgica Nacional, localizado na cidade de Volta Redonda/Rio de Janeiro.

Eunice Nery da Matta (depoente nº 2) conta que quando saiu do Hospital do IAPETC foi trabalhar em um hospital de pequeno porte, localizado na Praça XV de Novembro, nº. 4 / fundos, cujo nome era Policlínica dos Pescadores⁴⁷, vinculado ao Ministério da Agricultura. Diz também que foi à convite de sua colega de trabalho do Hospital do IAPETC, Denise Mendes, que havia sido convidada para chefiar o Serviço de Enfermagem daquela Policlínica. Além de Eunice, que ficou responsável pela clínica cirúrgica, foi também Maria de Lourdes Costa (a negra), que se responsabilizou pela maternidade.

O fato das enfermeiras diplomadas pela EAN serem em sua maioria católicas e desde a sua formação escolar terem estudado em colégio de religiosas pode ter contribuído para a sua retirada do jogo de forças, como o que ocorreu com Cecília Pecego. Quando a chefe do Serviço de Enfermagem pediu exoneração de seu cargo e retirou-se do Hospital, parece que todas as outras seguiram o mesmo caminho, evitando embates com as Irmãs de Caridade.

Bourdieu (2007) explica que a estrutura de um campo político que não é indissociável da relação direta com os seus mandantes ou representantes, determina a tomada de decisões, por intermédio dos constrangimentos e dos interesses que estão ligados a uma posição no campo.

A ocupação do espaço social do Hospital do IAPETC pelas Irmãs de Caridade determinou a modificação da estrutura do mesmo e terminou fazendo com que a chefe de enfermagem (mandante) tomasse a decisão de se retirar do campo. Bourdieu (2007, p.166) diz que os constrangimentos, em primeiro lugar, afetam a classe dominada (enfermeiras da EAN) que não tem outra escolha: a “demissão ou a entrega de si aos que dominam”.

Nesse processo de saída das enfermeiras laicas do espaço social do Hospital do IAPET, em 1950, Edith Martins de Oliveira, diplomada pela EAN em 1946 e responsável pelo Centro Cirúrgico do referido Hospital assumiu a chefia do Serviço de Enfermagem em substituição à Nilza Moraes Passos. Contudo, devido a desentendimentos com o diretor do

⁴⁷ Hoje é denominada Maternidade Praça XV vinculada a Prefeitura do Município do Rio de Janeiro.

Hospital, também Edith permaneceu pouco tempo neste cargo, de 1950 a 1951. Edith Martins de Oliveira foi a última enfermeira laica, diplomada pela EAN, a ocupar o cargo de chefe do Serviço de Enfermagem do Hospital do IAPETC no período que neste estudo consideramos como de implantação e consolidação deste Serviço. À época da demissão de Edith Oliveira, o diretor do Hospital do IAPETC era dr. Getúlio José da Silva⁴⁸, indicado pelo presidente do IAPETC para substituir dr. Osvaldo Correa de Araújo, que permaneceu no cargo de janeiro de 1948 a janeiro de 1951, pois de acordo com o Decreto-Lei nº 22.367, de 27 de dezembro de 1946, que aprovou o regulamento do Instituto, o mandato do diretor do Hospital era de três anos. Segundo Irmã Tereza, a indicação estava embasada na questão política: “dr. Getúlio tinha um relacionamento sólido com o deputado federal dr. Rissa, apoiado por Ademar de Barros, que era um político muito influente e a política influenciava muito naquela época, quem mandava na Previdência Social era o Ademar de Barros”. De acordo com a mesma depoente, dr. Osvaldo Correa de Araújo ao deixar a direção do Hospital do IAPETC assumiu a chefia do Centro Cirúrgico e da Clínica Cirúrgica de homens do mesmo Hospital.



Foto nº 14: Ademar Pereira de Barros. Foto espontânea do político.
Localização: CPDOC da FGV, verbete, acessado em www.fgv.cpdoc.br em 29/05/2010 às 14: 32h.

⁴⁸ Médico otorrinolaringologista; membro fundador da Sociedade de Otorrinolaringologia do Estado do Rio de Janeiro, em 09 de outubro de 1937.

Ademar Pereira de Barros (Piracicaba, 22 de abril de 1901 — Paris, 12 de março de 1969) foi médico, empresário e influente político brasileiro entre as décadas de 1930 e 1960. Foi prefeito da cidade de São Paulo (1957 — 1961), interventor federal (1938 — 1941) e duas vezes governador de São Paulo (1947 — 1951 e 1963 — 1966). Ademar se filiou à UDN e apoiou o brigadeiro Eduardo Gomes para presidente da república nas eleições de 2 de dezembro de 1945. Porém, logo se afastou da UDN, e, em 1946, fundou o Partido Republicano Progressista (PRP), que pouco depois se fundiu com o Partido Popular Sindicalista e o Partido Agrário Nacional, formando o Partido Social Progressista (PSP), que se tornou o maior partido político de São Paulo do período de 1946 a 1965. Foi eleito governador, em 19 de janeiro de 1947 com 393 mil votos. O PSB tinha membros da Igreja Católica paulista. No seu segundo mandato, o prefeito da capital paulista era de livre nomeação do governador do estado, o que fez com que Ademar controlasse também a prefeitura de São Paulo. Em 1947, Ademar nomeou para a prefeitura de São Paulo, Paulo Lauro que foi o primeiro negro a ocupar o cargo de prefeito da capital paulista. Em 1950, Ademar não se candidatou à presidência. E deu seu apoio, como governador, ao candidato Getúlio Vargas, o que foi decisivo para a eleição direta de Getúlio à Presidência da República em 3 de outubro daquele ano. (CANNABRAVA FILHO, 2004).

Com a demissão da enfermeira Edith Oliveira da chefia do Serviço de Enfermagem do Hospital do IAPETC, assumiu o referido cargo a Irmã Maria Tereza Notarnicola que comenta:

Eu cheguei no dia da deposição da Dona Edith. Me pegaram no corredor e falaram: ‘A senhora vai tomar posse’. Eu disse: ‘ De quê? [RISOS] Eu não sei nem andar aqui dentro, como é que vou tomar posse? ‘Mas a gente obedecia à ordem de olhos fechados. Então eu fiquei 24 horas para aguardar a nomeação pela presidência do Instituto. A nomeação não podia ser interna. A Irmã Josefina ficou sendo chefe do Serviço de Enfermagem. Dizia-se assim (depoente nº 3).

Quando Irmã Tereza é questionada a respeito do motivo da saída de Edith Martins de Oliveira, as informações são muito escassas: “Ela teve um atrito, só sei que foi um atrito dela com o diretor.” Em outro momento da entrevista volto à pergunta sobre a deposição de Edith Martins de Oliveira com o objetivo de obter maiores informações:

Ninguém mais conhece e também ninguém soube, o negócio foi tão bem arranjado, só me lembro dos dois brigando, ele dizendo insulto pra ela, e ela pra ele. E eu: ‘não estou entendendo o que é’. Essa foi a cena que mais me marcou lá no IAPETEC! (depoente nº 3)

Segundo Irmã Maria Tereza Notarnicola a ordem para que ela assumisse a chefia do Serviço de Enfermagem por 24 h partiu de sua Superiora, Irmã Matilde Nina, a pedido do dr. Getúlio José da Silva, diretor do Hospital do IAPETC. Com isto, mais uma estratégia da ASVP em aliança com o IAPETC foi viabilizada, qual seja, indicar uma Irmã de Caridade para assumir o cargo de chefe do Serviço de Enfermagem do Hospital do IAPETC. A escolhida foi a Irmã Josefina Filgueiras.

Bourdieu (2007, p.236) diz que o poder de nomeação “representa a forma por excelência da palavra autorizada, palavra pública, oficial, enunciada em nome de todos e perante todos”. Explica ainda que estes atos são mágicos, bem sucedidos, porque são reconhecidos universalmente. Por este motivo ninguém recusa o ponto de vista, a visão que estes atos impõem. Conforme o regimento do IAPETC, descrito no capítulo I, o diretor do Hospital tinha o poder de nomear e dispensar a chefe do Serviço de Enfermagem.

Em 31 de janeiro de 1951 Getúlio Vargas retornou à presidência da República apoiado por Ademar de Barros, mantendo sua posição anterior, ou seja, favorável à Igreja. Portanto, o pano de fundo contextual da substituição das enfermeiras laicas por enfermeiras religiosas no Serviço de Enfermagem do Hospital do IAPETC é o da gestão do presidente Getúlio Vargas, autoridade político-governamental, cujo discurso era favorável às congregações religiosas católicas, por haver uma conhecida aliança entre o Estado e a Igreja. (ALMEIDA FILHO, 2004).

Diante disso, o caminho foi aberto para a ocupação do campo pelas Irmãs de Caridade na chefia do Serviço de Enfermagem e as alianças anteriores que concediam grande volume de capital acumulado às enfermeiras da EAN foram desfeitas. Portanto, estas perderam espaços para continuarem exercendo a dominação simbólica devido às fortes alianças entre o Estado e a Igreja em uma visão macro entre o diretor do Hospital e as Irmãs de Caridade em uma visão micro.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com os dados analisados podemos verificar que a luta simbólica entre as enfermeiras laicas e os agentes sociais do IAPETC e as Irmãs de Caridade pela ocupação do espaço social do Hospital do IAPETC foi uma de muitas ações proveniente da aliança entre a Igreja Católica e o Estado.

Para isso, foi importante compreender o contexto sócio-histórico tanto dos antecedentes como o do período em estudo. Na década de 1930 o principal determinante do processo de contenção de despesas da Previdência Social foi o crítico quadro econômico em que se encontrava o país. Em 1933-34 a economia voltou a se estabilizar, mas as medidas de contenção permaneceram, ou melhor, se intensificaram, incluindo o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Empregados em Transportes e Cargas. Isto se deveu a descoberta da Previdência Social como uma instituição financeira poderosa, rica, utilizada para um dos projetos econômicos centrais do Governo Vargas: a industrialização.

Em linhas gerais, a legislação previdenciária do pós-1945 foi marcada pela progressiva diminuição das medidas de caráter contencionista, impostas no período anterior. De certo, isso não ocorreu tão rapidamente, desenvolvendo-se até 1960, quando da promulgação da Lei Orgânica da Previdência Social, sendo cada Instituto de Previdência contemplado sucessivamente.

Com o fim do Estado Novo e o término da Segunda Guerra Mundial, o país inicia um período de redemocratização, no qual as reivindicações trabalhistas vieram à tona. O governo Dutra em resposta a esse quadro cedeu às pressões dos contribuintes que solicitavam a ampliação e valorização dos benefícios da Previdência. A política de saúde que antes era baseada na compra de serviços médicos assistenciais passou a investir em construção de hospitais e ampliação de ambulatórios já existentes. Na área da saúde, o Plano SALTE, criado em 1948, tinha como finalidade elevar o nível sanitário da população, principalmente dos que não eram contribuintes da Previdência. Em 1949, algumas diretrizes desse Plano entram em vigor apesar de sua promulgação ter acontecido em 1950.

Nesse contexto é inaugurado o Hospital do IAPETC, cenário desse estudo, na capital federal, em 31 de janeiro de 1948, para atendimento dos seus segurados, dentre eles: trabalhadores de cargas e descargas, de trapiches, armazéns, empregados de empresas de

transportes terrestres, empresas distribuidoras de combustíveis, do serviço de mineração, motoristas, estivadores, conferentes de cargas, o presidente e demais funcionários do Instituto.

A inauguração do Hospital do IAPETC, que foi considerado um marco político à época e a confirmação de alianças da Igreja Católica com o governo, contou com a presença de figuras ilustres, como o presidente Eurico Gaspar Dutra, ministros de Estado, empresários, representantes dos sindicatos dos estivadores e dos empregados em transportes e cargas, da Igreja Católica e de muitos contribuintes do IAPETC e suas famílias.

O Hospital do IAPETC foi inaugurado no advento dos hospitais modernos, os quais tinham como finalidade facilitar o diagnóstico e o tratamento do paciente, sendo um lugar apropriado para a prática e ensino da medicina e da enfermagem, entre outras. Esses hospitais caracterizavam-se por construções modernas, bem planejadas com equipamentos avançados.

Diante disso, enquanto a enfermagem nas décadas de 1920 e 1930 tinha como campo preferencial de atuação a saúde pública, nas décadas de 1940 e 1950 esse campo passa a incluir os hospitais modernos. Sendo assim, a formação da enfermeira carecia de adaptações, visto as exigências dos novos estabelecimentos de saúde não serem contempladas em sua totalidade durante o curso de graduação. Não só as enfermeiras laicas como também as enfermeiras religiosas partiram para a especialização na área de administração hospitalar, visando atualizar seu *habitus* profissional.

A divulgação do modelo de enfermeira à época que deveria ser resolutiva e cristã apoiava as enfermeiras que haviam adquirido o *habitus* profissional religioso, apesar de haver um movimento da enfermagem voltado para uma profissão científica e laica. Por outro lado, havia um problema rondando a enfermagem no país: o número insuficiente de enfermeiras para darem conta da franca expansão dos hospitais modernos. O Estado em muito incentivou a criação de escolas oficiais de enfermagem, devido a estas serem capazes de impulsionar inovações nas instituições de saúde.

Ainda, em 1948, o número insuficiente de enfermeiras era um embate. Nesse contexto, foi inaugurado o Hospital do IAPETC, tendo como diretor dr. Osvaldo Correa de Araújo, que necessitava de enfermeiras de escolas oficiais para organizar e implantar o Serviço de Enfermagem do Hospital. Cecília Pecego, sua sobrinha, foi escolhida por ele e cedida por Laís Netto dos Reys, diretora da EAN, para assumir a chefia do Serviço de Enfermagem desse

Hospital. Além disso, a diretora da EAN e o diretor do Hospital do IAPETC acordaram que seria realizado um Curso de Auxiliar de Enfermagem a partir de 1946, com término previsto para 1947, para preparar exercentes de enfermagem para o futuro Hospital.

Diante disso, o Serviço de Enfermagem do Hospital do IAPETC foi organizado, implantado e funcionou em seus primeiros anos nos moldes da EAN, pois esta contribuiu com a cessão de Cecília Pecego, com a formação de vinte e cinco auxiliares de enfermagem e ainda, com a ocupação do campo por dezoito enfermeiras por ela diplomadas.

No período em que Cecília Pecego esteve como chefe do Serviço de Enfermagem, teve que travar inúmeras lutas simbólicas tanto com o diretor do Hospital do IAPETC, com outros agentes sociais vinculados ao IAPETC e com as Irmãs de Caridade que passaram a integrar o campo a partir de 1948, sendo sua primeira estratégia a de assumir a Seção de Economato. Com a chegada de maior número de Irmãs ao Hospital, as enfermeiras laicas passaram a dividir aquele espaço social com as religiosas. Inúmeras estratégias foram criadas pelas Irmãs visando assumir o controle do campo provavelmente proveniente da força simbólica, exercida pelos representantes da ASVP, que tinham como objetivo a ocupação dos espaços hospitalares.

Apesar de Cecília Pecego ter organizado e implantado o Serviço de Enfermagem do Hospital do IAPETC, por não aceitar continuar fazendo parte do jogo de forças que considerava desfavorável à enfermagem e a ela mesma, e também, porque não tinha força suficiente para lutar, principalmente com as Irmãs enfermeiras deixou o Hospital, sendo apoiada por Laís Netto dos Reys, que aceitou seu retorno à EAN. A atitude dessa enfermeira se deve em muito ao fato de ser católica e por estar envolvida em atividades na UCEB, principalmente na qualidade de vice-presidente da mesma.

Com isso, as enfermeiras laicas provenientes da EAN começam a perder o poder e o prestígio no campo, sendo Edith Martins de Oliveira deposta do cargo de chefe do Serviço de Enfermagem, em 1951, pelo diretor do Hospital dr. Getúlio José da Silva. Destaca-se que em 31 de janeiro de 1951 Getúlio Vargas retorna à presidência da República. Numa visão macro, este governo tinha fortes alianças com a Igreja Católica o que propiciou em uma visão micro a manutenção de fortes alianças com as Irmãs de Caridade e os dirigentes do IAPETC.

O Contrato estabelecido entre a ASVP e o Hospital do IAPETC, apesar de ter sido legalizado somente em 1952, representou uma importante arma legítima no jogo de forças empreendido entre as Irmãs de Caridade, agentes sociais vinculados ao IAPETC e as enfermeiras laicas pela ocupação do campo. Esta foi uma prova de que as alianças já estavam previamente estabelecidas; muito provavelmente as religiosas não implantaram o Serviço de Enfermagem naquele Hospital devido ao reduzido número de Irmãs capacitadas para tal empreendimento, pois o que pude perceber era o desejo dos dirigentes do Hospital para tal fim.

Além disso, o Contrato propiciou a ocupação do campo pelas Irmãs na medida em que atendeu a muitas de suas necessidades, como estágio para as alunas, fornecimento de moradia, ajuda de custo para deslocamento, construção de uma Capela.

A ocupação do campo da enfermagem pelas religiosas foi determinada pela força de seu capital social aliado ao *habitus* religioso, favorecendo assim o cuidado de enfermagem voltado aos princípios religiosos. Pude entender que tanto as laicas como as Irmãs de Caridade tendem a reproduzir o *habitus* desejado pela organização religiosa a que estão vinculadas, caracterizando-se como agentes que participam da escolha do papel a ser desempenhado por elas dentro de sua organização religiosa e dentro do sistema de ensino.

A construção desse trabalho me fez ver que o movimento para a organização e implantação do Serviço de Enfermagem do Hospital do IAPETC e também a ocupação do campo pelas Irmãs de Caridade ocorreram num enredado de acontecimentos que merecem novos estudos visando a ampliação do conhecimento acerca de tão importante temática.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Fontes Primárias

ASSEMBLÉIA DO SINDICATO DOS ESTIVADORES em 17 de março de 1946. Jornal A TRIBUNA, São Paulo, 17 mar. 1946.

BRASIL. Diário Oficial da União. **Decreto-Lei nº 9.683 de 30 de agosto de 1946**. Disponível em: < <http://www.jusbrasil.com.br/diarios>>. Acesso em 10 abr. 2009.

_____. Diário Oficial da União. **Lei nº 22.367 de 27 de dezembro de 1946**. Disponível em: < <http://www.jusbrasil.com.br/diarios>>. Acesso em 10 abr. 2009.

BECKER, R. S. **Depoimento de História de vida profissional**. Rio de Janeiro, 1987. Entrevista concedida a Ieda de Alencar Barreira.

BECKER, R. **Depoimento temático sobre a vida profissional no Hospital do IAPETC. Rio de Janeiro**, 2010. Entrevista concedida a Camila Pureza Guimarães da Silva em 04 de março. Conferência e Copidesque: Suely de Souza Baptista e Camila Pureza Guimarães da Silva. 2010.

CARVALHO JUNIOR, H. Mais uma obra relevante de Assistência Social para os Trabalhadores. **Diário Carioca**, Rio de Janeiro, 01 fev.1948. Ano XXI, p: 3-4.

CENTRO DE DOCUMENTAÇÃO DA ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY/ UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, 1939. **Histórico Escolar das alunas e Ficha de inscrição para admissão na EAN**. In: Série diplomadas, 1939.

_____.1942. **Histórico Escolar das alunas e Ficha de inscrição para admissão na EAN**. In: Série diplomadas, 1942.

_____.1943. **Histórico Escolar das alunas e Ficha de inscrição para admissão na EAN**. In: Série diplomadas, 1943.

_____.1945. **Histórico Escolar das alunas e Ficha de inscrição para admissão na EAN**. In: Série diplomadas, 1945.

_____. 1946. **Histórico Escolar das alunas e Ficha de inscrição para admissão na EAN**. In: Série diplomadas, 1946.

_____. 1947. **Histórico Escolar das alunas e Ficha de inscrição para admissão na EAN**. In: Série diplomadas, 1947.

_____. 1948. **Histórico Escolar das alunas e Ficha de inscrição para admissão na EAN**. In: Série diplomadas, 1948.

_____. 1947. **Homenagem às vítimas do movimento comunista**. In: Série diretoras, cx: Laís Netto dos Reys.

_____.1950. REYS, L. N. [Ofício] 02 jan 1950. Rio de Janeiro [para] Diretor do Instituto dos Industriários. Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários. 1 f. **Indica Nilza**

Moraes Passos para a chefia do ambulatório do IAPI. In: Série diretoras, cx: Laís Netto dos Reys.

_____. Série: **Diretora e outras personalidades.** Subsérie: Cecília Pecego Coelho, 1975-1980. Documentos Internos.

CENTRO DE DOCUMENTAÇÃO DA FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS. Arquivo Gustavo Capanema, 1952.

CENTRO DE MEMÓRIA MATILDE NINA/FELM/ São Camilo. **Ata nº 9 de Reunião de antigas alunas da EELM**, de 20 de setembro de 1948. Rio de Janeiro. 1f. In: Livro de Atas Capa Vermelha, 1948.

_____. **Ata nº 10 de Reunião de antigas alunas da EELM**, de setembro de 1949. Rio de Janeiro. 1f. In: Livro de Atas Capa Vermelha, 1949.

COELHO, C.P. **Depoimento de História de vida profissional.** Teresópolis, 2006. Entrevista concedida a Renata Lucas Mercês Silva em 25 jan. Conferência e Copidesque: Ieda de Alencar Barreira e Suely de Souza Baptista. 2006.

COELHO, C.P. **Depoimento temático sobre a vida profissional no Hospital do IAPETC.** Teresópolis, 2009. Entrevista concedida a Camila Pureza Guimarães da Silva em 30 de maio. Conferência e Copidesque: Suely de Souza Baptista e Camila Pureza Guimarães da Silva. 2009.

_____. **Listagem de Enfermeiras da EAN que trabalharam no Hospital do IAPETC no período de 1948-1949.** In: Arquivo pessoal de Cecília Pecego Coelho. Documento cedido em 05 jun. 2009.

DANTAS, E. O 2º Aniversário do Governo do general Eurico Dutra. **Diário de Notícias**, Rio de Janeiro, 1 fev. 1948. Seção I, p.4.

FIUSA, C. **Depoimento de História de vida profissional.** Rio de Janeiro, 2000. Entrevista concedida a Maria Regina Marques Bezerra em 14 jan. Conferência e Copidesque: Suely de Souza Baptista e Maria Regina Marques Bezerra. 2000.

INAUGURADO ontem o Hospital dos motoristas e estivadores. *Correio da Manhã*, Rio de Janeiro, 01 fev. 1948. Ano XLVII, p.5.

INSTITUTO DE APOSENTADORIA E PENSÕES DOS EMPREGADOS EM TRANSPORTES E CARGAS. "IAPETC". Boletim do Órgão dos segurados do Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Empregados em Transporte e Cargas, Rio de Janeiro, 01 fev. 1948, Ano VII (1 e 2), p. 9.

MATTA, E. N. **Depoimento temático sobre o Hospital do IAPETC.** Rio de Janeiro, 2009. Entrevista concedida a Camila Pureza Guimarães da Silva em 17 jul. Conferência e Copidesque: Suely de Souza Baptista e Camila Pureza Guimarães da Silva. 2009.

NOTARNICOLA, M. T. **Depoimento temático sobre a vida profissional.** Rio de Janeiro, 2002. Entrevista concedida a Maria Regina Marques em 01 fev. In: Centro de Memória Matilde Nina da Faculdade de Enfermagem Luiza de Marillac/São Camilo. 2002.

_____. M. T. **Depoimento temático sobre o Hospital do IAPETC**. Santa Branca, São Paulo, 2009. Entrevista concedida por Camila Pureza Guimarães da Silva em 03 ago. Conferência e Copidesque: Suely de Souza Baptista e Camila Pureza Guimarães da Silva. 2009.

PONTES, V. N. Certidão onde consta informações do **Contrato de Locação de Serviços entre a ASVP e Hospital do IAPETC**, de 13 jan. 1991. In: Arquivo pessoal de Valderéz Novaes Pontes. 1991.

_____. V. N. **Depoimento temático sobre a vida profissional**. Rio de Janeiro, 2001. Entrevista concedida a Maria Regina Marques em 21 ago. In: Centro de Memória Matilde Nina da Faculdade de Enfermagem Luiza de Marillac/São Camilo. 2001.

_____. V. N. **Depoimento temático sobre a vida profissional no Hospital do IAPETC**. Rio de Janeiro, 2010. Entrevista concedida a Camila Pureza Guimarães da Silva em 10 de mar. Conferência e Copidesque: Suely de Souza Baptista e Camila Pureza Guimarães da Silva. 2010.

SERÁ INAUGURADO amanhã o Hospital do IAPETC. Correio da Manhã, Rio de Janeiro, 01 fev. 1948. Ano XLVII, p.2.

Fontes Secundárias

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. **Força de trabalho em enfermagem.** O exercício da Enfermagem nas instituições de saúde do Brasil 1982/1983. Brasília: ABEn/COFEn, v. 1, p.1-236. 1985.

ALBERTI, V.; PINSKY, C. B. **Fontes históricas.** 2. ed. São Paulo: Contexto, 2006. 300 p.

ALCÂNTARA, G. **A enfermagem moderna como categoria profissional: obstáculos à sua expansão na sociedade brasileira.** 1996. 125f. Tese (Cátedra) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1996.

ALMEIDA FILHO, A. J. **A Escola Anna Nery (EAN) no “front” do Campo da educação em enfermagem e o (re) alinhamento de posições de poder (1931-1949).** 2004. 200f. Tese (Doutorado em História da Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

ALTHOFF, C. R.; BORENSTEIN, M. S. Pesquisando o passado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 48, n. 2, p. 144-149, 1995.

ANDRADE, E.I.G. **Estado e Previdência no Brasil:** uma breve história. A previdência social no Brasil. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2003. p. 69-84.

ANTUNES, J. L. F. **Hospital:** instituição e história social. São Paulo: Letras & Letras, 1991. 161 p.

ARAÚJO, M. J. A violência simbólica: uma difícil percepção. **Unimontes Científica**, Montes Claros, v.6, n. 2, p. 102-106, jul/dez, 2004.

AZZI, R. O Início da restauração católica em Minas Gerais: 1920-1930. **Síntese.** Rio de Janeiro, v. 14, p. 3-173, set/dez. 1978.

_____. **R. Trajetória da Educação Católica no Brasil (1844-1944).** São Paulo: Eduline, 1977.

Banco de Dados da Escola Anna Nery. Verbete “**Quem é quem na Enfermagem**”. Departamento de Enfermagem Fundamental da Escola Anna Nery / UFRJ.

BANDEIRA, M. **A Igreja Católica na Virada da Questão Social (1930-1964).** Rio de Janeiro: Vozes, 2000. 423 p.

BAPTISTA, S.S.; BARREIRA, I. A. **A luta da enfermagem por um espaço na universidade.** Rio de Janeiro: Anna Nery/UFRJ, 1997. 193 p.

BAPTISTA, S. S. Trajetória das escolas de enfermagem na sociedade brasileira. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 84-105, 1997.

BARREIRA, I. A. Contribuição da História da Enfermagem Brasileira para o desenvolvimento da profissão. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 125-141, abr. 1999.

BARREIRA, I. A.; SAUTHIER, J. ; BAPTISTA, S. S. O movimento associativo das Enfermeiras Diplomadas Brasileiras na 1ª metade do século 20. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília. v. 54, n. 2, p. 149-392, abr/jun. 2001

BARBOSA, E. **Faculdade de Enfermagem Luiza de Marillac: Breve Relato Histórico**. Rio de Janeiro: Sociedade São Beneficente São Camilo, 1989. 83 p.

BARROS, J. A. **O projeto de pesquisa em História: da escolha do tema ao quadro teórico**. Petrópolis: Vozes, 2005. 236 p.

BATICH, M. Previdência do trabalhador: Uma trajetória inesperada. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v.18, n. 3, p. 33-40, 2004.

BERNARDES, A. M. B. Função da enfermeira religiosa na atualidade brasileira. **Anais de Enfermagem**, 5(1): 104-111, 1952.

BEZERRA, M.R.M. **A enfermagem e a aliança da Igreja com o estado: Escola de Enfermagem Luiza de Marillac**. 2002. 154f. Dissertação (Mestrado em História da Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

BEZERRA, M.R.M. A participação da Irmã Matilde Nina na construção da história da ABEn. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 54, n. 2, p. 149-392, abr/jun. 2001.

BLANCHOT, A. C. **Carta da Provincial à Laís Netto dos Reys**. In: CDOC da EEAN/UFRJ, 1939.

BORDIEU, P. **A economia das trocas simbólicas**. Introdução, organização e seleção Sérgio Miceli. 6 ed. São Paulo: Perspectiva, 2009.

_____. **A Economia das trocas lingüísticas: o que falar quer dizer**. 2 ed. São Paulo: USP, 1998.

_____. **A dominação masculina**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999.

_____. **A Miséria do Mundo**. Rio de Janeiro: Vozes, 1997.

_____. **Questions de sociologie**. Paris: Les Éditions de Minuit, 1984.

_____. **O Poder Simbólico**. 11 ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2007. 322 p.

BORDIEU, P.; PASSERON, J. C. **A Reprodução: elementos para uma teoria do sistema de ensino**. 3 ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1992. 280 p.

BRASIL. **CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**. Capital Federal. 1946.

_____. Diário Oficial da União. **Decreto nº 4.682 de 24 de janeiro de 1923**. Cria uma Caixa de Aposentadoria e Pensões – CAP, para a categoria dos ferroviários. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios>> . Acesso em 06 ago. 2009.

_____. Diário Oficial da União. **Decreto nº 5.109 de 20 de dezembro de 1926.**

Dispõe sobre o regime do sistema previdenciário para as categorias de portuários e marítimos. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios>> . Acesso em 06 ago. 2009.

_____. Diário Oficial da União. **Decreto nº 19.554 de 31 de dezembro de 1930.**

Dispõe sobre a suspensão de concessão das aposentadorias ordinárias e extraordinárias. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios>> . Acesso em 06 ago. 2009.

_____. Diário Oficial da União. **Decreto nº 20.048 de 28 de maio de 1931.** Dispõe

sobre a concessão das aposentadorias por invalidez e pensões a herdeiros. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios>> . Acesso em 06 ago. 2009. 1931 a.

_____. Diário Oficial da União. **Decreto nº 20.465 de 01 outubro de 1931.** Reforma a legislação das Caixas de Aposentadoria e Pensões. Disponível em:

<<http://www.jusbrasil.com.br/diarios>> . Acesso em 06 ago. 2009. 1931 b.

_____. Diário Oficial da União. **Decreto nº 22.016 de 26 de dezembro de 1932.**

Dispõe sobre o regulamento para a execução de socorros médicos e hospitalares das CAPs. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios>> . Acesso em 06 ago. 2009.

_____. Diário Oficial da União. **Decreto-Lei nº 22.872 de 29 de junho de 1933.**

Cria O Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios>> . Acesso em 12 abr. 2009.

_____. Diário Oficial da União. **Decreto-Lei nº 24.615 de 09 de julho de 1934.** Cria

O Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios>> . Acesso em 12 abr. 2009.

_____. Diário Oficial da União. **Decreto nº 54 de 12 de setembro de 1934.** Aprova o

regulamento do IAPB. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios>> . Acesso em 06 ago. 2009.

_____. Diário Oficial da União. **Decreto-Lei nº 288 de 23 de fevereiro de 1938.**

Cria o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Servidores do Estado. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios>> . Acesso em 12 abr. 2009.

_____. Diário Oficial da União. **Decreto-Lei nº 651 de 26 de agosto de 1938.** Cria o

Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Empregados em Transportes e Cargas. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios>> . Acesso em 15 nov. 2008.

_____. Diário Oficial da União. **Decreto-Lei nº 574 de 28 de julho de 1938.** Dispõe

sobre a tomada de 'Bônus' emitidos pelo Banco do Brasil para financiamento da agricultura, criação e outras indústrias. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios>> . Acesso em 12 abr. 2009.

_____. Diário Oficial da União. **Decreto-Lei nº 1.834 de 4 de dezembro de 1939.**

Dispõe sobre a concessão de favores à indústria da celulose e da pasta da madeira e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios>> . Acesso 20 abr. 2010.

_____. Diário Oficial da União. **Decreto-Lei nº 3.077 de 30 de fevereiro de 1940.** Dispõe sobre os recursos para a Carteira de Crédito Agrícola e Industrial do Banco do Brasil e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios>> . Acesso em 20 abr. 2010.

_____. Diário Oficial da União. **Decreto-Lei nº 2.122 de 09 de abril de 1940.** Reorganiza o IAPC e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios>>. Acesso em 12 abr. 2009.

_____. Diário Oficial da União. **Decreto-Lei nº 3.138, de 24 de março de 1940.** Dispõe sobre a prestação de assistência médica, pelos Institutos e Caixas de Aposentadoria e Pensões. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios>> . Acesso em 07 mar. 2009.

_____. Diário Oficial da União. **Decreto-Lei nº 3.173 de 03 de abril de 1941.** Autoriza a cessão à empresas nacionais e a cidadãos brasileiros de parte das ações ordinárias da Companhia Siderúrgica Nacional que o Tesouro Nacional subscrever e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios>> . Acesso em 20 de maio de 2010.

_____. Diário Oficial da União. **Decreto-Lei nº 5.211 de 20 de janeiro de 1943.** Dispõe sobre “as obras de construção do HSE Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios>> . Acesso em 20 de maio de 2010.

_____. Diário Oficial da União. **Decreto Lei nº 7.481 de 19 de abril de 1945.** Amplia o plano de atribuições do IAPETC, incluindo o auxílio doença. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios>> . Acesso em 07 mar. 2009.

_____. Diário Oficial da União. **Decreto-Lei nº 7.526 de 07 de maio de 1945.** Dispõe sobre à Lei Orgânica dos Serviços Sociais do Brasil Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios>> . Acesso em 20 de maio de 2010.

_____. Diário Oficial da União. **Decreto-Lei nº 8.031 de 03 de outubro de 1945.** Autoriza a organização da Companhia Hidroelétrica do São Francisco. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios>> . Acesso em 20 de maio de 2010.

_____. Diário Oficial da União. **Decreto-Lei nº 8.450 de 26 de dezembro de 1945.** Instituí o regime de assistência médica e hospitalar dos servidores federais. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios>> . Acesso em 20 de maio de 2010.

_____. Diário Oficial da União. **Decreto- lei nº 8.669 de 16 de janeiro de 1946.** Autoriza a constituição da ‘Fábrica Nacional de Motores S.A.’ e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios>> . Acesso em 20 de maio de 2010.

_____. Diário Oficial da União. **Decreto-Lei nº 21.042 de 1 de maio de 1946.** Dispõe sobre a ampliação do Hospital dos Marítimos Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios>> . Acesso em 20 de maio de 2010.

_____. Diário Oficial da União. **Decreto-Lei nº 9.264 de 17 de maio de 1946.** Autoriza a aquisição de partes beneficiárias da Companhia Siderúrgica Nacional. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios>> . Acesso em 20 de maio de 2010.

_____. Diário Oficial da União. **Decreto-Lei nº 9.271 de 22 de maio de 1946.** Dispensa a Estrada de Ferro Madeira- Mamoré do pagamento do débito anterior ao corrente exercício para com a Caixa de Aposentadoria e Pensões dos Serviços Públicos do Estado do Amazonas. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios>> . Acesso em 20 de maio de 2010.

_____. Diário Oficial da União. **Decreto-Lei nº 9.859 de 13 de agosto de 1946.** Autoriza o Departamento Nacional de Estrada de Ferro a contrair com o IAPI empréstimos destinados a custear a construção no país. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios>> . Acesso em 20 de maio de 2010.

_____. Diário Oficial da União. **Decreto-Lei nº 9.683 de 30 de agosto de 1946.** Inclui o seguro doença no IAPETC. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios>> . Acesso em 15 mar. 2009.

_____. Diário Oficial da União. **Decreto nº 27.664 de 30 de dezembro de 1949.** Dispõe sobre o regulamento do Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência da Previdência Social. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios>> . Acesso em 15 mar. 2009.

_____. Diário Oficial da União. **Decreto-Lei nº 72/1966.** Unifica os Institutos de Aposentadoria e Pensões e cria o Instituto Nacional de Previdência Social. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios>> . Acesso em 15 mar. 2009.

_____. **Enfermagem: legislação e assuntos correlatos.** 3ª ed. Rio de Janeiro: Fundação Serviços de Saúde Pública – Ministério da Saúde, 1974. Vols. I, II e III.

_____. **Lei nº 1.162 de 18 de maio de 1950. DIÁRIO OFICIAL [da] UNIÃO,** Poder Executivo, Rio de Janeiro, CF, 18 mai. 1950. Seção I, ANO LXXXIX — N.º 114, p.

_____. Ministério da Previdência Social. **Histórico da Previdência (1888-1933),** 2004.

_____. Ministério da Previdência Social. **Histórico da Estatística da Previdência Social (1923 a 2002),** 2002. Disponível em: www.previdenciasocial.gov.br Acesso em: 05 mai. 2009.

_____. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos.** In *Bioética*, v4, n 2, 1996.

CAMPOS, A.L.V. **Políticas Internacionais de saúde na Era Vargas: o Serviço Especial de Saúde Pública.** Rio de Janeiro: FGV, 2006. 318 p.

CAMPOS, E. **História e Evolução dos Hospitais.** Divisão da Organização Hospitalar, Departamento Nacional de Saúde, 1944, 1965.

CAMPOS, J. Q. **O Hospital e seu planejamento.** São Paulo: Hucitec, 1979.

CANNABRAVA FILHO, P. **Ademar de Barros - Trajetória e realizações.** São Paulo: Terceiro Nome, 2004. 239 p.

CARRASCO, M. A. P. Influência das escolas de administração científica e clássica na produção científica da enfermagem brasileira. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 43-65, abr. 1993.

CARVALHO, A. C. **Associação Brasileira de Enfermagem. 1926-1976: documentário**. Rio de Janeiro: Folha Carioca, 1976. 514 p.

CARVALHO FILHO, S.A. **A ovelha perdida e o bom pastor: o reverso das parábolas**. 1983. 402f. Dissertação (Mestrado em História) - Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 1983.

CARVALHO, M. E. P. Pierre Bourdieu sobre gênero e educação. **Revista Artemis**, n.1. 2004.

CASTRO, J. C. M. **Vida de Luiza de Marillac: fundadora das Irmãs de Caridade**. Petrópolis: Vozes, 1936.

CHAUI, M. **Cultura e democracia: o discurso competente e outras falas**. 2. ed. São Paulo: Moderna, 1989. 367 p.

CHIAVENATO, I. **Administração de recursos humanos**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1981. 377 p.

COELHO, C. P. **A Escola de Enfermagem Anna Nery: sua história, nossas memórias**. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1997. 212 p.

COELHO, E. A. C. Gênero, saúde e enfermagem. **Rev Bras Enferm**, 58(3): 345-8, maio-jun. 2005.

COSTA, R. **Entre 'Avenida' e "Rodovia": a história da Avenida Brasil (1906-1954)**. 2006. 302 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

CRUZ, M.A. **Departamento de enfermagem do hospital moderno**. Anais Enf. v 7, n4, 1954.

CRUZ, M.A. **O estudo da formação profissional da religiosa- enfermeira e problemas referentes às escolas de enfermeiras em nosso meio**. Anais de Enfermagem, ano VII, nº 2, 1954.

CUNHA, L.A. **A Universidade Temporã: da era colonial à Era Vargas**. 2 ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1986.

D' ARAÚJO, M.C. **A Era Vargas**. Rio de Janeiro: Moderna, 1999. 120 p.

DOURADO, H. G; DOURADO, F. **A enfermeira e a administração**. Anais de Enfermagem, ano II, nº 2, 1946.

DUARTE, R.D. O 'FAZER' em discursos políticos: uma abordagem funcional. In: INTERNATIONAL SYSTEMIC FUNCTIONAL CONGRESS DA PUC, 33 rd, 2006, São Paulo. **Anais eletrônicos...** São Paulo: PUC, 2006. Disponível em <<http://www.pucsp.br/isfc/welcome.html>>. Acesso em: 26 de jun.2010.

EHRENREICH, B.; ENGLISH, D. **Witches, midwives, and nurses**. Nova York, Feminist Press, 1973.

FAUSTO, B. **História do Brasil**. 10 ed. São Paulo: EDUSP, 1999.

_____. **História do Brasil**. 10 ed. São Paulo: EDUSP, 2004. 660 p.

FERNANDES, J. D. A enfermagem no ontem, no hoje e no amanhã. **R. Bras. Enferm**, Brasília., v. 38, p. 43-48, jan/mar. 1985.

FERREIRA, M. de M; FERNANDES, T. M (org); ALBERTI, V. (org). **História oral: desafios para o século XXI**. Rio de Janeiro: FGV, 2000.

FONTE, A. S. **A Escola de Enfermagem Anna Nery e a nova ordem no campo da educação em enfermagem (1949 – 1961)**. 2009. 121f. Dissertação (Mestrado em História da Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS. **Dicionário Histórico Biográfico Brasileiro pós 1930**. 2. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2001

GOMES, T. O. et al. Enfermeiras Católicas em busca de melhores posições no campo da educação e da prática em enfermagem nos anos 40 e 50 no Brasil, no século XX. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis. v.14, n.4, out./dez. 2005.

GOMES, M da L; BAPTISTA, S. de S. **A luta pela politização das enfermeiras- Sindicalismo no Rio de Janeiro (1978-1984)**. Rio de Janeiro: Editora Anna Nery/UFRJ, 1999.204 p.

GRAÇA, L. **Evolução do Sistema Hospitalar: uma perspectiva sociológica**. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, 2000.

GUIMARÃES, Antonio Sérgio A. **Racismo e anti-racismo no Brasil**. São Paulo: Editora 34, 1999.

KOIFMAN, F. **Presidentes do Brasil (De Deodoro até FHC)**. Rio de Janeiro: Universidade Estácio de Sá, 2002.931 p.

KOSSOY, B. **Fotografia e história**. São Paulo: Ática, 1989.

LOURENÇO, L. H. S. C. **A mobilidade social na enfermagem: a questão das lutas simbólicas**. 1998. 290f. Tese (Doutorado em História da Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1998.

MacEARCHERN, M. T. **Hospital Organization and Management**. Chicago: Physicians, 1949.

MALIM, M. In: **Dicionário Histórico-Biográfico Brasileiro- DHBB**. 2. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2001.

MARTINS, R. **História do Hospital Geral de Bonsucesso**. Rio de Janeiro: Serviço de Comunicação Social do Hospital Geral de Bonsucesso (cópia xerográfica), 2001. 5 p.

- MEIHY, J. C. S. B. **História oral: como fazer, como pensar**. São Paulo: Contexto, 2007. 176 p.
- _____. **(Re) introduzindo história oral no Brasil**. São Paulo: Xamã, 1996. 370 p.
- MERLINO, A. C. S. **A reconfiguração do serviço de enfermagem do Hospital dos Marítimos: 1966-1968**. 2006. 149f. Dissertação (Mestrado em História da Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.
- MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em saúde**. 7 ed. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 2000.
- MINTZBERG, H. **Criando organizações eficazes – estruturas em cinco configurações**. São Paulo: Atlas, 1995, 304 p.
- MORAES, M. **História oral e multidisciplinaridade**. Rio de Janeiro: Diadorim, 1994.
- MORAES, M. C. M et. al. **Dicionário de Educadores do Brasil: da colônia aos dias atuais**. Rio de Janeiro: UFRJ/ Mec – Inep, 1999.
- MOREIRA, E. D. O Serviço de Enfermagem na Previdência Social. **R. Bras. Enferm**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 5 – 6. 1966.
- MOREIRA, M. C. N. A Fundação Rockefeller e a construção da identidade profissional de enfermagem no Brasil na Primeira República. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.5, n.3 Nov. 1998/ Feb. 1999.
- MOURA, L. Memória da Previdência Social no Brasil. Rio de Janeiro: ENSP/FioCruz, 1989.
- MOYA, S. Relação de Bispos Brasileiros de 1551 a 1952. **Rev. Genealógica Latina**. n. 4. p. 5 – 66, 1952.
- OLIVEIRA, D. de P. R. de **Sistemas, organização e métodos: uma abordagem gerencial**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 1994. 501p.
- OLIVEIRA, J. A. A; FLEURY, S. M. T. **(IM) previdência Social: 60 anos de história da Previdência no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1985.360 p.
- ODALIA, N. **O que é violência**. 7 ed. São Paulo: Brasiliense, 1993. 179 p. (Coleção Primeiros Passos).
- PADILHA, M. I. S. **A mística do silêncio: a prática de enfermagem na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro**. 1997. 232f. Tese (Doutorado em História da Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1997.
- _____. O método de pesquisa em História na Enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, Out/ Dez. 2005.
- PAIVA, G. A. Evolução da Previdência Social no Brasil. **Revista Paulista de Hospitais**, São Paulo, Ano XVIII, n. 12. Dez. 1979.
- PEDROSO, O. P. O papel da enfermagem no programa de assistência médico hospitalar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 215-8, setembro, 1955.

- PERES, M. A. A. **A ordem no hospício: primórdios da enfermagem psiquiátrica no Brasil (1852-1890)**. 2008. 238f. Tese (Doutorado em História da Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.
- PINHEIRO, M.R. Problemas de Enfermagem no Brasil do ponto de vista da Enfermagem, **Rev. Bras. de Enferm.**, São Paulo, v. 2. n. 3. set. 1962.
- PINTO, L. **Pierre Bourdieu e a teoria do mundo social**. Rio de Janeiro: FGV, 2000.191 p.
- PITTA, A. **Hospital: dor e morte como ofício**. São Paulo: Hucitec, 1991.198 p.
- PORTO, I.S. **História da experiência de mudança curricular na graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery: 1976 a 1982**. 1997. 273f. Tese (Doutorado em História da Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1997.
- PROGIANTI, J. M. **Parteiras, Médicos, Enfermeiras: A Disputada Arte de Partear**.2001. 161f. Tese (Doutorado em História da Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001.
- REYS, L. N. **Sexto Curso de Organização e Administração Hospitalares**. Divisão de Organização hospitalar, Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde, 1947.
- RHODUS, C. C. **Preparo e aperfeiçoamento de recursos humanos para a enfermagem**. In: Congresso Brasileiro de Enfermagem, 31. Fortaleza, 5 a 11 de agosto de. Anais...Fortaleza: Aben, 1979.
- RIBEIRO, H. P. **O hospital, história e crise**. São Paulo: Cortez, 1993.135 p.
- ROMANELLI, O. **Preparo e aperfeiçoamento de recursos humanos para a enfermagem**. In: Congresso Brasileiro de Enfermagem, 31. Fortaleza, 5 a 11 de agosto de 1979, Anais... Fortaleza: Aben, 1979.
- _____. **História da Educação no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1991. 267 p.
- SANTOS, T. C. F. **A câmera discreta e o olhar indiscreto: a persistência da liderança norte-americana no ensino da enfermagem na capital do Brasil (1928-1938)**. 1998. Tese (Doutorado em História da Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro. 1998.
- _____. Os efeitos de consagração dos rituais e emblemas da ABEN. **Jornal da Associação Brasileira de Enfermagem**, Brasília, ano 48, jul-set. n. 3. 2006. p. 19 – 20.
- SAUTHIER, J; BARREIRA, I.A. **As enfermeiras norte-americanas e o ensino da enfermagem na capital do Brasil- 1921-1931**. Rio de Janeiro: EEAN/UFRJ, 1999.
- SCHWARTZMAN, S. BOMEY, H. C. **Tempos de Capanema**. Rio de Janeiro: FGV, 2 ed, 2000. 390 p.

SCHMINK, M. **Gênero, participação comunitária e manejo de recursos naturais.**

MERGE, Estudo de Caso nº 1, abril, 1999. In:

<http://www.latam.ufl.edu/publications/merge/Case1Por.html>.

SERRA, N. **Cartilha para Elaboração de Termos de Acordo.** Itajubá: Universidade Federal de Itajubá, 2002.

SILVA, I. C. M. **As “Engenheiras” do Cuidado de Enfermagem da Companhia Siderúrgica Nacional (CSN): Enfermeiras no Advento do Hospital Moderno.** 1996. 256f.

Tese (Doutorado em História da Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1996.

SILVA, G. B. **A enfermagem profissional brasileira: análise crítica.** São Paulo: Cortez, 1989. 143 p.

SILVA, R.L. M; BARREIRA, I.A. **A Enfermagem na Previdência Social em meados do século 20: o caso do hospital do IAPETEC na capital federal.** 2006. Trabalho de conclusão de curso (graduação)- Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2006.

SKIDMORE, T.E. **BRASIL: De Getúlio Vargas a Castelo Branco (1930-1964).** 11 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1996. 512 p.

TEMPORÃO, J. G. **A propaganda de medicamentos e o mito da saúde.** Rio de Janeiro: Graal, 1986.

TREVIZAN, M.A.; MENDES, I.A.C. **O líder como fonte central de comunicação.** In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM, 1988, Ribeirão Preto. Anais... Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, 1988. p. 297-309.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY. CENTRO DE DOCUMENTAÇÃO. Série: **Diretora e outras personalidades.** Subsérie: Raimunda Becker, 1987. Documentos Internos.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. Sistema de Biblioteca e Informação. **Manual para elaboração e normalização de Dissertações – Teses.** Matos Paula; E. B. *et al.* 3 ed. Rev., atual e ampl, Rio de Janeiro, 2008, 102 p.

VAGHETTI, E. P; VAZ, M. Década de 40- uma reflexão sobre o contexto sócio-econômico e político brasileiro e sua influência na enfermagem. **Texto e Contexto Enfermagem,** Florianópolis, v 7, n. I, p.9-26, jan/abr. 1998.

VARGENS, O. M. C.; PROGIANTI, J. M. O processo de desmedicalização da assistência à mulher no ensino de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP,** São Paulo, v. 38, n. 1, p. 46-50. 2004 <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v38n1/06.pdf> acessado em 03/06/2010 às 17:46

VIETTA, E. P. et al. Depoimentos de enfermeiras hospitalares da década de 50: subsídios para a compreensão da enfermagem atual. **Rev Latino – AM. Enfermagem,** Ribeirão Preto, v. 4, n. 2, p.23-39, jul. 1996.

APÊNDICE A

QUADRO DOS DEPOENTES ENTREVISTADOS

Nome	Escola de Formação	Período Trabalhado no Hospital do IAPETC	Setor de Lotação no Período Estudado	Função no Período Estudado	Destaque da Trajetória Profissional
Cecília Pecego Coelho(depoente nº1)	EEAN	1947-1949	Departamento de enfermagem	Chefe Geral	Diretora da EEAN
Eunice Nery da Mata (depoente nº2)	EEAN	1948-1949	Clínica cirúrgica	Chefe de setor	Chefe do Hospital Pedro Ernesto na década de 70
Irmã Maria Tereza Notarnicola (depoente nº 3)	EELM	1951-1975	Maternidade	Chefe de setor e supervisora das alunas	Presidente da ABEn
Raimunda Becker (depoente nº 4)	EELM	1950-1953	Todos	Estagiária	Diretora da EEAN
Valderez Novaes Pontes (depoente nº 5)	EELM	1951-1971	Todos	Estagiária	Professora da EELM e ex-Irmã da congregação

APÊNDICE B

Roteiro de entrevista semi-estruturada

Como foi a inauguração do hospital do IAPETC? Que repercussão teve para a enfermagem e para a sociedade?

A senhora tem conhecimento que a EAN fez um acordo com o Hospital do IAPETC para preparar e formar auxiliares de enfermagem para compor o primeiro grupo?

Como foi a sua admissão no Hospital do IAPETC (setor em que foi lotada)?

Período de trabalho no Hospital:

Quem era o diretor de enfermagem? E a chefe de enfermagem?

Quem eram as chefias dos setores?

Qual a composição da equipe de enfermagem quando foi admitida?

Como era a escala de serviço? Quais os horários?

Qual era a sua atribuição?

Como era a assistência de enfermagem ao paciente?

Nesse período em que esteve lá havia alunos estagiando no hospital?

Quem era responsável pela rouparia, limpeza, copa?

Todas as enfermeiras que trabalhavam no hospital nesse período eram da EAN?

Por que as enfermeiras da EAN saíram do hospital?

Quando saíram, quem assumiu o serviço de enfermagem?

O que a senhora lembra quanto ao funcionamento do hospital: direção, administração, farmácia, serviço social, diretoria, tesouraria, rouparia/limpeza, copa/lavanderia, nutrição.

Como foi a chegada das Irmãs de Caridade no Hospital?

Por que elas foram para lá?

Quais eram as atribuições das Irmãs de Caridade?

Organização do serviço de enfermagem antes das Irmãs e depois das Irmãs:

Como era o relacionamento das Irmãs com as enfermeiras laicas?

Como foi a substituição das enfermeiras laicas pelas Irmãs?

O que mudou internamente no Hospital do IAPETC e para o serviço de enfermagem após essa substituição?

Houve influências externas (política, Aben)?

Você gostaria de comentar algo mais sobre o assunto ou que julga importante e pertinente?

ANEXO A

Exame de Documento Escrito

1. Identificação

Arquivo:

Fundo:

Título do Documento:

Autoria do documento:

Localização:

Destinatário:

Data de acesso ao documento:

2. Análise Técnica

Suporte do Documento:

Tecnologia (manuscrito, mimeografado, digitalizado, datilografado):

Espécie de Documento:

Características e estado de conservação do Documento:

Tema do documento:

Data de elaboração do documento:

3. Análise do Conteúdo

Transcrição de trechos importantes do documento:

Relação do documento com outras fontes documentais:

Relação do texto com o contexto de produção do documento

4. Transcrição e síntese interpretativa do documento

Fonte: Modelo de Instrumentos de Coleta e Análise de Documentos. Disciplina Fontes para a Pesquisa em Enfermagem. Profª responsável: Dra. Ieda de Alencar Barreira, 2000.

ANEXO B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre Pesquisas Envolvendo Seres Humanos

Prezado (a) participante:

A pesquisa em questão trata-se de uma dissertação de Mestrado em Enfermagem que está sendo realizada na Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, na linha de pesquisa em História da Enfermagem Brasileira, vinculada ao Núcleo de Pesquisa de História da Enfermagem Brasileira- Nuphebras, que tem como objeto a luta simbólica empreendida pelas Irmãs de Caridade pertencentes à Associação São Vicente de Paulo no processo de substituição das enfermeiras laicas no Serviço de Enfermagem do Hospital do IAPETC, no período de 1946 à 1951. Os objetivos são: Descrever as circunstâncias que propiciaram a inauguração do Hospital do IAPETC no advento dos hospitais modernos; analisar a participação da EAN na organização e implantação do Serviço de Enfermagem do Hospital do IAPETC; discutir as lutas simbólicas de enfermeiras laicas com agentes do IAPETC e Irmãs de Caridade pela ocupação do espaço social do Hospital do IAPETC.

Para o desenvolvimento deste estudo utilizarei fontes primárias escritas do Centro de Documentação da EEAN e do Centro de Memória Matilde Nina da FELM, como também fontes orais tomadas a partir de depoimentos de atores que vivenciaram ou testemunharam os eventos relacionados ao objeto de estudo e que possam fornecer sua contribuição pessoal para a elucidação deste.

Sua participação consiste em responder a uma entrevista realizada pela autora desta pesquisa, que será gravada em gravador digital (MP3). Após a transcrição do material gravado será solicitada a cessão dos direitos sobre o depoimento para incorporação ao Centro de Documentação da EEAN e/ou ao Centro de Memória Matilde Nina, mediante sua assinatura do Termo de Cessão.

Os aspectos contidos na Resolução nº 196/96 serão respeitados pela pesquisadora e convém destacá-los:

- A responsável pela realização do estudo se compromete a zelar pela integridade e o bem-estar dos participantes da pesquisa;
- Serão respeitados valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, bem como os hábitos e costumes dos participantes;
- Será assegurado aos participantes da pesquisa o benefício resultante dos estudos, seja em termo de retorno social; acesso aos procedimentos; condições de acompanhamento e produção de dados;
- A liberdade dos participantes de recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo.

Informamos, ainda, que não terá nenhum tipo de despesa e que não receberá nenhum pagamento ou gratificação pela colaboração na pesquisa. Receberá uma cópia do presente Termo datado e assinado por mim, onde consta também o endereço eletrônico e telefone do pesquisador/orientador, podendo tirar dúvidas sobre o projeto e a sua participação neste.

Mestranda: Camila Pureza Guimarães da Silva; E-mail: milacami@ig.com.br; Tel: 8887-3558

Orientadora: Prof^ª Dra. Suely de Souza Baptista; E-mail: suleybaptista@openlink.com; Tel: 9649-9918

Desde já agradeço a sua participação em minha pesquisa científica intitulada provisoriamente **Hospital do Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Empregados em Transportes e Cargas: da enfermagem laica à religiosa – 1946-1951** e espero que com ela possa contribuir significativamente para a construção do conhecimento em História da Enfermagem Brasileira e para o resgate histórico do Hospital Geral de Bonsucesso.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____

Declaro estar ciente do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e concordo em participar da pesquisa supracitada neste documento.

Assinatura

ANEXO C

**TERMO DE CESSÃO DE DIREITOS SOBRE DEPOIMENTO ORAL PARA O CENTRO
DE DOCUMENTAÇÃO DA ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY/UFRJ**

1. Pelo presente documento, (nome naturalidade, estado civil, profissão, carteira de identidade, órgão emissor, CPF)..., residente e domiciliado à..., CEP:..., cede e transfere neste ato, gratuitamente, em caráter universal e definitivo ao Centro de Documentação da Escola de Enfermagem Anna Nery/ UFRJ a totalidade dos seus direitos patrimoniais de autor sobre o depoimento oral prestado no dia... na cidade... Na forma preconizada pela legislação nacional e pelas convenções internacionais de que o Brasil é signatário,...., proprietária originária do depoimento de que trata este termo, terá, indefinidamente, o direito ao exercício pleno dos seus direitos morais sobre o referido depoimento, de sorte que sempre terá seu nome citado por ocasião de qualquer utilização.

2. Fica, pois o Centro de Documentação da Escola de Enfermagem Anna Nery plenamente autorizado a utilizar o referido depoimento, no todo ou em parte, editado ou integral, inclusive cedendo seus direitos a terceiros, no Brasil e/ou no exterior.

Sendo esta a forma legítima e eficaz que representa legalmente os nossos interesses, assinam o presente documento em 02 (duas) vias de igual teor e para um só efeito.

_____	_____
Local	Data

Centro de Documentação da EEAN/UFRJ

Nome da entrevistada: _____

TESTEMUNHAS:

_____	_____
Nome legível	Nome legível
CPF:	CPF:

ANEXO D

**TERMO DE CESSÃO DE DIREITOS SOBRE DEPOIMENTO ORAL PARA O CENTRO
DE MEMÓRIA MATILDE NINA DA FELM/SÃO CAMILO**

1. Pelo presente documento, (nome naturalidade, estado civil, profissão, carteira de identidade, órgão emissor, CPF) ..., residente e domiciliado à ..., CEP:..., cede e transfere neste ato, gratuitamente, em caráter universal e definitivo Centro de Memória Matilde Nina da FELM / São Camilo a totalidade dos seus direitos patrimoniais de autor sobre o depoimento oral prestado no dia ... Na cidade..., perante a pesquisadora Suely de Souza Baptista. Na forma preconizada pela legislação nacional e pelas convenções internacionais de que o Brasil é signatário,..., proprietária originária do depoimento de que trata este termo, terá, indefinidamente, o direito ao exercício pleno dos seus direitos morais sobre o referido depoimento, de sorte que sempre terá seu nome citado por ocasião de qualquer utilização.

2. Fica, pois o Centro de Memória Matilde Nina da FELM / São Camilo plenamente autorizado a utilizar o referido depoimento, no todo ou em parte, editado ou integral, inclusive cedendo seus direitos a terceiros, no Brasil e/ou no exterior.

Sendo esta a forma legítima e eficaz que representa legalmente os nossos interesses, assinam o presente documento em 02(duas) vias de igual teor e para um só efeito.

Local Data

Centro de Memória Matilde Nina da FELM / São Camilo

Nome da entrevistada: _____

TESTEMUNHAS:

Nome legível Nome legível

CPF:

CPF:

ANEXO E



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Geral de Bonsucesso

PARECER DO PROJETO DE PESQUISA / CEP-HGB 08/10

<p>Coordenadora: Sonia Paredes de Oliveira (Médica)</p> <p>Vice Coordenador: Antonio Abílio P. Santa Rosa (Médico)</p> <p>Secretária Executiva: Cristina Carvalho V. de Araújo (Enfermeira)</p> <p>Membros: Carlos Roberto Cabral (Representante dos Usuários) Giuseppe Santa Lucia (Médico) Gustavo Antonio S. Nogueira (Assistente Social) Lia Cristina Galvão dos Santos (Enfermeira) Márcia Natal Batista Abreu (Psicóloga) Rosane Machado Bettamio (Nutricionista) Virgínia Ribeiro Lima e Andrade (Enfermeira)</p> <p>Projeto: "O serviço de Enfermagem no Hospital do Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Empregados em Transportes e Cargas (IAPETC): de laico a religioso - 1947-1951."</p> <p>Pesquisadoras responsáveis: Camila Pureza Guimarães da Silva; Drª Suely de Souza Baptista.</p>	<p align="right">Rio de Janeiro, 12 de abril de 2010.</p> <p>O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Geral de Bonsucesso, após avaliação, considerou o projeto (CEP-HGB 08/10) aprovado, pois se encontra dentro dos padrões éticos da pesquisa em seres humanos, conforme Resolução nº 196 de outubro de 1996, que dispõe sobre a pesquisa envolvendo seres humanos.</p> <p>Informamos a necessidade de que no mês de outubro de 2010, seja encaminhado a este CEP um relatório com os dados parciais da pesquisa.</p> <p>Solicitamos que ao término da mesma seja encaminhada a esta Comissão, uma cópia eletrônica (CD-R) do Relatório Final da Pesquisa.</p> <p align="right">  Prof. MSc. Sonia Paredes de Oliveira Coordenadora do CEP-HGB Dra. Sonia Paredes de Oliveira COORDENADORA DO CEP-HGB </p>
---	--