

Universidade Federal do Rio de Janeiro

A CRIAÇÃO DE UM CENTRO DE TRANSPLANTE DE MEDULA
ÓSSEA NUM HOSPITAL ESPECIALIZADO:

UM DESAFIO PARA O SERVIÇO DE ENFERMAGEM DO INCa
(1982 - 1984)

ELIANA MARIA TEIXEIRA BARRETO

Barreto, Eliana Maria Teixeira

A Criação de um Centro de Transplante de Medula Óssea num Hospital Especializado: um desafio para o serviço de enfermagem do INCa (1982-1984). – Rio de Janeiro: UFRJ/ EEAN. 2003.

XVIII, 123 f.: il.;16 cm.

Orientador: Lúcia Helena Silva Corrêa Lourenço

Dissertação (mestrado) – UFRJ/ EEAN/ Programa de Pós-graduação em Enfermagem, 2003.

Referências Bibliográficas: f. 118-122

1. História da Enfermagem. 2. Transplante de Medula Óssea.
3. Instituto Nacional de Câncer (INCa). I. Lourenço, Lúcia Helena Silva Corrêa. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Programa de Pós-graduação em Enfermagem. III. Título.

A CRIAÇÃO DE UM CENTRO DE TRANSPLANTE DE
MEDULA ÓSSEA NUM HOSPITAL ESPECIALIZADO:

UM DESAFIO PARA O SERVIÇO DE ENFERMAGEM DO INCa
(1982 – 1984)

Eliana Maria Teixeira Barreto

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

Orientadora:

Prof^a Dr^a Lúcia Helena Silva C. Lourenço

Rio de Janeiro
Dezembro, 2003

A CRIAÇÃO DE UM CENTRO DE TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA NUM HOSPITAL ESPECIALIZADO:

UM DESAFIO PARA O SERVIÇO DE ENFERMAGEM DO INCa
(1982 – 1984)

Eliana Maria Teixeira Barreto

Orientadora: Profª Drª Lúcia Helena Silva C. Lourenço

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.

Aprovada por:

.....
Presidente, Profª Drª Lúcia Helena Silva C. Lourenço
Escola de Enfermagem Anna Nery / UFRJ

.....
Profª Drª Gertrudes Teixeira Lopes – 1º Examinador
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

.....
Profª Drª Tânia Cristina Franco Santos – 2º Examinador
Escola de Enfermagem Anna Nery / UFRJ

.....
Profª. Drª. Teresa Caldas Camargo – Suplente
Instituto Nacional de Câncer (INCA)

.....
Profª Drª Marlea Chagas Moreira – Suplente
Escola de Enfermagem Anna Nery / UFRJ

Rio de Janeiro

Dezembro, 2003

Orientadora

Profª Drª Lúcia Helena Silva Corrêa Lourenço,

Agradeço a oportunidade do convívio. Seus ensinamentos durante o Curso de Mestrado confirmam que “[...] a direção apontada pelo educador nasce no diálogo estabelecido entre ele e o educando. [...]”.

(Gadotti, 1991, p.77)

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, *Leopoldo* e *Ana*, pelo incentivo constante, que me faz almejar cada vez mais.

Aos meus irmãos *Antônio* e *Conceição*,
Às minhas cunhadas *Glória*, *Júlia* e *Lúcia*,
e
Aos meus sobrinhos *Rafael*, *Augusto César*,
Lorran Emanuel, *Juliana*, *Marcelle*, *Elaine*,
André, *André Luiz* e *Lemuel*

Vocês são fontes inesgotáveis de inspiração no meu caminhar.

À minha madrinha *Elvira*, à minha avó *Guilhermina*, aos meus irmãos *Emanuel Vicente* e *Marceliano José*, *in memoriam*, pelo muito que ainda representam.

Ao Sr. *Darcy da S. Guimarães*, Assessor do Gabinete do Instituto Nacional de Câncer, *in memoriam*, com o meu profundo respeito e reconhecimento por tudo que fez por mim.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Registro aqui o meu profundo reconhecimento à Direção do *Instituto Nacional de Câncer (INCA)*, pela oportunidade que me foi conferida de realizar o Curso de Mestrado em Enfermagem na Escola de Enfermagem Anna Nery / Universidade Federal do Rio de Janeiro. Na busca pelo aprimoramento pessoal e profissional, fui incentivada com especial ênfase pelo Dr. Daniel G. Tabak, Diretor do Centro Nacional de Transplante de Medula Óssea (CEMO), a quem muito agradeço.

Meu reconhecimento também ao Dr. Luis Otávio Olivatto, Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e ao Dr. Carlos Gil Ferreira, Presidente da Comissão do Serviço de Pesquisa Clínica, pela aprovação concedida para que eu pudesse realizar a pesquisa.

Ao Dr. Luis Fernando Bousas, Diretor do Banco de Células de Sangue de Cordão Umbilical e Placentário (BSCUP), pelas constantes expressões de apoio e incentivo profissional.

À Dr^a Mary Evelyn Dantas Flowers, por sua antevisão e pelo exemplo de perseverança e coragem na luta pela criação do CEMO.

AGRADECIMENTOS

Ao Corpo Docente da *Escola de Enfermagem Anna Nery* / Universidade Federal do Rio de Janeiro (EEAN / UFRJ), representado pelas Professoras Doutoradas:

Maria Antonieta Rubio Tyrrell, Diretora;

Rosângela da Silva Santos, Coordenadora de Pós-graduação e Pesquisa em Enfermagem;

Márcia Assunção Ferreira, Coordenadora Adjunta do Curso de Mestrado;

Tânia Cristina Franco Santos, Luiza Mara Correia e Maria da Luz Barbosa Gomes, membros da Diretoria do Núcleo de Pesquisa da História da Enfermagem Brasileira (NUPHEBRAS);

Ieda de Alencar Barreira e Suely Baptista de Sousa, pelas valiosas contribuições a respeito da história da Enfermagem Brasileira, e pela atenção e cortesia com que sempre me brindaram.

Marilurde Donato e Sonô Taira Oliveira, pelo incondicional apoio e incentivo à realização e conclusão do Curso de Mestrado, fundamentais para que eu superasse alguns momentos difíceis.

Registro também meu agradecimento às Professoras Doutoradas Lúcia Helena S. Corrêa Lourenço, Tânia Cristina Franco Santos, Gertrudes Teixeira Lopes, Marléa Chagas Moreira e Teresa Caldas Camargo pelas relevantes contribuições que aprimoraram este trabalho, e por terem aceito participar das diversas etapas deste Exame.

Às colegas de Mestrado, Flávia e Wilma, e de Doutorado, Antonio José, Wellington, Valdere, Maritza e Herdy, por terem compartilhado seus conhecimentos.

Aos funcionários da Secretaria da Coordenação de Pós-Graduação da EEAN / UFRJ, tão bem representados pela Secretária Ge-

ral Sonia Maria da R. Xavier, cuja atenção, apoio e constantes manifestações de carinho e amizade contribuíram para a construção desse momento.

Às Bibliotecárias da EEAN / UFRJ, Lúcia Marina B. Rodrigues, Célia D. Lopes, Nedina Gabi e Lúcia Maria Pinho Araújo, pela atenção que sempre me dispensaram.

Aos enfermeiros e médicos do *Instituto Nacional de Câncer / CEMO*, que reviveram a história através de seus depoimentos, saudosamente ricos em matizes e detalhes, graças aos quais pude realizar este estudo.

Aos primeiros médicos e enfermeiros do CEMO, bem como às equipes médica e de enfermagem atuais, por terem contribuído para que eu pudesse “escrever” a história do CEMO. Agradeço também aos técnicos de enfermagem e auxiliares de serviço, cuja prestimosidade é uma constante.

À enfermeira Maria Alves Bandeira, primeira Coordenadora de Enfermagem do CEMO, pelas valiosas contribuições históricas.

À enfermeira Rita de Cássia Torres, Chefe de Enfermagem do CEMO, pelas providências administrativas que viabilizaram a minha participação no Curso de Mestrado e a realização deste estudo.

Ao enfermeiro Carlos Alberto Esteves Adão, por sugerir a linha de pesquisa que deu origem a este trabalho.

À enfermeira Eliana Gomes dos Santos, amiga muito querida que me ajudou a elaborar o Termo de Responsabilidade que deu início à minha caminhada no Curso de Mestrado da EEAN / UFRJ.

Às enfermeiras Tânia Soares e Maria Lucília V. Neves, “cúmplices” na digitação e formatação dos meus primeiros manuscritos.

À enfermeira Valéria Fernandes, pela disponibilidade de material científico para consulta.

Ao Dr. Alexandre de Azevedo Melo, médico do CEMO, pelo apoio e incentivos constantes. Sua cooperação na elaboração de fichas para a Comissão de Ética foi fundamental.

À Sra. Sheila Pereira da Silva Souza, da Coordenação de Ensino e Divulgação Científica (CEDC) /INCA, e a todos os funcionários da Equipe de Produção de Material Científico: Cecília Pacha, Aldemir, Gil, Márcia Andrade, Fernanda e Marcelo Melo agradeço a prestimosidade no atendimento e a elaboração dos diversos materiais de pesquisa.

Ao Ronaldo Marques da Silva, Assistente Administrativo do Setor Administrativo do CEMO, pela colaboração constante e afetuosa atenção com que sempre me tratou.

Ao Edvaldo do Carmo Franco, Assistente Administrativo da Biblioteca do INCA, e ao Anderson Moreira da Silva, Escriturário da Direção do HC I. A ajuda que sempre disponibilizaram resultou em muitos benefícios para mim. Sou muito agradecida por tudo que fizeram.

Ao Dr. Tanan Moreno, meu médico e amigo, que muito me ajudou contribuindo com informações valiosas, utilizadas na pesquisa.

À Margarida Maria Rocha Bernardes, da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, pelo companheirismo e incentivo constantes, além da cessão de material de pesquisa relevante para este trabalho.

À Maria Esthersita Rodrigues Alves, cujo inegável capital cultural comprovado pelo teor de sua Dissertação de Mestrado, muito contribuiu para que eu entendesse melhor o referencial teórico deste estudo.

Às amigas Claudia Tereza Pinheiro e Maria das Graças Ferreira Pinheiro, que souberam ouvir com paciência os meus queixumes durante o Curso de Mestrado.

À "Quininha" e à Luiza Maria Almeida, exemplos de confiança na Espiritualidade, e por terem ajudado a "embalar" este meu sonho.

À Danielle, Lenice e Genilson, Elza e Nivaldo, Luzinete, Carlinhos – tão importantes no meu cotidiano.

À Marisa Medeiros de Souza, que me ajudou a finalizar a formação desta dissertação, agradeço seus cuidados e atenção num momento de dificuldade. Happy, sua gata preta, aprendeu a remexer meus papéis...

A CRIAÇÃO DE UM CENTRO DE TRANSPLANTE DE
MEDULA ÓSSEA NUM HOSPITAL ESPECIALIZADO:
UM DESAFIO PARA O SERVIÇO DE ENFERMAGEM DO INCa
(1982-1984)

Eliana Maria Teixeira Barreto

Orientadora: Prof^a Dr^a Lúcia Helena Silva C. Lourenço

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 histórico-social, cujo objeto é o processo de criação do Centro Nacional de Transplante de Medula Óssea (CEMO) e suas repercussões no Serviço de Enfermagem do Instituto Nacional de Câncer (INCa). O recorte temporal está compreendido entre o período de 1982-1984. Para elucidar a problemática do estudo, foram formulados os seguintes objetivos: descrever as circunstâncias em que foi criado o CEMO; analisar as estratégias empreendidas pelos agentes envolvidos para atender a implantação do CEMO e discutir os ganhos simbólicos do Serviço de Enfermagem, decorrentes da implantação do CEMO. Para dar suporte teórico ao estudo, foram adotados os conceitos de campo, espaço social, *habitus*, poder simbólico, luta simbólica e capital cultural, segundo Pierre Bourdieu, filósofo francês. Mereceram destaque na narrativa dos fatos, as políticas públicas de saúde, os acontecimentos que originaram a criação do Centro de Cancerologia, a luta que se desenvolveu no país contra o câncer, a criação do CEMO e a reconfiguração do serviço de enfermagem do INCa. O resgate histórico possibilitou registrar que a criação do CEMO determinou mudanças técnico-científicas de vulto, obrigando a equipe de enfermagem a adaptar-se às novas tecnologias de tratamento do paciente oncológico,

a proceder à atualização de seus conhecimentos técnicos, a incorporar novos saberes e a reatualizar *habitus* consolidados, para confirmar a capacitação profissional e reafirmar o sentimento de pertença àquele grupo que se reconfigurava em decorrência da chegada dos “novos” enfermeiros contratados pela Instituição. Este processo deu-se de forma gradativa e proporcionou ganhos simbólicos para a Enfermagem do INCa e Brasileira, possibilitando aos seus integrantes a aceitação do “novo” como forma de crescer e ascender profissionalmente.

Palavras-chave: História da Enfermagem. Transplante de Medula Óssea. Instituto Nacional de Câncer (INCa)

A CRIAÇÃO DE UM CENTRO DE TRANSPLANTE DE
MEDULA ÓSSEA NUM HOSPITAL ESPECIALIZADO:
UM DESAFIO PARA O SERVIÇO DE ENFERMAGEM DO INCa
(1982-1984)

Eliana Maria Teixeira Barreto

Orientadora: Prof^a Dr^a Lúcia Helena Silva C. Lourenço

Abstract 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.

It is a question of a historical social study , whose object is the process of creation of the Centro Nacional de Transplante de Medula Óssea (CEMO) (National Center of Bone Marrow Transplantation) and its repercussions in the Nursing Service of the Instituto Nacional de Câncer (INCa) (National Cancer Institute). The temporal clipping is comprehended between the period of 1982-1984. In order to elucidate the problem of the study, there were formulated the following objectives: describe the circumstances in which the CEMO was created; analyze the strategies undertaken by the agents involved to attend the implantation of the CEMO and discuss the symbolic gains of the Nursing Service, resulting from the implantation of the CEMO. In order to give theoretical support to the study, there were adopted the concepts of field, social space, *habitus*, symbolic power, symbolic fight and cultural capital, according to Pierre Bourdieu, French philosopher. There were deserved highlight in the facts narrative, the public policies of health, the events that gave rise to the creation of the Centro de Cancerologia (Center of Cancer Studies), the fight that was developed in the country against the cancer, the creation of the CEMO and the reconfiguration of the nursing service of the INCa. The historical recovery made possible registering that the creation of the CEMO determined important technical scientific changes, compelling the nursing team to adapt to the new treatment technologies of the oncology patient, to proceed to the updating of his technical knowledge, to incorporate new

knowledge and to update again consolidated *habitus*, in order to confirm the professional capability and reaffirm the sentiment of attribute to that group that reconfigured as a result of the arrival of the “new” nurses contracted by the Institution. This process occurred in a gradual way and symbolic gains for the nursing team of INCa and Brazilian, making possible to their integrants the acceptance of the “new” as a way to rise and ascend professionally.

Key-words: Nursing History. Bone Marrow Transplantation. Cancer National Institute.

SUMÁRIO

Resumo	x
Abstract	xii
Créditos Iconográficos	xv
CONSIDERAÇÕES INICIAIS	1
Objeto de Estudo	11
Questões Norteadoras	12
Objetivos	12
	15
<i>ABORDAGEM TEÓRICO-METODOLÓGICA</i>	
Os Conceitos Teóricos	15
O INCA e o Ministério da Saúde	17
O Caminho Metodológico	21
	31
I – AS POLÍTICAS DE SAÚDE	
	47
II – A LUTA CONTRA O CÂNCER	
Transplante de Medula Óssea	59
	67
III – A (RE)CONFIGURAÇÃO DO CAMPO DA	
<i>ENFERMAGEM NO INCa</i>	
	112
CONSIDERAÇÕES FINAIS	
	116
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
	121
ANEXOS	

CRÉDITOS ICONOGRÁFICOS

Instituto Nacional de Câncer – vista panorâmica	xviii
Organograma - Estrutura atual do INCA	20
Foto 1 Inauguração do Centro de Cancerologia em 14 de maio de 1938	50
Foto 2 Ambiente Livre de Germes (ALG)	53
Foto 3 Inauguração do CEMO, em 06 de junho de 1983	74
Foto 4 Placa comemorativa da inauguração do CEMO	101
Foto 5 Equipe multiprofissional do CEMO com a indumentária de trabalho	103
Foto 6 Cerimônia de posse da Chefe da Divisão de Enfermagem do INCa	104

TUDO É MANEIRA DE VER

ONDE VOCÊ VÊ UM OBSTÁCULO,
ALGUÉM VÊ O TÉRMINO DA VIAGEM
E O OUTRO VÊ UMA CHANCE DE CRESCER.

ONDE VOCÊ VÊ UM MOTIVO PARA SE IRRITAR,
ALGUÉM VÊ A TRAGÉDIA TOTAL
E O OUTRO VÊ UMA PROVA PARA SUA PACIÊNCIA.

ONDE VOCÊ VÊ A MORTE,
ALGUÉM VÊ O FIM
E O OUTRO VÊ O COMEÇO DE UMA NOVA ETAPA...

ONDE VOCÊ VÊ A FORTUNA,
ALGUÉM VÊ A RIQUEZA MATERIAL
E O OUTRO PODE ENCONTRAR POR TRÁS DE TUDO,
A DOR E A MISÉRIA TOTAL.

ONDE VOCÊ VÊ A TEIMOSIA,
ALGUÉM VÊ A IGNORÂNCIA,
UM OUTRO COMPREENDE AS LIMITAÇÕES DO COMPANHEIRO,
PERCEBENDO QUE CADA QUAL CAMINHA
EM SEU PRÓPRIO PASSO
E QUE É INÚTIL QUERER APRESSAR O PASSO DO OUTRO,
A NÃO SER QUE ELE DESEJE ISSO.

CADA QUAL VÊ O QUE QUER, PODE OU CONSEGUE ENXERGAR
PORQUE EU SOU DO TAMANHO DO QUE VEJO E NÃO DO TAMANHO
DA MINHA ALTURA.

FERNANDO PESSOA

[...] Você chega ao fim, é verdade, mas é o momento de um novo começo, de um outro começo. [...] Para ter a coragem de subir mais alto é preciso jogar fora a escada por onde se subiu. Uma nova etapa é possível porque uma etapa anterior foi superada. [...] (Gadotti, 1991, p. 143)



**INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER
VISTA PANORÂMICA**

Fonte: INCA, CD, Arquivo Iconográfico, 2002

Praça Cruz Vermelha, nº 23, Centro, Rio de Janeiro

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

No início dos anos 80, o Instituto Nacional de Câncer (INCa)¹ começou a fazer parte da minha história profissional. Enfermeira recém-graduada, com longa experiência profissional como Auxiliar de Enfermagem, ao chegar ao INCa² fui indicada para o Setor de Pós-Operatório Mediato (POM) que, na época, tinha a complexidade de um centro de terapia intensiva. Gradativamente, e em pleno funcionamento, este setor foi passando por etapas de organização e implementação até se transformar em Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

Isto aconteceu diante da constatação da necessidade do INCa ter uma UTI. A organização administrativa deste setor e o treinamento da equipe de enfermagem ficaram sob minha responsabilidade, por indicação da Chefia da Divisão de Enfermagem validada pela minha experiência, nos anos 70, como intensivista da equipe de enfermagem do Hospital de Ipanema, do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).

Estava sendo implantada no INCa uma política de recuperação e crescimento institucional, com o incremento das atividades de ensino e pesquisa. Isto incluía o Regime de Co-Gestão³, inaugurado em 1980 naquele Instituto, com a interveniência da Campanha Nacional de Combate ao Câncer (CNCC). Nesta ocasião, foram contratados profissionais administrativos e técnicos; entre estes, médicos e pessoal de

¹ A primeira sigla do Instituto Nacional de Câncer (INC) foi substituída por *INCa*, através da Portaria nº 350, de 1971. Esta será a sigla utilizada neste estudo, cujo recorte temporal é o período compreendido entre 1982 e 1984.

² A época, o INCa tinha sede única, ou seja, não englobava as unidades atuais.

³ Regime de Co-Gestão: participação administrativa e financeira igualitária do Ministério da Saúde (MS) e do Ministério da Assistência e Previdência Social (MPAS).

enfermagem. Neste último grupo, eu estava incluída.

No que se refere ao pessoal de enfermagem recém-admitido, a maioria tinha como característica comum o INCa como primeiro vínculo empregatício. Na qualidade de supervisora, tive a oportunidade de observá-los mais de perto e avaliá-los no desempenho de suas atividades. Constatei, de imediato, a inexperiência profissional do grupo, que apresentava deficiências técnicas passíveis de comprometer as atividades específicas de enfermagem na UTI, em fase de implantação. Sendo assim, buscando unicamente qualificar a equipe, elaborei e desenvolvi um treinamento em serviço visando a reciclagem e atualização dos conhecimentos do pessoal de enfermagem. Este trabalho, validado pela Instituição, foi realizado para manter o grupo preparado tecnicamente, considerando que a política da Divisão de Enfermagem previa a demissão daqueles que não se adaptassem ou fossem improdutivos.

Após breve período, a assistência de enfermagem realizada na UTI passou a se destacar. Com isso, os profissionais que ali atuavam começaram a ser remanejados para outros setores, sob a justificativa da necessidade de igualar a qualidade técnica entre as diferentes unidades / setores do INCa.

Convém destacar que, na época, a enfermagem no INCa era estruturada como Serviço de Enfermagem, contando com 57 enfermeiros e 330 auxiliares de enfermagem, dentre os quais auxiliares operacionais de serviços diversos, agentes de portaria, auxiliares de artífice,

auxiliares de serviços e instrumentadoras, todos desviados de função visto que trabalhavam diretamente com o paciente na prestação de cuidados assistenciais de baixa complexidade. Seu Regulamento estava contido no Regimento Interno do Hospital, em caráter provisório, sendo os enfermeiros distribuídos de acordo com o número de leitos⁴.

Ainda neste período, objetivando ampliar meus conhecimentos administrativos colocados em prática na implantação da UTI, interessei-me por realizar um curso de Administração Hospitalar em uma universidade pública do Rio de Janeiro. Ao concluí-lo, cumprindo exigência curricular, apresentei a monografia intitulada *Levantamento Administrativo de Estrutura e Serviços Hospitalares*, tendo como campos de estudo o INCa, considerado hospital especializado, e mais dois hospitais da rede pública estadual. O objetivo deste trabalho era o planejamento de um Hospital Geral Centralizado, com diferentes serviços para atender a população.

A realização deste curso permitiu-me dispor de melhores informações acerca do contexto hospitalar, incluindo a situação do pessoal de enfermagem. Constatei, também, durante a elaboração da monografia, que haviam projetos e/ou serviços em andamento ou em plena fase de implantação no INCa, tais como:

⁴ Haviam 261 leitos distribuídos pelas diversas clínicas; excluídos deste total os 19 leitos da UTI, considerados rotativos, restavam 242 leitos destinados à internação, resultando na proporção de 1 enfermeiro para 4,2 leitos, julgada satisfatória na época (Barreto, 1982, p.34).

- o projeto de Transplante de Medula Óssea (do tipo autólogo);
- o Centro de Pesquisa Básica Experimental, com biotérios modelares para pequenos animais isogênicos;
- o projeto de Próteses Ósseas em Tumores, para exérese de lesões ósseas, sem amputações mutiladoras;
- o projeto de Iconografia, abrangendo a integração da ultrasonografia, tomografia computadorizada e cintilografia; e
- a reedição da Revista Brasileira de Cancerologia, cujo primeiro número foi publicado em setembro de 1982⁵.

O trabalho desenvolvido pela enfermagem na UTI, despertou a atenção da Dra. Mary Evelyn Dantas Flowers, coordenadora médica do novo serviço a ser implantado: o Centro Nacional de Transplante de Medula Óssea (CEMO). Era preciso compor e treinar uma equipe de enfermeiros para atuar neste Centro e, para assessorar a Chefia de Enfermagem, foi criada a Comissão de Recrutamento, Seleção e Educação em Serviço⁶, através da Ordem de Serviço nº 19/01/83 assinada pelo Dr. Ary Frauzino Pereira – Diretor do INCa e pelo Dr. Nildo Eimar de Almeida Aguiar – Coordenador Regional da CNCC. Esta Comissão ficou responsável pela seleção dos enfermeiros para o CEMO, mediante exigência de disponibilidade de horário para participar do 1º Curso de Treinamento Específico para Enfermeiros e Nutricionistas, organizado por uma Comissão de Planejamento e Apoio criada com esta finalidade.

⁵ A Revista Brasileira de Cancerologia, criada em 1946, deixou de ser editada em 1978.

⁶ A Comissão era constituída pelas Enfermeiras: Heliacy Lima Barros Bastos, Presidente, estatutária e Supervisora da Radioterapia; Maria Lúcia Monteiro da Silva, da CNCC e Coordenadora da Escola de Auxiliar de Enfermagem do Hospital dos Servidores do Estado / INAMPS; Cláudia Tereza Pinheiro, da CNCC e Supervisora das Unidades de Internação; e Eliana Maria Teixeira Barreto da CNCC e Supervisora da Seção de Unidade de Terapia Intensiva.

A condição primordial para a seleção desses enfermeiros era não terem vínculo empregatício, caso contrário poderia haver superposição de horários; outras condições eram ser recém-graduado, habilitado em Enfermagem Médico-Cirúrgica e não ter experiência profissional. Tais critérios de inclusão demonstravam que, neste grupo de enfermeiros, o “novo” modelo profissional poderia ser inculcado de forma ideal, com menos dificuldade.

Entretanto, selecionar e treinar uma equipe composta somente por enfermeiros recém-graduados, para atuar num setor que ainda estava sendo organizado administrativa e fisicamente, cuja modalidade terapêutica era pouco conhecida e com restrita divulgação, até mesmo dentro da comunidade científica, tornou-se um desafio para o Serviço de Enfermagem do INCa, considerando que “[...] no elenco de deveres e obrigações do novo setor [...]” era óbvia a necessidade de dispor de “[...] competências para utilizar metodologias ligadas a diversos processos [...]” (Barreira, 1992, p.102) relativos à nova tecnologia.

Em setembro daquele ano, antes que o setor recebesse o primeiro paciente, foram contratados dez enfermeiros⁷ dentre os que realizaram o curso de treinamento para atuar no CEMO. Estes profissionais foram recebidos com reserva pelos enfermeiros “mais antigos”⁸

⁷ Foram contratados: Carlos Alberto Esteves Adão, Damares Paes da Silva, Gloria Maria Anniboleti Ramos, Ison Garcia Filho, Jairson Fernandes Santos, Jussara Cristina M. Seixo, Margarida do Amaral Costa, Rejane Leite de Souza, Sebastião Gentil Gomes e Shirley Santos Guimarães.

da Instituição, pelo fato de terem sido privilegiados com o treinamento em serviço altamente especializado.

No final de 1983, após a contratação daqueles profissionais, fui designada pelas Divisões Médica e de Enfermagem para implantar as atividades de enfermagem no CEMO, uma Unidade cuja estrutura física estava sendo modificada para atender a critérios específicos, relacionados ao transplante de medula. Estas alterações baseavam-se na experiência vivenciada no exterior pela Coordenadora Médica do setor, cabendo ao Serviço de Enfermagem organizar-se e adaptar-se às mesmas.

Presumo que a minha atuação na UTI, num momento em que o INCa atravessava uma fase de transformação administrativa e assistencial, acrescido da conclusão, no ano anterior, do Curso de Administração Hospitalar, foram critérios que me colocaram em evidência técnica, justificando aquela designação. E para dar conta deste desafio institucional, inicialmente solicitei acesso irrestrito a toda literatura científica especializada disponível sobre o seguinte material:

- transplante de medula óssea (em especial, artigos publicados por enfermeiros e médicos em outros Centros semelhantes);
- protocolos de tratamento das patologias;
- intercorrências desenvolvidas no pré-, trans e pós-transplante;

⁸ Os enfermeiros 'mais antigos' assim eram considerados por terem concluído o curso de Graduação há mais tempo, e terem sido contratados anteriormente para trabalhar no INCa, diferenciando-se do grupo de 'jovens enfermeiros' apenas por não terem treinamento específico para trabalhar no CEMO.

- principais doenças decorrentes do mesmo;
- orientações e esclarecimentos sobre a operacionalização do Ambiente Livre de Germes (ALG).

O ALG era totalmente desconhecido pela enfermagem, e foi instalado para atender os pacientes que seriam submetidos ao transplante, em especial, os portadores de Anemia Aplástica Severa. Eram as famosas “bolhas da vida”.

Frente à responsabilidade a mim conferida, tornou-se prioritário o meu preparo técnico. Assim, solicitei também a realização de curso de capacitação na área de transplante de medula óssea, na época, oferecido no exterior, o que só se concretizou em 1986, três anos depois da inauguração do setor, e com o seu pleno funcionamento. O curso oferecia subsídios para o aperfeiçoamento da enfermagem na área de transplante de medula óssea, e eu fui a primeira enfermeira indicada para realizá-lo no Montreal General Hospital, através do intercâmbio cultural Brasil-Canadá.

Paralelamente à organização do setor, e em parceria com a enfermeira Cláudia Tereza Pinheiro, foi criado o Manual de Normas e Rotinas do CEMO, com base em normas e rotinas de outras unidades especializadas, e na metodologia de elaboração de Manuais de Enfermagem. Enquanto isso se aguardava a chegada do material permanente e a conclusão das modificações da área física do setor.

Os dez enfermeiros contratados para atuar no CEMO foram alocados, inicialmente, nos diversos setores do INCa, de acordo com a

necessidade do serviço, e mediante a certeza de serem remanejados para aquele Centro, tão logo fosse o mesmo ativado operacionalmente.

Deve-se ressaltar que, nesta época, todos os enfermeiros eram lotados na Divisão de Enfermagem, não havendo separação entre a equipe de enfermagem do CEMO e a do INCa. Criou-se, então, uma situação delicada: os enfermeiros do CEMO, além de estarem alocados em setores cujas atividades não se relacionavam à área de conhecimento para a qual haviam sido treinados, tinham comportamentos que, para os enfermeiros mais antigos, eram considerados supérfluos, a exemplo de investir mais tempo no diálogo com o paciente, ou inaceitáveis, como a adoção de maior flexibilidade no rigor do vestuário⁹.

Por outro lado, ainda que qualificados para atuar com a mais moderna tecnologia na prestação da assistência de maior complexidade, os “jovens enfermeiros” continuavam atendendo a clientela do INCa procurando manter o mesmo nível de qualidade assistencial oferecido pelos enfermeiros mais antigos da Instituição e incorporando, durante a convivência profissional, os novos conhecimentos que lhes eram repassados por eles. Diante disso, tornaram-se diferenciados, mas também diferenciadores, pela forma de gerenciar o cuidar que, sem dúvida, refletia-se no desempenho profissional do grupo.

⁹ Essa flexibilidade referia-se ao uso de adereços, cintos, jalecos, etc., que não condiziam com o uniforme padrão hospitalar, cujo uso era exigido pelo INCa, que dispunha até de costureira para confeccioná-lo, sob medida, para cada profissional.

A equipe de enfermagem teve que se reconfigurar para atender as necessidades que a nova tecnologia em transplante de medula óssea exigia. Ao mesmo tempo, as enfermeiras responsáveis pela inserção desses novos enfermeiros tiveram que empreender uma luta conciliatória: de um lado, os enfermeiros mais antigos do INCa, que não aceitavam bem o projeto CEMO, apreensivos em relação ao que o “novo” passaria a exigir do grupo, considerando que a busca de novos conhecimentos técnicos seria um desafio diferente para uma equipe modelada para atender as necessidades assistenciais que, até então, eram exigidas; de outro, enfermeiros recém-graduados, tecnicamente treinados, precisando adequar seu *habitus* profissional, tornando-o semelhante àquele incorporado pelos enfermeiros mais antigos.

Em 1984 foi realizado o primeiro transplante de medula óssea, dando início às atividades para as quais o setor fora criado: atender pacientes com câncer a serem submetidos à transplante de medula. Infere-se que, durante o período compreendido entre a contratação dos jovens enfermeiros (1983) e a ativação do CEMO (1984), os conflitos tornaram-se mais evidentes entre os profissionais de enfermagem. Como resultado, a equipe dividiu-se em dois grupos: o dos enfermeiros do CEMO e o dos enfermeiros do INCa.

No início de fevereiro de 1984, o CEMO já ativado passou a atender os pacientes dos Setores de Oncologia e Hematologia com perspectiva de se submeterem ao transplante. Todavia, não era raro acontecer que, devido às condições clínicas dos pacientes, associadas à

ausência de doadores, estes fossem excluídos do programa de transplante, quando não tinham condições clínicas para receber o aloimplante, mesmo permanecendo internados no CEMO e recebendo os cuidados de enfermagem ministrados por uma equipe considerada altamente especializada.

O acordo para a implantação do CEMO foi institucional mas, como já foi dito, a enfermagem teve que se adequar, buscando qualificar a equipe e reconfigurá-la profissionalmente, visto que a implantação da UTI especializou o grupo, mas foi a implantação do CEMO que trouxe a tecnologia avançada para o bojo da enfermagem.

A criação do CEMO forçou o Serviço de Enfermagem a recrutar recursos humanos para absorver as novas tecnologias que deveriam dominar. Com isto, passaram por diferentes transformações e ajustes, até se apresentarem com as novas características técnicas e profissionais exigidas.

Com base no exposto, determinou-se como *objeto de estudo*: o processo de criação do CEMO e suas repercussões no Serviço de Enfermagem do INCa (1982-1984).

O estudo justifica-se pela participação dos enfermeiros, tanto na implantação do CEMO, quanto no treinamento da equipe de enfermagem para atender a uma decisão de âmbito federal – a implantação, no Rio de Janeiro, de um Centro Nacional de Transplante de Medula Óssea.

O marco inicial, 1982, corresponde ao ano em que a Resolução

CIPLAN nº 12/82 autorizou a criação do Centro Nacional de Transplante de Medula Óssea – CEMO no Instituto Nacional de Câncer, sob co-gestão do Ministério da Saúde e do Ministério da Previdência e Assistência Social, visto que o documento determinava que o CEMO fosse implantado com os recursos destes Órgãos.

O marco final, 1984, corresponde ao ano em que foi realizado o primeiro transplante de medula óssea. Configura, portanto, o início do atendimento à clientela para a qual o CEMO foi criado, com suas equipes alocadas no setor, inclusive a de enfermagem.

Foram elaboradas as seguintes *questões norteadoras* para o estudo:

1. Como se configurava o campo da oncologia, à época?
2. Que interesses foram atendidos para a criação do CEMO?
3. Como os enfermeiros do INCa reagiram a esta demanda?
4. Quais as estratégias dos enfermeiros para atender à implantação do CEMO?
5. O campo da enfermagem do INCa reconfigurou-se de fato?

Buscando entender este momento da equipe de enfermagem do INCa, determinou-se como *objetivos* da pesquisa:

1. Descrever as circunstâncias em que foi criado o CEMO.
2. Analisar as estratégias empreendidas pelos agentes envolvidos para atender a implantação do CEMO.
3. Discutir os ganhos simbólicos do Serviço de Enfermagem, decorrentes da implantação do CEMO.

Pelo fato de integrar, há mais de vinte anos, a equipe de enfermagem do INCA, dezessete dos quais atuando na equipe do CEMO; como membro do grupo que construiu a proposta de implantação do CEMO, na qualidade de responsável pelo treinamento profissional e “ajustamento” dos jovens enfermeiros; e, também, como participante da luta conjunta da enfermagem que buscava o mesmo ideal e a mesma linguagem, interessei-me em estudar a reconfiguração deste Serviço, frente à imposição de ter que dar conta de um cuidar altamente especializado e da necessidade de contratar e “moldar” aqueles jovens profissionais.

As experiências vivenciadas e a relevância que o assunto suscita, associadas à minha história profissional como enfermeira, com atuação em Unidade de Terapia Intensiva em um Hospital do INAMPS, na implantação da Unidade de Terapia Intensiva no INCa, além do meu interesse na área assistencial com a implantação do CEMO, consolidaram a vontade de estudar esta temática.

Considerando, ainda, que o INCa está em constante movimento de reconfiguração de seus serviços, em decorrência dos avanços nas áreas de Oncologia e da tecnologia de saúde, ou devido às condições advindas das políticas de saúde e das políticas internas, acredita-se que o resgate dos conflitos internos e das estratégias de adequação adotadas pela equipe de enfermagem para atender a nova situação contribuirão para o entendimento do que ocorre durante o processo de reconfiguração de um serviço.

Isto se dará mediante identificação das dificuldades e êxitos vivenciados pelos sujeitos na criação de um novo espaço na estrutura institucional, exemplificado pela repercussão da criação do Centro Nacional de Transplante de Medula Óssea. Além disso, o estudo contribuirá para contextualizar a prática diária da enfermagem que, ao enfrentar desafios e conquistar espaços, desenha sua história e esboça os caminhos futuros.

Como enfermeira assistencial do CEMO, considero que esta temática, por ser inédita no INCa, favorecerá significativamente o resgate dos fatos e situações e o registro da memória da Instituição.

Quanto à trajetória dos enfermeiros na implantação do CEMO, ao recuperá-la, o estudo estará contribuindo para o desenvolvimento do ensino e da pesquisa e, sobretudo, para a História da Enfermagem Brasileira, através da reconfiguração do Serviço de Enfermagem do INCa. Possibilitará, ainda, a realização de outros trabalhos em diferentes esferas da assistência ao paciente indicado para e/ou submetido ao transplante de medula óssea.

Portanto, há que se refletir acerca das transformações ocorridas, à época, no Serviço de Enfermagem do INCa, para atender a esse desafio institucional. E, "olhar os bastidores" daquele Serviço, certamente ajudará a compreender os conflitos que emergiram durante esse processo de reconfiguração.

ABORDAGEM TEÓRICO-METODOLÓGICA

□ OS CONCEITOS TEÓRICOS

Este estudo utiliza como referencial teórico principal o pensamento de Pierre Bourdieu, entendendo que para resgatar as relações entre os diferentes agentes envolvidos na implantação do CEMO e as estruturas que influenciaram ou que determinaram as ações dos agentes será preciso apoiar-se em conceitos como campo, espaço social, *habitus*, poder simbólico, luta simbólica e capital cultural.

Para Bourdieu, os conceitos de campo e de *habitus* são fundamentais para analisar as relações e as estruturas sociais que determinam o processo de construção do campo. Assim, são categorias explicativas fundamentais para o esquema teórico em que o autor se baseia.

Ao analisar o campo, o autor acredita que, no seio de cada campo e entre os diferentes campos, relações de força estão em jogo, produzindo e reproduzindo ações que representam a visão de mundo de cada agente envolvido na luta. Assim, cada agente luta para impor sua *verdade*, sobre a visão de mundo, como *natural* (Bourdieu, 1989, p.114).

Em relação ao agente, para Bourdieu (1989, p. 60-64) este possui um conhecimento adquirido, uma disposição incorporada, duradoura e transferível, que são repassados através de ações, atitudes e práticas durante o convívio no seio familiar, atualizadas pelo meio so-

cial. O contato com diferentes estruturas sociais transforma-se num longo processo de aprendizado, moldando a pessoa, e assim, compondo o seu *habitus*. Por um lado é uma propriedade que faz parte da pessoa, e que ao mesmo tempo estabelece diferenças entre os agentes, que são percebidas nas práticas, percepções e na apreciação do mundo social. Pelo outro, o *habitus* é o mediador nas interações que se estabelecem no campo, entre os agentes, embora esteja em incessante reatualização / transformação (Op.cit., 1989, p. 64-73).

A luta que se trava no interior do campo, entre os agentes, tem como suporte o montante de capital cultural que cada agente envolvido possui; a posição que cada agente ocupa na hierarquia do campo; e a posição por ele ocupada nos diferentes campos, que é determinada pelo capital individual incorporado.

Na luta, cada agente estabelece relações de força para conquistar as melhores posições e, assim, poder disputar melhor o monopólio do poder (Op.cit., 1989, p.12). O poder existe em toda parte do campo e, sem que se perceba, está firmado no reconhecimento. Assim, se “mostra” quase dissimulado, como todo poder simbólico, e por ser um meio utilizado para impor a visão de mundo de um agente ou de um grupo, transforma-se num instrumento de dominação.

Assim, com apoio nos conceitos de Pierre Bourdieu, procurei resgatar as relações que envolveram as disputas e os interesses em jogo para implantar o Centro Nacional de Transplante de Medula Óssea no INCa. Essa luta, velada e simbólica, resultou na reconfiguração do

Serviço de Enfermagem, reconstruindo o campo da enfermagem oncológica.

Para facilitar o entendimento do leitor, seguem-se esclarecimentos básicos sobre a estrutura e funcionamento do INCa, na qual o CEMO está inserido.

▫ O INCA E O MINISTÉRIO DA SAÚDE

Em 1980, teve início no INCa um processo contínuo de recuperação e crescimento da Instituição como órgão fundamental na política de controle do câncer no país. Através da CNCC, responsável pelo repasse dos recursos financeiros previstos pelo regime de co-gestão, o volume de serviços assistenciais prestados cresceu no decorrer de dois anos. Seguiram-se reformas estruturais e a realização de programas e convênios técnico-científicos, que culminaram por projetar o INCa como centro especializado de ensino e pesquisa oncológica.

Este movimento teve alcance nacional e abrangeu programas relacionados à prevenção de câncer, implantação do registro estatístico da doença e educação em cancerologia, mediante realização de cursos de reciclagem e atualização.

A partir de 2000, através do Decreto Presidencial nº 3.496, o INCA passou a ter competência para desenvolver “[...] ações nacionais de controle do câncer [...]”, como referencial para a prestação de serviços oncológicos no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS (Brasil, 2001, p.11). Com base neste Decreto, foram criadas cinco unidades

assistenciais, como descrito a seguir, independentes administrativamente e com equipes de saúde próprias, que permitiram a descentralização dos serviços prestados:

- Hospital do Câncer I (HC I), situado na Praça da Cruz Vermelha, nº 23, Centro, RJ, era a principal unidade hospitalar e também a de maior complexidade tecnológica. Localizada na sede do Instituto, atendia doentes portadores de todas as modalidades de câncer.

- Hospital do Câncer II (HC II): ex- Hospital de Oncologia do I-NAMPS, localizado na Rua do Equador, nº 831, Santo Cristo, RJ, era a unidade responsável pelo atendimento ambulatorial e de internações de adultos matriculados nos Serviços de Ginecologia e Oncologia Clínica.

- Hospital do Câncer III (HC III): ex - Hospital Luisa Gomes de Lemos, também conhecido como Hospital das Pioneiras Sociais, com sede na Rua Visconde de Santa Isabel, nº 274, Vila Isabel, RJ, era a unidade dedicada ao diagnóstico e tratamento do câncer de mama.

- Centro de Suporte Terapêutico Oncológico (CSTO): ex- Serviço Terapêutico Oncológico (STO), localizado na Rua Visconde de Santa Isabel, nº 274, Vila Isabel, RJ, em prédio anexo, em funcionamento desde 1987, com a finalidade de oferecer cuidados paliativos aos pacientes fora de possibilidades terapêuticas. Tinha como principais objetivos o atendimento domiciliar a estes doentes e a capacitação de profissionais para atuar nesta área.

- Centro Nacional de Transplante de Medula Óssea (CEMO): destacava-se como o maior do Brasil no tratamento de doenças hematológicas, como a anemia aplástica severa e as leucemias. Realizava transplantes de medula óssea alogênicos e autogênicos, atendendo doentes do Rio de Janeiro e das demais regiões do Brasil, no âmbito do SUS. O CEMO abrigava, também, o Registro Nacional de Doadores de Medula Óssea (REDOME) e o Banco de Células de Sangue de Cordão Umbilical e Placentário (BSCUP), além de centralizar as consultas aos bancos internacionais de doadores de medula óssea, ocupando parte do 7º andar da sede do HC I (Brasil, 2001, p.13).

Deve-se ressaltar que os serviços descritos continuam sendo prestados pelas citadas Unidades, observados os avanços científicos relacionados ao câncer.

A estrutura atual do INCA pode ser visualizada no Organograma a seguir.



Fonte: BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer, Relatório Anual, 2002. Rio de Janeiro: INCA, Halográfica, p.11.

A criação dessas cinco Unidades exigiu do corpo clínico a busca de conhecimentos específicos e obrigou o Serviço de Enfermagem a adaptar-se às novas circunstâncias. Considerando que os cuidados com e para os pacientes eram realizados por uma equipe multiprofissional, o investimento no preparo técnico-científico não poderia ficar restrito aos membros da equipe médica, mas deveria estender-se aos da equipe de enfermagem para garantir um cuidar / tratar levado a efeito por pessoal qualificado, e assim, alcançar os resultados esperados nos tratamentos implementados.

Na seqüência, aborda-se a metodologia adotada neste trabalho.

□ O CAMINHO METODOLÓGICO

Trata-se de pesquisa, de natureza histórico-social, com abordagem qualitativa.

Trivinos (1987, p.133) ressalta que “[...] na pesquisa qualitativa, o pesquisador tem liberdade teórico-metodológica na elaboração do seu estudo [...]”.

Para Minayo (1996, p.252), “[...] a compreensão qualitativa [...] é um movimento totalizador que reúne a condição original, o movimento significativo do presente e a intencionalidade em direção do projeto futuro [...]”. Assim, para a autora (Op.cit., p.101), “[...] a investigação qualitativa requer como atitudes fundamentais à abertura, a flexibilidade, a capacidade de observação e de interação com o grupo de investigados e com os atores sociais envolvidos [...]”.

Em decorrência, os instrumentos na pesquisa qualitativa são passíveis de correção e readaptação durante o processo de trabalho, tendo em vista a sua finalidade. Este tipo de estudo, de acordo com Minayo (Op.cit., p.21-22), preocupa-se com uma realidade que não pode ser quantificada, porque trabalha com o mundo dos significados das ações e das relações humanas, respondendo a questões muito particulares, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações dos processos e dos fenômenos, que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Continuando, a autora (Op.cit., p. 22) afirma que nas investigações qualitativas, o sujeito é considerado “[...] gente, em determinada condição social, pertencente a determinado grupo social ou classe, com suas crenças, valores e significados [...]”. Justifica-se, portanto, a natureza social desta pesquisa.

Quanto à pesquisa histórica, segundo Marconi e Lakatos (1999, p.82), consiste em:

[...] investigar acontecimentos, processos e instituições do passado para verificar a sua influência na sociedade de hoje, pois as instituições alcançaram sua forma atual através de alterações de suas partes componentes, ao longo do tempo, influenciado pelo contexto cultural particular de cada época [...].

A esse respeito, Ferreira e Amado (1998, p.8) acreditam que a história “[...] busca produzir um conhecimento racional, uma análise crítica através de uma exposição lógica dos acontecimentos e vidas do

passado [...]”. Já a memória busca reconstruir o passado, com base em vivências. Ela é flexível e utiliza a experiência para resgatar fatos do passado, frente aos interesses do presente.

Com relação à temática, Le Goff (2001, p.16) chama atenção para a “História Nova”, considerando a estrutura desta corrente histórica com vistas ao domínio da história tradicional. Para o autor,

[...] repensar os acontecimentos e as crises em função dos movimentos lentos e profundos da história, interessar-se menos pelas individualidades de primeiro plano do que pelos homens e pelos grupos sociais [...] é também metamorfosear a memória coletiva dos homens e obrigar o conjunto das ciências e dos saberes a situar-se em outra direção, conforme outra concepção do mundo e da evolução [...].

Alves (2000, p.24) cita Le Goff e Nora, que afirmam:

[...] a história não é o absoluto dos historiadores do passado, providencialistas ou positivistas, mas o produto de uma situação de história. [...] oscila entre a história vivida e a história construída, sofrida e fabricada, [...]

obrigando os historiadores “[...] a se interrogarem novamente sobre os fundamentos epistemológicos de sua disciplina [...]”.

Os dados foram obtidos através de:

- 1) Fontes primárias: depoimentos de enfermeiros e médicos que participaram do processo de implantação do CEMO; documentos pertencentes ao arquivo do Instituto Nacional de Câncer, que tivessem aderência ao objeto deste estudo e fossem pertinentes à criação e implantação daquela Unidade; artigos de jornais, revistas e outros periódicos disponíveis.

2) Fontes secundárias: constituídas por trabalhos científicos, resenhas, teses e dissertações relacionadas à temática; sobre a política de saúde; e a história da Enfermagem no Brasil.

Os depoimentos foram coletados através de entrevista. Segundo Meihy (1994, p.53-54), “[...] o uso de entrevistas como fonte, remete ao sentido do documento e da análise procedida em cima dos textos estabelecidos a partir de depoimentos [...]”. Neste sentido, afirma o autor, a história oral consegue alcançar com maior amplitude o reconhecimento, extraíndo das “falas” o complemento significativo para a análise de documentos ou para entender um fato, através da análise. “[...] Portanto, a História Oral percebe-se como uma manifestação coerente com o tempo em que vivemos, como forma de captar um instante da nossa própria História [...]”.

Ademais, a história oral amplia o conhecimento sobre fatos que ocorreram no passado, e seu uso, relacionado à história nova, é assim analisado por Le Goff (2001, p.18):

[...] a história nova conserva até hoje essa proposta de uma ciência histórica que não mutile a vida das sociedades e que não eleve entre os diferentes pontos de vista sobre o devir dos homens as barreiras de subdisciplinar – história política, história militar, história diplomática, história econômica e inclusive, a despeito de sua extensibilidade histórico-social ou histórico-cultural. [...]

No que se refere à história política, o autor (Op.cit., p.31) enfatiza que [...] é uma história de acontecimentos, [...] que mascara o verdadeiro jogo da história, que se desenrola nos bastidores e nas

estruturas ocultas, em que é preciso ir detectá-lo, analisá-lo e explicá-lo [...]”.

Louro (1990, p.22) complementa este pensar, enfatizando que a história oral

[...] pode e deve ser realizada não só para pesquisar sujeitos ou temas [...] para responder a novas perguntas sobre antigos temas, provocar novos temas, abrir outras perspectivas de análise, estabelecer relações entre fatos, sujeitos e dimensões de um estudo [...].

Conseqüentemente, como afirma a autora (Op.cit., p.22), “[...] a análise de fontes orais representará um enriquecimento significativo [...]” para este estudo.

Para possibilitar o desenvolvimento da história oral, foram necessários três elementos: o depoente, o pesquisador e o gravador. Para orientar o depoimento, foi indispensável a utilização de um roteiro de entrevista semi-estruturada. Este roteiro, na opinião de Minayo (1996, p.99), deve direcionar-se tanto ao delineamento do objeto da pesquisa quanto à realidade empírica, com observância dos seguintes itens:

- cada questão que se levante, faça parte do delineamento do objeto e que todas se encaminhem para lhe dar forma e conteúdo;
- permita ampliar e aprofundar a comunicação, e não cerceá-la;
- contribua para emergir a visão, os juízos e as relevâncias a respeito dos fatos e das relações que compõem o objeto, do ponto de vista dos interlocutores.

Trivinos (1987, p.145-146) afirma que a entrevista semi-estruturada é um dos principais meios de que dispõe o investigador para realizar a coleta de dados, pois oferece amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que ele recebe respostas do informante. Desta forma, o informante, seguindo espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador, começa a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa.

Para este autor (Op.cit., p.146), as perguntas fundamentais da entrevista semi-estruturada no enfoque qualitativo, não nascem a priori. Resultam da teoria que alimenta a ação do investigador, e também de toda a informação já recolhida por ele sobre o fenômeno social que interessa, não sendo menos importantes seus contatos, inclusive os realizados na escolha das pessoas que serão entrevistadas.

Para viabilizar a coleta de dados, encaminhou-se à Coordenação de Ensino e Divulgação Científica da Instituição, para ciência, carta assinada pela Professora responsável pela orientação do estudo, tendo em anexo cópia do projeto de pesquisa a ser realizada no âmbito do referido Instituto. Este projeto foi encaminhado à Comissão de Ética, que fez as seguintes exigências em relação ao seu teor:

- 1) Ajustar a redação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, detalhando-o e incluindo nome e telefone da pesquisadora no documento;

- 2) Prestar informações acerca dos benefícios esperados para os depoentes, decorrentes dos resultados da pesquisa;
- 3) Incluir declaração comprometendo-se a tornar público os resultados da pesquisa.

A título de colaboração, a Comissão de Ética forneceu um modelo do Termo de Consentimento julgado adequado.

Atendidas oficialmente as formalidades em questão, o projeto foi aprovado pela referida Comissão quanto ao cumprimento dos aspectos éticos de um estudo envolvendo seres humanos, de que tratam a Resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 1996) e as Normas de Bioética, liberando a pesquisadora para dar início ao mesmo no Instituto Nacional de Câncer, campo da pesquisa onde o CEMO está inserido.

Considerando, outrossim, que a escolha dos sujeitos deve ter validade “[...] dentro de um contexto específico [...]”, segundo opinião de Marconi e Lakatos (1999, p.55), a seleção feita pela pesquisadora baseou-se no conhecimento pessoal prévio da maioria, e na constatação da capacidade profissional e prestígio de cada um junto ao INCa, à época dos acontecimentos.

Os sujeitos preferenciais foram oito enfermeiros que participaram do processo de criação e implantação do CEMO e da reconfiguração do Serviço de Enfermagem. Todavia, foram realizadas três entrevistas com médicos, cuja atuação profissional e política foi relevante para assegurar o cumprimento daquela decisão governamental.

Todos foram previamente contactados para agendar os encontros em dia, horário e local de sua conveniência (residência ou local de trabalho dos depoentes). No momento da entrevista, reiteravam-se os esclarecimentos sobre o assunto investigado e solicitava-se autorização para realizar a gravação dos depoimentos em fitas magnéticas, sob a justificativa de garantir a fidedignidade do que seria dito, obtida após a transcrição das fitas e conferência do seu teor pelos respectivos entrevistados. Na ocasião, assegurava-se a cada um o sigilo e o anonimato com relação ao seu depoimento. Não havendo manifestação em contrário, dava-se início à coleta de dados.

A primeira entrevista ocorreu em agosto de 2002, em caráter excepcional, valendo-se a pesquisadora da presença no país, de uma depoente que reside nos Estados Unidos. As entrevistas restantes foram realizadas entre a segunda quinzena de maio e a segunda quinzena de julho de 2003.

Cada entrevista durou, em média, quarenta e cinco minutos. Ao seu final, era agendado novo encontro com o depoente, objetivando entregar-lhe a transcrição da entrevista para leitura e validação, conforme anteriormente referido.

Concluídas as entrevistas e as transcrições dos depoimentos, cada entrevistado recebeu um código (Dep.₁,...Dep₁₁) objetivando preservar-lhe a identidade. A partir de então, teve início a análise preliminar dos dados já obtidos.

A esse respeito, Pierre Nora, citado por Le Goff (2001, p.53-55), afirma que “[...] o acontecimento está sendo reabilitado [...]”. Isto decorre porque, segundo o autor (Op.cit., p.54), “[...] a história tradicional se impôs e legou uma herança sempre preciosa [...]”, que exige do pesquisador a capacidade de “[...] delimitar, explicar as lacunas, os silêncios da história, e assentá-la tanto sobre esses vazios, quanto sobre os cheios que sobreviveram [...]”. Trata-se também de “[...] constituir uma nova cronologia científica, que data os fenômenos históricos muito mais segundo a duração da sua eficácia na história, do que segundo a data da sua produção [...]”.

Para tanto, na História Oral o pesquisador deve levar em conta não só as representações e significados da mesma, mas também ser capaz de identificar “[...] concepções, similaridades e diferenças [...]” no interior dos diferentes grupos, bem como os “[...] aspectos relevantes das diversas trajetórias profissionais [...]” (Almeida, Fonseca e Hamilton, 1995, p.320).

Neste trabalho, pretendeu-se resgatar o pensamento de um grupo de profissionais dentro dos contextos intelectual e político da época em que atuaram, e considerando as respectivas formulações ideológicas, algumas das quais tiveram reflexos reconhecidamente importantes na estruturação dos serviços relacionados à oncologia. Seus depoimentos permitiram o resgate dos “[...] laços de convivência pessoais, familiares, escolares e profissionais construídos por estes atores ao longo de suas vidas [...]” (op.cit., p.320) e a reconstrução não só

da “[...] memória de um indivíduo, mas a memória de um grupo [...] em direção ao sentimento de unidade, continuidade e coerência [...]”, que levou à idéia da criação, implantação e efetivo funcionamento do CEMO, especialmente porque “[...] a trajetória pessoal, profissional, desta geração [...]” (Op.cit., p.322) está intimamente relacionada ao projeto político-ideológico vigente no país, à época, do qual participaram diretamente como “[...] dirigentes, formuladores e técnicos [...]” (Op.cit., p.322), desempenhando papel relevante na prática da saúde pública daquele período da história.

Os depoimentos analisados atenderam a duas etapas de organização: a) transcrição das fitas magnéticas e conferência dos depoimentos gravados; e b) leitura e análise do conteúdo das falas, identificando o sentido das mesmas.

Em relação à análise documental, Ludke e André (1986, p.38) consideram que quando não utilizada de forma isolada, é uma técnica valiosa de abordagem de dados qualitativos, completando as informações técnicas ou desvelando novos aspectos do problema. Diante disso, poderemos juntar aos dados informações complementares, levantadas através de documentos. Quanto às fotografias, foram utilizadas, na medida do possível, para ilustrar os achados.

Os dados resultantes desta análise permitiram reconstruir, ainda que parcialmente, a história da criação do CEMO e a luta da enfermagem para se adaptar às novas circunstâncias.

1 - AS POLÍTICAS DE SAÚDE

Para discorrer sobre as Políticas Públicas de Saúde adotadas no Brasil, tornou-se necessário fazer uma retrospectiva da história no que tange aos efeitos dos processos de organização e reorganização dos serviços de saúde.

Na década de 20 foi criado o Departamento Nacional de Saúde (DNS), produto da reforma Carlos Chagas, visando a ampliação do campo de ação assistencial, abrangendo a saúde infantil, industrial e ocupacional.

Para atender as reivindicações da classe operária da época, no que se refere ao atendimento à saúde, o Estado implantou um regime que, subseqüentemente, resultou na criação de uma previdência / assistência social a nível nacional, iniciando um sistema de atendimento baseado nas experiências e nos resultados de serviços implantados em outros países capitalistas, originando as Caixas Beneficentes (CAP's). A primeira categoria profissional contemplada pelo novo sistema foi a dos ferroviários. Posteriormente, a idéia foi ampliada e aplicada a outras categorias, como portuários, marítimos, servidores públicos e operários em minérios e transportadores de cargas. Este projeto foi regulamentado pelo Decreto nº 4.682, que ficou conhecido como "Lei Eloy Chaves" (Mello, 1981, p.81).

No que se refere ao câncer, a opinião dos especialistas em oncologia era de que, para controlar a doença, a preocupação com a prevenção e o diagnóstico precoce da mesma seriam fundamentais, com o que concordavam os cirurgiões. Com isso, trouxeram uma

contribuição fundamental para a organização das ligas contra o câncer e a criação de cursos de extensão universitária sobre cancerologia.

Posteriormente, o reflexo dos avanços tecnológicos e científicos nos países desenvolvidos resultou em ações, no Brasil, que levaram ao controle das neoplasias malignas, influenciando ainda mais a política de combate ao câncer, com o aprimoramento dos modelos já incorporados pela comunidade médica sanitária e cancerologista brasileira, cujos saberes também foram influenciados pela experiência na realidade norte-americana.

Na década de 30, as medidas adotadas pelo Estado com relação às atividades de saúde, à época, sob a ingerência do Ministério da Justiça e Negócios Interiores, passaram à responsabilidade do recém-criado Ministério da Educação e Saúde, cujas ações promoveriam, a partir de então, mudanças significativas na área de saúde, em especial em nível estadual, através da organização dos departamentos de saúde, na criação de hospitais, centros e postos de saúde, sob a coordenação do DNS.

No final desta década, criou-se o Conselho Nacional de Saúde (CNS) com a finalidade de assessorar o Ministério da Educação e Saúde. Um dos atos mais importantes do CNS foi a sugestão de incorporar as estruturas das CAPs aos Institutos de Aposentadoria e Pensões (I-APs) (Mello, 1981).

Durante o governo de Getúlio Vargas emergiram, da sociedade civil, algumas reivindicações de ações de combate ao câncer e de

atendimento às necessidades da população. Como consequência, foi criada uma política nacional voltada para o controle do câncer, que teve como principal ato o da criação do Centro de Cancerologia (atual INCA) do Serviço de Assistência Hospitalar do Distrito Federal (Kroeff, 1946).

Na década de 40, as iniciativas voltaram-se para a reformulação e ampliação das diversas organizações de saúde. Assim, toda atenção nessa área passou a ser concentrada no Ministério da Educação e Saúde, principalmente aquelas relacionadas ao combate às endemias rurais e proteção à maternidade e à infância. Deve-se destacar a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), com as funções de atender as questões de saúde nas áreas estratégicas militares e econômica, como as de produção de borracha, no Vale do Amazonas, e de minérios, no Vale do Rio Doce. Posteriormente, o SESP ampliou e expandiu seus serviços pelas Regiões Nordeste e Norte. Cabe mencionar que os recursos financeiros para execução dos serviços do SESP eram provenientes da Fundação Rockefeller (Mello, 1981).

Surgindo a necessidade de ampliar as ações na luta contra o câncer, criou-se o Serviço Nacional de Câncer (SNC) em 1941, como órgão gestor daquelas ações, tendo como objetivos organizar, orientar e controlar a doença no País. As políticas de saúde em prol da luta contra o câncer tiveram o apoio das Ligas Contra o Câncer e de Fundações, como a Martinelli e a Laureano, que se destacaram na campanha contra a doença, através de conferências, exposições e arrecadação de fundos (Kroeff, 1946).

De 1942 a 1946, a Liga Bahiana Contra o Câncer e a Associação Paulista de Combate ao Câncer organizaram e desenvolveram atividades contra o câncer, todas de grande relevância para a manutenção deste trabalho em fase de implantação no país. Em 1947, a Liga Paranaense Contra o Câncer teve seu papel de destaque e, junto a outras campanhas, também conseguiu recursos. Posteriormente foi a vez da Associação Paulista de Combate ao Câncer, que investiu na construção do Instituto Central, o Hospital "Antonio Cândido Camargo", em São Paulo (Bodstein, 1987).

Registra-se, em 1947, a criação do Plano SALTE (Saúde, Alimentação, Transporte e Energia), cuja meta era a redistribuição dos médicos pelo país, constituindo-se no primeiro plano integral relacionado ao desenvolvimento sócio-econômico no Brasil. Embora este projeto tenha recebido apoio orçamentário federal, não obteve o sucesso esperado nem chegou a ser totalmente implantado (Bodstein, 1987, p.54).

Em 1953 completou-se o processo de fusão das CAPs, que deu origem a uma entidade única, depois transformada no Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Ferroviários e Empregados em Transportes e Cargas (Mello, 1981, p.82). Outro fato marcante ocorrido neste ano foi a criação do Ministério da Saúde pelo Decreto-Lei nº 1.920, ao qual foi atribuída a responsabilidade pela resolução dos

problemas de saúde. Com o desmembramento do Ministério da Educação e Saúde, foram transferidos todos os seus órgãos e serviços para o Ministério da Saúde, sendo que o Serviço Nacional de Câncer permaneceu na estrutura básica do Departamento Nacional de Saúde, subordinado a este Ministério e conservando as estruturas de combate ao câncer no Brasil (Mello, 1983).

Em 1956 foi criada uma Unidade da Fundação das Pioneiras Sociais, objetivando o atendimento ambulatorial. Posteriormente, esta Unidade especializou-se em câncer ginecológico e mamário. Todavia, a necessidade de expansão do atendimento ambulatorial ensejou, em 1977, a criação de uma Unidade Hospitalar de Internação denominada Instituto Nacional de Ginecologia Preventiva e de Reprodução Humana, cuja extinção deu lugar ao surgimento do Hospital Luisa Gomes de Lemos, com atividades ambulatoriais e hospitalares voltadas para o tratamento daquelas patologias.

Ainda na década de 50, a atenção acentuou-se na modernização dos cuidados médico-sanitários e no uso de medicamentos e equipamentos hospitalares em toda área de saúde. Como consequência, houve crescimento da indústria químico-farmacêutica e modificações de grande relevância na política de saúde, em especial as do câncer, em consequência da complexidade do seu diagnóstico e tratamento.

Nos anos 60 surgiram alguns movimentos, que apontavam para o início de um processo para estabelecer o conceito público de

bem-estar social no País, mas o golpe militar de 1964 interrompeu este projeto. Em decorrência, o Serviço Nacional de Saúde não pôde ser implantado nesta ocasião, favorecendo a instalação e o crescimento das empresas privadas na área da saúde. E assim, foram financiadas obras hospitalares de serviços particulares, sem controle por parte das autoridades governamentais militares, à época, o que contribuiu para a ocorrência de fraudes na rede privada. Os hospitais e as clínicas particulares recebiam financiamento da Previdência Social e toda ênfase era em torno da medicina curativa.

Em virtude da redução das verbas destinadas ao Ministério da Saúde, o setor previdenciário sofreu acentuada decadência que atingiu diretamente a área da Saúde Pública, prejudicando os serviços de controle das doenças endêmicas, alguns dos quais foram desativados ou continuaram a funcionar precariamente. Abalada pela falta de investimentos, mau gerenciamento e desvio de verbas, deteriorou-se ainda mais ao término do regime militar. Com isso, os partidos políticos que lideravam a redemocratização viram-se obrigados a organizar uma estrutura partidária sólida, capaz de canalizar os anseios da população em relação à saúde. Mas seguiram-se movimentos que geraram grandes mudanças políticas e sociais, levando a cisões interpartidárias.

No final dos anos 60 criou-se o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) como resultado da fusão dos Institutos de Aposentadorias e Pensões, que proporcionou a reorganização e reformulação do modelo assistencial vigente no país (Mello, 1981).

Visando dinamizar as atividades relacionadas ao câncer, o Serviço Nacional de Câncer resolveu institucionalizar a Campanha Nacional de Combate ao Câncer (CNCC), o que se efetivou em 1967. A CNCC tinha como objetivos básicos intensificar e coordenar, em todo país, as atividades desenvolvidas por instituições públicas e privadas, atuando nas áreas de prevenção, diagnóstico, assistência médica, formação de técnicos especializados, ação social, reabilitação e pesquisas relacionadas com a neoplasia maligna. Procurava-se reduzir a incidência e o índice de mortalidade por câncer, mas, apesar da amplitude e importância do programa, e da ênfase dada à questão, esta batalha foi significativamente reduzida pela falta de recursos financeiros.

Estabelecendo um paralelo entre as áreas que necessitavam de assistência médica, observando os problemas que acometiam a população, destacou-se o índice de mortalidade infantil, esta inserida no grupo de baixa renda onde predominavam as doenças infecciosas e parasitárias, com ênfase nas diarreias infecciosas, enquanto as doenças degenerativas, como as cardíacas e o câncer eram responsáveis pelo maior número de óbitos nas pessoas com faixa etária acima de 50 anos.

Portanto, os gerenciadores de programas de saúde teriam de compreender que as áreas rurais ou subdesenvolvidas, e que a quantidade e a qualidade dos recursos humanos e materiais para combater as doenças transmissíveis eram diferentes daqueles utilizados no combate às doenças crônico-degenerativas.

Na década de 70, foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), voltado exclusivamente para o seguro social, incluída no seu bojo a assistência médica. Subseqüentemente, dá-se a criação do Conselho de Desenvolvimento Social, do MPAS, e do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS). Nos órgãos decisórios predominava “[...] uma clara opção pelo modelo privativista [...], baseado na medicina terapêutica, voltado para o indivíduo, baseado no hospital, utilizando alta tecnologia e requerendo recursos humanos especializados [...]” (Brasil, 2002, p.54-155).

Apesar do desenvolvimento de um sistema altamente complexo no que tange aos serviços hospitalares, era grande ainda o contingente de desassistidos pela escassez de recursos oferecidos pelos serviços de saúde pública, configurando um quadro nosológico que abrangia doenças típicas tanto de países ricos, como de pobres.

Esta década teve como característica marcante o “milagre econômico”, que entusiasmava a classe média. Prevalecia a política de fornecer à população matéria-prima e produtos semi-elaborados, com destaque para a importação de máquinas industriais. Mas, esse processo não trouxe os benefícios almejados pela população brasileira em relação ao seu desenvolvimento econômico.

Nesta época, o Ministério da Saúde alterou sua estrutura organizacional e o SNC foi transformado em Divisão Nacional de Câncer (DNC). Sendo responsável pela elaboração do Plano Nacional de Câncer (PNCC), defendia a organização dos serviços de Cancerologia atra-

vés da integração dos serviços federais, estaduais, municipais, autárquicos e privados, objetivando a regionalização e a hierarquização dos mesmos.

Entre 1974 e 1978, o PNCC foi absorvido pelo II Plano Nacional de Desenvolvimento, que dispunha de verba específica para sua implantação e desenvolvimento. Como instrumento administrativo e gestor deste Plano, foi designada a Campanha Nacional de Combate ao Câncer (CNCC), e por seu intermédio foram adquiridos equipamentos como bombas de cobalto, agulhas de césio e outros para vários hospitais da rede pública e privada, beneficiados por meio de cessão do material em regime de comodato.

Com relação a esta temática, o Dr Adib Domingos Jatene afirmou:

[...] Não é absurdo dizer que quem orienta a medicina, hoje - a chamada medicina moderna -, não são mais os médicos, nem as organizações hospitalares. Quem orienta a medicina é a indústria. Porque a indústria, atuando como tal, com as suas técnicas de *marketing* [...] induz os hospitais, as faculdades, os profissionais de saúde, os professores e os alunos à utilização de um arsenal que, realmente, colocado a serviço do homem, melhora suas perspectivas de vida. [...] (Mello,1983, p.83)

A União já investira cerca de 430 milhões, sem contar com empréstimo externo de 10 milhões de dólares, aplicados principalmente em equipamentos em comodato nas instituições de câncer, o que levou a novas discussões a respeito das linhas de ação da Divisão Nacional de Doenças Crônico-Degenerativas (DNDCD), "[...] que era apenas uma divisão do Ministério da Saúde com papel normativo e de orienta-

ção, sem recursos orçamentários próprios [...]” (Bodstein, 1987, p.165). A autora refere-se, ainda, ao processo de adaptação da área do câncer à política oficial do Ministério da Saúde, que era a de “[...] privilegiar os serviços básicos de saúde [...]”.

Na opinião de Edmur Flavio Pastorello, à época diretor do DNDCD,

[...] o câncer era um problema de saúde pública, mas ressaltava o fato de que era, também, um problema fundamentalmente hospitalar. Nessa medida, haveria que se recuperar o INCa, o que passava por uma redefinição da rede hospitalar do Ministério da Saúde [...]. (Bodstein, 1987, p.165)

Houve também uma tentativa de efetivação do entrosamento na área de combate ao câncer, fato que resultou em convênio entre o Ministério da Previdência e Assistência Social e o Ministério da Saúde e, posteriormente, numa proposta, no âmbito da Previdência, da realização de um “Programa de Controle do Câncer” (PCC), deu origem à universalização dos procedimentos relacionados ao câncer e à criação de comissões de oncologia amplas, com visão de integração das ações no controle da doença.

No desenvolvimento deste Programa, a DNC foi transformada em Divisão Nacional de Doenças Crônico-Degenerativas (DNDCD), o que possibilitou a ampliação das ações das ex-DNC.

As políticas de saúde caminharam em paralelo durante todo este processo evolutivo, no interesse de oferecer melhor qualidade de vida à população, especialmente para a classe menos favorecida social e economicamente.

O discurso oficial do governo foi influenciado consideravelmente pelas idéias dos opositoristas, solidificadas em propostas modernas como as apresentadas na Conferência Internacional de Alma-Ata (1978), que direcionou toda atenção aos cuidados primários em saúde, tendo sido este ponto considerado estratégico para alcançar saúde melhor para todos. Esta Conferência ocorreu na ex-União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), onde a Organização Mundial de Saúde (OMS) aprovou e consagrou uma proposta a todos os governos do mundo acerca da construção de novas políticas de saúde, considerando os cuidados primários como ponto básico para se atingir uma meta social de "Saúde para todos no ano 2000", em especial, nos países subdesenvolvidos. Deve-se registrar a ausência do Brasil neste evento, onde estiveram presentes delegações de 134 países, e o fato de não ter havido explicações, por parte das autoridades competentes, sobre esta falta de representação (Mello,1981, p. 63).

Em 1978 foi realizada a VII Conferência Nacional de Saúde, que promoveu o debate de temas amplos relacionados à implantação e ao desenvolvimento do Programa de Serviços Básicos de Saúde (PREVSA-ÚDE), sob a égide dos Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social (Mello, 1983, p. 83), destacando-se as condições sanitá-

rias e de habitação, alimentação e nutrição da população, além do incentivo aos programas de vigilância epidemiológica.

Na década de 80, altas taxas de desemprego, medidas recessivas e perda do poder aquisitivo do salário mínimo, foram fatores determinantes de grande retrocesso sócio-político, que resultaram no decréscimo do desenvolvimento econômico e no surgimento da inflação. O período ficou conhecido como "A Década Perdida", devido ao agravamento da miséria e da pobreza da população brasileira, sobretudo daquela menos favorecida (Guimarães e Tavares, 1994, p.2-3).

O agravamento desta crise financeira atingiu o INAMPS, que precisou equacioná-la não somente como gestor da assistência médica aos segurados da Previdência, mas também como responsável pela assistência médica individual à população. A situação foi enfrentada num contexto não apenas da extensão dos benefícios a alguns setores, mas abarcando a universalização do direito de saúde e do acesso aos serviços. Emergiram do sistema gestor de saúde diversos projetos com a pretensão de expandir os serviços, com a intenção de atender toda a população, tendo como enfoque a Saúde Pública. Todos os planos governamentais elaborados tinham como foco a integração das assistências preventiva e curativa. A estratégia adotada possibilitou, de um lado, o controle dos gastos pelo combate às fraudes; de outro, a contenção da expansão dos contratos assistenciais de saúde com prestadores privados privilegiando, novamente, o setor público. O INAMPS iniciou um processo de integração da rede pública que culminou por

eliminar a diferença entre as clientela segurada e não segurada, para fins de atendimento de saúde. Tornou-se necessário reorientar a política global para o setor, articular os dois Ministérios (Saúde e Previdência) e promover a coordenação dos mesmos com os níveis estaduais e locais.

Em 1980 foi criada a Comissão Interministerial de Planejamento (CIPLAN) com a principal função de fixar os repasses federais daqueles Ministérios para financiamento de serviços prestados pelas redes estaduais e municipais, além de estabelecer normas de articulação programática entre os Ministério da Saúde, da Previdência e da Educação (Hospitais Universitários e de Ensino). A CIPLAN era presidida pelos secretários-gerais dos Ministérios da Saúde e da Previdência Social, e composta por representantes desses Ministérios e do Ministério da Educação (Brasil, 1995).

A acentuada situação de crise financeira na Previdência Social conduz a uma nova tentativa de racionalizar a assistência no setor saúde, levada a efeito pela criação do Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), em setembro de 1981, pelo Decreto nº 86.329/81, priorizando as ações primárias, com enfoque na assistência ambulatorial, na integração das instituições federais, estaduais e municipais com vistas a um sistema regionalizado e hierarquizado de saúde, constituindo-se as Ações Integradas de Saúde (AIS).

O projeto trouxe novas perspectivas e ofereceu possibilidades de iniciar mudanças necessárias, posteriormente implantadas em todos os

estados e em diversos municípios. Nos estados, instalaram-se as Comissões Interinstitucionais de Saúde (CIS). Com essa estratégia, o trabalhador da área rural passou a ter acesso aos postos de saúde e aos hospitais do INAMPS o que, até então, não lhe era possível.

O regime de co-gestão inaugurado em 1980 no INCa, com a intervenção da CNCC, consistia na participação administrativa e financeira igualitária do Ministério da Saúde e do MPAS, criando-se paralelamente um Conselho Técnico-Administrativo (CTA), com representantes das entidades envolvidas e financiadores (Mello, 1983, p.39). Este regime teve bons resultados no INCa e oportunizou à população realizar maior número de exames e de aplicações radioterápicas, isto porque houve “[...] melhor aproveitamento dos recursos disponíveis [...]” (Mello, 1983, p.40), o que permitiu o desenvolvimento do Programa Integrado de Medicina Nuclear, Radioterapia e Atividades Afins (PIMN), em colaboração com o Hospital dos Servidores do Estado (HSE) e intervenção da CNCC.

O desenrolar da vida política brasileira fez surgir novos Departamentos, Serviços, Institutos, Previdências, Conselhos, Planos e Programas. Também foram criadas Leis e realizadas Conferências Nacionais de Saúde, que contribuíram para efeitos de planejamento das políticas públicas de saúde, levando em consideração o contexto sócio-econômico do país e o crescimento da mortalidade por doenças crônico-degenerativas.

Reconhecendo que ações de diagnóstico e tratamento (controle), dissociadas das ações de prevenção e diagnóstico precoce não alterariam o perfil da mortalidade por câncer no país, a CNCC criou, em

1986, o Sistema Integrado e Regionalizado de Controle do Câncer (SIRCC), como estratégia para viabilizar as ações de controle da doença no Rio de Janeiro.

Em 1987, o Programa de Oncologia (PRO-ONCO) da CNCC foi institucionalizado com o objetivo de implantar as ações previstas no SIRCC, em âmbito nacional.

Em 1990, já com a Nova Lei Orgânica da Saúde e a Reforma Sanitária em vigor, o Ministério da Saúde sofreu nova reformulação,

[...] sendo retirada da DNDCD a função de controle do câncer, desativada a CNCC e elaborado e aprovado novos organogramas e atribuições para o Instituto Nacional de Câncer, para o qual foi transferido o Programa de Oncologia (PRO-ONCO), agora sob a denominação de Coordenação de Programas de Controle de Câncer (PRO-ONCO) [...]. (Brasil, 1995, p.260)

II - A LUTA CONTRA O CÂNCER

As primeiras iniciativas para o controle do câncer foram orientadas quase que exclusivamente para o diagnóstico e tratamento da doença, considerando que “[...] pela incipiência do conhecimento sobre a etiologia do câncer [...]”, pouca ênfase era dada à sua prevenção (Brasil, 1999, p.257).

Para deter a progressão do câncer e de outras doenças que assolavam a cidade, o Governo assumiu a assistência à saúde através da criação de serviços públicos, da vigilância sanitária e do controle mais eficaz sobre os portos. Criou o Departamento Nacional de Saúde Pública, no início de 1920, numa tentativa de promover a organização dos serviços sanitários do país, “[...] atribuindo à União a competência pela promoção e regulação desses serviços em todo território nacional [...]” (INTERNET, 2003).

De acordo com Mario Kroeff (1946, p. 17, 26),

[...] data de 1921 o primeiro movimento em São Paulo, de alcance social, no tocante ao problema do câncer. [...] estava porém reservado ao estado de Minas figurar na primeira linha, instalando por deliberação do Dr. Artur Bernardes, e segundo os planos do Professor Borges da Costa, o magnífico Instituto, o primeiro do país, que poderá servir de modelo a tudo que de futuro se vier a fazer [...].

Referia-se ele ao Instituto de Radium, inaugurado em Belo Horizonte, em 1921, para atender os portadores de neoplasias. Este relato confirma as palavras de Bodstein (1987, p.18) no sentido de que, na década de 20,

[...] os debates e trabalhos acadêmicos sobre aspectos médicos e sociais do câncer enfatizavam a necessidade de uma ação conjunta contra a doença, que envolvesse governo e entidades privadas [...].

Em 1924, durante o II Congresso Brasileiro de Higiene, comparou-se o declínio da tuberculose com o aumento do câncer, nos principais centros urbanos do Brasil (Brasil, 1999, p.257). O índice de mortalidade pela doença, no país, era considerado baixo, mas havia tendência a elevar-se a cada década, caso não fossem adotadas providências a respeito.

O assunto despertou a atenção do Dr. Carlos Chagas, diretor da Divisão Nacional de Saúde, que codificou o interesse da comunidade médica voltada para o tema através de regulamentação sanitária, fixando cláusulas para a luta de combate à doença.

Deve-se ressaltar que a Reforma Carlos Chagas, iniciada em 1921, já previa a elaboração de estatísticas sobre o câncer. Na época, a recomendação era no sentido de que os atestados de óbito fossem fornecidos em impressos apropriados, com quesitos sobre a doença. Esta medida consolidou o incentivo à notificação dos casos de câncer. Todavia, somente em 1983 foi implantado o Primeiro Registro Hospitalar de Câncer do Brasil, no INCa, de acordo com as normas padronizadas e preconizadas pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS), através da Agência Internacional de Pesquisa em Câncer (IARC) (Internet, 2003).

Paralelamente, no período entre 1942 e 1953, iniciativas governamentais e filantrópicas possibilitaram a organização de serviços e o envio de médicos sanitaristas e cancerologistas ao exterior, para tomarem conhecimento dos detalhes relacionados à luta contra o

câncer que lá se desenvolvia, confirmando o interesse que o assunto suscitava na sociedade. Aqui no Brasil, esta luta

[...] apontava para a necessidade de definição, por parte do governo, de uma política nacional de controle dessa enfermidade [...]. Como consequência, foi criado, em 1937, o Centro de Cancerologia do Serviço de Assistência Hospitalar do Distrito Federal (Rio de Janeiro), que veio a se constituir no atual Instituto Nacional de Câncer (INCa) [...].

Este evento concretizou o desejo do Dr. Mário Kroeff, renomado médico cancerologista que muito trabalhou em prol desta causa.



INAUGURAÇÃO DO CENTRO DE CANCEROLOGIA EM 14 DE MAIO DE 1938

FOTO 1

- Na primeira fila da foto, à esquerda, temos o Advogado Mário Moraes Paiva, o Prof. Mário Kroeff, o Presidente da República Getúlio Vargas, o Ministro da Educação e Saúde Dr. Gustavo Capanema e o Diretor da Divisão Nacional de Saúde Dr. João Barros Barreto.
- Na segunda fila, temos a enfermeira Frida Ruhmann, o Dr. Cláudio de Castro (entre o Prof. Mário Kroeff e o Presidente da República), e o Dr. Sérgio de Azevedo (entre o Ministro Gustavo Capanema e o Dr. Barros Barreto).
- Fonte: Livro Resenha da Luta Contra o Câncer no Brasil, 1946.

Em 1941, foi criado o Serviço Nacional de Câncer (SNC), com o objetivo de organizar, orientar e controlar, em todo o país, as ações de combate ao câncer. Uma das atribuições deste Serviço era cooperar com o Serviço Federal de Bio-Estatística no levantamento da morbimortalidade por câncer no país (Brasil, 1999, p.258).

Em 1953 foi criado o Ministério da Saúde, desmembrado do Ministério da Educação e Saúde, que manteve a estrutura básica do Departamento Nacional de Saúde (de 1941), conservando o Serviço Nacional de Câncer (Mello, 1983).

Deve-se ressaltar que “[...] a década de 50 foi marcada por importantes modificações na política de controle do câncer no Brasil [...]” (Brasil, 1999, p. 258) envolvendo o uso maciço de novos medicamentos desenvolvidos pelas indústrias químico-farmacêuticas em expansão, e de equipamentos hospitalares, a título de modernização dos cuidados médico-hospitalares dispensados aos doentes.

Os anos 60 chegam com grandes e importantes mudanças que irão se refletir na sociedade e no desenvolvimento do país. Os movimentos sociais e políticos ocorridos na ocasião, culminaram com a edição do Ato Institucional nº 5 (AI-5), ao qual se seguiu um período de 21 anos de ditadura militar, levando à cassação de políticos brasileiros, coerção à cidadania, proibições civis de todo tipo, prisões e morte / desaparecimento de pessoas e censura aos meios de comunicação, dentre outros fatos marcantes da época (Piletti, 1997).

No bojo dos acontecimentos, deu-se a dinamização das atividades do Serviço Nacional de Câncer, no âmbito do Ministério da Saúde, através da Campanha Nacional de Combate ao Câncer (CNCC) instituída pelo Decreto nº 69.968, de 1967.

Em maio de 1969, por força de ato ministerial, o INCa é desligado do Ministério da Saúde, passando para a administração da Fundação da Escola de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, ligada ao Ministério da Educação e Cultura (Guimarães, 2000).

No fim da década de 60, movimentos internos e externos ocorreram para que o INCa fosse reincorporado ao Ministério da Saúde, o que só ocorreu com a promulgação da Lei nº 5734, de 16 de novembro de 1971, com vigência a partir de 1º de janeiro de 1972. Foi mantido no cargo de diretor o médico Ugo Pinheiro Guimarães, até setembro daquele ano, quando então Moacyr Santos Silva assumiu a direção do Instituto. Na sua gestão, foi elaborado um protocolo objetivando nortear o atendimento das primeiras tentativas de implantação do transplante de medula óssea. O protocolo era direcionado ao tratamento de pacientes em isolamento no Ambiente Livre de Germes (ALG), e em associação à antibioticoterapia profilática. Este protocolo ficou sob a coordenação do Dr. José Carlos do Valle, e supervisão do Dr. Moacyr Santos Silva, tendo ainda como participantes os médicos Gilberto Salgado, Luiz Carlos Famadas, Guido Azevedo e Álvaro Fialho Bastos. A equipe técnica de suporte era composta pelas enfermei-

ras Maria Alves Bandeira, Otília Valéria, Maria Glícea Santos Bastos, Aldenir Moreno, Leni Pires Araújo e Maria José Neves (Brasil, 1973).

Cabe registrar que a instalação dos equipamentos no ALG foi realizada por um técnico brasileiro, segundo as orientações específicas da indústria norte-americana fornecedora dos equipamentos. Mas, apesar dos esforços envidados à época, o protocolo não logrou êxito, devido à falta de verbas para o seu desenvolvimento, uma vez que os ALG só foram ativados na década de 80.



FOTO 2

- A foto registra o momento em que a enfermeira (com indumentária verde específica da unidade) presta assistência a uma paciente imunossupressa internada no “Ambiente Livre de Germes”. A enfermeira com uniforme branco demonstra para a paciente o manuseio adequado da mesa giratória.
- Fonte: Arquivo pessoal da pesquisadora.

Os anos 70 trouxeram novas medidas governamentais no que diz respeito ao combate ao câncer. O SNC é transformado em Divisão Nacional de Câncer, tornando-se responsável pela elaboração do Plano Nacional de Combate ao Câncer (PNCC) previsto para 1972-1976, posteriormente incluído no II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND) referente ao período de 1974-1979, alocando verbas específicas para sua implantação e funcionamento, tendo como instrumento administrativo de absorção das mesmas a CNCC, “[...] por meio da qual foram adquiridos equipamentos (bombas de cobalto, agulhas de césio, etc.) cedidos em comodato para vários hospitais da rede pública e privada [...]” (Brasil, 1995, p.20).

Em 1972, pela Portaria GB-30, de 19 de janeiro, o INCa subordina-se ao Gabinete do Ministro da Saúde. Em maio do mesmo ano, divulgam-se esclarecimentos à comunidade acerca da CNCC, no Rio de Janeiro, com apoio daquele Ministério, tendo como objetivo melhorar o nível de assistência à população. Essa visão otimista centrava-se nos recursos advindos da CNCC, destinados a reorganizar a infra-estrutura do INCa e reequipar o serviço, possibilitando o acompanhamento dos avanços tecnológicos da época. Em 22 de setembro, pela Portaria 18-BR do Ministério da Saúde, o INCa é reintegrado à Divisão Nacional de Saúde (Bodstein, 1987).

Em 1973, o INCa elabora um sistema de estudos baseados em pesquisas já realizadas em instituições internacionais, que visavam a implantação e implementação de uso de drogas anti-cancerígenas, em

fase de estudos experimentais no Brasil, embora na América do Norte o uso das mesmas já demonstrasse resultados favoráveis pautados na utilização do “Separador de Células e seu Uso no Tratamento de Apoio de Isolamento no Ambiente Livre de Germes”, constituindo-se numa tecnologia avançada para aquela época, no Brasil.

Em 1974, os médicos do INCa passaram a protocolar e a classificar as neoplasias, de acordo com as características já identificadas com base em estudos realizados naquele hospital.

Em 1975, o convênio firmado entre o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e o Ministério da Saúde teve como fruto a proposta, no âmbito da INAMPS, da criação de um “Programa de Controle ao Câncer” (PCC), universalizando os procedimentos relativos ao combate da doença e instituindo Comissões de Oncologia a nível local, regional e nacional, com vistas à ação integrada de controle do câncer (Brasil, 1995).

Ainda nesta administração, a Divisão de Obras do Ministério da Saúde, assessorada por uma comissão técnica do INCa, elaborou plano de reforma da estrutura do prédio, objetivando atender necessidades futuras, a médio e longo prazos. Essas alterações eram imprescindíveis devido à evolução da tecnologia e do progresso da medicina. Existia, também, a preocupação de construir um prédio destinado ao Centro de Radioterapia, onde seriam instaladas as bombas de Cobalto, o Acelerador Linear e demais aparelhos de irradiação, que

exigiam um ambiente apropriado para garantir a proteção da equipe especializada que manusearia esta aparelhagem.

Em 1974, na gestão do Dr. Adyr Eiras de Araújo, foram concluídas as reformas planejadas para a parte física do prédio. Além disso, foram adquiridos equipamentos novos, como um scanner com os acessórios para exploração cintilográfica do corpo inteiro (ON - 84 da OHIO-NUCLEAR); dois aparelhos para diagnóstico funcional por meio de radioisótopos (NUCLEOPAIGS-SIEMENS); duas teleunidades de Cobalto 60, sendo uma estática (marca Eldorado) e outra cinética (marca Theraton 780), ambas utilizadas no tratamento de doenças malignas que demandavam radiação ionizante (Guimarães, 2000).

Enquanto o INCa atravessava esta fase de reestruturação em busca de novos horizontes no que se referia ao desenvolvimento de pesquisas, os resultados de trabalhos científicos realizados em outros países começaram a ser divulgados no Brasil. Isto estimulava novos estudos e a criação de outros centros, a exemplo do que ocorreu no Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Paraná, onde o Serviço de Transplante de Medula Óssea foi criado, dando início às suas atividades em 1979, de forma pioneira na América Latina.

Ainda em 1974, a Divisão Nacional de Câncer (DNC) passou a chamar-se Divisão Nacional de Doenças Crônico-Degenerativas (DNDGD) atendendo, além do tratamento do próprio câncer, o de doenças cardiológicas, diabetes e osteoartrose. Assim, a ação da Divisão

Nacional de Câncer passou a englobar outras áreas que, na época, estavam desvinculadas de programas governamentais.

A DNDCCD incluía, na sua estrutura, a Secretaria Nacional de Programas Especiais (SNPES) cujo Regimento Interno, aprovado em 1978, estabelecia que ao INCa competia “[...] prestar serviços médico-assistenciais com a finalidade de testar novas técnicas e realizar treinamentos em serviço de pessoal especializado [...]” (Bodstein, 1987, p.164).

Neste mesmo período, muitas tentativas em prol da organização das ações de saúde centradas no câncer foram frustradas, visto que o Instituto Nacional de Câncer passava por sérias dificuldades, principalmente na área de atendimento hospitalar, pela falta de repasse de verbas da DNDCCD. Em 1980, a DNDCCD retornou à Brasília, estabelecendo-se em sede própria; com isso, o INCa readquiriu a sua autonomia financeira.

Pode-se perceber que na política de saúde vigente no Brasil, haviam entendimentos distintos em relação à medicina preventiva e curativa, com predomínio desta última. Assim, o MPAS, através do INAMPS, responsabilizava-se pelos cuidados com a doença, enquanto o Ministério da Saúde respondia pelas ações preventivas.

Contemplando esta situação, Mello (1983, p.48) destaca outro fator que contribuiu para a descontinuidade das ações preventivas em relação ao câncer:

[...] De 1953 até a posse do Ministro Waldyr Mendes Arcoverde em outubro de 1979, (...) ou seja, em um período de 26 anos, o Ministério da Saúde teve nada menos de 20 titulares (sem contar com os interinos), (...) uma média de um ano e quatro meses para cada ministro [...].

Naquele mesmo ano, ao assumir o Ministério da Saúde, o Dr. Waldyr Mendes Arcoverde nomeou, para exercer o cargo de diretor do Instituto Nacional de Câncer, o cancerologista Ary Frauzino Pereira cuja administração teve como fato marcante a implantação do processo de co-gestão administrativa entre os Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social, estabelecida pela Portaria Interministerial nº 09/Bsb, de 26 de agosto de 1980, que viabilizou a manutenção das atividades administrativas e de pesquisa, ensino e assistência, possibilitando a expansão da Instituição.

Gradativamente, a nova sistemática gerencial resultou em modernização das instalações físicas, reposição de material de consumo e contratação de médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e demais profissionais de apoio técnico à infra-estrutura.

Outro fato marcante deste período foi a assessoria prestada ao INCa pelo Dr. Nildo Eimar de Almeida Aguiar, assessor do Ministro da Saúde e Coordenador das Campanhas Nacionais de Combate ao Câncer, Tuberculose e Psiquiatria, que ajudou a realizar a inauguração de novas dependências e criar novos serviços, projetando a Instituição como um centro de excelência e referência nacional de combate ao câncer.

Com o auxílio de verba oriunda do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), essa administração iniciou e concluiu obras como a reforma global do INCa e a de adaptação do 7º andar, com 610m², para a instalação do Centro Nacional de Transplante de Medula Óssea (CEMO). Entretanto, para possibilitar o pleno funcionamento

do novo serviço, foram necessárias obras complementares, como a revisão e ampliação da rede geral de oxigênio com sistema de alarme, e a instalação da cozinha dietética estéril, criada exclusivamente para atender aos pacientes do CEMO (Guimarães, 2000).

Quanto ao centro cirúrgico, foi feita a ampliação de 300 para 800 litros por carga da central de água esterilizada, de forma a permitir a sua utilização também pelo CEMO, e realizadas obras de adaptação na sala destinada aos procedimentos de aspiração da medula óssea e instalação do sistema de filtragem, constituído de filtros HEPA (High Efficiency Press Absolut), responsáveis pela captação de partículas de 1 a 0,3 microns (Brasil, 1973).

▣ TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA

Medula óssea é a matéria-prima de consistência esponjosa encontrada no centro dos ossos; produz as células do sangue, também conhecidas como células brancas, vermelhas e plaquetas.

A *técnica* do transplante consiste na aspiração de medula óssea, dos ossos longos como cristas ilíacas anteriores e posteriores, fêmur e esterno, por múltiplas punções. É coletada de doador compatível, sob anestesia geral, em sala de cirurgia. A medula óssea é filtrada para remover partículas ósseas e glóbulos gordurosos e, a seguir, acondicionada em bolsas de transfusão.

O tratamento intensivo das doenças consiste de quimioterapia e/ou radioterapia do corpo total, causando a destruição de todas as

células da medula óssea do paciente. Para a seqüência do tratamento, é preciso infundir a medula óssea coletada de um doador, objetivando a recuperação e restauração da propriedade de produzir células precursoras do sangue. Este procedimento no CEMO / INCA é realizado pelo enfermeiro.

O regime de condicionamento é a etapa principal, seguindo-se da coleta de medula óssea no doador e a infusão no paciente, completando-se com "pega" do enxerto.

Quando o transplante é feito de um doador irmão histocompatível, recebe o nome de alogênico; quando é de um doador irmão gêmeo univitelino, chama-se singênico; e quando é do próprio paciente denomina-se transplante autólogo. Neste procedimento, a medula é aspirada, criopreservada em nitrogênio líquido e reinfundida no paciente.

Nos transplantes de medula óssea alogênico e singênico, obtém-se melhores respostas no tratamento das leucemias, anemias aplásticas severas e síndrome mielodisplásicas. Quanto ao transplante autólogo, tem sido usado no controle de tumores sólidos e melanomas.

Os procedimentos realizados nos transplantes dividem-se em três fases:

- Na primeira, o paciente é submetido às avaliações médica, psicológica e social. O doador é selecionado e, junto à família, é informado do tratamento, riscos, complicações e benefícios. Nesta fase, o paciente também participa de palestra educativa sobre o transplante, extensiva aos familiares,

quando são informados a respeito das normas e procedimentos do CEMO, que devem ser rigorosamente obedecidos por ele e seu acompanhante. Estas orientações são da responsabilidade de um grupo de apoio formado por enfermeiros assistenciais lotados na Unidade de Internação, que dão suporte ao paciente.

- Na segunda fase, ocorre o regime de condicionamento do paciente. É o tratamento pré-transplante, que objetiva a destruição das células cancerígenas e a habilitação para o enxerto. São realizadas seções de quimioterapia e / ou radioterapia, num tratamento que tem a duração de 5 a 10 dias. É quando ele também recebe a infusão de medula intravenosa.
- A terceira fase é o período de recuperação. Há uma seqüência de cuidados com este paciente, exigindo atenção especial do enfermeiro devido à susceptibilidade a infecções virais, bacterianas e fúngicas. O paciente é mantido em isolamento até que a contagem de células brancas atinja 1000 mm^3 .

Esta fase de imunossupressão poderá durar de uma a três semanas antes do início do processo de recuperação das células hematopoéticas (Thomas, 2000).

As altas doses de quimioterapia e/ou radioterapia levam à toxicidade, podendo atingir tecidos normais localizados na bexiga, coração, fígado, rins e sistema nervoso central. Além disso, o nível das plaquetas torna-se reduzido e o índice de hemorragias e sangramentos eleva-se.

A Doença Enxerto *versus* Hospedeiro (DEVH) é um processo de rejeição das células transplantadas (enxerto) contra o organismo do receptor, e é clinicamente caracterizada por exantema, rash cutâneo, enterite, diarreia e aumento das transaminases, sendo a função hepática a mais comprometida.

A DEVH ocorre em 40% dos pacientes que recebem TMO alogênico. É considerada aguda quando tem início dentro de 80 dias pós-transplante; e crônica, quando ocorre após os 100 dias. Na fase crônica, ocorrem as mesmas manifestações clínicas da fase aguda, e o comprometimento cutâneo é severo, em alguns casos, desenvolvendo esclerodermia, edema, máculas ou placas violáceas e descamação da pele. Além disso, a integridade tegumentar é envolvida, produzindo alterações nos cabelos, unhas, membranas, mucosas e comprometimento da cavidade oral em 80% dos casos (Thomas, 1999).

Breve histórico - Os resultados dos primeiros estudos científicos comprovando que a irradiação levava a medula óssea à falência surgem após a descoberta da energia atômica, em 1940. Uma década depois, Jacobson e colaboradores, ao realizarem observações com animais, demonstraram que a exposição de camundongos a diferentes doses de irradiação poderia ser letal. No entanto, os autores também perceberam que esses animais desenvolviam uma proteção que não os levava à morte: o baço, quando protegido, respondia produzindo células normais nos camundongos.

Dois anos depois, Lorenze, ainda fazendo experimentos em animais, constatou que a irradiação poderia ser letal em camundongos. No entanto, o mesmo estudo em porcos, após irradiação, demonstrou que estes poderiam ser protegidos da morte pela infusão parenteral de medula óssea (Internet, 2001).

Essa proteção foi associada à colonização das células do receptor por células da medula do doador. No início, a Ciência pensou que se tratava de um fator humoral. Todavia, os efeitos que protegiam da letalidade da irradiação foram conhecidos somente depois que os estudos tiveram como princípio os marcadores genéticos. Ficou evidenciado que a proteção era decorrente da infusão de medula, mas dependia principalmente das características genéticas das células do doador e da compatibilidade das células do receptor.

Ainda na década de 50, Bekkun e De Vries observando camundongos submetidos a transplante alogênico, constataram que as células do sistema imunológico do receptor contra-atacavam as do doador. Esta síndrome ficou conhecida, inicialmente, como Doença Secundária; mais tarde, com o avanço das pesquisas, passou a ser denominada Doença Enxerto *versus* Hospedeiro (DEVH) (Thomas, 1999).

Se, por um lado, a Ciência obteve grandes avanços com o transplante de medula óssea em animais, por outro, quase todos os esforços envidados para realizar o transplante em seres humanos não obtiveram sucesso. O francês Georges Mathé e seus colaboradores, em 1947, na tentativa de salvar as vítimas de um acidente nuclear, realizaram o primeiro transplante de medula óssea em seres humanos. A iniciativa foi infrutífera, mas representou o primeiro passo para experiências seguintes, desenvolvidas principalmente nos Estados Unidos da América, durante a década de 70, pelo Dr. E. D. Thomas, diretor do Fred Hutchinson Cancer Research Center, em Seattle (Thomas, 1999).

No final da década de 60 ocorreu um avanço significativo nas pesquisas, cujos resultados iriam dar suporte ao transplante de medula óssea, contribuindo para a evolução da técnica (Flowers, 1986):

- Reconhecimento do sistema antígeno de histocompatibilidade leucocitária (HLA), decisivo na seleção de doadores;
- Avanço nos métodos de imunossupressão, possibilitando o sucesso no aloenxerto;
- Possibilidade de repor hemoderivados, principalmente plaquetas;
- Avanço nos cuidados clínicos, considerando a imunossupressão como uma possibilidade;
- Controle da Doença Enxerto *versus* Hospedeiro (HEVH) e de infecções;
- Aperfeiçoamento da terapia com antibióticos, resultando em efeitos mais precisos;
- Introdução da hiperalimentação parenteral como terapia de suporte.

Com isto, na década de 80, o interesse pelo transplante de medula óssea objetivava, precipuamente, minimizar os efeitos das doenças crônico-degenerativas que, de modo geral, eram patologias letais. No entanto, o significado teórico-prático do transplante era bem mais amplo: seu sucesso dependia, em grande parte, de um serviço hospitalar integrado, de modo que todas as áreas de conhecimento pudessem trabalhar em conjunto, possibilitando atingir os êxitos terapêutico e científico.

Pelo exposto, conclui-se que o transplante de medula óssea evoluiu bastante nos últimos 50 anos. Observações laboratoriais e estudos experimentais definiram os elementos essenciais da biologia dos

transplantes. Se, por um lado, as primeiras tentativas para aplicar estes estudos em pacientes tiveram pouco sucesso, por outro, a definição da complexidade do sistema de histocompatibilidade humana tornou possível selecionar como doadores irmãos, e, nos dias atuais, doadores não relacionados.

Com o avanço das pesquisas, os transplantes de células precursoras hematopoéticas do sangue periférico ou do cordão umbilical tornaram-se os tratamentos de escolha para várias doenças hematológicas e genéticas. E, transplantes usando regimes de condicionamento menos tóxicos para reduzir o quimerismo misto, ou seja, a formação de tecidos geneticamente diferentes, tornou possível sua aplicação em doenças auto-imunes.

Posteriormente, as investigações clínicas e laboratoriais dirigidas à indução de tolerância imunológica e a eliminação de células malignas, abriram caminho para amplas aplicações do transplante de células do tronco hematopoéticas.

Quanto ao transplante autólogo, no início, não foi observado que não erradicava a doença primária; no entanto, atualmente, é realizado em tumores sólidos e doenças hematológicas. A utilização de altas doses de quimioterapia e radioterapia, seguida da infusão da medula óssea do próprio paciente com a técnica dos marcadores genéticos, possibilita identificar a doença de base que está contaminando a medula (Flowers, 1986).

*III - A (RE)CONFIGURAÇÃO DO CAMPO
DA ENFERMAGEM NO INCa*

A pesquisa histórica tem como propósito maior a reconstrução sistemática do passado. Para entender os acontecimentos, torna-se necessário analisar suas relações com o todo, isto é, com a realidade sócio-política e econômica da época em que ocorreram. No dizer de Bourdieu (2001, p.37), “[...] a história concebida assim não está inspirada por um interesse de antiquário, mas sim preocupada em compreender porque se compreende e como se compreende [...]”. E, é este entendimento dos fatos que se pretende proporcionar ao leitor em relação à criação do CEMO.

As iniciativas governamentais no que diz respeito à elaboração de políticas específicas para a saúde, durante os anos 30, propiciaram debates sobre o crescimento econômico e o desenvolvimento social e, nessa conjuntura, “[...] houve um fortalecimento da política do câncer, sob o argumento de que quanto mais desenvolvido um país, maior a incidência de neoplasias malignas [...]”, argumento este que encontrava respaldo nas preocupações dos pioneiros da cancerologia, pois “[...] a doença vinha apresentando um crescimento significativo nos grandes centros urbanos [...]” (Bodstein, 1987, p.12).

Assim, a criação do Instituto Nacional de Câncer, em 1937, deu-se “(...) com prestígio tanto na prestação de serviços médicos aos cancerosos, como nos aspectos de formação de recursos humanos para o setor e também na área de pesquisa básica (...)” (Dep. 2). A esse respeito, suas palavras são elucidativas:

(...) Mário Kroeff achava que devia haver um órgão que, administrativamente, seria chamado Instituto Nacional de Câncer. Esse órgão era o órgão técnico, encarregado do tratamento dos doentes, diagnóstico de doentes principalmente, um órgão quase que do tipo normativo tecnicamente, e que instruisse outros médicos, como acontece até hoje (...).

Quanto ao CEMO,

(...) a idéia da implantação veio, na verdade, de um pedido do Ministro da Saúde, que queria do Instituto Nacional de Câncer uma proposta a fim de que os recursos que estavam sendo alocados para mandar pacientes para o exterior, fossem aplicados dentro do Brasil, para que um maior número de pacientes fossem tratados no Brasil (...). (Dep. 1)

Estes recortes de depoimentos confirmam que a saúde consolidava-se como “questão social”, em especial no que se relacionava ao câncer. Além do mais, os resultados positivos das pesquisas sobre transplante de medula óssea, realizadas em outros países, tornavam mais evidente a necessidade de haver, no Brasil, um centro de transplante nos moldes dos já existentes no exterior, sendo o maior deles localizado em Seattle, nos Estados Unidos.

Deve-se ressaltar, porém, que já havia no Paraná, estado da região Sul do país, uma unidade de transplante em funcionamento, reconhecida pelo seu pioneirismo, como atestam as palavras do Depoente 10, médico pediatra que atuou no CEMO:

(...) a unidade pioneira de transplante é a unidade da Universidade Federal do Paraná, com o Dr. Ricardo Pasquini que, desde 1979, realizava o transplante de medula óssea, de forma bem inicial, com uma série de dificuldades (...),

decorrentes, segundo Eurípedes Ferreira, hematologista do Hospital das Clínicas daquela Universidade, das “[...] precárias condições econômicas do Hospital das Clínicas – considerado uma espécie de modelo pelo INAMPS [...]”, que não estavam “[...] permitindo a ampliação do programa de transplante [...]” porque faltavam recursos “[...] para amparar as pesquisas e melhorar as instalações [...]” (O Globo, 1984, p.7).

O evidente desinteresse em investir naquele Hospital para corrigir tais distorções, em contraste com o montante de verbas destinadas à criação do CEMO, permite inferir que, na realidade, o que as autoridades políticas e médicas da época desejavam era a criação de uma unidade que fosse referência nacional, daí a importância das iniciativas em torno da questão. A esse respeito, o Depoente 10 afirmou que o processo de criação e implantação do CEMO foi concluído satisfatoriamente, graças às

(...) forças políticas, dentro do próprio Ministério da Saúde e do antigo INAMPS e da CNCC, que acabaram chegando a um acordo (...) foi uma decisão de pessoas poderosas na época, que comandavam essas instituições que eu falei, e que decidiram que o INCa seria o local adequado para a criação dessa unidade (...).

Este cunho político também foi percebido pela Depoente 9:

(...) a criação dessa unidade de transplante, aqui no Rio de Janeiro, pertencendo a uma instituição federal (...) teve uma conotação política, sim (...).

Suas palavras reforçam o teor da reportagem publicada no jornal O Globo (1984, p.7), que considerou o CEMO a “[...] ‘menina dos olhos’ do Instituto Nacional do Câncer (INCa) [...]”, visto que “[...] para sua instalação os Ministérios da Saúde e Previdência Social investiram cerca de 280 milhões [...]”. Sendo assim, a afirmação da Depoente 1 de que na ocasião, em nenhum momento, “(...) a política que estava atrás desse processo (...) tenha sido questionada pelos profissionais de saúde (...)”, contrapõe-se ao relato do Depoente 10 pois, segundo ele, não havia consenso entre os profissionais de saúde em relação às razões que ensejaram a medida, embora o então presidente da Sociedade de Medicina e Cirurgia, Eduardo Augusto Bordalo, na mesma reportagem, tenha feito o seguinte comentário a respeito: “[...] acredito que a instalação deste Centro foi para evitar o envio de pacientes para o exterior [...]”.

É certo que um dos motivos da criação do CEMO foi permitir que pacientes oncológicos tivessem acesso, no Brasil, ao tratamento adequado ao seu problema de saúde. Nesse sentido, vale resgatar as palavras do então Ministro Helio Beltrão, que “[...] admitiu ser o transplante de medula uma ‘providência muito cara’ [...]”, com o agravante de que

[...] esse tipo de tratamento era feito apenas no exterior e que os pacientes encaminhados pela Previdência custavam mais de Cr\$ 20 milhões, cada um, na época. Em 1982, foram enviados 10 beneficiários e, em 1983, apenas 2 [...]. (O Globo, 1984, p.27)

Contestando o teor deste depoimento, na mesma reportagem Eduardo Augusto Bordalo disse que “[...] este investimento poderia ser aplicado em programas mais urgentes na área de saúde que atingem uma população bem maior [...]”. Diante deste comentário, a Depoente 1 resgatou sua reflexão, publicada em 1982 naquele jornal (p.27):

(...) se fossemos pensar assim, não existiria especialização no Brasil. Todos deveriam trabalhar na área da Saúde Pública. (...) a coisa não é dessa maneira, precisamos de cirurgiões, de pesquisadores, em todos os campos (...). O câncer pode não ser o problema prioritário do país, mas é, sem dúvida, fundamental (...).

Todas essas palavras deixam entrever, claramente, a divergência de opiniões sobre o assunto, confirmando que houve mesmo interesse político na criação e implantação do CEMO, ratificado no direcionamento e liberação de verbas específicas para tal, embora a Depoente 1 assegurasse que o objetivo principal dos cancerologistas era poder administrar tratamento e oportunizar a cura de pacientes com possibilidades terapêuticas, através da realização do transplante alogênico.

Acerca da implantação desta modalidade de tratamento, o Depoente 10 relatou: "(...) a Dr^a Mary Evelyn me confidenciou que esse projeto lhe foi encomendado, lhe foi solicitado pelas pessoas que acreditavam no seu trabalho (...)", o que ensejou sua viagem aos Estados Unidos a fim de adquirir mais conhecimentos na área de transplante, que lhe permitissem tornar o projeto uma realidade, quando retornasse ao país.

A despeito das opiniões contraditórias acerca das razões que levaram o governo à criação do CEMO, o fato concretizou-se com a Resolução CIPLAN nº 12/82 (*fac simile* abaixo):

(BS/DG/LNAHPS 4, de 6-1-83)

ANEXO II



MINISTÉRIO DA SAÚDE

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL

COMISSÃO INTERMINISTERIAL DE PLANEJAMENTO E COORDENAÇÃO

RESOLUÇÃO Nº CIPLAN-12, de 4 de agosto de 1982

Os SECRETÁRIOS-GERAIS DOS MINISTÉRIOS DA SAÚDE e DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL, no desempenho de suas funções de Coordenadores da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação – CIPLAN, instituída pela Portaria Interministerial nº MS/MPAS-5, de 11 de março de 1980,

CONSIDERANDO a necessidade de racionalizar e reduzir os custos de atendimentos de pacientes com câncer e em tratamento,

RESOLVEM:

1 – Autorizar a criação do CENTRO NACIONAL DE TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA – CEMO, no Instituto Nacional do Câncer, instituição sob co-gestão dos Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social.

2 – O CEMO será implantado com recursos do Ministério da Saúde e do Ministério da Previdência e Assistência Social, através do INAMPS, estimados no valor de Cr\$ 120.000.000,00 (cento e vinte milhões de cruzeiros). A participação do MPAS/INAMPS, no valor de Cr\$ 60.000.000,00 (sessenta milhões de cruzeiros), será repassada à co-gestão INCa, em duas parcelas iguais, respectivamente em agosto e dezembro de 1982.

3 – O CEMO será operacionalizado com recursos da co-gestão MS-MPAS/INCa.

4 – Designar o CENTRO NACIONAL DE TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA – CEMO como referência nacional para os pacientes beneficiários da Previdência Social.

Brasília, 4 de agosto de 1982.

(sa) *Guilherme Duque Estrada de Moraes*
SECRETÁRIO-GERAL
– MPAS –

Mozart de Abreu e Lima
SECRETÁRIO-GERAL
– MS –

A importância da inauguração do CEMO pôde ser comprovada pela presença do então Ministro da Saúde, Dr. Waldyr Mendes Arcoverde que, na foto abaixo, aparece ladeado pelo então Diretor do Instituto Nacional de Câncer e enfermeiros da Instituição, condignamente vestidos para a ocasião.



INAUGURAÇÃO DO CEMO, EM 06 DE JUNHO DE 1983

Foto 3

- No centro, o Ministro da Saúde Waldyr Mendes Arcoverde; à sua esquerda, o Diretor do INCa, Dr. Ary Frauzino Pereira; ao redor, as Enfermeiras cujos nomes foram identificados, e respectivos números: (1) Margareth Zanchetta; (2) Eliana Barreto; (3) Jussara Seixo; (4) Glória Maria; (5) Juvanira Travassos; (6) Shirley Guimarães; (7) Maria Lucilia; (8) Cláudia Tereza; (9) Haydée Barreto; (10) Zani Raposo; (11) Maria Lucia; (12) Otilia Valéria; (13) Rosângela Finóquio; (14) Maria Dolores; (15) Tereza Brandão; (16) Maria Goretthe e (17) Sônia Raquel.
- O evento contou com a presença do então Presidente da República João Batista de Figueiredo, que se retirou após cortar a faixa inaugural e cumprimentar cada uma das enfermeiras presentes com um aperto de mão.
- Fonte: Acervo pessoal da pesquisadora.

E para que se tenha noção do grande vulto deste feito governamental, vale transcrever as palavras do hematologista Halley Pacheco de Oliveira, professor da Universidade Federal do Rio de Janeiro, cuja estimativa de gastos com a criação do CEMO foi a seguinte:

[...] o CEMO custou Cr\$ 462 milhões, com recursos do INAMPS (78%), Ministério da Saúde (19%) e Organização Panamericana de Saúde (3%), fora as doações como cortinas de plástico inglesas para quartos livres de germes. Em condições normais, um centro de transplante de medula óssea custa US\$ 1 milhão e 500 mil – em cruzeiros, 3 bilhões 265 milhões [...]. (O Globo, 1984, p.14)

Retomando o curso dos acontecimentos, de acordo com Ary Frauzino, então diretor do INCa, “[...] pensou-se inicialmente que a aplicação do trabalho seria fácil, mas o pessoal responsável verificou que havia necessidade de ‘muita coisa antes’ para montagem de toda a infra-estrutura [...]” (O Globo, 1984, p.7). E, realmente, foram necessários “(...) dois anos para criar a estrutura não só física, mas de pessoal para fazer este programa. (...)” (Dep. 1), considerado um investimento realmente grandioso sob todos os aspectos, que possibilitou aos cancerologistas adotarem novas diretrizes em relação ao tratamento dos portadores de patologias malignas.

Para esta Depoente, o período de dois anos foi suficiente para que a equipe envolvida com o projeto tivesse “[...] toda a aprendiza-

gem necessária para adquirir o *corpus* de saberes específicos [...]” (Bourdieu, 2001, p.169), indispensável ao desenvolvimento das diferentes atividades dos profissionais selecionados para o setor. No entanto, essa não foi a visão de Ary Frauzino que, em entrevista ao jornal O Globo (1982, p.27), afirmara:

[...] o atual corpo médico é suficiente para a implantação do novo sistema. O INCa conta hoje com 150 médicos [...], 30 enfermeiras diplomadas e 200 auxiliares de enfermagem [...].

Esta afirmação foi contestada pela médica coordenadora do CEMO sob a alegação de que aquele quantitativo de enfermeiros era insuficiente para atender as necessidades do setor e do próprio hospital, passando então, a reivindicar junto à direção do INCa medidas que solucionassem o problema, alertando inclusive para a especificidade do trabalho a ser desenvolvido, que requereria profissionais capacitados tecnicamente, sobretudo em relação ao transplante de medula óssea, para que pudessem atuar e assistir corretamente os pacientes transplantados.

A propósito dessa exigência de capacitação técnica, a Depoente 11 lembrou:

(...) com relação ao pessoal do CEMO, o que se ouvia comentar era que se queria apenas enfermeiras (...) formadas pela EEAN. Talvez, assim, para dizer ‘tem de vir a nata da nata’ da enfermagem para trabalhar (...).

Mas esta não era a proposta inicial da médica coordenadora da Unidade, que pretendia aproveitar a experiência dos enfermeiros que atuavam em outros setores do INCa. Todavia, a equipe de enfermagem, quando consultada, não manifestou interesse no assunto, à exceção de uma enfermeira, na ocasião lotada no Centro Cirúrgico. Tal desinteresse levou ao recrutamento extramuros, resultando em que outros profissionais tomassem ciência da existência do programa daquela Unidade especializada, e ficassem interessados em obter detalhes a respeito, visando uma oportunidade de trabalho na mesma.

Em decorrência, o diretor do INCa designou uma equipe profissional de planejamento e apoio, com a atribuição principal de elaborar a programação de um curso de treinamento básico sobre transplante de medula óssea, com carga horária de 184h, destinado a enfermeiros e nutricionistas interessados neste trabalho especializado, independentemente de pertencerem ou não à Instituição. Neste curso, minha participação deu-se na qualidade de palestrante. Criou, também, uma comissão de recrutamento, seleção e treinamento em serviço, integrada por enfermeiras do INCa que, por terem larga experiência profissional, já tinham incorporado o *habitus* de prestar cuidados aos pacientes oncológicos. Ou seja,

[...] a sua identidade [...] de trabalhadora, a sua identidade para si, forjou-se na aprendizagem da tarefa, na aprendizagem directa do trabalho (“aprende-se olhando e tocando”), na aquisição de saberes práticos na experiência directa das tarefas a cumprir. [...] (DUBAR, 1997, p.188, citando Lastree, 1989)

As medidas adotadas pelo diretor, acima descritas, ratificam o pensamento de Bourdieu (2001, p.146) a respeito da nomeação oficial como sendo um “[...] acto de imposição simbólica que tem a seu favor toda a força do coletivo, do consenso, do senso comum [...]”, portanto, “[...] o ponto de vista autorizado de um agente autorizado [...] e sobretudo, o ponto de vista legítimo do porta-voz autorizado [...]”.

Uma das exigências para recrutar profissionais de enfermagem para participar do curso, conforme relato da Depoente 1, era de que “(...) a equipe primária fosse, toda ela, de profissionais graduados (...)”, significando dizer que o capital cultural formalmente adquirido, isto é, durante a graduação e a habilitação, garantia “[...] uma certa competência técnica [...]” (Bourdieu, 1998, p.129); logo, representava apenas “[...] um poder sobre um campo (num dado momento) [...]” (Alves, 2000, p. 14, citando Bourdieu). Em outras palavras, o conhecimento técnico-científico de que dispunham era insuficiente para atuar no CEMO.

Nesse sentido, para a Depoente 4, “(...) foi importante a solicitação de enfermeiros recém-formados, na época, sem vícios, sem experiência prévia (...)”, sob a justificativa de que:

(...) seria mais fácil preparar esse pessoal para trabalhar no transplante (...) eles tinham muito o que aprender (...) o tipo de trabalho que ia ser desenvolvido, a proposta nova, o tipo de transplante de medula óssea (...) era totalmente novo (...).

E as palavras da Depoente 7 confirmam esta interpretação dos fatos:

(...) todos nós éramos recém-formados (...) não tínhamos formação oncológica, nunca tínhamos estado num hospital desse porte como o INCa (...) era muita novidade, muito desafio (...). Na faculdade, essa parte de oncologia é uma coisa muito rápida, e aqui eu aprendi o que era radioterapia, quimioterapia, como que era administrado, os efeitos colaterais, aprendi essa parte de microbiologia, que nós víamos muito na faculdade, mas não tínhamos essa prática (...).

Percebe-se, pelos relatos, que havia mesmo necessidade de os enfermeiros incorporarem saberes específicos relacionados à Oncologia para ampliar e solidificar o capital cultural preexistente, o que lhes garantiria o reconhecimento de seus pares quanto à capacitação necessária para atuar naquela Unidade, ao mesmo tempo em que permitiria a cada um “[...] sentir-se com o direito de exigir as coisas que, normalmente, estão associadas [...] às práticas [...] e aos correspondentes benefícios materiais e simbólicos [...]” (Bourdieu, 1998, p.129). Este reconhecimento está implícito no pensamento do autor (Op.cit., p.97) ao afirmar que:

[...] os direitos que o direito dá, não são senão a forma explícita, garantida, legítima, de todo esse conjunto de chances apropriadas [...] por onde as relações de força presentes se projetam sobre o futuro, comandando, em retorno, as disposições presentes. O poder, como apropriação antecipada, como futuro apropriado, é o que mantém as relações entre os agentes para além da criação contínua das interações ocasionais. [...]

A propósito do conteúdo curricular do curso, duas Depoentes comentaram:

(...) foi um curso puxado, puxadíssimo mesmo (...) estavam pedindo para expor todo seu conhecimento (...) foi um treinamento de qualidade (...). (Dep. 8)

(...) esse treinamento (...) preparava para dar condições do enfermeiro atuar numa atividade nova (...).
(Dep. 9)

Isto foi justamente o que ocorreu com a Depoente 7, que lembrou a própria situação:

(...) eu tinha terminado a faculdade (...) após a colação de grau, eu nunca havia trabalhado (...). O INCa foi o meu primeiro emprego (...).

Pelos depoimentos, pode-se deduzir que o curso foi um marco, não só na aquisição de novos saberes pelos enfermeiros em relação ao transplante de medula óssea, caracterizando, assim, o *habitus* que doravante, conduziriam seus modos de atuar junto ao paciente oncológico, como também por ter conseguido agrupar agentes que, apesar de diferentes entre si, tinham como ponto comum o interesse em prestar assistência direta ao paciente, independentemente do setor em que atuassem.

No que se refere às diferenças entre os agentes, deve-se esclarecer que as mesmas eram estritamente decorrentes “[...] das estruturas incorporadas na escola, na família [...]” (Alves, 2000, p.18),

Mas o processo de implantação do setor e, sobretudo, a inexperience em relação à Oncologia, foram fatores que certamente contribuíram para causar expectativa e ansiedade entre os profissionais de

enfermagem do INCa, situação confirmada pelas palavras da Depoente

7:

(...) todo mundo se perguntava o que é transplante de medula óssea, ninguém nunca tinha ouvido falar, era uma novidade (...) no Brasil, era só mesmo no Paraná que se fazia transplante (...).

Este desconhecimento era a comprovação do que dissera a médica coordenadora do CEMO em relação à necessidade de realização, pelos profissionais selecionados, do curso de treinamento básico sobre transplante de medula óssea, a fim de adquirirem o capital cultural necessário ao desempenho de suas atividades naquele espaço de trabalho. E "(...) a partir de abril de 1983, deu-se início ao curso (...)" (Dep. 9).

Uma vez concluído o curso, após avaliação, seleção e atendimento dos trâmites burocráticos, houve o processo de contratação daqueles que iriam atuar no CEMO. O relato abaixo transcrito confirma os fatos mencionados:

(...) se não me falha a memória, éramos 15 (...) 12 foram classificados nessa prova (...) foram contratados, a princípio, 12 enfermeiros (...) todos cumpriam uma carga horária das 07 às 16 horas (...) no período da manhã nós tínhamos aulas teóricas e na parte da tarde, nós íamos às unidades, diferentes unidades para o treinamento prático (...). (Dep. 7)

Para uma enfermeira, porém, a realização do curso não foi tarefa fácil, por desenvolver-se paralelamente à sua atuação no Centro Cirúrgico, onde era lotada, obrigando-a a conciliar seus horários. Em seu depoimento, ela explica o que houve na ocasião:

(...) tive algumas dificuldades, porque o horário [do curso] era dentro do horário de trabalho (...) a minha atuação dentro do centro cirúrgico era de coordenadora de sala, e eu ficava realmente sobrecarregada (...) tinha que interromper o que estava fazendo para participar das aulas (...). (Dep. 9)

Este empenho na superação das dificuldades para que pudesse realizar o curso, reflete o pensamento de Lourenço (1998, p.126) de que a escola é o “[...] campo adequado para que os indivíduos / estudantes aprendam a respeitar a ordem [...]”, isto porque “[...] os processos educativos preparam o estudante para inseri-lo no lugar determinado pela classe hegemônica [...]” – neste caso, o CEMO. Considerando, ademais, que no dizer da autora “[...] o indivíduo pode ser modelado desde a infância até alcançar a vida adulta [...]”, o curso contribuiu de forma significativa para remodelar *habitus* adotados e reconhecidos pelo grupo como inerentes à profissão, cujo uso seria inapropriado naquela unidade especializada, como referiu a Depoente 5:

(...) a gente tinha uma visão do paciente muito mais geral (...) na época, éramos explicados muito mais o porquê que nós estávamos fazendo procedimentos (...) certos condicionamentos, e a coisa 'rolava' muito mais fácil (...).

Deve-se levar em conta que, no CEMO, a questão da qualidade na assistência era crucial, tanto assim que em sua fala, a Depoente 1

enfatizou: "(...) nós precisávamos de uma enfermagem sólida (...)", isto é, treinada especificamente para atuar naquele setor. Neste caso, constata-se a veracidade do pensamento de Alves (2000, p.15) de que apenas o diploma, ou seja, "[...] o reconhecimento jurídico [...]" do capital cultural adquirido pelo enfermeiro não lhe garantia a aceitação no grupo, que dependia do cumprimento de outras exigências, como já foi dito.

Todavia, segundo a Depoente 1, essa experiência poderia tornar-se problemática se viesse acompanhada de preconceitos e tabus do tipo "(...) enfermeiro não dá assistência (...)". Preocupava-se em relação à visão preconceituosa que, no seu entender, os enfermeiros tinham acerca da assistência integral ao paciente, como se assisti-lo fosse um demérito ou um declínio da sua capacidade profissional.

Esta percepção foi idêntica à da Depoente 4, que disse:

(...) eles eram enfermeiros diferenciados dos outros enfermeiros do Hospital (...) que eram mais administrativos (...) o enfermeiro do CEMO (...) pegava e cuidava mesmo, estava sempre junto do paciente (...) eu trabalhei muito tempo no CTI (...) para mim foi ótimo, acho que eu peguei experiência, uma intimidade na assistência ao paciente, como nunca teria conseguido se tivesse ficado a nível de trabalho de supervisão (...).

Justifica-se, portanto, o nível de exigência para atuar no CEMO, porque aquele era "(...) um serviço totalmente diferenciado (...)", no qual o enfermeiro podia "(...) tomar qualquer iniciativa em prol do seu paciente (...)" (Dep. 3). Mas essas exigências, acrescidas do próprio processo de adaptação ao trabalho, tiveram reflexos negativos sobre

alguns profissionais, que acabaram deixando o setor. Tanto assim que esta Depoente relembrou a própria transferência, do Centro Cirúrgico para o CEMO, por permuta com outra enfermeira desta Unidade, constituindo-se o fato numa medida administrativa que favoreceu a ambas, insatisfeitas com as condições de trabalho dos setores onde atuavam.

Esta insatisfação já deixa entrever a existência de conflitos interpessoais na Instituição. Mas, no que diz respeito ao CEMO, vale um esclarecimento ao leitor: a dificuldade de relacionamento entre os enfermeiros originou-se na década de 80, por ocasião da inserção, no INCa, dos primeiros profissionais contratados pela Campanha Nacional de Combate ao Câncer (CNCC), durante um período de redefinição de governo e de políticas de saúde existentes.

Isto ocorreu porque naquela época, esses jovens enfermeiros, oriundos de diferentes escolas e regiões do país, ávidos por implantarem os conhecimentos adquiridos durante a formação acadêmica e, assim, poderem confirmar suas habilidades profissionais, não tinham consciência da magnitude do trabalho a ser realizado com a criação e implantação de uma nova especialidade na sua área de atuação – a Enfermagem Oncológica. Então, ao chegarem no INCa, causaram certo mal-estar entre os colegas estatutários do Ministério da Saúde que lá trabalhavam.

Esta situação conflituosa foi lembrada pela Depoente 11:

(...) quando nós chegamos no INCa, eram os enfermeiros – 'os 14 enfermeiros estatutários', e nós, um grupo de enfermeiros da CNCC. (...) já tínhamos, assim, uma primeira separação (...) passou-se algum tempo, um ano, dois, três anos,

depois a gente conseguiu se misturar um pouquinho mais com o pessoal do Ministério, mas não muito (...). Eles começaram a nos aceitar (...).

Ainda assim, segundo a Depoente, o clima de animosidade chegou até a refletir-se em outro espaço social:

(...) eu era supervisora geral do dia [no INCa], e de noite eu trabalhava em outra instituição com um desses enfermeiros. E eu me lembro muito bem, quando eu conversei com essa pessoa, nessa segunda instituição, foi assim: 'lá você manda, aqui mando eu' (...).

Os relatos deixam entrever que este mal-estar entre os colegas teve efeito cumulativo, acabando por exacerbar-se com a criação do CEMO, uma Unidade especializada praticamente independente da Instituição, que dispunha de infra-estrutura própria e de verbas específicas liberadas pelo Ministério da Saúde para atender as suas necessidades.

Era uma situação *sui generis*, visto que à época, conforme relato da Depoente 4, não havia "(...) investimentos em outros serviços e em outros 'setores' [do INCa] que estavam precisando (...)", na mesma proporção dos que eram feitos no CEMO, resultando num "(...) clima ruim em termos de piadinhas (...)", o que foi confirmado pelas palavras do Depoente 10: "(...) foi um período difícil, que nós ouvíamos de tudo, nós tivemos que enfrentar atitudes jocosas e piadinhas (...)". Na opinião da Depoente 9, tudo foi resultado de

(...) alguns mitos (...) da idéia de que nós teríamos privilégios (...) faziam comentários, julgavam até a questão salarial, que nós teríamos uma diferenciação salarial que nunca ocorreu, por conta de pertencermos à Unidade de Transplante (...).

Em decorrência,

(...) o enfermeiro do CEMO se fechou um pouco dentro de sua Unidade (...) eu acho que se criou um clima um tanto desagradável, mas não de briga (...) mais de evitar confusão (...) vamos ficar aqui, muito bem, unidos, na 'nossa', e que 'eles' fiquem pra lá, para evitar de estarmos ouvindo coisas que nós sabíamos que não eram verdadeiras (...). (Dep. 4)

Esta atitude de antagonismo dos enfermeiros mais antigos em relação aos recém-formados foi assim interpretada pela Depoente 7:

(...) nós estávamos chegando naquele período, todo mundo recém-formado (...) a instituição estava investindo naqueles alunos desinformados (...) aumentando a capacidade científica das pessoas, eu acho que os outros (...) de repente, se sentiram não inferiorizados, mas discriminados, entendeu? (...).

De acordo com a mesma Depoente, esta sensação de estar sendo discriminado de alguma forma, devia-se principalmente ao preparo técnico-científico do grupo do CEMO, reconhecidamente superior aos outros enfermeiros, ensejando constrangimentos, como se percebe em seu relato:

(...) muitas vezes, nós perguntávamos alguma coisa aos outros, que já eram antigos na Instituição, e eles não sabiam responder (...) você tentava dialogar determinadas situações (...) ficavam embaraçados porque eles nunca tinham ouvido falar em determinadas coisas (...) o transplante era uma coisa nova (...) e eles não sabiam nada daquilo também (...).

O grupo de enfermeiros mais jovens incorporou e acumulou um capital cultural específico, que o colocou melhor posicionado no campo do saber da enfermagem oncológica. Representa a acumulação de um capital específico do campo da enfermagem. Por outro lado, Dubar (1997, p.189), citando Lastree (1989), afirma que quando os indivíduos “[...] não esperam qualquer evolução profissional, nem têm outra

perspectiva profissional senão a de se manterem no seu emprego e sobreviver na empresa [...]", neste caso o INCa, torna-se difícil para eles reconhecerem a própria limitação, e mais ainda, superá-la.

Foi o que ocorreu com os enfermeiros mais antigos do hospital que, julgando que as mudanças que estavam acontecendo não tinham "[...] nenhuma relação visível com o seu trabalho [...]", e despreparados que estavam para a aceitação do "novo" revelavam, com suas atitudes, o temor do insucesso profissional no CEMO. Este temor está bem caracterizado nas palavras da Depoente 7 que, na ocasião, diante da possibilidade de uma transferência, disse:

(...) a partir do momento em que eu não fui, fiquei frustrada, mas depois fiquei aliviada e falei: graças a Deus que eu não vou pra lá, porque indo pra lá é muito difícil (...) acho que vai ser muito difícil, ainda bem que eu vou ficar por aqui (...) acostumada com a pediatria, tudo normal (...).

Bourdieu (2001, p.53) comenta que:

[...] numa situação em que o que está em jogo é a imposição da representação mais favorável da sua própria posição, a confissão do fracasso, como ato de reconhecimento, é de fato impossível. [...]

As palavras da Depoente 7, a seguir, deixam entrever até mesmo certo comodismo: "(...) meu Deus! Começar tudo de novo, voltar a estudar bacteriologia, quimioterapia, aquelas coisas que já esqueci tudo (...)", confirmando, portanto, o medo do insucesso profissional anteriormente referido.

Deve-se ressaltar, porém, que a capacitação profissional deste grupo era específica, voltada para as atividades que iriam desempe-

nhar no CEMO. Sendo assim, viam-se obrigados a estudar e a realizar cursos relacionados ao transplante de medula óssea, o que lhes permitia o acesso a farto material científico para leitura e/ou consulta. Na visão da Depoente 7, tudo isso contribuiu para que eles fossem percebidos como "(...) um grupo diferenciado (...) principalmente em conhecimentos, porque eram pessoas que estavam estudando para uma determinada situação (...)", enquanto os outros profissionais da Instituição "(...) não tiveram a oportunidade de aprender essas coisas (...)". Logo, ser enfermeiro do CEMO representava um ganho de *status* profissional, cultural e social em relação aos demais enfermeiros.

Nessa linha de pensamento, pode-se inferir que as manifestações de animosidade, na verdade, talvez encobrissem uma sensação de menos-valia, ou mesmo de desinteresse profissional dos enfermeiros mais antigos acerca do trabalho desenvolvido no CEMO, por entenderem que já tinham uma "[...] estabilidade ligada ao desempenho do trabalho e adquirida pela experiência [...]", que seria naturalmente reconhecida e valorizada (Dubar, 1997, p.189).

A propósito, a Depoente 3 mencionou: "(...) as pessoas lá fora já tinham seus problemas em relação ao CEMO, já criticavam por não conhecer como funcionávamos (...)", e lembrou que, na tentativa de esclarecer as colegas, "(...) a muitas, propôs 'vai trabalhar no CEMO, passa um dia no CEMO, vai conhecer como funciona', e ninguém queria ir, mas falar era muito fácil (...)".

Para Bourdeu (2001, p.85),

[...] o princípio do movimento perpétuo que agita o campo [...] reside nas acções e nas reacções dos agentes que [...] não têm outra escolha a não ser lutar para manterem ou melhorarem a sua posição no campo [...] contribuindo assim para fazer pesar sobre todos os outros constrangimentos, frequentemente vividos como insuportáveis, que nascem da concorrência. [...]

Lourenço (1998, p. 255) diz que quanto mais esforço para impor o ponto de vista, mais se reforça a posição dominada nas relações de força.

Na ótica do corpo de enfermeiros do Hospital, conforme relato da Depoente 5, "(...) o CEMO sempre foi um setor muito fechado, a gente era considerado a elite do hospital (...) era aquela coisa bem separatista¹ (...)".

De acordo com Bourdieu (1999, p.163), "[...] o espaço social encontra-se inscrito ao mesmo tempo nas estruturas espaciais e nas estruturas mentais [...]". Sendo assim, se os enfermeiros não estivessem preparados emocionalmente para a aceitação do "novo", a importância atribuída ao CEMO e à sua equipe, que já não era bem entendida, continuaria a não sê-lo, resultando na desconfiança dos demais em relação a tudo e a todos, como afirmou a Depoente 9:

(...) como tudo o que é novo, traz um certo mistério (...) envolve falta de informação, não só do grupo que estava sendo formado (...) mas daqueles que já atuavam nas Unidades (...).

Sabe-se que qualquer mudança, seja de espaço físico ou social, afeta as pessoas de alguma forma. Dubar (1997, p.189), citando Lastree (1989), diz que isto ocorre porque a mudança "[...] é uma sanção, e não um progresso [...]", se contribuir para a destruição

dos “[...] saberes práticos acumulados e incorporados com a experiência [...]”. No caso das mudanças relacionadas ao CEMO, os enfermeiros antigos demonstravam uma intolerância, insistindo em não aceitá-las, através de comentários negativos acerca do setor e da sua equipe, concorrendo, destarte, para a solução de continuidade do pro E a Depoente 4 lembrou que, o setor era conhecido como “(...) o Centro de Médicos e Enfermeiros Ociosos (...) era o tipo de piada que nós tínhamos de ouvir, na época (...)”. Ou seja: a menos-valia como um complexo caminho para a desvalorização.

(...) nós tínhamos esse perfil mesmo, assistencial, era chegar e assumir os pacientes (...) então, nós dávamos conta e nos envolvíamos até com os cuidados ao paciente (...) banho (...) nós tínhamos interesse em saber tudo que acontecia com nosso paciente, coisa que o pessoal 'lá fora', não (...). (Dep. 3)

O desejo de evidenciar a excelência em relação à assistência prestada nos demais setores do INCa está implícito nos seguintes depoimentos:

(...) se existia alguma diferenciação, era essa. O perfil do enfermeiro do CEMO era estritamente assistencial, basicamente assistencial, o que o diferenciava dos enfermeiros das outras unidades (...). (Dep. 4)

(...) era uma assistência nova (...) a maneira de assistir (...) às vezes, faziam comentários, achavam que éramos diferentes porque a gente prestava assistência na sua totalidade (...) havia uma diferenciação (...) e era mal entendida pelas pessoas (...). (Dep. 9)

Quanto ao relacionamento entre os enfermeiros do CEMO, este era considerado positivo pela Depoente 5, por ser

(...) era um relacionamento bom (...) trocávamos informações, tínhamos um respeito muito grande às opiniões e às ações (...) era uma cooperação muito grande (...).

¹ FERREIRA (1975, p.1289). “[...]. Que tende a tornar-se independente. Pessoa de idéias separatistas, favorável ao separatismo [...]”. **blema.**

O grupo desenvolveu símbolos, que foram vivenciados, identificados e incorporados, contribuindo para difundir valores morais e intelectuais que serviram como orquestradores espontâneos, unindo-os apesar dos traços distintivos. Nas palavras do Depoente 10, era também

(...) um relacionamento amistoso, uma colaboração intensa, vestindo a camisa da Instituição, vestindo a camisa da Unidade, tentando fazer o seu melhor (...).

Deve-se ressaltar, entretanto, que a boa interação do grupo não se devia apenas ao que ocorria entre eles durante o desenvolvimento das respectivas atividades no campo de trabalho. Dependia também, em grande parte, da pessoa designada para supervisioná-los, visto que atuava como um elo de interação e integração, ao conseguir estabelecer “[...] as redes de relações informais que estruturam os diversos meios do trabalho e hierarquizam a ‘profissão’ em função dos diversos segmentos da clientela [...]” (Dubar, 1997, p.145, citando Freidson, 1970). Sendo assim, a posição que ocupava como “[...] agente no espaço social [...]”, concedia-lhe o direito de usar “[...] o capital cultural e o capital social e também o capital simbólico, geralmente chamado prestígio, reputação, fama etc [...]”, viabilizando, assim “[...] estender as suas vantagens jurídicas e estratégicas através de negociações com a autoridade soberana [...]”, tudo em prol daquele grupo.

Alguns depoentes referiram-se ao perfil e à atuação da supervisora da equipe do CEMO, à época:

(...) o perfil da chefe (...) autoritária, amiga, porque com amizade você consegue integrar o grupo (...) era uma pessoa que brigava (...) batalhava pela gente em questão de carga horária, férias, em questão de tudo que nos favorecesse, e dava uma conscientização ao grupo (...) ela lutava muito, sempre a favor de nossa equipe (...) acredito que ela engolia 'cobras e lagartos' na época (...). (Dep. 3)

(...) extremamente rigorosa, extremamente rígida (...) a gente até entende, porque ela era muito cobrada por tudo e por todo mundo, entendeu? (...). (Dep. 7)

Para Clegg (1996, p.52), “[...] a melhor supervisão [...] se estende a práticas culturais de adesão, de permissão e de persuasão morais, ou seja, técnicas formalizadas [...]”, o que se pode identificar na fala da Depoente 9:

(...) e o que é fundamental dentro de um grupo? É quem lidera e quem coordena esse grupo, é o que faz exatamente manter o grupo, passa exatamente o que quer do grupo (...) uma pessoa que faz com que essa ligação se torne fraca ou forte (...).

Para Bourdieu (1998, p.69), “[...] o mandatário [...] porta-voz [...] embora tenha todo seu poder oriundo do grupo, pode exercer sobre o grupo [...] o poder que o grupo lhe permite concentrar [...]”.

Infere-se, pelas palavras da Depoente 9, que a supervisora fazia o grupo “existir” como uma força real no campo da enfermagem do INCa, confirmando o pensamento de Bourdieu (2001, p.159) de que “[...] o porta-voz é aquele que, ao falar de um grupo, ao falar em lugar

de um grupo, põe [...] a existência do grupo em questão, institui este grupo [...].”

Embora a escolha de determinada enfermeira para ocupar o cargo de chefe do CEMO pareça ter sido casual, na verdade decorreu dos seus traços, gestos e ações, que se manifestavam como “propriedades visíveis”, simbolizando uma posição diferente no grupo de enfermeiros. Isto porque, a afinidade que demonstrava com os esquemas de pensamento do grupo de implantação, era valorizada entre seus pares e interpretada por eles como capital cultural. E as palavras da Depoente 11 confirmam o que foi dito em relação à supervisora:

(...) foi uma líder e grupo fantástica (...) segurou as rédeas e o grupo obedeceu (...) porque todo mundo confiava (...) sabia da competência técnica (...).

Mas, no que diz respeito à adaptação ao trabalho no CEMO, esta em alguns momentos tornou-o difícil, isto porque a equipe de enfermagem do setor formava um grupo fechado, com saber diferenciado, o que inviabilizava não só a adoção de procedimentos administrativos comuns, como o remanejamento de setor para atender a situações excepcionais que poderiam evitar sobrecarga de trabalho e desgaste físico e emocional, como também a atuação deles em outros setores do hospital. A esse respeito, os Depoentes 5 e 8 teceram os seguintes comentários:

(...) não podia vir enfermeiros de fora para cobrir o setor nas faltas e nas licenças, então a gente acabava, às vezes, dobrando 24 horas porque tinha que cobrir o

setor e o único jeito para cobrir as faltas dos colegas era fazer dobrado (...). (Dep. 5)

(...) por necessidade do hospital, achavam que a gente tinha que atender, e não era isso, a gente já tinha uma sobrecarga de serviço grande, porque era tudo cuidadosamente feito, era uma lavagem de mão, era uso de máscara, era um trabalho cansativo (...) só para você conseguir chegar no paciente, gastava mais ou menos 15 minutos para poder atuar, lavando mão, secando, botando capote (...). (Dep. 8)

O grupo procurava manter-se unido ao máximo, evitando desfalar a equipe e, eventualmente, gerar conflitos externos ao setor. Os recortes de depoimentos abaixo transcritos ilustram bem a situação:

(...) à noite, se um [enfermeiro] não viesse, o que iria acontecer? Um não poderia ficar sozinho (...) então, por isso a gente incomodava lá fora, porque não dávamos problemas, éramos independentes, nunca se pedia nada (...). (Dep. 3)

(...) a equipe tinha um pacto (...) tinha um espírito de equipe criado no treinamento, porque a vontade de todo mundo é que a coisa desse certo, porque era um setor que estava sendo criado e as pessoas tinham ansiedade de dar certo (...) o grupo era consciente de ser amigo e também de 'vestir a camisa' do CEMO, as pessoas tinham prazer de trabalhar (...) quando precisava dobrar, era uma disputa até para a pessoa dobrar (...). (Dep. 8)

Mas este proceder poderia também ser fruto do processo de inculcação, ocorrido durante o curso de treinamento, no sentido de que trabalhar no CEMO representava um valor reconhecido institucionalmente, garantindo-lhes prestígio profissional, confirmando o entendimento de Bourdieu (2001, p.149) no sentido de que

[...] não é o valor relativo do trabalho que determina o valor do nome mas o valor institucionalizado do título que serve de

instrumento o qual permite que se defenda e se mantenha o valor do trabalho. [...].

Logo, o saber específico dos enfermeiros do CEMO teria que ser preservado, confinado neste espaço, por ser um capital cultural de cotado valor simbólico.

O fato de o CEMO ter sido inaugurado em 1983 e o primeiro transplante só ter ocorrido no final de 1984 também contribuía para dificultar as relações no trabalho. A esse respeito, o Depoente 10 fez um relato preciso do que ocorria na ocasião:

(...) durante todo esse período, a equipe permaneceu em treinamento, ou então realizando uma outra atividade (...) internar doentes graves, de outros setores como hematologia, oncologia, que vinham para o CEMO para serem atendidos, porque os leitos estavam vazios e os médicos estavam sem atividade (...).

Esta aparente “inatividade” transmitia uma imagem distorcida dos integrantes daquela equipe, vistos pelos demais como “ociosos”. Em decorrência, como lembra a Depoente 4, o grupo “(...) se fechou um pouco dentro da sua Unidade (...) para evitar confusão (...)” e confrontações desnecessárias, que só agravariam a situação. A adoção desta atitude foi confirmada pelo relato da Depoente 3:

(...) depois que entrei no CEMO (...) só de vez em quando nos encontrávamos (...) só nos cumprimentávamos formalmente (...) como seres educados (...).

As palavras da Depoente 7 deixam entrever uma possível razão para o clima pouco amistoso que reinava entre os enfermeiros:

(...) acho que a grande diferença nossa para os demais enfermeiros que chegaram contratados foi a oportunidade de prestar assistência diretamente ao paci-

ente, coisa que os enfermeiros da época não faziam, era complicado (...) foi todo um contexto (...) para que nós fossemos realmente diferenciados (...).

Para Bourdieu (1990, p.153), a visão da distribuição dos agentes no campo, sugere que o volume e a composição dos diferentes tipos de capital formam agrupamentos que estruturam este espaço. Isto ocorre porque cada grupo possui propriedades individuais que contribuem para distingui-lo. Sendo assim, são os esquemas de percepção que promovem aproximação e diferenciação entre os agentes, formando grupos. Assim, diferentes estilos de vida podem ser manifestos nos diferentes grupos que compõem o campo.

Neste trabalho já foi dito que a criação e implantação do CEMO provocou grandes transformações no Serviço de Enfermagem do Instituto Nacional de Câncer. Se, por um lado, a equipe daquela Unidade se preparava para dar conta dos avanços tecnológicos, por outro, era objeto de gracejos inconvenientes e até mesmo de discriminação, em especial por outros profissionais da Instituição, resultando em que se mantivesse coesa, reafirmando sua capacidade de atuação num setor de alta complexidade como era o CEMO, e assim, superando aquelas dificuldades.

Enfoca-se agora o aspecto relacionado aos uniformes adotados pela Instituição.

Lurie (1997, p.33) afirma que o uniforme é “[...] a forma extrema de roupa convencional [...]”. Para esta autora (Op.cit., p.35),

“[...] usar uniforme é abandonar o direito do discurso livre na língua das roupas [...]”.

Sabe-se que, na área da Saúde, o uso de roupa branca é senso comum. E no INCa não era diferente; todos usavam-na rotineiramente, como lembrou a Depoente 5:

(...) realmente, o uniforme branco é uma coisa que padroniza a enfermagem (...) para quem está lidando com o público, nosso público que é muito diversificado, eu acho muito importante o uniforme (...).

Lurie (1997, p.199) justifica o uso do branco nos hospitais ao relatar que:

[...] a descoberta dos germes e da higiene, e a transformação da medicina de uma arte incerta para uma ciência incerta, mudou tudo. O médico deixou de ser uma espécie de artesão habilidoso que podia aliviar nossas dores (...) passou a ser uma figura de autoridade divina, um árbitro da vida e da morte. Esse ser endeusado adotou, gradativamente, uma indumentária branca imaculada, que hoje é o padrão dos membros dessa profissão. [...].

Entretanto, não havia padronização nesta indumentária, valendo usar calças compridas (por ambos os sexos), saia, blusa com ou sem gola / mangas, camiseta, pulôver, casaco etc., desde que fosse branco, o que foi confirmado pela Depoente 5: “(...) na época que eu entrei, não tinha um uniforme padrão (...)”.

Esta questão foi solucionada com a adoção de um uniforme, descrito pela Depoente 4 como "(...) um blazer com saia com um 'macho' atrás (...)". Na visão da Depoente 9, a obrigatoriedade do uso deste uniforme foi "(...) um processo de valorização da imagem do enfermeiro (...) que presta assistência, que é o responsável pela assistência (...)".

O Depoente 8 referiu-se às exigências a serem cumpridas em relação ao uniforme:

(...) era uniforme, não podia usar camisa de manga comprida, não podia dobrar a manga da camisa, não podia usar um cinto de outra cor, tinha que ser cinto branco! (...).

Quando os funcionários do INCa ligados ao Serviço de Enfermagem não adotavam com rigor o uso do uniforme, estavam sujeitos a serem observados pela chefia imediata, ou outra autoridade da área. A Depoente 5 fala da sua experiência em relação ao uso do uniforme:

(...) era uma cobrança sutil (...) umas cobranças meio doidas (...) tinha umas coisas assim, unhas vermelhas não podia usar, sapato tinha que ser sapato fechado, tinha que ser meias finas (...) vinha pessoas no setor para vigiar, para ver se você estava usando uniforme, se estava com a unha comprida, vermelha, não podia nada disso (...).

A Depoente 7 mencionou que nunca foi chamada atenção com relação ao uniforme, porque vestia-se "(...) adequadamente, de acordo com as situações (...)".

Posteriormente, o uso da vestimenta padronizada passou a ser obrigatório para os enfermeiros no CEMO. A Depoente 4 relembra que isto se deu porque "(...) nós, enfermeiros, tínhamos que estar sempre bem, com uma postura diferenciada (...) era um fator de destaque na época (...)".

A imposição do uso do uniforme branco também para os enfermeiros do CEMO representou uma forma de violência simbólica. Seu uso fez com que fossem equiparados aos demais enfermeiros do INCa, sem distinção de campo de trabalho. No entanto, não afetou o capital cultural daquele grupo, cujo reconhecimento da capacidade profissional pelos seus pares independia daquela indumentária.

Deve-se ressaltar que a adoção deste uniforme fez parte dos preparativos para a inauguração do CEMO, cuja grande repercussão resultou em constante mobilização dos funcionários do INCa, nos dias que precederam o evento, isto porque anunciava-se a presença do Presidente da República João Figueiredo e de outras autoridades governamentais na solenidade.

A esse respeito, a Depoente 11 lembrou as recomendações da direção da Instituição, que deveriam ser observadas à risca pelas enfermeiras:

(...) aquela coisa de mandar a gente fazer uniforme, um uniforme lindíssimo, manga $\frac{3}{4}$, coisa que nem se usava no Brasil, touca (...) a gente reproduziu um pouco o modelo Anna Nery dos anos 60 (...) uma mesma costureira, mesmo tecido, tinha que estar todo mundo 'igualzinho' (...) era farda, diante da comitiva que vinha inaugurar o CEMO (...).

A simbologia do uniforme, no dizer de Bourdieu (1992, p.21) caracterizava “[...] um determinado grupo de sujeitos [...]” – os enfermeiros – e realçava “[...] as maneiras distintas do grupo de posição mais elevada [...] no sentido de marca de diferença que separa do vulgo por um ‘toque de elegância, nobreza e bom tom’ [...] (Littrée citado por Bourdieu, Op.cit., p.22).

Mas o uso do uniforme tinha uma “face oculta”, lembrada pela Depoente 11 ao fazer referência à atitude do então diretor do INCa, Ary Frauzino, para quem “(...) o auxiliar de enfermagem não era digno de receber o ‘bom dia’ do diretor. Ele não cumprimentava as pessoas no corredor (...)”.

A esse respeito, Lurie (1997, p.33) confirma que o uniforme pode atuar como “[...] um sinal de que não devemos, ou não precisamos tratar alguém como ser humano, e de que ele não deve nem precisa nos tratar como um [...]”.

Apesar de tudo, a inauguração do CEMO revestiu-se de pompa e o evento foi devidamente registrado através de uma placa comemorativa reproduzida na foto a seguir.



A importância de que se revestiu o evento e o uso do uniforme, sem dúvida, asseguraram maior visibilidade à enfermagem, ratificando os ganhos simbólicos decorrentes do pertencimento ao grupo de uma Instituição conceituada, como era o INCa.

Com a inauguração do CEMO, institucionalizou-se o uso de um novo uniforme para a equipe do setor. Era um pijama verde, identificado com um carimbo e de uso restrito às suas dependências. A propósito, em seu depoimento, a Depoente 5 lembrou:

(...) nós usávamos, sim, o uniforme do setor, que era o pijama (...) era obrigatório usar (...) nós só podíamos ficar na unidade clínica, na unidade de internação, com este uniforme (...).

O uso obrigatório deste pijama, enquanto o enfermeiro permanesse no setor desempenhando suas atividades profissionais, devia-se ao cumprimento de normas administrativas que, ainda que caracterizassem um tipo de segregação ambiental, tinham como objetivos resguardar o paciente de contaminações e garantir o sucesso do transplante de medula óssea.

Logo, o que estava em jogo não era o uso do uniforme como imposição ou símbolo de discriminação. Ao contrário, ao cumprir aqueles objetivos, garantia à equipe do CEMO "[...] a excelência humana, aquilo que toda sociedade reconhece no homem cultivado [...]" (Bourdieu, 1992, p.16). Em outras palavras, o reconhecimento do capital cultural adquirido pelos enfermeiros daquela Unidade especializada.

A foto a seguir ilustra o que foi relatado.



EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DO CEMO COM A INDUMENTÁRIA DE TRABALHO

FOTO 5

- Sentados: à esquerda, a enfermeira Cláudia Tereza; ao seu lado a Dr^a Cláudia Grossi.
- De pé, da esquerda para a direita: enfermeiras Eliana Barreto e Rita Torres (Chefe de Enfermagem do CEMO); Dr. Jorge da Matta; enfermeiros Carlos Joelcio, Glória Maria, Ana Cláudia, Maria de Lourdes, Haydée Barreto, Carlos Adão; Dr^a Marta Colares; Dr. Daniel Tabak (Diretor do CEMO) e enfermeira Maria Lucília.
- Local: Posto de Enfermagem do CEMO / INCa.
- Fonte: Arquivo pessoal de um dos depoentes deste estudo.

A rigidez no uso do uniforme foi se atenuando com o tempo, tanto assim que a Depoente 5 disse que, em determinado momento, foi liberado o uso de "(...) todos os adereços (...) só não podia usar unhas vermelhas (...)". E acompanhando as transformações trazidas com a modernidade, a touca, símbolo da enfermeira Padrão Anna Nery (PAN), também foi abolida.



CERIMÔNIA DE POSSE DA CHEFE DA DIVISÃO DE ENFERMAGEM DO INCa

FOTO 6

- Pose grupal registrada após a cerimônia de posse da Chefe da Divisão de Enfermagem do INCa, em 1985. A figura mais importante da foto, representada pela enfermeira Silvia Beatriz de Assis, recém-empossada, ocupa um lugar de honra no arranjo fotográfico (centro da composição). Está ladeada à esquerda pela enfermeira Eliana Barreto e à direita pelas enfermeiras Mariangela F. Lavor e Ursula S. Neves, todas na qualidade de Assessoras.
- Local: Anfiteatro "Moacyr da Silva Santos" – INCa – 8º andar.
- Fonte: Arquivo pessoal da pesquisadora.

Pelo que foi exposto neste capítulo, pode-se perceber que o CEMO, desde a proposta de sua criação até a sua inauguração e funcionamento propriamente dito, causou profundo impacto nas atividades do INCa, com reflexos diretos e imediatos na equipe de enfermagem

da Instituição. Um deles, levado a efeito pelos enfermeiros mais antigos, relaciona-se à busca de atualização dos saberes já incorporados, resgatando o ideal da valorização profissional mediante aprimoramento dos conhecimentos no campo da Oncologia.

A iniciativa destes profissionais baseou-se na necessidade de adaptarem-se aos movimentos contínuos do INCa, decorrentes do avanço tecnológico incorporado constantemente pela Instituição. Esta tecnologia era implantada de forma criteriosa, mesmo com todas as Unidades em funcionamento pleno, e requeria pessoal habilitado para fazê-la funcionar a contento. Logo, não se tratava apenas de contratar novos recursos humanos, mas sobretudo, de utilizar de forma plena a mão-de-obra existente no INCa, mediante reciclagem de conhecimentos e/ou incorporação de saberes específicos relacionados àquela área de atuação.

A conseqüência foi a valorização e o engrandecimento do Serviço de Enfermagem, que ocorreram gradativamente, apesar de algumas resistências focalizadas. Isto se deu pelo fato de que os enfermeiros "mais antigos", ao se espelharem nos "mais novos", que dispunham de melhores conhecimentos técnico-científicos, iam adquirindo e incorporando novos saberes, a partir da prática assistencial conjunta. Na verdade, havia uma permuta de conhecimentos que favorecia a ambos: a prática adquirida pelos enfermeiros "mais antigos" e o saber teórico dos "mais novos". A comprovação da necessidade de fusão desses dois fatores acabou por se disseminar entre os mem-

bros do grupo de enfermagem, fazendo com que buscassem aquele aprimoramento profissional.

Esta iniciativa decorreu também do fato de reconhecerem o investimento institucional em favor do grupo do CEMO, que já destacava e se destacava pelos conhecimentos adquiridos e atividades assistenciais específicas desenvolvidas.

Deve-se ressaltar que os resultados obtidos na prática assistencial eram especialmente enfocados nos eventos científicos da categoria, pela sua relevância no ato de cuidar. Com isso, a equipe de enfermagem do INCa sofreu uma reconfiguração progressiva, que resultou em ganhos simbólicos para a categoria, dentre os quais destacamos:

- O Centro de Material esterilizado reestruturou toda sua plataforma de atendimento, adaptando-se às novas modalidades impostas pelas medidas tecnológicas. Em decorrência, a enfermeira Maria Lucília da Vitória S. Neves, supervisora do setor, buscou aprimorar seus conhecimentos sobre esterilização através da literatura científica, moldando sua equipe de auxiliares de enfermagem com o objetivo de facilitar a nova demanda das atividades, a exemplo da aquisição de autoclaves modernas. Além disso, deu início à realização semanal do teste bacteriológico, ou seja, o inventário bacteriológico das autoclaves com monitorização, mantendo o controle da qualidade da esterilização e maior fidelidade, favorecendo todas as atividades operacionais desen-

volvidas no INCa. Criou um pacote de armazenamento de material para o CEMO, que garantia maior confiabilidade em relação ao material a ser utilizado e período de validade da esterilização, considerando que, na ocasião, o hospital não dispunha de campo protetor de pacote. A esterilização a óxido de etileno, que era mensal, passou a ser quinzenal, depois semanal e, posteriormente, diária, devido à nova intervenção implantada.

- No Centro Cirúrgico, a sala destinada ao CEMO sofreu reformas físicas, sendo equipada com filtros de ar condicionado tipo HEPA, que garantiam um ambiente estéril e de alta eficácia durante a aspiração da medula óssea e após este procedimento.

Adotou-se uma metodologia de trabalho diferenciada para atender o paciente do CEMO e sua equipe profissional, que foi bem aceita. O grupo, considerado especial, era composto por médicos e enfermeiros responsáveis pela realização daquele procedimento. O CEMO dispunha de equipe própria e dispensava a instrumentadora cirúrgica. Utilizava apenas o espaço físico do Centro Cirúrgico, que reconfigurou suas ações em prol do transplante de medula óssea, disponibilizando sala cirúrgica, médico anestesista e uma circulante de sala, além de fornecer material de consumo, isto porque todo material permanente utilizado durante e após a coleta de medula, era preparado e acondicionado no próprio setor, devido à especifi-

cidade com a siliconização de seringas, agulhas e demais utensílios de vidro utilizados naquele processo.

- O CEMO tornou-se pioneiro na implantação de catéter venoso central (Hickman-Broviac de duplo lúmen), que era importando. Antes, os catéteres de longa permanência utilizados pelo INCa eram do tipo implantáveis e semi-implantados, criados por dois médicos da Instituição (Pires & Teóphilo) com o objetivo de minimizar os problemas enfrentados pelos pacientes submetidos a grandes ciclos quimioterápicos, e também visando a otimização da assistência. Todavia, estes catéteres não preenchiam as necessidades do paciente que seria submetido ao transplante de medula óssea, por não disporem da capacidade de infundir hemoderivados, hidratação venosa e/ou medicações específicas simultaneamente, além de inviabilizarem a coleta de sangue a qualquer tempo, sem molestar o paciente. Estes problemas foram superados com o advento do catéter Hickman-Broviac, que era (e ainda é) de longa permanência. Sua remoção era feita a critério médico, o que se mantém até hoje. Até então, todos os catéteres eram colocados no Centro Cirúrgico por um médico que dominava esse campo de conhecimento. O pioneirismo em catéter venoso central trouxe para o serviço de enfermagem do INCa a necessidade de aquisição e aprimoramento da técnica de manipulação e dos procedimentos que envolviam a utilização do re-

ferido catéter que, inicialmente, era campo de domínio dos enfermeiros do CEMO.

Com o passar dos anos, os enfermeiros da Instituição apropriaram-se da tecnologia e criaram a primeira Comissão de Catéter Venoso Central, integrada por enfermeiros de todas as unidades específicas do INCa, e dentre eles Carlos Alberto Esteves Adão, membro da equipe do CEMO.

Esta Comissão abriu um espaço importante para a Enfermagem Brasileira, com a criação do ambulatório de catéteres manipulados exclusivamente por enfermeiros. Este serviço cresceu, originando os ambulatórios de catéter pediátrico e de catéter de adulto.

A decisão e a necessidade de implantar um catéter de longa permanência que, de início, eram hegemonias médicas, diluíram-se a partir do momento em que os enfermeiros adotaram o uso do catéter venoso central de inserção periférica. Foi um importante ganho simbólico que permitiu ao enfermeiro traçar e ampliar o seu campo de atuação, através da aquisição e incorporação de capital cultural.

O Serviço de Enfermagem do INCa treinou e ofereceu curso de implantação deste catéter, ministrando aulas teórico-práticas a fim de permitir que seus enfermeiros passassem a dominar essa nova modalidade terapêutica. Inicialmente, houve pouca receptividade à adoção da medida, que se reverteu com a conscientização da equi-

pe multiprofissional em relação aos benefícios desta prática para o paciente.

Atualmente, a solicitação de implantar catéter periférico é feita através de parecer exarado por enfermeiro ou médico da Instituição cabendo, porém, ao enfermeiro a decisão de colocar ou não o catéter, diante da possibilidade ou não de acesso venoso.

- A ideologia do grupo de enfermeiros do INCa, reforçada pela mentalidade progressista da nova chefe de enfermagem, enfermeira Silvia Beatriz de Assis, eleita formalmente por seus pares em 1985, voltava-se eminentemente para o ensino e a pesquisa, procurando ampliar horizontes e dando suporte irrestrito à sua equipe. Nesta ocasião, aconteceu a primeira revisão do Manual de Enfermagem do CEMO, sendo que dela participaram de forma inequívoca seus enfermeiros, agora com maior embasamento e experiência no seu campo de atuação, aprimorando o documento e tornando-o mais claro e consentâneo com as atribuições e finalidades do setor.
- A criação da Residência em Enfermagem no INCa, em 1986, foi outro fato marcante, decorrente do sucesso do curso de treinamento para enfermeiros para atuarem no CEMO.
- A evolução ocorrida no bojo da enfermagem do INCa, a partir da criação do CEMO, levou à mobilização da categoria com a inten-

ção de criar a Sociedade Brasileira de Enfermagem Oncológica. Este tema foi objeto de debates em eventos científicos realizados na região Sul do país, culminando com a criação da entidade em 1987.

- Deste fortalecimento técnico-científico da equipe de enfermagem do CEMO, surgiu a necessidade de estabelecer e regulamentar, junto ao Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro, o perfil assistencial do enfermeiro especialista em transplante de medula óssea. Foi uma árdua luta que perdurou alguns anos, encerrando-se com sucesso, através da Resolução COFEN-200/1997 (Brasil, 2001), que dispôs sobre a atuação do profissional de enfermagem em hemoterapia e transplante de medula óssea.

- Acredita-se que outros ganhos simbólicos para a Enfermagem possam ter ocorrido, embora não tenham sido identificados ou registrados nos depoimentos que originaram esta pesquisa voltada para a reconstrução da História da Enfermagem do INCa.

Para que fique registrado na história do Instituto Nacional de Câncer, seguem-se as fotos da Dr^a Mary Evelyn Dantas Flowers e dos enfermeiros que integraram a equipe inicial do CEMO.

DRA. MARY EVELYN DANTAS FLOWERS - COORDENADORA MÉDICA E
EQUIPE INICIAL DE ENFERMEIROS DO CEMO/INCa





CONSIDERAÇÕES FINAIS

A iniciativa de realizar esta pesquisa resultou em situações particularmente interessantes e gratificantes. Isto porque o encontro com os depoentes permitiu-me reviver a história da criação e implantação do Centro Nacional de Transplante de Medula Óssea (CEMO) com riqueza de detalhes, alguns já com as cores esmaecidas pelo tempo. A história que testemunhei foi relembada e revivida por aqueles que dela fizeram parte. As lembranças dos fatos emergiram naturalmente do recôndito de cada um, oportunizando manifestações de alegria e saudades.

As palavras dos depoentes resgataram grande parte dos acontecimentos ocorridos no Instituto Nacional de Câncer (INCa) no período entre 1982-1984, durante o qual o CEMO foi criado e implantado. Foi um evento que marcou indelevelmente a atuação da equipe de enfermagem da Instituição, porque trouxe novas tecnologias para o diagnóstico e tratamento do câncer, determinando novas formas de cuidar.

Rer ler os documentos históricos e os depoimentos obtidos, possibilitou-me a tentativa de reescrever o ocorrido naquele período:

- O CEMO foi criado em 1982, como um serviço independente do INCa, com espaço físico e corpo clínico próprios. Sua inauguração mobilizou o debate entre os defensores das especialidades e os que defendiam a visão da Saúde Pública. Posteriormente, tornou-se uma das cinco unidades assistenciais da referida Instituição.

- Em 1983, ao criar a Comissão de Recrutamento, Seleção e Treinamento de Enfermeiros, o Diretor do INCa propiciou meios para a ampliação do capital cultural dos enfermeiros; com isso, possibilitou-lhes atualizar o *habitus* profissional já incorporado. No caso dos enfermeiros do CEMO, este capital cultural era específico, resultando num ganho simbólico representado pelo melhor posicionamento técnico no campo do saber da enfermagem oncológica e, conseqüentemente, em prestígio junto aos seus pares.
- O Curso de Treinamento ministrado no mesmo ano aos enfermeiros do CEMO, foi um marco na história do INCa e abriu caminho para a reciclagem e treinamento dos enfermeiros interessados, assim como para a criação do Programa de Residência em Enfermagem Oncológica (efetivado em 1986).
- A solenidade de inauguração do CEMO, em 1983, foi prestigiada com a presença do Ministro da Saúde Waldyr Mendes Arcoverde, na qualidade de representante do Presidente da República João Figueiredo. A presença desta autoridade governamental confirma a distinção conferida à Instituição e à equipe de enfermagem que atuava no CEMO.
- Ainda em 1983 foi criado e implantado o serviço de registro dos casos de câncer, objetivando análise estatística a nível nacional.
- O investimento cultural do INCa nos novos enfermeiros fez com que a Enfermagem se qualificasse e, assim, adquirisse capacida-

de de cuidar / tratar com sucesso os pacientes acometidos pelo câncer.

- A repercussão das ações desenvolvidas no CEMO conferiu à Enfermagem do INCa um destaque nacional que serviu de ponto de partida para o ensino e o treinamento de outros enfermeiros no campo da Oncologia.
- O empenho da Equipe de Enfermagem do INCa ensejou a criação, em 1987, da Sociedade Brasileira de Enfermagem Oncológica.
- O INCa projetou-se como um centro de excelência e referência nacional e regional de combate ao câncer.

Percebe-se que, ao se reconfigurar para cumprir uma determinação de âmbito governamental, a Equipe de Enfermagem da Instituição precisou reatualizar o *habitus* profissional mediante aquisição e incorporação de novos saberes relacionados à Oncologia. Com isso, conseguiu prestígio e maior visibilidade, reforçando a sua posição de possuidora de um discurso autorizado no campo da Oncologia e na estrutura do campo da Saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, B. de S.; FONSECA, C. e HAMILTON, W. Os sanitaristas e a institucionalização da Saúde Pública no Brasil (1930-1970). In: MEIHY, J.C.S.B. (Org.). *(Re)Introduzindo História Oral o Brasil*. Encontro Regional de História Oral Sudeste-Sul (1.: 1995: São Paulo). [Série Eventos].

ALVES, M.E.R. *A implantação da vacina BCG-ID: um desafio para as enfermeiras de Saúde Pública do Rio de Janeiro (1967-1973)*. Dissertação (Mestrado) apresentada à Escola de Enfermagem Anna Nery / Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2000. 160 p.

BARREIRA, I. de A. "*A enfermeira Ana Néri no país do futuro*": a aventura da luta contra a tuberculose (1947-1977). Rio de Janeiro, Tese de Doutorado -EEAN/UFRJ. 1992. 355p.

BARRETO, E.M.T. *Levantamento administrativo de estrutura e serviços hospitalares*. Monografia do Curso de Especialização em Administração Hospitalar. UERJ, nov., 1982. 121 p.

BODSTEIN, R.C. de A. (Coord.); FONSECA, C.M.O.; KLEIN, L.E.; ALBUQUERQUE, M.B.M. de; FERNANDES, T.M.D. *História da Saúde Pública: a política de controle do câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: PEC/ENSP, 1987. 211 p.

BOURDIEU, P. *O poder simbólico*. 1. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, Lisboa:Difel, 1989. 309 p.

_____. *Coisas ditas*. 1. ed. S.Paulo: Brasiliense, 1990. 234 p.

_____. *A economia das trocas simbólicas*. 3. ed. S.Paulo: Perspectiva, 1992. 361 p.

_____. *Escritos da educação*. Petrópolis: Vozes, 1998. 251 p.

BOURDIEU, P.; ACCARDO, A.; BALAZS, G., BEAUD, S. et al. *A miséria do mundo*. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1999. 747 p.

BOURDIEU, P. *O poder simbólico*. 4. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001. 311 p.

BRASIL, Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 200/1997: Dispõe sobre a atuação dos profissionais de enfermagem em hemoterapia e transplante de medula óssea. *Documentos Básicos de Enfermagem: Enfermeiros, Técnicos, Auxiliares*. 1. ed. Publicação do COREN-SP, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência Médica, Divisão Nacional de Câncer. *Oncologia clínica*. V.I. Rio de Janeiro, 1973.

BRASIL, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. In: *Bioética*, v. 4, n. 2, supl., 1996.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer – PRO-ONCO. *Ações de Enfermagem para o controle do câncer*. Rio de Janeiro, PRO-ONCO, 1995. 249 p.

BRASIL, Ministério da Saúde / Fundação Oswaldo Cruz. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.

Resolução nº 196 / 96 do Conselho Nacional de Saúde. Brasília: MS / FIOCRUZ, 1996. 44 p.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria Nacional de Saúde, Instituto Nacional de Câncer. *Controle de câncer*: uma proposta de integração ensino-serviço. 3. ed. Rio de Janeiro: INCA, 1999. 304 p.

BRASIL, Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer. *Relatório Anual 2001*. RJ: INCA, Halográfica, 2001. 111 p.

BRASIL, Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer. *Ações de enfermagem para o controle do câncer*: uma proposta de integração ensino-serviço. 2. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2002. 380 p.

CLEGG, S. O poder, linguagem e ação nas organizações. In: *O indivíduo na organização*: dimensões esquecidas. Org. Ofelia de Lanna Sette Torres. Trad. Arakey Martins Rodrigues. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1996. 205 p.

DOMINGUES, J.E. *História*: o Brasil em foco. São Paulo: FTD, 1996.

DUBAR, C. *A socialização – construção das entidades sociais e profissionais*. 2. ed. Portugal: Porto, 1997. [Coleção Ciências da Educação]. 240 p.

FERREIRA, M. de M. *História oral*: um inventário das diferenças. Apresentado no Seminário Temático sobre História Oral e Memória, no XVII

Encontro Anual de Anpoca. Caxambu (MG), outubro, 1993. 13 p. (mimeo)

FERREIRA, M. de M. e AMADO, Y. (coord.). *Usos e abusos da História Oral*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1998. 277p.

FERREIRA, A. B. de H. *Novo dicionário da língua portuguesa*. 1. ed., Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975. p. 1289.

FLOWERS, M.E.D. Transplante de medula óssea. *Revista Brasileira de Cancerologia*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, p. 47-48, 1986.

FRAUZINO, A. Uma adaptação à realidade brasileira. *Jornal O Globo*, Rio de Janeiro, 17/01/1982, p.27.

GADOTTI, M. *Educação e poder: introdução à pedagogia do conflito*. 10. ed. S.Paulo: Cortez, 1991.

GUIMARÃES, D.S. *Breve Histórico do Instituto Nacional de Câncer desde sua criação até a presente data*. Rio de Janeiro, 2000. 19 p. [mimeografado].

GUIMARÃES, R. e TAVARES, R.A.W. (Orgs.). *Saúde e sociedade no Brasil*. anos 80. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.

INTERNET. A Brief History of Bone Marrow Transplantation. Disponível em: <<http://www.bruit.new.Edu/mcv/Origens-Burns.htm>. > Acesso em 27/08/01.

INTERNET. Transplante de medula óssea.

Disponível em <<http://www.hc.ufpr.br/hosp/tmo/tmoapresent.htm>. > Acesso em 26/07/02.

INTERNET. A ciência a caminho da roça. Disponível em

<http://prossiga.br/O.Cruz/trajetória/dimanguinhos/24ciência.htm>

Acesso em julho de 2003.

KROEFF, M. Resenha da luta contra o câncer no Brasil. *Documentário do Serviço Nacional de Câncer*. Rio de Janeiro: Imprensa Brasileira. 1946. 459 p.

LE GOFF, J. *A História Nova*. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001. 318 p.

LOURENÇO, L.H.S.C. *Mobilidade social na enfermagem: a questão das lutas simbólicas*. Tese (Doutorado), EEAN / UFRJ, Rio de Janeiro. 1998.

LOURO, G. L. A História (Oral) da Educação: algumas reflexões. Brasília: Ministério da Educação e do Desporto. *Em Aberto*, ano 9, n. 47, p.21-28, jul/set., 1990.

LÜDKE, M. e ANDRÉ, M.E.D.A. *Pesquisa em Educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: EPU, 1986. 99 p. [Temas Básicos de Educação e Ensino].

LURIE, A. *A linguagem das roupas*. Rio de Janeiro: Rocco, 1997. 285 p.

MARCONI, M. de A. e LAKATOS, E. V. *Fundamentos de Metodologia Científica*. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1994. p. 82.

MARCONI, M. de A. e LAKATOS, E.V. *Técnicas de pesquisa*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1999. 260 p.

MEIHY, J.C.S.B. Definindo história oral e memória. In: *Cadernos CERU*, São Paulo, n. 5, série 2, p.52-60, 1994.

MELO, C.G. de. *O Sistema de Saúde em crise*. 2. ed. São Paulo: CEBES/HUCITEC, 1981. [Coleção Saúde em Debate].

_____.MELO, C.G. de. *A medicina e a realidade brasileira*. Rio de Janeiro: Achiamé, 1983. 137p.

MINAYO, M. C. de S. (Org.), DESLANDES, S.F.; NETO, O.C. e GOMES, R. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 18. ed. Petrópolis: Vozes, 1995. 80 p.

MINAYO, M.C. de S. *O desafio do conhecimento – pesquisa qualitativa em Saúde*. 4. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1996.269p.

PILETTI, N. *História do Brasil*. 14. ed. São Paulo: Ática, 1997.

THOMAS, E. D. Bone Marrow Transplantation: a review. Seminars in Hematology, v. 36, n. 4, suppl. 7, October, p. 95-103, 1999.

_____. *Transplante de Medula Óssea: uma revisão histórica. Medicina, Ribeirão Preto, v. 33, p. 209-218, jul/set., 2000.*

TOMAZI, Z.T. O que o cidadão precisa saber sobre Saúde e Estado Brasileiro. São Paulo: Global, 1986. 92 p.

TRIVINOS, A.N.S. *Introdução à pesquisa em ciências sociais*. São Paulo: Atlas,1987.173 p.

A N E X O S