

# Associação Nacional de História – ANPUH

## XXIV SIMPÓSIO NACIONAL DE HISTÓRIA - 2007

### A Educação Sanitária e a Formação das Profissionais em Saúde Pública\*

Lina Faria\*

#### Resumo

Este é um estudo sobre a história da formação de Educadoras Sanitárias e Enfermeiras de Saúde Pública na primeira metade do século 20 aos dias atuais. A sociologia histórica proporciona um instrumental teórico e metodológico fundamental para a análise e interpretação das relações entre instituições, poder e identidades profissionais e, neste sentido, permitirá que se estude o processo de demarcação de um território de decisões e de atuação feminina que não constituiu simples poder delegado pela profissão médica. O movimento de reconfiguração do campo da saúde pública no Brasil buscou instaurar novas práticas e concepções, ao mesmo tempo em que passou a exigir o concurso de novos agentes, acentuando-se a especialização em saúde pública ou higiene.

**Palavras-chave:** Sociologia das Profissões; Identidade Profissional; Gênero.

#### Abstract

This is a study about women as health educators and public health nurses in the first half of the 20th century in Brazil. Historical sociology, as a methodological and theoretical tool, will guide our analysis of the relations among institutions, professional power, and identities, highlighting the ways through which women professionals were capable of creating their own territory of autonomous action. In Brazil, the configuration of the public health field since the early 1920s was intimately associated with nation-building processes, and demanded new professionals for traditionally female occupations.

**Keywords:** Sociology of Professions; Professional Identity; Gender.

#### Apresentação

Este trabalho busca estudar um capítulo importante da institucionalização da ciência aplicada no Brasil, à luz da interpretação histórico-sociológica. A formação profissional no Brasil, particularmente a formação de educadoras e enfermeiras de saúde pública nas primeiras décadas do século passado aos dias atuais, é um campo fecundo para professores, pesquisadores e alunos interessados na Sociologia e História das Profissões em Saúde, das Políticas Públicas e da Cooperação Internacional. Estes campos demandam diferentes recortes analíticos e uso das mais variadas fontes documentais. Trata-se de campos ainda pouco explorados, mas com grandes possibilidades, diante dos inúmeros laboratórios, oficinas e núcleos de pesquisa histórica criados nos últimos anos e difundidos nacionalmente.

---

\* Trabalho preliminar, favor não citar sem autorização da autora.

\* Historiadora, Doutora em Saúde Coletiva (Uerj), com Pós-doutorado em Política Científica e Tecnológica (Unicamp/Fapesp). Pesquisadora Associada ao Projeto Nacionalismo e Internacionalismo em Saúde IMS/Uerj. Autora de estudos, publicados em revistas indexadas, sobre a reforma sanitária no Brasil, a formação da Enfermagem e a Cooperação Internacional em saúde. Seu livro mais recente é *Saúde e Política: a Fundação Rockefeller e seus parceiros em São Paulo*, Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2007. E-mail: [linafaria@ims.uerj.br](mailto:linafaria@ims.uerj.br).

Uma história da formação de Educadoras Sanitárias paulistas (“normalistas” com treinamento em saúde pública, no Serviço Sanitário de São Paulo, desde a década de 1920) e de Enfermeiras de Saúde Pública paulistas e fluminenses (profissionais diplomadas) é um desafio para o estudo de identidades profissionais, pois estas profissões emergentes demarcam um território de decisões e de ação que não constitui simples “poder delegável ou delegado” pela profissão médica. O que se passava em São Paulo e na antiga Capital Federal acarretava efeitos importantes para outras regiões do país, a exemplo dos Estados do Rio Grande do Sul, Pernambuco e Minas Gerais. À medida que o movimento de configuração do “campo sanitário” buscava instaurar novas práticas e concepções, exigia, ao mesmo tempo, o concurso de novos agentes, acentuando-se a especialização em saúde pública ou higiene. A formação dessas novas profissionais brasileiras e a difusão da educação sanitária eram feitas nos cursos de higiene e saúde pública oferecidos pelo Instituto Oswaldo Cruz e pela Escola Anna Nery no Distrito Federal, pelo Instituto de Higiene de São Paulo (mais tarde, Faculdade de Saúde Pública da USP), pela Faculdade de Medicina da USP, pela formação no exterior e também por treinamento em serviços ou departamentos estaduais e federais.

A contribuição do trabalho é particularmente relevante, a nosso ver, por resgatar um modelo de profissionalização baseado na “feminização” da atenção ao paciente e às famílias. Atento a descobrir a face de subordinação hierárquica ao poder médico, o trabalho procurará também investigar o surgimento de espaços de autonomia, ou de “graus de liberdade” de atuação, seja no interior dos hospitais ou no trabalho de visitação às famílias ou comunidades. O associativismo, no caso da Enfermagem, foi desde cedo, na década de 1920, um elemento importante para defender e configurar um espaço profissional autônomo para as enfermeiras. Já naquela época, como em nossos dias de maneira renovada pelo Programa de Saúde da Família, a educação sanitária era o elemento-chave para a formação de uma *consciência sanitária* da população (CASTRO SANTOS e FARIA, 2005).

O interesse do trabalho, além do que nos parece ser a relevância do ponto de vista historiográfico e sociológico (até o momento um campo de “segunda classe” na literatura sociológica e na historiografia nacional, diferentemente do que se passa no exterior, onde o tema tem lugar de destaque)<sup>1</sup>, também traz à tona questões atuais de construção de identidade profissional nas profissões de saúde: as educadoras sanitárias de então, por serem profissionais de formação considerada “incompleta” por suas colegas enfermeiras (estas,

---

<sup>1</sup> Ver Buhler-Wilkerson, 1983 e Fox e Messikomer, 1991.

aptas não somente para o trabalho das visitadoras, mas igualmente para o trabalho hospitalar), podem ser comparadas às Agentes Comunitárias de Saúde (inicialmente uma atividade feminina), nos tempos atuais. As questões de conflito de autoridade no interior da própria atividade do Cuidar, antes como hoje em dia, afloram entre Enfermeiras e Educadoras Sanitárias, no passado, e entre Enfermeiros e Agentes Comunitários, nos dias de hoje.

Como parte do objetivo mais geral do trabalho, a concepção dos centros de saúde recebe atenção especial, pois possibilitavam maior proximidade dos novos profissionais da saúde com as classes populares das cidades e do campo, em grande parte afetada por epidemias. Nosso duplo interesse, pela educadora visitadora e pela enfermeira de saúde pública, se estende aos dois cenários -- ao Centro de Saúde e ao trabalho de campo. Note-se que foi a necessidade premente de enfermeiras para trabalhar nas campanhas sanitárias e a longa duração do curso de enfermagem, que conduziram à criação do Curso de Educação Sanitária, com requisitos menos exigentes de formação. Esse curso tinha duração de um ano e seis meses e buscava oferecer experiência teórica e prática às visitadoras. Aos poucos, as visitadoras de higiene foram sendo substituídas por enfermeiras, a partir da segunda metade dos anos de 1940. Mas, foi indiscutível a importância das visitadoras na saúde pública nacional. Os centros de saúde e postos de higiene dispunham de número igual de médicos e visitadoras e a falta de visitadoras (neste caso, enfermeiras ou educadoras) em um centro ou posto já os caracterizava como “subposto”.

O debate sobre a formação do campo da enfermagem, como profissão “feminina”, remete diretamente aos pressupostos tradicionais sobre o gênero, desde o século XIX. O trabalho busca justamente discutir tais pré-noções, relacionadas a supostas diferenças nas capacidades emocionais e intelectuais, bem como em relação às habilidades físicas. Por outro lado, procurar-se-á também revelar esse campo emergente das profissões como uma área em que – apesar da subordinação de gênero – a mulher pôde afirmar-se fora do circuito maternal, familiar ou doméstico. As primeiras lideranças da Enfermagem Moderna, particularmente na Europa, souberam captar tais dilemas. Ainda que fossem conhecidas pelas profissões dominantes como “quase-profissionais”<sup>2</sup>, em razão da falta de autonomia ou da subordinação a outros profissionais, as discípulas de Florence Nightingale sabiam que, ao assumirem papéis antes desempenhados pelos homens, um novo campo de auto-afirmação feminino se abria (SCHULTHEISS, 2001: 126; PAICHELER, 1995: 5-10).

---

<sup>2</sup> Sobre este tema, consultar Freidson, 1975.

As lutas e negociações que se desdobram, em nossos dias, em vários países, revelam problemas **entre** as profissões e **no interior da** própria profissão. No Brasil, a esses problemas somam-se dilemas típicos do corporativismo particularista, tais como o autoritarismo sindical dos Conselhos “classistas”. É importante contrastar tais dilemas com as lutas profissionais de caráter mais universalista, que ocorreram especialmente nos Estados Unidos no início do século XX. Ali, diferentemente da Inglaterra, as enfermeiras cedo criaram suas próprias organizações profissionais e fizeram o recrutamento em bases mais abrangentes do que as “well-born ladies”, as moças “bem nascidas”, educadas nos hospitais de Londres (DAVIES, 1983). Na América Latina, a crescente urbanização a partir das primeiras décadas do século XX, o aparelhamento do Estado, as ideologias de modernização e de construção nacional e o surgimento das grandes epidemias nos campos e nas cidades criaram novas possibilidades para as educadoras e enfermeiras de saúde pública e, neste aspecto, para o trabalho feminino.

No cenário brasileiro, a partir do final dos anos de 1920, a educadora sanitária e a enfermeira de saúde pública vão adquirindo prestígio profissional, cada vez mais reconhecidas como atores importantes nos serviços de saúde pública. Seu espaço diante da autoridade médica, ainda que reduzido, tinha status legítimo. Isto se devia, em parte, por terem conseguido reivindicar algum monopólio sobre uma área do conhecimento - a “educação sanitária” -, particularmente por sua atuação nos centros de saúde, postos de higiene e atividades de visitação (FARIA, 2006). A história que pretendemos contar é tanto mais estimulante porque sugere que os desafios atuais para a Enfermagem – provocados pelas “novas epidemias”, como a Aids e outras síndromes das metrópoles modernas, ou pela emergência dos “cuidados paliativos” na morte hospitalar – nos trazem de volta às necessidades da Educação e do Agir Comunicativo, à importância do ouvir e da intuição, fundamentais, hoje como ontem, para o exercício pleno do Cuidar (MENEZES, 2004; GUIMARÃES, 2006).

### **A formação de uma identidade profissional**

A autonomia do campo é condição para a livre atividade científica, inclusive para o desenvolvimento de práticas sociais inovadoras, como substância e produto da ciência aplicada. A especificidade histórica da divisão do trabalho ‘profissional’ em relação à divisão ‘social’ do trabalho envolve, na concepção clássica de Durkheim, a autoridade do saber, o monopólio sobre uma área do conhecimento e uma deontologia que, ao tempo que une os

praticantes em torno de um conjunto de preceitos e condutas éticas, assegura-lhes condições de coesão associativa e controle ou avaliação da atuação de seus membros (DURKHEIM, 1977; BOUDON e BOURRICAUD, 1993:179-184; 451-454). Esses fatores distinguem e hierarquizam as ocupações. O sociólogo Eliot Freidson (1975, 1998) considera a autonomia um atributo relevante para o poder de uma profissão, porque é esta autonomia que confere prestígio e status aos profissionais.

Freidson, um notável estudioso das profissões, entretanto não chegou a perceber aquilo que a literatura mais recente sobre a enfermagem nos países centrais já vem destacando<sup>3</sup>, isto é, o crescimento do espaço de autonomia profissional de enfermeiras e enfermeiros a partir do surgimento da AIDS. Mas os desafios à posição subalterna da Enfermagem na verdade não vêm de hoje, mas antecedem a trágica eclosão da AIDS. É nesse sentido que devemos entender a luta das educadoras sanitárias desde tão cedo, no Brasil, bem como das enfermeiras de saúde pública, pelo reconhecimento desse novo campo de conhecimento, que incorpora saberes das ciências biomédicas e das ciências sociais, na “arte e técnica” do cuidar.

Eliot Freidson (1975) define os parâmetros canônicos sobre os processos de conquista de autonomia pelas ocupações de saúde, incluindo aquelas às quais chama, a nosso ver de modo esquemático, de ocupações “paramédicas”. Freidson inclui, entre tais processos, o controle total sobre uma determinada área de trabalho, “que pode estar separada do corpo principal da medicina e praticada sem o contato rotineiro ou dependência em relação à medicina”. No entanto, afirmava ele, “poucas ocupações paramédicas lidam com áreas (...) potencialmente autônomas” (1975: 69). Para Freidson, mesmo uma ocupação “full-fledged”, em pleno vigor, como a Enfermagem, que pôde ter suas próprias escolas de treinamento, seus próprios serviços em um hospital ou, ainda, controlar as instâncias de regulamentação de exercício profissional, subordina-se em autoridade, responsabilidade, autonomia e prestígio à medicina. Isto acontece porque boa parte de seu trabalho é exercida em clínicas e hospitais (FREIDSON, 1975: 63-66).

Freidson classifica como “paramédicas” as ocupações basicamente controladas por médicos. Este controle se manifesta de várias formas: uma primeira refere-se à aquisição de conhecimento. Segundo o autor, grande parte do conhecimento técnico adquirido pelos “paramédicos” durante seu treinamento e, mais tarde, utilizado em seu trabalho rotineiro, passa, necessariamente, pela supervisão e aprovação dos médicos. Uma segunda forma de

---

<sup>3</sup> Veja-se o trabalho inspirado de Renée C. Fox e Messikomer, 1991.

controle diz respeito à atuação profissional. Em geral, as tarefas de diagnóstico e tratamento são realizadas exclusivamente pelo médico (1998: 48-50).

Entretanto, os pontos levantados por Freidson não contemplam os desafios postos pelo surgimento da AIDS. No próprio hospital – terreno em que a supremacia médica seria inconteste – as necessidades do cuidar e a impossibilidade de cura imediata, além da disseminação dos cuidados paliativos a pacientes terminais, estão expandindo os espaços de legitimidade e independência das profissionais enfermeiras. (Frisamos o substantivo no feminino, pois essa ainda se revela uma profissão típica de recrutamento feminino).

Freidson aceita que vários serviços realizados por “paramédicos” são úteis para os médicos e necessários para a sua prática, mesmo representando uma ameaça à sua autonomia. O autor cita o exemplo do farmacêutico, que vem se tornando uma ocupação competitiva em relação à prática médica. Mas não explora a fundo essas situações aparentemente excepcionais, deixando de revelar suas implicações para a própria análise da autonomia e, em especial, para a questão de gênero. Mesmo o território do hospital, cidadela típica do poder médico, já revelava concessões importantes para a Enfermagem há várias décadas, particularmente em países do Terceiro Mundo.

Questões particularmente sensíveis se colocam no caso da enfermagem de saúde pública. A nosso ver, essa ocupação possui graus de autonomia não previstos na formulação de Freidson. Mais ainda do que enfermeiras em hospitais ou clínicas dedicadas a pacientes com moléstias crônicas, a enfermeira de saúde pública vem conquistando expressiva autonomia funcional. Em vários casos, seu trabalho pode ser executado independentemente da supervisão do médico ou de instituições, como, por exemplo, na realização de exames clínicos, na aplicação de vacinas, nas visitas domiciliares, na organização de cursos em educação sanitária, no diagnóstico e tratamento de doenças como a tuberculose, na “consulta de enfermagem” e, até mesmo, na prescrição de medicamentos<sup>4</sup>. Esta autonomia, neste caso, tem limites que são os mesmos existentes para um médico sanitário quando ambos - enfermeira e sanitário - pertencem aos quadros de um serviço sanitário ou de uma secretaria de saúde. No Brasil, o trabalho da enfermagem de saúde pública, que supervisiona o Programa de Agentes Comunitários da Saúde, e sua participação destacada no programa de Saúde da Família, indicam um grau de autonomia sem precedentes.

Freidson argumentaria que o trabalho das educadoras sanitárias e das enfermeiras diplomadas em saúde pública seria apenas um primeiro passo na direção da conquista da

<sup>4</sup> Sobre este tema, consultar o trabalho de Ieda de Alencar Barreira (Barreira, 1975: 76-94).

autonomia profissional, pois o reconhecimento profissional vincula-se também à organização social do campo. Mas mesmo sob esse ângulo, diríamos nós, os centros de saúde têm sido, desde 1925 no Brasil, um local privilegiado de treinamento e credenciamento – independentes, em larga medida, dos hospitais. Nos centros e postos de saúde foram criadas condições para realização do trabalho multiprofissional e, particularmente, para a realização do trabalho de enfermagem e educação sanitária. Freidson insistiria que era preciso mais: faltaria ainda o apoio da sociedade e do Estado. Na organização formal de uma profissão, é imprescindível o apoio destes dois setores às profissões, porque é este apoio que irá conferir prestígio e reconhecimento (1998: 3-46). Mas tomemos, novamente, o exemplo brasileiro (que reproduz, com maior ou menor nitidez, o panorama europeu e norte-americano). No Brasil, como também no continente europeu, o período entre 1918 e início dos anos 30 foi marcado pelo maior interesse da população em relação à saúde pública e pela crescente participação do Estado na formulação e condução de políticas para o setor. Freidson possivelmente aceitaria nossa argumentação: tínhamos, aqui, a presença dos dois ingredientes fundamentais. De um lado, a saúde pública transformou-se em questão nacional - envolvia parcelas amplas da sociedade – e, de outro, a atuação do Estado firmava-se na área de saneamento rural. Este cenário foi bastante favorável para o desenvolvimento da saúde pública no país, brotando do germen inicial de São Paulo e Rio de Janeiro e criando, neste mesmo compasso, condições favoráveis para o prestígio e reconhecimento das profissões emergentes e para a entrada da mulher na área da saúde. Aos poucos, ampliava-se seu espaço de atuação, num universo onde o poder masculino ditava as regras e se fazia ainda ostensivamente presente.

### **Referências bibliográficas:**

- BARREIRA, I. A. Estudo exploratório sobre a consulta de enfermagem, Rio de Janeiro: *Revista Brasileira de Enfermagem* (28). Pp. 76-94, 1975.
- BOUDON, R. e F. BOURRICAUD. *Dicionário Crítico de Sociologia*. Consultoria e revisão técnica de Régis de Castro Andrade. Tradução de M. L. Guedes Alcoforado e D. Ártico, de *Dictionnaire Critique de Sociologie*. São Paulo: Ática, 1993.
- BUHLER-WILKERSON, K. False dawn: the rise and decline of public health nursing in America, 1900-1930. In LAGEMANN, E. C. (ed.), *Nursing history: New perspectives, new possibilities*. North Tarrytown: Rockefeller Archive Center & New York: Teachers College Press, Columbia University. New York and London, 1983.

- CASTRO SANTOS, L. A. e FARIA, L. A. Cooperação Internacional e a Enfermagem de Saúde Pública no Rio de Janeiro e São Paulo. *Horizontes* (CDAPH: Universidade São Francisco), Bragança Paulista. Vol. 22 (2), julho/dezembro. Pp. 123-148, 2005.
- DAVIES, C. Professionalizing Strategies as Time-and Culture-Bound: American and British Nursing, Circa 1893. In LAGEMANN, E. C. (ed.) *Nursing History. New Perspectives, New Possibilities*. North Tarrytown: Rockefeller Archive Center & New York: Teachers College Press, Columbia University. New York and London, 1983.
- DURKHEIM, E. *A divisão do trabalho social*. Primeira edição francesa, 1893. São Paulo: Martins Fontes, 1977.
- FARIA, L. “Educadoras sanitárias e enfermeiras de saúde pública: identidades profissionais em construção”. São Paulo, Campinas: *Cadernos Pagu*, (27), julho-dezembro. Pp. 173-212, 2006.
- FOX, R. e C. MESSIKOMER. “The culture of caring: AIDS and the nursing profession”. In D. Nelkin, D. P. Willis & S. Parris (eds.), *A disease of society: Cultural and institutional responses to AIDS*, Cambridge University Press, 1991.
- GUIMARÃES, M. B. A intuição na clínica: construção de elos entre a razão e a emoção. In Vasconcelos, Eymard Mourão (org.), *A espiritualidade no trabalho em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2006.
- FREIDSON, E. *Profession of Medicine. A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. New York: Dodd, Mead & Company, 1975.
- FREIDSON, E. *Renascimento do profissionalismo*. Tradução do inglês, Celso Mauro Paciornik. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1998.
- MENEZES, R. A. *Em busca da boa morte: A Antropologia dos Cuidados Paliativos*. Rio de Janeiro: Garamond; Ed. Fiocruz, 2004.
- PAICHELER, G. Présentation. Les professions de soins: territoires et empiètements. *Sciences Sociales et Santé*. Paris: Editions John Libbey Eurotext, vol. 13, (3). Pp. 5-10, 1995.
- SCHULTHEISS, K. *Bodies and Souls. Politics and the professionalization of nursing in France, 1880-1922*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, 2001.