

# EL LEGADO HISTORICO DEL MODELO NIGHTINGALE: SU ESTILO DE PENSAMIENTO Y SU PRAXIS\*

**Vania Marli Schubert Backes**

Enfermera Profesora del Departamento de Enfermería de la Universidad Federal de Santa Maria - RS. Miembro del Grupo de Investigación PRAXIS - UFSC y GEPES - UFSM. Doctoranda del Curso de Filosofía de Enfermería de la UFSC - SC - Brasil.

## Abstract

**T**his study recaptures the historical legacy of the Nightingale model, showing its Style of Thinking (Fleck, 1987) and its Praxis (Vazquez, 1990) thus allowing the reflection and the action directed towards a praxis which transforms our formation and professional practice. To do such, we use a content analysis supported by Bardin (1977) in the light of a historical analysis.

**Keywords:** Nightingale Model, Style of Thinking, Praxis, Formation and Professional Practice.

## Resumen

**E**ste estudio rescata el legado histórico del modelo Nightingale mostrando su estilo de pensamiento (Fleck, 1986) y su Praxis (Vasquez, 1990), permitiendo de esta forma, conocer, reflexionar y actuar en el intento de encaminarnos rumbo a una praxis transformadora de nuestra formación y práctica profesional. Para tal intento, utilizamos el análisis de contenido apoyado en Bardin (1977), a la luz del análisis histórica.

**Descriptor:** Modelo Nightingale; Estilo de Pensamiento; Praxis; Formación y Práctica Profesional.

\* Trabajo guiado por la Prof<sup>TM</sup>. Dr<sup>TM</sup> Edel Ern - PPGE/UFSC e pela Prof<sup>TM</sup> Dr<sup>TM</sup> Enf<sup>TM</sup> Maria Tereza Leopardi - PEN/UFSC.

---

## INTRODUCCION

---

Este trabajo expone un tema bastante conocido, a partir del Modelo Nightingale, el que ha sido investigado desde diferentes perspectivas; en esta oportunidad, a la luz de un análisis histórico, se pretende mostrar aspectos que nos permitan una aproximación al entendimiento de nuestra formación y práctica profesional, así como su consecuente transformación.

Para tal intento, se utilizarán las categorías epistemológicas de Fleck (1986), especialmente, el concepto de estilo de pensamiento<sup>1</sup> y la explicación de los niveles de la praxis<sup>2</sup>, concebidos por Vasquez (1990).

El trabajo se inicia con los antecedentes históricos de la Enfermería según el modelo Nightingale; presenta el modelo de la Escuela de Entrenamiento Nightingale; apunta a la herencia del mencionado modelo en la enseñanza de la Enfermería en Brasil hasta 1949. Concluye con algunas reflexiones, las que en la realidad, no se agotan, al contrario, nos empujan en la continuidad de esta trayectoria. Es importante resaltar que se trata de una primera aproximación, por lo tanto, puede estar inacabada e imperfecta, pero representa el esfuerzo inicial para el camino escogido.

---

## ANTECEDENTES HISTORICOS DE ENFERMERIA AL MODELO NIGHTINGALE: AL AMPARO DE LA IGLESIA Y DE LA PRACTICA MEDICA.

---

Para entender mejor la evolución histórica de la Enfermería y el inicio de la enseñanza de la misma en la era nightingeliana, la que marca el comienzo de la Enfermería moderna, necesitamos volver a los antecedentes históricos de la Enfermería tradicional.

Esta revisión histórica se sitúa a partir de la era cristiana, la edad media, el período de transición entre la caída del feudalismo y la instauración del capitalismo en Inglaterra y en las primeras décadas del siglo XX, en los Estados Unidos (ALMEIDA y ROCHA, 1989).

Buscando reconstruir esta historia en una línea de tiempo lógica, creemos que el estudio de Collière contribuye a explicar el origen de la práctica de los cuidados, la cual es milenaria y significa una directa garantía de la continuidad de la vida del grupo y de la especie homo (COLLIÈRE, 1989).

Desde que la vida surge existen los cuidados porque es necesario "tomar cuenta" de la vida para que ella pueda permanecer. Los hombres como todos los seres vivos

---

<sup>1</sup> Para Fleck citado por Lewy (1994: 17), las comunidades de investigadores son colectivos de pensamiento y cada colectivo de pensamiento elabora un estilo de pensamiento único, compuesto por el conjunto de normas, conocimientos y prácticas compartidas por este colectivo. En el estilo de pensamiento de un grupo, existe un largo proceso de socialización, basado en la internalización de normas, valores, habilidades específicas y métodos, entre otras cosas. Una fuente de innovación del conocimiento para Fleck, corresponde a la interacción entre colectivos de pensamiento y la circulación de la producción científica. Para el autor, un hecho científico producido por un grupo de pensadores puede ser adoptado por otro grupo, el cual lo traduce, de acuerdo a su propio estilo de pensamiento. Recorrer el trayecto histórico de la Enfermería a la luz de este referencial nos posibilitará conocer que estilos de pensamiento guiarán su formación y sus prácticas, permitiendo entender mejor nuestro colectivo de pensamiento, sus influencias y el rumbo que queremos definir para el futuro.

<sup>2</sup> Vasquez (1990: 245-247), coloca que, si la praxis es acción del hombre sobre la materia y creación de una nueva realidad humanizada, podemos hablar de diferentes niveles de la práctica, de acuerdo con el grado de conciencia del sujeto activo en el proceso práctico y con el grado de creación o humanización de la materia transformada. La práctica reiterativa tiene parentesco con la espontánea y la creadora con la reflexiva. El intento en este trabajo, es relacionar las actividades de la formación profesional, particularmente la práctica de la Enfermería e identificar el tipo de la misma, presente a lo largo del período histórico de modo de posibilitar la visualización de acciones, posturas, actitudes que se encaminan para una práctica transformadora de la enseñanza y práctica profesional de enfermería.

siempre necesitan de cuidados porque cuidar, es un acto de vida, que primeramente y antes que todo, tiene como finalidad permitir que la vida continúe desenvolviéndose y así luchar contra la muerte: ya sea la muerte del individuo, muerte del grupo y muerte de la especie.

En la sociedad occidental, desde el inicio de la humanidad hasta el fin de la Edad Media, el saber fue organizado para dar cuenta de los problemas prácticos y del comercio dirigido por los hombres; a las mujeres les correspondía la práctica de los cuidados que permitían y favorecían la mantención de la vida. El conocimiento en torno de las prácticas del cuidado se construyó esencialmente alrededor de todo lo que da vida, lo que es fecundable y que da a la luz (COLLIERE, 1989).

La práctica de los cuidados está unida a las actividades de la mujer. Es ella, la que da a luz y es la encargada de "tomar cuenta" de todo lo que mantiene la vida cotidiana en sus más pequeños detalles. Así, "no había discontinuidad de lo que hoy llamamos cuidados preventivos y curativos, todos intentaban contribuir para asegurar la mantención de la vida y todo lo que podría influenciar su evolución" (COLLIERE, 1989).

Las mujeres al dominar las prácticas del cuerpo unidas al nacimiento y al conocer las virtudes preventivas y curativas de las plantas, llegaban a ser los "médicos del pueblo". Según Collière, esto se refiere a que los emperadores, los reyes, los más ricos varones tenían algunos doctores de Salerno y de otras localidades, pero, el pueblo solamente consultaba a la Mujer de virtud.

Hay un espacio en el texto de Collière que retrata la naturaleza de ese cuidado, dirigido al cuerpo global, no separado del espíritu y

unido a todo el universo, comunicándose por el cuerpo de quien trata. "Cuidar es ayudar a vivir, aprendiendo a unir las diversas fuerzas, aparentemente opuestas, pero de hecho complementarias. Los cuidados son fuente de placer, de satisfacción, expresión de una relación, tranquilizan, calman, alivian, alejan las preocupaciones intentando evitar el sufrimiento" (COLLIERE, 1989).

Con la llegada del Cristianismo (siglo V al XII), comienza a instalarse una nueva concepción de los cuidados que según Colliere, "niega la interrelación cuerpo-espíritu, dando una supremacía al espíritu y relegando el cuerpo impuro". Para que el cuerpo se pueda liberar debe conocer el sufrimiento y el dolor. La influencia y el poder de la religión (Iglesia), trata de hacer desaparecer el poder de los adivinos, los hechiceros y de las mujeres paganas; ellas se volvieron el principal blanco de las persecuciones y de la represión de la Iglesia, por la amenaza que representaban al poder religioso.

Con la llegada del modelo religioso, las concepciones que orientan a las prácticas de los cuidados son las mujeres consagradas (adoración a las vírgenes), que renuncian al mundo y así propio y se dedican a Dios.

Las formas de vida religiosa en reclusión y con votos religiosos (hermanas de la caridad), tenían el mismo alcance, es decir, tratan a los enfermos, primero por caridad, ya que tratando primero su cuerpo se puede salvar su alma. Las prácticas de los cuidados ya no están dirigidos al cuerpo en forma global, sino en la separación del cuerpo del espíritu. El cuidado ejercido por las manos, por el sentido del tacto, es substituido por el discurso, por las recomendaciones y consejos basados en los principios de los valores morales y religiosos.

Un aspecto que apunta a otra limitación, es que los cuidados son dirigidos solamente a los cuerpos que sufren, miserables, poseedores de numerosos males (dolencia, dolor). Collière indica en su texto, que "es necesario que haya una degradación física o social, una alteración, pérdida de integridad para que los cuidados se vuelvan necesarios, entonces su sentido y su utilidad se vuelcan sobre lo que está mal, sobre lo que hace doler".

Este alivio del sufrimiento representa el perdón del pecado, siendo el sufrimiento un mal necesario y la práctica de los cuidados de las "mujeres consagradas", no se propone evitarlos pero si tratarlos. Esas ideas de caridad y autosacrificio dirigen la conformidad del alma del enfermo para su salvación. Este tipo de actividad no precisa órdenes médicas, de forma que la Enfermería, en este sentido, era una práctica independiente de la práctica médica (ALMEIDA y ROCHA, 1989).

De esta forma, las "mujeres consagradas" ponen sus vidas al servicio de los enfermos y de los indigentes, experimentando una satisfacción de contribuir personalmente con la misión de la Iglesia, participando en la obra de la redención y salvación (COLLIÈRE, 1989).

Así, las "mujeres consagradas" al amor divino, se vuelven el modelo de referencia de la mujer que presta cuidados y la práctica de cuidados conocidos por las "mujeres de virtud" es obligada a ingresar al mundo del silencio y de la clandestinidad.

Ese modelo religioso permaneció en la Edad Media y también se encuentra en el período de transición conocido como el momento más oscuro de la historia de la Enfermería (última parte del siglo XVII hasta la mitad del siglo XIX), (ALMEIDA y ROCHA 1989).

En este momento se inicia el período decadente y de laicos para el cuidado de los enfermos. Las mujeres que van ejercer las actividades como enfermeras en los hospitales eran las que no servían ni para la industria, según Jamieson et al., citado por Almeida, pues eran inmorales, borrachas y analfabetas.

Esta etapa de la estructura social, culmina con grandes cambios como el renacimiento, la reforma, el surgimiento de la medicación del hospital y la promulgación de las leyes anticlericales.

Por el disgregamiento progresivo del poder político con la separación de la Iglesia y del Estado, la Enfermería continúa prestando servicio a los pobres y a los enfermos, con la vocación de servir. Entretanto, con los descubrimientos de fin del siglo XIX, el concepto de cuidado cambió. Esos descubrimientos en el campo de la física y de la química permiten aplicar a la medicina los efectos de esos conocimientos creando tecnologías cada vez más perfeccionadas para diagnosticar y después para tratar las enfermedades.

Las actividades médicas, a su vez, se ampliaron y se hizo necesario que algunas de ellas se delegaran. El acto médico pasa a exigir más colaboración, es decir, el médico necesita ser ayudado por alguien que pudiese detectar precozmente los síntomas de la enfermedad, aplicar un tratamiento, preparar material, además de consolar y animar. Nadie mejor que una enfermera estaba apta para cumplir este papel. Pasó entonces, a ser la "mujer enfermera-auxiliar del médico" (COLLIÈRE, 1989).

El conocimiento al que tuvo acceso Enfermería, en ese momento, es aquel que el médico le dio para cumplir las tareas prescritas. Así, pasó a ser un agente de

información y un agente de cumplimiento, pues seguía al pie de la letra las indicaciones médicas. La ejecución no permitía alguna modificación, ni exigía un espíritu crítico. Para realizar cualquier cambio, debía consultar al médico (su jefe).

Los conocimientos puestos a disposición de las enfermeras fueron aquellos transmitidos por los médicos y particularmente, se referían a textos de patología y descripciones técnicas (para la Enfermería).

Hasta el siglo XVIII, el hospital era básicamente una institución de asistencia a los pobres. Como tal, el pobre necesitaba de asistencia y como enfermo era un posible propagador de la misma, por lo tanto era necesario separarlo, excluirlo.

El personal que trabajaba en el hospital no estaba destinado a curar al enfermo, pero deseaba alcanzar su propia salvación. Ese aspecto caritativo (laico o religioso), suponía el desempeño de técnicas simples relacionadas con la higiene, cuidado de las heridas, preparación de té y alimentos, lavado de ropas y cuidados con el ambiente que rodeaba al paciente. (ALMEIDA y ROCHA 1989).

Los primeros hospitales que se organizaron fueron los militares, introduciendo la disciplina como mecanismo de reordenamiento del espacio, hasta entonces caótico y degradante, permitiendo también la disciplina del personal hospitalario, representado en la Enfermería por mujeres decadentes.

Era preciso normatizar y reglamentar la vida del hospital. Distribuir los enfermos en un espacio donde pudiesen ser observados y que todo lo que sucediese pudiera quedar registrado.

El poder disciplinario es confiado al médico (Foucault citado por Almeida 1989: 39). El conocimiento médico asume el cambio de los libros para el hospital y la causa de la enfermedad presente en el organismo, alcanza la dimensión del medio que rodea al individuo, como el aire, el agua, la temperatura ambiente, la dieta y otros.

En la medida que avanza el capitalismo, el cuerpo se transforma en una fuerza de trabajo altamente necesitada y le corresponderá a la medicina su mantención y recuperación.

En este cambio, en que se concibe al hospital como un instrumento de mejoría y la distribución del espacio se convierte en un instrumento terapéutico, el médico asume la responsabilidad de la organización hospitalaria que pasa por un proceso de reformulación a medida que se torna más complejo, quedando entonces, los enfermeros con la organización de la asistencia y los médicos con el comando político y funcional general.

Esa breve revisión histórica, nos permite comprender el contexto en que la tutela de la Iglesia y de la práctica médica fue ejercida sobre la Enfermería.

Al referirnos sobre el estilo de pensamiento que podría estar presente en la Enfermería tradicional es posible atreverse a pensar que el período de práctica de los cuidados ejercido por las "mujeres de virtud", estuvo circunscrito por un saber empírico, intuitivo, pasado de generación en generación, basado en el uso de las plantas y hierbas y en procedimientos caseros, lo que podríamos denominar de un estilo de pensamiento "pro-vida". Esto es, teniendo en vista la mantención de la vida, del grupo, de la especie, todas las actividades se dirigen a tener un nivel de vida saludable, buscando a

través de cuidados preventivos evitar la enfermedad, el sufrimiento y el mal.

Recordemos que en ese momento la economía social se basaba en la economía de subsistencia, otorgando una vida en una sociedad organizada en sistemas que producían iguales responsabilidades entre sus habitantes.

Se podría arriesgar a decir, que la actividad entonces desarrollada por las mujeres de virtud (hechicera) sería el ejercicio de una praxis creativa y reflexiva, pues, al mismo tiempo en que se basaba en la observación y experimentación de agentes para mantener la salud o para recuperarla, esta actividad permitía desarrollar nuevas prácticas. Además de eso, tomando el ser humano como un todo (cuerpo-espíritu) era necesario pensar y estudiar cada nueva situación que se presentaba.

Bruscamente, este contexto social se modifica en la búsqueda de un desarrollo y toma del poder por la Iglesia. En este período la sociedad occidental se divide territorialmente y en el choque por la pelea del poder político se dividió también el saber, dando origen a supersticiones y creencias que se agregan a las prácticas de salud. Se instauró, como vimos, un estilo de pensamiento que se caracterizaba por los principios religiosos, con normas, valores y actividades dirigidas a la salvación del alma de los enfermos y de sus cuidadores, que daba una cierta unidad al pensamiento y a las prácticas.

La práctica de las "mujeres consagradas", es guiada por los valores del servilismo, caridad y abnegación, volviéndose una praxis idealista buscando el "confort del alma" permaneciendo su trabajo abstracto y contemplativo.

Con la instauración del capitalismo y los cambios suscitados, surge la "mujer-enfermera-auxiliar del médico". El estilo de pensamiento se aproxima al religioso, a pesar de la participación de laicos en la Enfermería, era preciso rescatar la imagen establecida por el "período oscuro de la Enfermería".

El modelo vocacional se organiza ideológicamente en torno de la práctica de la Enfermería como una vocación, un llamado, un trabajo que va a requerir autosacrificio. Y se institucionaliza, a través de la disciplina, a fin de volver posible el trabajo de auxiliar la práctica médica.

Su actividad es marcada esencialmente, por una praxis reiterativa, es decir, imitadora de aquellas actividades que son delegadas por el médico. Es este contexto de introducción de mecanismos disciplinarios, jerárquicos, que emergen de las raíces de la Enfermería moderna, junto con el espíritu de reforma social, con el fin de mejorar las condiciones de salud de la Inglaterra en el siglo XVIII, que iniciaba los pasos rumbo a la industrialización.

---

## LA ESCUELA DE ENTRENAMIENTO DE NIGHTINGALE

---

Al fundar la Escuela de Entrenamiento unida al Hospital St. Thomas, Florence Nightingale, lo hizo basándose en toda su experiencia adquirida con sus estudios, registros, datos estadísticos y en la actuación en el Instituto de Diaconistas de Kaisurveth y Hospital Barrack de Scutari.

En la escuela eran admitidas dos tipos de alumnas: las lady-nurses, provenientes de familias adineradas, que costeaban sus estudios y que se destinaban a tareas de

supervisión, enseñanza y difusión de los principios nightingelianos. Las nurses, de nivel socioeconómico inferior, recibían la enseñanza gratuita y debían prestar servicios en el hospital por lo menos un año después del curso, eran preparadas para el cuidado directo del paciente (ALMEIDA y ROCHA, 1989).

La selección de las candidatas era extremadamente meticulosa y se exigía un mínimo de conocimientos y una alta conducta moral. Un aspecto fácilmente comprensible por el bajo concepto que la Enfermería tenía, ya que se destina a la ocupación de personas de dudosa calidad moral (Passos, 1996). Intentando cambiar tal concepto, todos los esfuerzos fueron emprendidos para alterar tal condición. El aspecto disciplinario era la túnica. Las candidatas pasaban por un período de prueba de un mes. Durante el curso, los estudiantes viven en régimen de internado, con el fin de ser desarrollados aspectos tales como: sobriedad, honestidad, lealtad, puntualidad, serenidad, espíritu de organización, corrección y elegancia (CARVALHO citado por SILVA, 1989).

El curso básico tenía una duración de un año y consistía en clases de anatomía, química, abreviaciones latinas, cocina y Enfermería (CARVALHO citado por SILVA, 1989).

Las clases eran dictadas en forma de charlas por médicos que trabajaban en el Hospital St. Thomas, aunque no todos ellos, aceptaron las nuevas organizaciones dentro del sistema de Enfermería.

De acuerdo con el viejo sistema, la enfermera era de responsabilidad del médico, que le enseñaba lo suficiente para ejecutar sus órdenes, por lo tanto, no había ninguna duda sobre quien era el "maestro" (BALY, 1988).

Florence Nightingale deseaba unir la enseñanza de clase, con la enseñanza de Enfermería con los mismos moldes de la práctica de enseñanza de la medicina, pero esta enseñanza sería de responsabilidad de una enfermera entrenada, con la supervisión de un superintendente. Entretanto, sabía que esta condición llevaría mucho más tiempo para ser mejor concretizada. Era preciso contar en el momento, con las condiciones que disponía.

Las charlas de los médicos eran un avance para el entrenamiento de las enfermeras y representaban también, un desafío al poder de la medicina. (BALY, 1988).

El trípode de la práctica de Enfermería en los moldes nightingelianos incluía una instrucción de Enfermería, las exposiciones médicas y las observaciones y anotaciones de las fichas clínicas de los pacientes (BALY, 1988).

El curso se extendía a una completa dedicación a las actividades prácticas en el Hospital St. Thomas durante 3 años para las nurses y dos años para las ladies-nurses (SILVA, 1989).

Para Florence, la experiencia práctica era fundamental, pero no bastaba. A través de sus estudios epidemiológicos, se valía de la estadística e informes de diferentes instituciones de salud comparando paralelos y construyendo relaciones que proporcionarían principios de higiene, respiración, ventilación, alimentación, calentamiento, entre otros aspectos, asegurando una buena salud.

Entendiendo la salud - enfermedad como un proceso, así como el medio ambiente como algo externo e interno del ser humano, Florence, establece un abordaje humanista y globalizante para asistir al ser humano.

Según lo referido por Fleck, vemos que el conocimiento es producido por grupos de pensamientos, que disponen un estilo de pensamiento posibilitado por la interacción y traducciones, de otros estilos de pensamiento.

Ese pensamiento es construido colectivamente y no de forma individual, es decir, una persona puede ser el interlocutor principal del mismo, pero es planeado por un grupo de personas unidas por estilo de pensamiento, que se orientan a la construcción del mismo.

Florence, de esta forma, se volvió interlocutora del conocimiento en Enfermería moderna. Construyó el conocimiento en Enfermería, con base en las prácticas profesionales de enfermeras y médicos de la época en diferentes lugares, es decir, haciendo "traducciones" de diferentes estilos de pensamientos.

Se componen un estilo de pensamiento caracterizado por actividades normativas mostradas en el entrenamiento como rigidez de la disciplina (moral, especial, corporal) y obediencia a la jerarquía. El saber está basado en un conocimiento interdisciplinario dado por el estudio del saber médico, de las ciencias sociales y del comportamiento. Las prácticas son derivadas del cuidado al paciente y en la administración de los hospitales.

Sus concepciones sobre el medio ambiente, consideradas revolucionarias, fueron traducidas por un grupo de pensamiento médico, marcando el despertar de la Enfermería moderna, el que es caracterizado por la utilización de normas, rutinas y reglamentos, dando al ejercicio de la Enfermería el uso de métodos y herramientas, que estaban basados en procedimientos técnicos y de entrenamiento.

Florence, entonces, en estas condiciones, desde mi punto de vista, ejerce una praxis creadora transformadora, institucionalizando un padrón de regularidad rígido, pero rodeado por un contorno difuso, que permitía la traducción de conocimientos de otras áreas del saber. Entretanto, las actividades divulgadas en la Escuela de Entrenamiento combinan con la praxis reiterativa, teniendo en cuenta el control de esa acción, donde las tareas eran dictadas por la enfermera y los alumnos debían cumplirlas.

Se sabe bien que esta acción, no se da en ningún espacio (vacante) político, sino que está ligada con la acción histórica de los seres humanos, siendo influenciada por ésta (ALMEIDA y ROCHA 1989).

El saber de la Enfermería es limitado en relación a lo que rodea al paciente, al ambiente, a la ventilación, a la aireación, a la limpieza y a otros. Corresponde exactamente a la necesidad histórica de los servicios de salud que se organizan como proyecto del capitalismo que se instalaba.

Así, el énfasis en el cambio de la Enfermería tradicional hacia la moderna, es el entrenamiento disciplinario del personal hospitalario, el que propiamente da inicio a la producción del conocimiento de la Enfermería.

A partir del siglo XX, las técnicas de Enfermería y los procedimientos son ejecutados para la prestación de cuidados y estos a la vez se intensifican. Se hace necesario una economía de tiempo y movimiento para tener en cuenta las innumerables tarifas hospitalarias (ALMEIDA, ROCHA).

El sistema Nightingale, copiado en el modelo vocacional, llega a los Estados Unidos por cerca de 1873. Jensen citado por Almeida (1989), destaca que:



En el principio de organización de la Enfermería en los Estados Unidos, los procedimientos y rutinas eran muy simples. Los estudiantes frecuentemente recibían sus instrucciones en las Enfermerías a través de la Enfermera Jefe. Gradualmente el contenido se fue ampliando. El desarrollo de la ciencia médica aumentó el número de pruebas de diagnóstico, los tipos de tratamiento y las clases de equipamientos con los cuales la enfermera debía familiarizarse.

Los estudiantes pasan a desarrollar sus actividades no con el instinto de aprender, sino para satisfacer las necesidades de las instituciones hospitalarias. Para cubrir la gran demanda de cuidados, por el aumento del número de hospitales y consecuentemente por el flujo de pacientes, los que comienzan a ser absorbidos en su gran número, por el personal de Enfermería sin preparación, con conocimientos sobre la manera de ejecutar un procedimiento, pero sin haber experimentado la necesidad de aprender el porque del mismo (ALMEIDA y ROCHA, 1989).

El foco de atención de la Enfermería pasa a cumplir con las tareas y procedimientos a ser ejecutados de acuerdo con su complejidad y el nivel de competencia personal, en el menor plazo de tiempo y dentro de la mejor eficiencia.

Este modo de asistencia denominada funcional está basado en los estudios de Taylor, que delineaba la racionalidad y eficiencia para el trabajo de las fábricas.

El Taylorismo instituye el sistema de trabajo parcelado, reforzando la separación de los conceptos y ejecución de un trabajo. Refuerza la división del trabajo intelectual y el trabajo manual, lo que lleva a un control sobre quien ejecuta las actividades.

Las escuelas de Enfermería Nightingale en los Estados Unidos absorben estas ideas y las aplican a la enseñanza de las enfermeras.

En el entrenamiento disciplinario y jerárquico Nightingale ofrece al paciente el mejor cuidado, siendo realizado el entrenamiento de ejecución excelente, de tareas a ser cumplidas con el máximo de economía en tiempo y material. Para eso, se vuelve necesario que el enfermero describa con detalles, como las diversas actividades deben ser desarrolladas, para poder delegar tareas a otros bajo su supervisión, es decir, su control.

La traducción de estilos de pensamiento, en el caso de la gerencia científica propuesta por Taylor y de la especialidad médica, entonces de moda, es asimilada por el estilo de pensamiento de la Enfermería, con todo, tales "traducciones" se dan de forma acrítica, en un ejercicio de praxis reiterativa, literalmente.

---

## LA HERENCIA DEL MODELO NIGHTINGALE EN LA ENSEÑANZA DE ENFERMERIA EN EL BRASIL

---

La Escuela de Enfermeras del Departamento Nacional de Salud Pública - Escuela Ana Neri (1923). Surge como un marco de estructuración en la profesión de Enfermería, en un momento, según PIRES (1989) en que el Estado brasileño emergente instituye sus primeras políticas en el campo de la salud basados en directrices definidas y coordinadas por instituciones de salud específicamente constituidos para instituir, coordinar y ejecutar acciones de salud de carácter colectivo. Las políticas de salud, emanadas de estas instituciones eran las de controlar las grandes endemias y epidemias que colocaban a Brasil en una posición amenazadora al pleno desarrollo del comercio internacional.

El Departamento Nacional de Salud Pública (DNSP) estaba en 1920, a cargo del Dr. Carlos Chagas. En 1921, el Dr. Chagas visita los servicios de salud de los Estados Unidos y se entusiasma con el trabajo profesional de Enfermería, estructurado dentro de los patrones nightingelianos. Creía que el profesional de enfermería era capaz de atender las necesidades más inmediatas de sanar y de salud pública (PIRES, 1989), motivado por lo que vio y creyó, usa todos sus esfuerzos para la implementación del Servicio de Enfermeras de Salud Pública y la creación de una escuela, organizada según el modelo de las escuelas americanas Nightingale.

Organismos internacionales, como la fundación Rockefeller, ayudan al financiamiento del proyecto y envían enfermeras norteamericanas para evaluar la situación de la Enfermería en el Brasil y trazar planos para su organización.

La escuela es creada por el Decreto Nº 16.300/23, juntamente con la aprobación del reglamento del Departamento Nacional de Salud Pública y pasa provisoriamente a funcionar en una casa arrendada próxima al hospital, que servía también de residencia a las alumnas, pues, el curso funcionaba en régimen de internado, según el modelo nightingeliano. Fue emprendido un trabajo de divulgación intenso junto a las familias de elite, buscando romper con el estigma social de la profesión también existente en Brasil.

Para hacer el curso, algunos criterios fueron establecidos como: ser mujer, tener diploma de una escuela normal o institución secundaria equivalente, presentar certificado firmado por el médico del Departamento Nacional de Salud Pública garantizando condiciones de salud física, mental y ausencia de enfermedades contagiosas y defectos

físicos, tener entre 20 y 35 años y presentar referencias de buena conducta (PIRES, 1989).

El curso, según el artículo 400 del Decreto Nº 16.300/23 indicaba fomentar la instrucción teórica y práctica, a ser realizadas simultáneamente, con duración de dos años y cuatro meses, divididos en cinco series (BRASIL, 1974).

Las cuatro primeras series constituían la parte general del curso y eran desarrolladas en dos años y la quinta y última serie con duración de cuatro meses se destinaba a las especialidades: Enfermería clínica, Enfermería de salud pública o administración hospitalaria (BRASIL, 1974).

En lo relativo a la práctica era prevista una jornada de ocho horas diarias, en el Hospital General de Asistencia u otro establecimiento de asistencia. Por lo tanto, las actividades de enseñanza teóricas eran dictadas además de estas ocho horas.

La enseñanza de la Enfermería según el modelo nightingale estaba basado principalmente en las actividades prácticas.

El artículo 414, del mismo Decreto, manda que los primeros cuatro meses de práctica escolar fueran considerados ensayos y la instrucción era principalmente teórica, pero con la suficiente experiencia en Enfermería para permitir a la alumna adquirir la práctica correspondiente a los temas enseñados en clases (BRASIL, 1974).

Esa práctica - ensayo funcionaba como un tiempo preparatorio para su trabajo diario posterior en el Hospital General. El examen consistía en 2 pruebas: una escrita con diez preguntas sobre varios temas y una demostración práctica sobre un determinado punto sorteado en el momento. Si la alumna

era considerada habilitada, continuaba adelante, y si sucedía lo contrario, repetía el curso.

Las alumnas tenían derecho a dos turnos de descanso por semana y una quincena de vacaciones anualmente.

El programa de instrucción comprendía una parte general y una parte especializada.

Se percibe en esta organización curricular, el énfasis en el "arte de enfermería". De acuerdo con ALMEIDA y ROCHA (1989): "las técnicas de Enfermería o el arte, como era llamada, eran el principal conocimiento de enseñanza de la Enfermería, el centro principal de todo el programa educacional". Consecuentemente, la realización de las técnicas de Enfermería, consistían en promover el confort y la seguridad del paciente.

No podemos perder de vista, en esta retrospectiva histórica, que el modelo Nightingale implantado en Brasil derivó de la visión americana del sistema Nightingale, o sea, fuertemente influenciada por los estudios de Taylor sobre la gerencia científica acentuando el trabajo parcelado y los procedimientos técnicos. Los principios de Taylor se dirigían al trabajo de los operarios en la industria americana, todo esto, influyó significativamente la organización del trabajo en los hospitales. Ese sistema, fue incorporado a los patrones del modelo nightingale para la formación de enfermeras y repartido en el Brasil y a otros países, ALMEIDA y ROCHA (1986) dicen que:

"El saber de la enfermera en la mitad del final del siglo XIX y en las primeras décadas del siglo XX, es conocido por la capacidad de desempeñar tareas y procedimientos y éstos son entendidos como el arte de la enfermería que el objetivo de la

enfermería no estaba centrado en el cuidado del paciente, pero si en la manera de ser ejecutada la tarea".

Se percibe entonces, que el estilo de pensamiento traducido en la Escuela de Enfermeras del DNSP no podía dejar de ser el estilo de pensamiento imprimido en las Escuelas nightingale americanas, como un contexto socioeconómico, político y cultural distinto del americano.

La transposición del modelo de enseñanza de modo vertical no permitió, hasta entonces, el surgimiento de un estilo de pensamiento distinto o que traspasase a ese modelo. Por lo tanto, las características del estilo de pensamiento entendido como un conjunto de normas, conocimientos, prácticas y métodos, se ajusta a un énfasis en la conducta moral y disciplinaria de las alumnas; el conocimiento normado en la especialidad médica, en el modelo científico gerencial taylorista, la práctica y los métodos ajustados al modelo de asistencia funcional.

Con la misma estructura, la Escuela de Enfermeras del Departamento Nacional de Salud Pública actúa hasta 1926, cuando por el Decreto N° 17.268/26, pasa a llamarse Escuela de Enfermeras D. Anna Nery, ampliando en ese momento la duración del curso a dos años y ocho meses, manteniendo la enseñanza dentro del ambiente hospitalario y teniendo por objetivo, formar enfermeras para actuar en el campo de la salud pública y en la enseñanza (PIRES, 1989). Por lo tanto, continuando con el mismo estilo de pensamiento, es decir, enfático en la conducta moral, en la disciplina de las alumnas y basado en el modelo asistencial funcional.

La Escuela de Enfermeras Ana Nery pasa a ser considerada escuela oficial modelo de Enfermería, por el Decreto N° 20.109/31, que regula el ejercicio de la Enfermería en Brasil

y fija las condiciones para la comparación de las escuelas de Enfermería con la Escuela Ana Nery. El prestigio de la Escuela aumenta y por estímulo de las enfermeras Ethel Parsons y Edith Fraenkel, un grupo de ex-alumnas en 1926, formó la asociación Brasileña de Enfermeras Diplomadas, hoy es la asociación Brasileña de Enfermería (ABEn). Se destaca la importancia en el seno de esta Escuela, de crear esta organización, que continua siendo uno de los principales canales de intercambio de conocimientos entre la categoría profesional y de expresión de sus necesidades.

Las enfermeras formadas por la Escuela Ana Nery son absorbidas, inicialmente por el servicio de Enfermería del Departamento Nacional y también son colocadas en diversos estados de Brasil, para la enseñanza de la formación de enfermeros y auxiliares de Enfermería.

Con la ley Nº 775/49 se institucionalizan los criterios y el tiempo de formación de los auxiliares de Enfermería, quedando en 18 meses y el curso de Enfermería con una duración de 36 meses.

La práctica y los aprendizajes deberían ser organizados en forma variada con alumnos en servicios hospitalarios, ambulatorios y unidades sanitarias, abarcando "las áreas de clínica médica general, clínica quirúrgica general, clínica obstétrica y neonatal, clínica pediátrica, cocina general de dieta y servicios urbanos y rurales de salud pública" (BRASIL, 1974).

Es importante destacar el uso del término práctica y aprendizaje como si fueran dos situaciones. La práctica, como la demostración de la enseñanza teórica, y la enseñanza, como el período mayor del ejercicio de los alumnos en los servicios de salud.

En esa legislación, aparece de forma más explícita y destacada la enseñanza, dando a la misma una duración mínima de 15 días y abarcando servicios de hombres y mujeres. Además de eso, la enseñanza en el servicio nocturno aparece como obligatorio en un mínimo de siete días y la práctica en servicio de salud pública, con una duración de 3 meses.

La evaluación consistía en la realización de pruebas escritas parciales de cada disciplina y exámenes finales escritos y oral o práctico-oral en las asignaturas que lo componían. Cuando la aprobación dependía exclusivamente de la nota de la práctica, el director podía conceder nuevos cursos fuera del período de vacaciones. Esta oportunidad, sólo podía ser realizada una vez para cada disciplina.

Se puede observar que la nueva legislación proveniente de 1949, comparándola con la de 1923, amplía los contenidos y la duración del curso, respondiendo a cambios impulsados principalmente por el desenvolvimiento de la enseñanza, la que debía abarcar diversas áreas. Entretanto, las especialidades médicas y de nivel curativo, determinan la correspondiente reproducción de actividades de la práctica y de la enseñanza. Esa experiencia, nos hace concebir el estilo de pensamiento vigente todavía en el modelo funcional y en una praxis reiterativa.

La historia de la formación profesional de la Enfermería en Brasil nos puede presentar todavía más elementos, en el intento de comprender mejor la realidad presente y de emprender nuevos esfuerzos en la dirección de una práctica transformadora. Por lo tanto, a continuación hago algunas reflexiones sobre el momento histórico mostrado en este estudio.

---

## REFLEXIONES FINALES

---

Partir del supuesto que la Enfermería es formada por grupos de pensamiento y que cada grupo desarrolla su propio estilo, "que es único, compuesto por el conjunto de normas, conocimientos y prácticas compartidas" (LEWY, 1994).

Se considera la enseñanza en Enfermería una práctica compartida, en la formación del profesional enfermero, en el que es imprimido el estilo de pensamiento entonces presente, en una determinada época histórica y difundida por las Escuelas de Enfermería.

Por el estudio realizado hasta aquí, puede concebirse el estilo de pensamiento de la Escuela de Entrenamiento Nightingale, cimentado en la conducta moral correcta, en el reconocimiento a los niveles jerárquicos de mando y sobretodo en la preocupación en encaminar sus actividades con un conocimiento "traducido" de diferentes estilos de pensamiento.

Florence en su época, establecía de una forma muy peculiar un estilo de pensamiento, que abarca e integra al hombre, a la naturaleza en que vive, su contexto social, económico y cultural, al contexto científico en sus diferentes dimensiones, así como la estética, la ética y la institución.

Podríamos decir, que se trataba de un estilo de pensamiento globalizante, es decir, que intentaba valorar los cuidados como la higiene, alimentación, ventilación, calentamiento, bienestar, entre otros aspectos; con principios científicos desarrollados en el campo de la medicina y estudios epidemiológicos, a los cuales les dedicaba particular interés, los que le revelaron caminos de construcción del conocimiento

en la administración de las instituciones de salud.

Intentar reunir aspectos tan amplios y al mismo tiempo extremadamente particulares a Florence, nos hacen creer que el estilo de pensamiento desarrollado en esa época, sólo podría denominarse estilo de pensamiento "era de Enfermería Nightingale", pues se debe a ella, esencialmente la construcción de ese estilo de pensamiento, evidentemente único por un contexto histórico, social, económico, político, cultural y científico. Este contexto, fue propicio para la traducción de conocimientos y prácticas básicamente de la ciencia médica y de la influencia de la iglesia sobre el sistema de cuidados al ser humano.

Florence, en esas traducciones, lo hace de manera crítica, seria y responsable, transformando ese estilo de pensamiento médico para la Enfermería, separando y ampliando los conocimientos, las prácticas, los instrumentos, los modelos y habilidades.

Al mismo tiempo en que se incorpora la enseñanza de la medicina para la formación y entrenamiento de las enfermeras, es enfática y auténtica en establecer una visión humanista y global de los cuidados. Esa acción llevada a cabo por Florence, explica una praxis transformadora, pues hace uso de un alto grado de conciencia en la cual se vale del esfuerzo de la interpretación de los diferentes estilos de pensamiento que traduce y con los cuales consigue trascender en dirección a una transformación, alcanzando sus metas.

Con relación a la praxis ejercida en la Escuela de Entrenamiento Nightingale para la formación de Enfermeras, no se puede decir lo mismo. Las actividades son normadas y prescritas, acabando con la creación, por lo tanto, la práctica entonces

emprendida era una praxis reiterativa. Pero será que es esto mismo?

Si consideramos que el estilo de pensamiento de la Enfermería fue en gran parte traducido del estilo de pensamiento médico, que el estilo de pensamiento de la era Nightingale avanzó en muchos aspectos y que en la Escuela, ¿el modelo de formación de enfermeras representó un avance para la época, en el cual resultarían tales traducciones para la práctica de la Enfermería?

En el estudio realizado por ALMEIDA y ROCHA (1989) sobre el "conocimiento de Enfermería y su dimensión práctica", los autores hacen un recorrido histórico sobre los modelos de práctica de Enfermería y encuentran en las técnicas de Enfermería la primera expresión del conocimiento de la misma.

Creemos también, que puede ser éste uno de los resultados de las traducciones de estilo de pensamiento, ya que con las técnicas de Enfermería se crea una instrumentalización necesaria para el cuidado de la Enfermería.

Por lo tanto, las técnicas parecen constituir una posible mediación entre los responsables por la formación, los que enseñan, los alumnos y los que aprenden a ejecutar tales actividades.

Frente a estas consideraciones, llegamos a lo que Fleck denomina punto intermedio, es decir, el espacio que posibilita el acceso al conocimiento normatizado que va a dar cierta estabilización del estilo, de determinados

grupos de pensamientos; necesarios para la especificación profesional. Ese espacio al mismo tiempo, posee "fronteras flexibles", permitiendo la interacción entre estilos de pensamientos e innovaciones del conocimiento.

En el proceso de formación del enfermero, en la era de la Enfermería Nightingaliana vamos a encontrar un círculo de regularidades conociendo padrones nightingalianos, donde la rigidez disciplinaria (corporal, moral y espacial) fueron la tónica, sobreponiéndose a la construcción del conocimiento en la Enfermería.

Conviene entretanto averiguar, ¿si es que podría ser diferente el proceso de la Enfermería profesional? y si ¿hubiese encontrado el reconocimiento que obtuvo, difundiendo el sistema Nightingale por innumerables países?. Creo que no.

Con todo esto, las traducciones posteriores que se vienen perpetuando en la formación profesional de la Enfermería, ¿están siendo serias, críticas y responsables?; ¿el conocimiento profesional reunido en el desarrollo de las prácticas podría componerse de "cajas grises y transparentes como objetos fronterizos", posibilitando la transformación del conocimiento y de la práctica en dirección a una práctica transformadora?.

Pienso que no sólo basta creer, es necesario un trabajo de reconstrucción histórica para el delineamiento crítico y consecuente de la formación y práctica profesional que anhelamos ejercer.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, Maria Cecília P. de, Rocha, Juan S. Y. (1989). O saber da enfermagem e sua dimensão prática. 2. ed. São Paulo: Cortez.
- Baly, Mônica E. (1988). Florence Nightingale and nursing legacy. New York: Croon Helm.
- Bardin, Lawrence (1977). Análise de conteúdo. Portugal: Edições 70.
- Brasil, Ministério da Saúde. Fundação Serviços de Saúde Pública (1974). Enfermagem, legislação e assuntos correlatos. Rio de Janeiro: Artes Gráficas da FSESP. v. 3.
- Brown, Pam. Florence Nightingale (1993). The tough british campaigner who was the founder of modern nursing. (People who have helped the world). Great Britain: Exley.
- Colliere, Marie-Françoise (1989). Promover a vida. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Fleck, Ludwik (1986). La génesis y el desarrollo de un hecho científico. Madrid: Alianza Editorial.
- Foucault, Michel (1994). O nascimento da clínica. Tradução de Roberto Machado. 4. ed. Rio de Janeiro: Florence Universitária.
- Germano, Raimunda Medeiros (1993). Educação e ideologia da enfermagem no Brasil. 3. ed. São Paulo: Cortez.
- Leopardi, Maria Tereza (1994). Entre a moral e a técnica: ambigüidades do cuidado de enfermagem. Florianópolis: Ed. da UFSC.
- Marriner, A.D (1989). Modelos y teorías de enfermería. Barcelona: Ediciones Rol S. A.
- Nightingale, Florence (1989). Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é. Tradução Amália Correa de Carvalho. São Paulo: Cortez.
- Passos, Elizete Silva (1996). De anjos a mulheres. Ideologia e valores na formação de enfermeiras. Salvador: EDUFBA/EGBA.
- Piers, Denise (1989). Hegemonia médica na saúde e a enfermagem. São Paulo: Cortez.
- Silva, Graciette Borges da (1989). Enfermagem profissional: análise crítica. 2. ed. São Paulo. Cortes.
- Sousa, Maria do Socorro B. de (1996). A formação do enfermeiro no Pará: passado e presente 1942-1981. Rio de Janeiro: Tese de Doutorado EEAN (UFRJ).
- Vazques, Adolfo S. (1990). Filosofia da práxis. 4. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra.