

Breve História das Disputas em torno do Processo de Regulamentação Profissional e Educacional das Profissões em Saúde: do Brasil Colonial à Primeira República

Júlio César França Lima

Este artigo trata da regulamentação educacional e profissional das profissões em saúde, com ênfase nas profissões técnicas médias, desde o período colonial até o advento da República no Brasil. Comumente o uso da palavra regulamentação nas línguas de origem latina remete para a “ação ou efeito de regulamentar ou sujeitar determinados campos da atividade humana a regulamentos, normas, leis, regras explícitas, etc.” (Girardi, s.d.: 51). Aqui está sendo entendida como um aspecto relacionado à qualificação profissional dos trabalhadores, na medida em que a noção de qualificação em geral, e especificamente a qualificação profissional, se estabelece e se desenvolve a partir de uma relação social complexa.

Essa noção não se origina com o capitalismo, mas é a partir desse modo de produção da existência que a qualificação passa a ser quantificada. Em outras palavras, “as qualidades das pessoas passam a ser avaliadas economicamente, por meio de processos sociais de hierarquização que transformam essas qualidades em quantidades” (Tartuce, 2007: 48). É no período da manufatura que a matriz dos ofícios começa a desaparecer, surgindo a matriz das qualificações, a partir do processo de redução do trabalho complexo em trabalho simples. O primeiro caracteriza-se por ser um tipo de trabalho de natureza especializada, ou seja, que requer maior tempo de formação para a sua realização, ao passo que o segundo se caracteriza por ser de natureza indiferenciada, ou seja, dispêndio da força de trabalho que “todo homem comum, sem educação especial, possui em seu organismo” (Marx, 1988: 51). Na forma particular que assume o processo de trabalho e de produção no capitalismo,

ambos os conceitos são, ao mesmo tempo, produção de valor de uso e produção de valor.

Nesse movimento, o capital passa a hierarquizar, de acordo com as suas necessidades, as exigências da força de trabalho parcial,¹ tanto em função do uso da força e de maior ou menor habilidade necessária quanto da atenção mental requerida em cada operação manual. É um processo que vai destruindo a hierarquização pela perícia dos ofícios existentes até então na sociedade, criando uma hierarquia de qualificações, que se desdobra em uma hierarquização de salários, dividindo os trabalhadores em qualificados e não qualificados.

Dessa forma, o conceito de qualificação se complexifica, passando a designar, ao mesmo tempo, seja o aspecto hierárquico das estruturas sociais, produzindo as hierarquias profissionais, seja o julgamento social sobre o valor comparado dos trabalhos e das capacidades, produzindo as hierarquias salariais, ambas recobertas pelas avaliações sociais mais amplas. Diante disso, Naville (*apud* Tartuce, 2007: 52 – grifos do autor) vai dizer que a qualificação deve ser considerada fundamentalmente como uma “*uma relação entre algumas operações técnicas e a estimativa de seu valor social*”.

Como esse processo é concomitante ao que separa o trabalhador do produto do seu trabalho, surgirá uma diferenciação entre a qualificação do trabalhador e a qualificação do posto de trabalho. Consequentemente a escola, e não mais o espaço da produção, passa a ser – principalmente a partir da Revolução Industrial iniciada no final do século XVIII – o local de formação. Como nota Saviani (2007: 159),

[a] introdução da maquinaria eliminou a exigência de qualificação específica, mas impôs um patamar mínimo de qualificação geral, equacionado no currículo da escola elementar. Preenchido esse requisito, os trabalhadores estavam em condições de conviver com as máquinas, operando-as sem maiores dificuldades. Contudo, além do trabalho com as máquinas, era necessário também realizar atividades de manutenção, reparos, ajustes, desenvolvimento e adaptação a novas circunstâncias. Subsistiram, pois, no interior da produção, tarefas que exigiam

¹ Refere-se à fragmentação de uma especialidade produtiva em numerosas operações limitadas, de modo que o produto resulta de uma grande quantidade de operações executadas por diversos trabalhadores.

determinadas qualificações específicas, obtidas por um preparo intelectual também específico.

Assim, sempre definida pelas necessidades do processo produtivo, a formação para o trabalho passou a ser realizada tanto no âmbito das empresas quanto no interior dos sistemas de ensino, que sob a base comum da escola primária se bifurcaram em escolas de formação geral e escolas profissionais ou técnicas. Ao mesmo tempo, a divisão da sociedade entre proprietários e não proprietários dos meios de produção determinará uma concepção burguesa de educação que também divide os homens em dois campos:

aquele das profissões manuais para as quais se requeria uma formação prática limitada à execução de tarefas mais ou menos delimitadas, dispensando-se o domínio dos respectivos fundamentos teóricos; e aquele das profissões intelectuais para as quais se requeria domínio teórico amplo a fim de preparar as elites e representantes da classe dirigente para atuar nos diferentes setores da sociedade. (Saviani, 2007: 159)

É a partir desse enquadramento teórico-metodológico que estamos entendendo o processo de regulamentação educacional, assim como a regulamentação do exercício profissional das profissões em saúde. Longe de ser uma simples operação técnica, essas regulamentações estão envolvidas em processos históricos, sociais, políticos, econômicos, ideológicos e culturais pautados por confrontos travados entre grupos sociais divergentes no interior da sociedade e na relação capital-trabalho, mas que a extrapolam, pois que envolvem o reconhecimento ou valor social da atividade e também disputas entre categorias profissionais e, no interior das categorias, na definição de quem é (ou não) qualificado para exercer determinadas atividades em saúde. Como aponta Castro (1993: 217),

Cabe pensar que os padrões de qualificação são, a um só tempo, resultado e processo. Como resultado, eles se expressam em qualidade ou credenciais que os indivíduos são possuidores. Mas não se deve esquecer que esta aquisição é socialmente construída: ela resulta de processos artificiais de delimitação e classificação de campos, irredutíveis em sua riqueza empírica à mera escolarização alcançada ou aos treinamentos em serviço.

Cultura Escravocrata e Qualificação Profissional em Saúde

A formação para o trabalho no Brasil, atualmente designada educação profissional, tem uma longa trajetória que remonta ao período colonial-escravista. No contexto do capitalismo comercial que então se expandia para ‘lugares de além-mar’ – atraído inicialmente pela exploração econômica de madeiras extraídas pelos índios; depois pela agroindústria açucareira com a utilização de trabalho escravo, a partir da primeira metade do século XVI; e mais tarde pela exploração da atividade extrativa nas Minas Gerais, no século XVIII –, os estudos apontam para diversas iniciativas vinculadas ao processo de aprendizagem e regulamentação dos ofícios mecânicos² voltados para o trabalho manufatureiro e o trabalho em saúde no país (Cunha, 2000a; Martins, 2008; Pires, 1989).

Os primeiros registros da existência de oficiais mecânicos no período colonial revelam que estes vieram com as primeiras expedições com o objetivo de auxiliar na montagem do aparato da colonização, principalmente a partir de 1549.

Esses oficiais mecânicos estavam vinculados à Companhia de Jesus e o desempenho dos ofícios era de responsabilidade dos jesuítas. Na Companhia eles se dividiam em duas espécies de ofícios: os *ofícios domésticos comuns* e os *ofícios mecânicos* – alfaiates, sapateiros, pedreiros, barbeiros, ferreiros, torneiros, carpinteiros ou entalhadores, livreiros, encadernadores, agricultores, enfermeiros, cirurgiões, construtores navais e outros. (Martins, 2008: 29 – grifos da autora)

O aprendizado dos ofícios manufatureiros era desenvolvido na maioria das vezes no próprio ambiente de trabalho, sem padrões ou regulamentações, sem atribuições de tarefas próprias para os aprendizes, tal qual os organizados nos engenhos, na mineração, na construção naval e nos colégios dos jesuítas. Na outra ponta, destacam-se aqueles organizados como ofício-corporação, também denominados ofícios embandeirados ou ofícios-profissões – como os de carpinteiros, alfaiates, sapateiros, pedreiros, ferreiros e outros. Essa típica organização pautada pelo modelo corporativo da metrópole portuguesa, com suas regula-

² Refere-se ao trabalho manual ou à atividade considerada inferior e indigna dos homens livres, principalmente no âmbito de uma sociedade colonial-escravista, em oposição aos ofícios liberais considerados mais nobres e vinculados mais diretamente ao trabalho intelectual.

mentações e exigências de profissionalização, foi extinta pela constituição de 1824 do nascente império do Brasil.

A formação para o trabalho em saúde tem uma trajetória similar, mas detém especificidades. É similar no sentido de que a aprendizagem dos ofícios em saúde durante os três primeiros séculos da colonização brasileira (XVI-XVIII) ocorre majoritariamente no próprio ambiente de trabalho e/ou via tradição oral. Em contrapartida, diferentemente dos ofícios manufatureiros ou industriais, na sua maioria não se organizam em ofícios embandeirados, talvez “por serem praticados exclusivamente por escravos, como os de sangrador e de parteira” (Cunha, 2000a: 48).

O uso de mão de obra escrava (índio e negro) não foi exclusivo dos ofícios em saúde: ao contrário, generalizou-se no Brasil colonial. Por isso mesmo, o sistema escravocrata deixou profundas marcas na construção das representações sobre o trabalho no país. De uma atividade social e humana, todo e qualquer trabalho que exigisse esforço físico e manual passou a ser considerado um ‘trabalho desqualificado’, ‘coisa de escravos’, um ‘trabalho aviltante’, quando a exploração do escravo é que o era. A cultura escravocrata afastou os homens livres do trabalho manual, mesmo aqueles mais próximos dos escravos, como os mestiços e brancos pobres, ao mesmo tempo que determinou que algumas corporações baixassem normas rigorosas impedindo o emprego de escravos, procurando assim ‘branquear’ o ofício e eliminar as ambiguidades de classificação social.

Portanto, a aprendizagem sistemática de ofícios manufatureiros, assim como dos ofícios das artes de curar, não tomou, na Colônia, a forma escolar. Em outras palavras, não havia escolas formais para habilitar uma pessoa nos diversos ofícios então existentes. A formação se realizava pelo sistema mestre-aprendiz, que se caracterizava por ser um processo não sistemático, a partir do trabalho de um jovem aprendiz junto ao seu mestre, no próprio local de trabalho, com seus próprios instrumentos, ajudando-o em pequenas tarefas que lhe são atribuídas de acordo com a lógica da produção. Dessa forma, aos poucos, o aprendiz vai dominando o ofício ou a arte de curar segundo o tempo de formação prática (Cunha, 2000a; Pires, 1989; Manfredi, 2002).

Em relação à regulamentação profissional dos ofícios em saúde, o sistema existente durante todo o período colonial-escravista reproduzia

aquele da metrópole portuguesa. O candidato interessado era examinado por uma banca, composta de físicos e cirurgiões licenciados em Portugal. “Os barbeiros eram examinados e licenciados para atos específicos, como: sangria, sarjação, aplicação de ventosas e arrancamento de dentes” (Pires, 1989: 33). Baseada na Carta Régia de 9/11/1629, emitida pelo cirurgião-mor do reino de Portugal para o licenciamento de barbeiros, sangradores, cirurgiões e parteiras, entre outros, Carvalho (2003) diz que para se submeter ao exame o candidato tinha que comprovar dois anos de prática e pagar uma taxa para os examinadores e outra pela carta de licença. Machado e colaboradores (1978) referindo-se à habilitação dos ‘cirurgiões práticos’ afirmam que era exigido do candidato comprovação de serviço durante alguns anos no hospital da Santa Casa de Misericórdia, ou o acompanhamento de algum médico, além da realização dos exames. Em todos os casos, segundo Carvalho (2003), se aprovado, a documentação era encaminhada para Lisboa, a fim de ser emitida a licença pelo cirurgião-mor.³ No país, apenas no século XVIII é criada uma representação institucional com a criação do cargo de comissário. É a partir dessa época que se começa a colocar em prática o ‘Regimento do Físico-Mor do Reino’, que estabelece as atividades do físico e do cirurgião-mor, bem como a nomeação de juntas examinadoras para concessão de ‘cartas de examinação’.

Nessas condições, Carvalho (2003) e Pires (1989) concordam que a regulamentação profissional no Brasil Colônia existia apenas oficialmente. Além de ser um processo demorado e acessível somente àquele que auferia rendas para se habilitar, na prática não havia fiscalização. Os físicos – os médicos da época –, em número reduzido, residiam nas principais vilas e cidades atendendo nos domicílios a quem podia pagar, e existiam inúmeros praticantes ilegais que eram reconhecidos socialmente a depender dos sucessos e insucessos da sua prática.

Além da precariedade da fiscalização exercida pela pouca penetração em todo o território e pela pouca disponibilidade de profissionais qualificados formalmente, [o reconhecimento social], a respeitabilidade e o crédito popular no profissional

³ Em Portugal, o cargo de cirurgião-mor foi criado em 1260. Em 1392, foi criado o de físico-mor. Entretanto, apenas em 1430 um alvará assinado por D. João I regulariza o exercício da medicina clínica e determina que para exercer a profissão era necessário obter autorização do físico-mor. De início, ao cirurgião-mor cabia a fiscalização do exercício dos físicos e cirurgiões e chefiar os cirurgiões da tropa. Depois o físico-mor assumiu a responsabilidade pela fiscalização da medicina clínica e farmácia, bem como pelo exame dos postulantes ao título e a expedição do diploma de habilitação (Pires, 1989).

não se davam pelo fato de ele possuir ou não a carta de exame ou diploma legal e sim pela constatação da eficiência da prática exercida, chegando até a ocorrerem manifestações populares, demonstrando a sua preferência aos práticos ou entendidos, mais que aos diplomados. (...) Estes fatos levantam a questão do papel terapêutico da relação terapeuta-cliente, em que o crédito popular nos práticos vinha da confiança que inspiravam no grupo social do qual faziam parte, do conhecimento mútuo da realidade do grupo e da constatação da eficiência das técnicas e medidas empreendidas por eles. (Pires, 1989: 45)

Durante o período colonial-escravista havia pouca relação entre os diversos ofícios em saúde; eles eram independentes um do outro, inclusive exercendo ações que não eram somente as definidas como típicas do seu ofício, mas de acordo com as necessidades. Os cirurgiões-barbeiros, por exemplo, os maiores concorrentes dos físicos, podiam ser físicos, barbeiros, cirurgiões, enfermeiros, boticários, dentistas ou parteiros. Já existia uma divisão entre trabalho intelectual e trabalho manual, ou entre físicos e os outros ofícios. Os primeiros, formados em Portugal e Espanha, praticavam a clínica e o exercício liberal da medicina, tinham maior *status* e poder determinado pela articulação social que estabeleciam com o clero, os grandes proprietários de terra e a incipiente burocracia estatal. Ademais, eram detentores de um saber teórico filosófico-místico-universalista estruturado nas mesmas bases das escolas europeias, com direito de emitir parecer sobre as ações de todos os demais praticantes. Os segundos, que representavam a grande parcela dos praticantes de saúde, licenciados (ou não) em Portugal ou no Brasil, frequentemente não tinham nenhuma escolaridade, eram de origem social baixa, havendo escravos e pretos forros entre eles, e exerciam ações de base operacional e manual,⁴ mas acabavam praticando toda a medicina em razão da escassez de físicos. Para Cunha (2000a: 22) “[competindo] com os médicos (formados em faculdades), diminuíam o prestígio destes, conspiravam contra sua pretensão de remuneração ‘compatível’ com sua formação e dificultavam o reconhecimento social do saber obtido na Europa (...)”.

⁴ Lidavam com o sangue e exerciam atividades que tocavam e cortavam o corpo, tais como, consertar pernas quebradas, drenar pústulas, cuidar das doenças de pele, aplicar ventosas e sanguessugas, realizar sangrias, tirar dentes etc.

Segundo Pires (1989: 49), se na hierarquia valorativa da época, as ações dos cirurgiões têm menos valor que o tratamento clínico veiculado pelos físicos, o que ocorre na prática é que “não [havia] diferença de estatuto científico entre as técnicas empregadas pelos jesuítas e pelos físicos e cirurgiões”. Ou seja, a escolha por eles de um ou outro procedimento técnico se dava em bases empíricas; era a experimentação que determinava a utilização de uma ou outra terapêutica.

No século XIX esse quadro começa a se modificar em razão do progressivo desenvolvimento das forças produtivas e particularmente da relação entre Estado, sociedade e medicina. Esse período pode ser caracterizado como um momento de formação do Estado nacional, de transição de uma sociedade colonial-escravista para uma sociedade baseada no trabalho livre. A partir de 1830, o café se torna o principal produto de exportação e com a extinção do tráfico de escravos em 1852 o abastecimento de mão de obra teve que se fazer no próprio mercado interno, assim como abriu caminho para a promoção da imigração de europeus. Da mesma forma, o fim do tráfico “liberou capitais que deram origem a bancos, manufaturas, empresas de navegação a vapor e outros negócios” (Cunha, 2000a: 103). A expansão da cafeicultura diante da escassez de mão de obra obrigou a mecanização da lavoura, tanto difundindo a utilização de máquinas agrícolas provenientes dos EUA como incentivando a sua produção interna. A mecanização tanto permitiu ampliar a área plantada de café, mantendo fixo o número de escravos, assim como contribuiu para a mudança nas relações de produção.

No âmbito internacional, as economias capitalistas centrais – Inglaterra, principalmente, mas também a França – a partir da II Revolução Industrial⁵ lançaram-se vorazmente à conquista de novas fontes de matérias-primas e novos mercados para seus produtos e capitais. O capital mercantil deixava de ser gradativamente o aspecto dominante das relações internacionais para ser determinado pelo capital financeiro. Uma das primeiras formas de exportação de capitais foram os empréstimos do capital inglês somando-se a isto os investimentos diretos principalmente no setor serviços. Era preciso modernizar as economias

⁵ O que alguns denominam como II Revolução Industrial, que se desenvolve nos últimos trinta anos do século XIX, não foi ensejada pela mera engenhosidade mecânica, mas por uma tecnologia baseada na aplicação direta da ciência e da pesquisa científica, transformando, ela mesma, em uma mercadoria comprada e vendida como outros implementos e trabalhos de produção.

periféricas para responderem aos novos fluxos de matérias-primas e produtos industrializados requeridos pela acumulação do capital em escala mundial.

No Brasil, ao longo da segunda metade do século XIX, essas transformações na economia mundial tiveram influência marcante sobre os rumos da economia brasileira e da sociedade colonial-escravista, com destaque para a abolição do tráfico negreiro e para as crescentes pressões sociais e políticas, a partir de 1880, à universalização do trabalho livre. O Rio de Janeiro se ‘moderniza’,⁶ chegando à década de 1870, época áurea da expansão da plantagem escravista de café do Vale do Paraíba, que a partir desse momento se desloca para o Oeste Paulista, como a cabeça política do país e, indiscutivelmente, um grande empório comercial e financeiro.

Mas o lado avesso dessa ‘modernidade’ era uma cidade pestilenta e suja. Inúmeras epidemias atingiram o Rio de Janeiro desde 1828, tais como a de febre Macacu (1828-1835), a varíola (1834-1835), a gripe (1835), a febre tifoide (1836) e o sarampo (1934-1935). Durante 59 anos, a febre amarela assolou a capital, assumindo, em certos momentos, dimensões de verdadeira hecatombe. A primeira grande epidemia, com grande número de vítimas, parece ter ocorrido no período que vai de dezembro de 1849 a setembro de 1850 e, desde então, não deixou de fustigar a cidade. Soma-se a isso, as epidemias de cólera-morbo em 1855, 1867 e 1868, uma imensa epidemia de varíola em 1865 e, na passagem do século XIX para o século XX, surge o primeiro caso de peste na Capital Federal.

Essas ocorrências epidêmicas determinarão uma intervenção no espaço urbano-social que é característica do projeto de medicina social da segunda metade do século XIX – um projeto que visava à transformação desse espaço para eliminar as causas de doença e à “construção de uma cidade produtora e propiciadora de saúde dos habitantes; intervenção anterior à doença, ação que abrange toda a sociedade e não apenas os doentes; criação de espaços terapêuticos e não de espaços de exclusão” (Machado *et al.* 1978: 82).

⁶ Pode-se citar como exemplos: a constituição em 1855 da Companhia Estrada de Ferro D. Pedro II, que inauguraria seu primeiro trecho em 1858; as obras de infraestrutura realizadas no porto do Rio de Janeiro, em meados da década de 1870, introduzindo a máquina a vapor nos serviços portuários; a constituição de linhas de carris urbanos para o transporte de cargas, bem como a instalação de serviços de água e esgotos na cidade (Benchimol, 1992).

É um período em que o trabalho de saúde pública intensifica suas ações sobre o meio ambiente, configurando o que Fontenelle (1922: 239) vai denominar a fase da engenharia sanitária, na qual a higiene vivia “às voltas com o mefitismo telúrico e absorta com a água, o ar e o solo, neles buscando a causa das moléstias”, anterior à ‘era dos micróbios’ baseada na teoria dos germes. Para esse projeto de medicina social era fundamental a construção de barreiras para o livre exercício da medicina, cirurgia e farmácia que então vigorava. Sob essa lógica, a medicina social só poderia agir sobre a sociedade e controlar a saúde pública se fosse capaz de circunscrever esse exercício a pessoas com a mesma formação e visão unitária sobre os problemas de saúde: “Controle sanitário da sociedade e controle interno da medicina são duas faces de uma mesma moeda” (Machado *et a.* 1978: 164).

O trabalho hospitalar tende a se modificar na medida em que hospital também se transforma deixando de ser uma casa de exclusão para se tornar uma casa de cura ao final do século XIX. O saber abstrato e enciclopédico que então dominava a formação médica foi progressivamente substituído por um saber operativo e pela técnica, que elimina aos poucos o antagonismo entre método e experiência prática, ao mesmo tempo que transforma o hospital em centro de ensino e de atenção à saúde. A substituição definitiva ocorre em 1884, quando o modelo germânico de escola médica, baseado na ciência experimental e no método racional, se implanta instituindo o positivismo científico nessas escolas brasileiras (Nogueira, 2007; Pires, 1989).

As mudanças operadas na sociedade brasileira durante os oitocentos estão na base da criação de um novo aparelho escolar. Com a chegada da família real, em 1808, as primeiras instituições de ensino abertas no Rio de Janeiro e Bahia destinavam-se ao ensino superior, nas áreas de medicina, engenharia militar e história natural. Isso se explica pelas necessidades estruturais do país, na medida em que para garantir o desenvolvimento econômico e o comércio com o exterior, principalmente com a Inglaterra, era fundamental “equipar as cidades, controlar a natureza, sanear o meio ambiente e controlar as epidemias” (Pires, 1989: 64), que tornavam o país uma ameaça para os estrangeiros e a corte recém-instalada.

Paralelamente, o Estado começou a desenvolver um outro tipo de ensino, independente do ensino secundário, “com o objetivo específico

de promover a formação da força de trabalho diretamente ligada à produção: os artífices para as oficinas, fábricas e arsenais” (Cunha, 2000a: 71). Após a Independência, em 1822, ampliou-se o número dos arsenais de guerra e em todos eles havia menores aprendendo ofícios artesanais e manufatureiros que atendiam as necessidades das corporações militares, mas também as necessidades das manufaturas civis. A partir da segunda metade do século XIX, outras iniciativas se desenvolvem, tais como, as casas de educandos artífices e/ou asilo dos meninos desvalidos, criadas e mantidas por governos provinciais; a abertura dos liceus de artes e ofícios em diversas províncias por iniciativa de sociedades particulares, mas que dependiam para sua manutenção de importantes subsídios governamentais; os cursos de artífices, ou destinados às ‘artes mecânicas’, criados na Academia de Belas-Artes no Rio de Janeiro; e finalmente a Escola Industrial que funcionou no período de 1873-1892.

De acordo com Cunha (2000b), enquanto as instituições criadas pelo Estado se voltavam para a formação compulsória da força de trabalho manufatureira destinada aos miseráveis e desvalidos em geral, como os órfãos, pobres e expostos da Santa Casa de Misericórdia, as iniciativas de particulares destinavam-se ao aperfeiçoamento dos trabalhadores livres. Além da função econômica, manifesta na ideia de que a condição para a instalação de fábricas era a oferta de força de trabalho qualificada, a aprendizagem de ofícios cumpria mais duas funções: político-ideológica e moralizadora. A primeira visando evitar o desenvolvimento de ideias contrárias à ordem política e apresentando esse tipo de ensino como obra de caridade. A segunda visando à emulação da disciplina, da obediência, da ordem e da hierarquia.

No âmbito da saúde, em 1808, foram criados os cursos médico-cirúrgicos na Bahia e no Rio de Janeiro, primeiro passo para a unificação da medicina, e em 1809, o curso de partos. Inicialmente, esses cursos eram realizados nas dependências dos hospitais militares em ambas as cidades, depois foram transferidos para as dependências dos hospitais da Santa Casa de Misericórdia.

A criação de escolas para a formação de clínicos e cirurgiões marca o processo de institucionalização da medicina no Brasil, isto é, a prática da atenção aos doentes e feridos passa a ser considerada incumbência de profissões estruturadas e reconhe-

cidas pelo Estado, com normatização que regula a formação e disciplina o exercício profissional. Começa a ser necessária a discussão de um modelo de formação e o estabelecimento de um saber reconhecido oficialmente. (Pires, 1989: 67)

Além disso, com a transferência da corte para o Brasil, houve um movimento importante para regularizar a situação dos diversos praticantes das artes de curar. Várias licenças foram expedidas para cirurgiões, barbeiros e sangradores. Em 1809, representantes do cirurgião-mor foram para várias regiões do reino para regulamentar e fiscalizar a cirurgia e ramos afins, com isso ampliando o número de praticantes licenciados. Analisando os ofícios de saúde no século XIX, Figueiredo (*apud* Carvalho, 2003) relata a existência de uma certa hierarquia social decorrente da posição social dos praticantes e do tipo de atividade que exerciam. Como a maioria dos barbeiros, sangradores e dentistas eram de libertos e escravos e ainda exerciam atividades caracterizadas pelo trabalho manual, tendo um prestígio social mais baixo que dos cirurgiões, e estes mais baixo do que dos médicos e farmacêuticos: “Essa hierarquia vai se perpetuar por todo século XIX, acentuando a diferença entre cirurgiões e barbeiros, pela aproximação dos primeiros aos médicos” (Figueiredo *apud* Carvalho, 2003: 104).

Com a modernização concomitante da economia e da sociedade, modificam-se os costumes, e o saber passa a ser valorizado, ganhando os médicos, engenheiros e bacharéis de Direito grande prestígio social. No decorrer dos oitocentos, diante do quadro epidêmico que assola a Capital Federal, a medicina desenvolverá projetos e modelos institucionais visando ao controle do Estado, isto é, como uma estratégia de controle médico do conjunto da sociedade. “A medicina proporá, através de seus agentes, os médicos, uma terapia, uma resposta, uma explicação para cada situação, principalmente quando a ordem social estiver em jogo” (Luz, 1982: 33).

A partir desse momento, a prática liberal vai cedendo espaço à vinculação institucional nas escolas, nos hospitais, nas associações médicas e na organização estatal de serviços de saúde pública, estreitando cada vez mais a relação da medicina com o aparelho de Estado até sua participação efetiva no início dos novecentos com Oswaldo Cruz. A institucionalização do trabalho médico no espaço hospitalar, até então muito tênue, ocorre

sob muitos conflitos e disputas, que decorrem da mudança no processo de trabalho no seu interior. O processo de imposição da medicina como a verdadeira ciência e dos médicos como seus legítimos representantes, que buscam exercer o poder institucional e o controle do processo de trabalho dos seus praticantes, vai configurando a divisão social e técnica no trabalho hospitalar com isso criando o trabalhador coletivo, ao mesmo tempo que transforma as outras práticas em profissão auxiliar retirando a independência anterior, tal qual das parteiras, dos ‘enfermeiros’, irmãs enfermeiras ou leigos treinados, e boticários, que passam a desenvolver parte do trabalho assistencial. Na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, por exemplo, as disputas e os conflitos começam a ocorrer a partir do momento em que, por necessidade de campo para o exercício prático da medicina, em 1813, o governo imperial estabelece que suas enfermarias fossem utilizadas para esse fim. Pires (1989: 98) diz que

[uma] das principais causas do conflito na instituição [era] a aspiração de ‘enfermeiros e demais empregados subalternos da Santa Casa’ em tornar-se médicos ou cirurgiões, uma vez que até 1826 a lei permitia que indivíduos que tivessem frequentado um hospital durante alguns anos solicitassem à Junta do Promedicato ou mais tarde ao físico e cirurgião-mores exame de habilitação e expedição da carta de médico ou cirurgião.

Baseados na experiência prática, na tradição oral e no treinamento com os mais experientes, que caracterizava o ‘modelo das misericórdias’ de formação técnico-profissional,⁷ os diversos práticos de saúde frequentemente descumpriam as ordens médicas, mudavam as dosagens de medicamentos prescritos, as receitas e discutiam os diagnósticos, pois do ponto de vista das medidas práticas não havia diferenças no tipo de intervenção terapêutica. A diferença fundamental que existia era o “espaço social ocupado pelos médicos, que a partir daí conseguem fazer valer pela força, pela maior articulação com o Estado e pela legislação a sua supremacia no setor” (Pires, 1989: 102), principalmente após a fundação, em 1829, da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, transformada em Academia Imperial de Medicina, em 1835.

Sob a inspiração da medicina francesa essa sociedade estabelece um duplo objetivo para a medicina social brasileira: a saúde pública e a defe-

⁷ Entendida aqui como atividade de treinamento em serviço, isto é, com o desenvolvimento de habilidades específicas voltadas para aplicação direta na produção dos serviços.

sa da ciência médica. O primeiro está vinculado à luta pela criação ou reformulação dos regulamentos sanitários e pelo controle de sua aplicação por médicos; pela mudança de costumes; pela intervenção nos hospitais, presídios e lugares públicos; pelo controle da venda de medicamentos; pelo estudo das epidemias, endemias e doenças infectocontagiosas; pela criação de lugares de consultas gratuitas aos pobres, entre outros. O segundo objetivo diz respeito à luta pela uniformização do saber médico, por uma medicina baseada na observação, pela radical oposição a outras formas de cura que escapavam ao controle dos médicos, agrupadas sob o rotulo de charlatanismo. Em outras palavras, “a temática do controle do saber (...) vincula-se portanto ao objetivo de controle do exercício da profissão. Controla-se o ensino para que a prática só seja franqueada a quem tem competência comprovada” (Machado *et al.*, 1978: 192).

Com a lei de 9 de setembro de 1826, sancionada por Pedro I, as escolas, então chamadas de academias médico-cirúrgicas, passam a ser responsáveis pela aprovação do exercício da medicina e da cirurgia, prerrogativa até então sob a responsabilidade do físico e cirurgião-mor do Império, cargos definitivamente extintos com a lei de 30 de agosto de 1828, que atribui às câmaras municipais os serviços de higiene e saúde pública, bem como as funções que cabiam aos titulares desses postos. Assim, coube aos vereadores e professores/mestres contratados por eles a fiscalização do exercício dos físicos, cirurgiões, boticários, sangradores, barbeiros e parteiras, bem como o licenciamento e registro e a imposição de multas por irregularidades. As câmaras municipais continuaram a deter esses poderes, especialmente nas povoações onde não residissem físico ou cirurgião diplomado, mesmo após 1832, ano em que as escolas de medicina passam a deter plenos poderes de titulação e fiscalização (Carvalho, 2003).

Sob orientação da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro é elaborada e aprovada a lei de 3 de outubro de 1832, sancionada por Pedro II, que unifica a medicina, transforma as escolas em faculdades de medicina e concede autorização para emitir os títulos de doutor em medicina, farmacêutico e parteira, assim como determina a proibição do ofício de sangrador. Além disso, as faculdades passam a deter o poder de fiscalizar o exercício profissional, emitindo regulamentos e normas disciplinares aos médicos, cirurgiões, boticários e parteiras. Essa lei explicita também

que só quem pode curar, ter botica ou partejar são os diplomados pelas escolas oficiais (Pires, 1989).

O duplo sistema de licenciamento, realizado pelas faculdades de medicina e pelas câmaras municipais das cidades e povoados brasileiros, será rompido a partir da criação da Junta de Higiene Pública pelo decreto n. 598 de 1850, que, para Machado e colaboradores (1978), representa o momento no qual o projeto de medicina social recebe sua formulação institucional visando à higiene pública e à normalização da medicina. O seu regimento estabelecido pelo decreto n. 828, de 29 de setembro de 1851 determina que o registro dos diplomas dos médicos, cirurgiões, boticários, parteiras e dentistas é de responsabilidade da Junta de Higiene, quando residentes na Corte e na província do Rio de Janeiro, ou nas suas representações nas demais províncias. Para ter validade, os diplomas deveriam ter no verso o visto do presidente da Junta.

O primeiro curso de parto iniciou-se em 1832. Para o ingresso, a candidata deveria ter 16 anos completos, saber ler e escrever e apresentar atestado de bons costumes, passado pelo juiz de paz da freguesia de residência. A lei de 1832 não definia o conteúdo e a duração do curso, nem os critérios de avaliação. Em 1854, o ingresso foi alterado exigindo a idade mínima de 21 anos, a aprovação nos exames de leitura e escrita, as quatro operações de aritmética, além de prova de francês. Para as mulheres solteiras exigia ainda autorização dos pais e para as casadas o consentimento dos maridos. A duração do curso foi definida em dois anos, durante os quais o aluno frequentaria a cadeira de partos do 4º ano médico e mais a clínica obstétrica da Santa Casa de Misericórdia. No ano de 1879, através do decreto-lei 7.427, houve nova alteração. Para ingressar no ‘curso de obstetrícia e ginecologia’ o candidato do sexo masculino deveria ter o mínimo de 18 anos e as mulheres entre 18 e 30 anos. Ao final do curso, para obter o título de parteiro(a) ou mestre em obstetrícia, o estudante deveria ser aprovado em português, francês, aritmética, álgebra e geometria.

As alterações ocorridas ao longo desse período, para Pereira Neto (2001), tornaram o acesso e a permanência nesse tipo de curso profissionalizante restritos a poucos, principalmente considerando que a maioria das parteiras leigas não sabiam ler nem escrever. O que se observa nesse processo é que o tempo de formação prática vai sendo substituído

progressivamente pelo tempo de formação escolar, na medida em que não se exigia para o ingresso nenhum conhecimento prévio ou habilidade específica acumulada nos anos de experiência, nenhuma prática comprovada do ato de partejar. Para o autor, “a parteira que os médicos queriam ver formada deveria ser originária das camadas sociais possuidoras de um capital cultural suficiente para ser aprovada nos exames de ingresso e de habilitação” (Pereira Neto, 2001: 82). Nesse sentido, essas medidas representam uma estratégia de segregação social ou desqualificação das parteiras leigas, ao mesmo tempo que revelam os interesses dos obstetras, ginecologistas e pediatras em controlar o ato de partejar e o mercado de serviços de saúde.

Em 1856, através do decreto n. 1.764, a faculdade de medicina é autorizada a realizar exames de capacidade para os candidatos à profissão de dentista, exigindo dos futuros profissionais apenas um atestado de moralidade para se submeter ao curso. A denominação dentista, reconhecida e regulamentada pelo regimento de 1851 da Junta de Higiene Pública, passa a fazer parte do rol dos ofícios de saúde e com o tempo passa a designar não somente aqueles que fazem extração dentária, mas principalmente “aqueles que se dedicavam à dentisteria, demonstrando a construção de uma identidade profissional, que posteriormente vai reclamar para si a exclusividade do campo da boca, retirando dos barbeiros [e cirurgiões] o direito de ‘tirar dentes’” (Carvalho, 2003: 106). Em 1884, pelo decreto n. 9.311, de 25 de outubro de 1884, as faculdades de medicina do Rio de Janeiro e Bahia instituem o curso de odontologia. Esse decreto extingue os exames de capacidade, passa a exigir dos candidatos exames de matérias preparatórias (português, francês, inglês, aritmética e geometria) e substitui o título de dentista pelo de cirurgião-dentista.

Apesar de deter, à época, um *status* social inferior à profissão médica e farmacêutica, em decorrência da concorrência de barbeiros e cirurgiões, para Carvalho (2003: 111), as possíveis explicações para a incorporação da ‘arte dentária’ no rol das ocupações sanitárias com os mesmos preceitos legais daquelas profissões se devem:

- (i) primeiro, à tradição, ou seja, ao fato de que no Brasil, todos os ofícios e atividades relativas à arte de curar já vinham sendo regulados, em conjunto, desde os tempos da Colônia, inclusive as extrações dentárias; (ii) segundo, ao fato de terem os dentistas (titulados) elegido o Estado e as elites dirigentes

como principais audiências na arena da opinião pública; (iii) e, terceiro, à influência exercida pelos dentistas estrangeiros, especialmente os norte-americanos que, nesse período, já dominavam a odontologia ocidental (especialmente em relação às técnicas e fabricação de artigos e insumos odontológicos), tendo desenvolvido um modelo de profissão independente, elevando seu *status* e importância social.

Portanto, a partir da década de 1830, ao mesmo tempo que a medicina ‘canta o seu louvor’, isto é, defende as vantagens do reconhecimento da ‘verdadeira medicina’ e a importância do médico e suas virtudes, cria-se o charlatanismo como desvio. O seu saber e sua prática se impõem à população e aos demais ofícios como científico, verdadeiro, único, objetivo, neutro e superior e concomitantemente anexa e controla a formação nas áreas de farmácia, odontologia e parto.

Ao mesmo tempo que a medicina enquanto medicina social oferece ao Estado seus préstimos no combate às epidemias, na elaboração da legislação, distribuição da justiça, urbanização, cobra dele a luta contra o charlatanismo e o reconhecimento da exclusividade do saber sobre a saúde. (Machado *et al.* 1978: 199)

Daí em diante, assim como aconteceu no âmbito das sociedades europeias, a partir do desenvolvimento da noção de *Medizinichepolizei* ou polícia médica na Alemanha (1764), o combate ao ‘charlatanismo médico’ e a sua contraparte – a formação de médicos competentes – foram peças fundamentais para a consolidação da prática médica e o controle do ‘mercado’ da arte da cura, assim como para o fortalecimento do poder do Estado nacional. Nessa medida, as diversas práticas terapêuticas exercidas por sangradores, curandeiros, mezinheiros, benzedeiros, barbeiros, algebristas (consertadores de ossos), cristeleiras (aplicadores de clisteres), tiradentes, empíricos e outros passam a ser consideradas ilegais ou fraudulentas.

De maneira geral, pode-se entender a questão da (des)qualificação dos trabalhadores técnicos de saúde como a história da progressiva incorporação de ofícios (saberes), outrora independentes, pela medicina, que passa a delegar determinadas atividades a outros trabalhadores

ao mesmo tempo que mantém o controle sobre o trabalho em saúde. Porém, tendo em vista que esse processo está vinculado à ascensão de novas formas de olhar e intervir dos ‘modelos tecnológicos de saúde’ – medicina social/saúde pública e medicina hospitalar –, resultantes da interação entre os resultados do processo de conhecimento e as determinações de diversas ordens advindas da prática social, também pode ser visto como um processo que ao longo do tempo vai eliminando, criando e recriando ocupações segundo as necessidades de saúde socialmente colocadas (Gonçalves, 1994; Lima, 1994).

Todavia, Edler (2010) menciona que durante o período do Império luso-brasileiro, médicos, cirurgiões e boticários diplomados eram uma ínfima parcela dessa vasta comunidade terapêutica e o acesso a eles era quase prerrogativa dos brancos ricos. A imensa maioria da população, formada por pobres e escravos, não só recorria aos terapeutas populares, como fazia uso dos remédios caseiros produzidos com ervas medicinais e outros produtos recomendados ou administrados por curandeiros, mezinheiros, barbeiros e sangradores. Nem a abertura do curso de partos impediu também que as parteiras leigas continuassem a exercer o seu ofício nos bairros periféricos, nas regiões rurais e mesmo nos centros urbanos, sendo reconhecidas socialmente e frequentemente requisitadas pelo trabalho que realizavam (Pereira Neto, 2001). A perseguição aos terapeutas populares, entretanto, recrudesciu a partir de 1870, quando o poder público ampliou o cerco contra essas práticas de cura nos principais centros urbanos. Em 1890, sob a influência da Academia Nacional de Medicina (ex Academia Imperial de Medicina), o charlatanismo é proibido e definido como crime no Código Penal da nascente República.

Apesar dessa proibição, a Constituição de 1891, no § 24 do artigo 72, determinará que “[é] garantido o livre exercício de qualquer profissão moral, intelectual e industrial”, no país. Para Cunha (2000b: 6), essa determinação concilia, à época, “antigos projetos liberais de secularização e descentralização do ensino com as propostas positivistas de desligar o exercício das profissões dos privilégios concedidos pelos diplomas escolares”. Para os positivistas, os diplomas escolares não garantiam o mérito profissional, nem o ensino das melhores técnicas. Propunham assim a abolição dos privilégios dos diplomados, contrapondo-se aos interesses corporativistas de médicos,

engenheiros e advogados que detinham o monopólio profissional garantido pelos diplomas. Entretanto, “[entre] o reconhecimento da liberdade absoluta e o reconhecimento do direito de o Estado restringir essa liberdade, quando essa se ‘opusse aos costumes públicos, à segurança e à saúde da população’, foi essa última que prevaleceu” (Carvalho, 2003: 115).

Na verdade, no debate travado à época entre credencialistas (partidários da titulação acadêmica para o licenciamento) e anticredencialistas (defensores do livre exercício profissional), preponderou a interpretação dada pela jurisprudência dos tribunais de que o §24 do artigo 72 da Constituição de 1891 queria dizer apenas que cada indivíduo tinha plena liberdade de escolher uma profissão ou emprego, mas que o Estado tinha o direito e o dever de zelar pela segurança e saúde pública. Portanto, constitucionalmente o Estado deveria regular as profissões.

Essa posição prevaleceu mesmo após a reforma de ensino de inspiração positivista decretada pelo ministro Rivadávia Corrêa, em 1911, que tentou tornar livre o exercício de todas as profissões, possibilitando, de um lado, a criação de inúmeras escolas particulares, também chamadas escolas livres, e, de outro, o licenciamento profissional independente de credenciamento. Tal liberdade profissional gerou inúmeros processos nos tribunais, entre outros motivos, porque eram concedidas licenças para o exercício de atividades sanitárias independente de diplomas e registros. Essa liberdade foi abolida com a reforma de 1915 que propunha a adoção de barreiras de entrada ao ensino superior, estabelecendo normas para a fiscalização federal sobre as escolas particulares e para a equiparação das escolas livres e estaduais às escolas oficiais, mantidas pela União – mecanismos que foram reforçados pela reforma Rocha Vaz, em 1925 (Cunha, 1980). A não equiparação dessas escolas às escolas oficiais em termos de currículos, exames vestibulares, qualificação do corpo docente e adequação de material didático, a partir de 1930, impedirá o registro dos diplomas dos egressos dos cursos de odontologia, enfermagem e farmácia, que engrossarão a fileira dos denominados ‘práticos de saúde’ (Carvalho, 2003; Lima, 2010).

Os ‘Práticos de Saúde’ no Contexto da Primeira República

A questão dos ‘práticos de saúde’ se exacerba durante a Primeira República, ou República Velha (1890-1930), e não se trata apenas de

uma discussão que se trava no interior da corporação médica ou entre esta e outras corporações, mas diz respeito principalmente às disputas que ocorrem no interior de diversas corporações profissionais que então se organizam para estabelecer quem é (ou não) qualificado para exercer determinadas atividades de saúde, particularmente enfermagem, odontologia e farmácia. Ou seja, uma polêmica que se trava no campo do controle do saber (regulamentação educacional) e da prática profissional (regulamentação profissional) que define nesse âmbito a luta mais ampla entre trabalho intelectual e trabalho manual no interior dessas áreas.

Essa discussão ocorre em um contexto marcado por três processos sociais e econômicos que se combinam e acabam determinando mudanças importantes na estrutura social, com repercussões nas áreas da saúde e educação, particularmente a educação profissional: a imigração estrangeira, a urbanização e a industrialização. Concomitantemente, esses processos estão na base de movimentos sociais e sindicais urbanos que abrem uma nova fase na história do país e que determinam a partir dos anos 20, principalmente, que a saúde e a educação sejam alçadas ao primeiro plano das políticas sociais.

Entre 1887-1930 entraram no país 3,8 milhões de imigrantes, na sua maioria italianos e portugueses, que se dirigiam principalmente para São Paulo em razão das facilidades concedidas pelo governo e da maior oferta de trabalho desencadeada com a expansão da cafeicultura. Em 1902, o porto de Santos já exportava o dobro da produção de café da Capital Federal, apesar de esta concentrar ainda a produção industrial e ser o mais importante centro financeiro do país. Sua produção industrial, constituída então por estabelecimentos manufatureiros e pequenas unidades artesanais com escassa divisão do trabalho e quase nenhuma mecanização, exceto o setor de fiação e tecelagem mais dinamizado, supera a de São Paulo, tanto em número de empresas como de capital empregado, força motriz utilizada ou número de operários contratados. Essa situação só se inverte a partir de 1920, quando São Paulo se torna o maior centro industrial brasileiro, com 31% do valor da produção nacional, chegando ao final dessa década com um número quatro vezes maior de empresas do que o Rio de Janeiro e o dobro do capital empregado na indústria. Durante a Primeira Guerra Mundial (1914-1918), a interrupção do suprimento de produtos importados favoreceu a transformação das oficinas de reparação em fá-

bricas de máquinas e equipamentos, e a partir de 1920, sob forte incentivo do governo paulista houve importantes investimentos na produção de aço e cimento. Mais que isso, pode-se dizer que o primeiro conflito mundial, ao incentivar a substituição de importações de produtos industrializados, criou condições favoráveis para a decolagem do processo de industrialização no Brasil (Cunha, 2000b; Benchimol, 1990; Decca, 1991).

Aliás, a ideologia do industrialismo, isto é, a concepção que considerava a indústria sinônimo de progresso, emancipação econômica, independência política, democracia e civilização, segundo Cunha (2000b), está na base do que se considera a iniciativa mais importante em matéria de ensino profissional durante a Primeira República: a criação de dezenove escolas de aprendizes artífices pelo presidente Nilo Peçanha, através do decreto n. 7.566, de 23 de setembro de 1909. Essa iniciativa configura, à época, o primeiro sistema educacional de abrangência nacional que vai culminar, nos anos 40, na criação das escolas técnicas federais.

Entretanto, apesar de vinculadas ao Ministério da Agricultura, Indústria e Comércio, então responsável pelos assuntos relativos ao ensino profissional não superior, Cunha afirma que a formação de força de trabalho qualificada para enfrentar as exigências do processo de industrialização não era o seu objetivo principal. O fundamental era que o ensino profissional deveria corrigir a ociosidade dos ‘desfavorecidos da fortuna’ e prevenir as ideologias políticas subversivas do movimento operário em ascensão, através dos ‘hábitos de trabalho profícuo’. Pensava-se que assim “a eliminação do antagonismo entre o capital e o trabalho ficaria viabilizada” (Cunha, 2000b: 18).

Ao lado das dimensões político-ideológica e moralizadora das classes pobres, o ensino profissional também era visto como forma de combater o ‘bacharelismo’ que grassava entre a classe média, decorrente dos interesses dos latifundiários, que, para manter o prestígio familiar, queriam filhos doutores, e dos trabalhadores urbanos e colonos, que viam na escolarização a possibilidade de ascensão social por meio do ingresso em uma ocupação burocrática (Cunha, 1980).

Nesse contexto de crescimento e urbanização das cidades, principalmente Rio de Janeiro e São Paulo, de diversificação das atividades urbanas, da reunião cada vez maior de operários nas fábricas e empresas de serviços públicos, de unidades de produção maiores e com mais

intensa divisão do trabalho, os movimentos sindicais eclodem no país, sob inspiração política do socialismo e anarquismo. O primeiro Partido Socialista Brasileiro foi fundado em 1892. Em 1906, emulados pelas greves que então ocorriam em diversos setores, realizou-se no Rio de Janeiro o I Congresso Operário Brasileiro que aprova a organização da Confederação Operária Brasileira, de orientação anarquista, que veio a ser criada em 1908. Em 1907, ocorre a primeira greve geral na cidade de São Paulo. Em 1915, as diversas organizações anarquistas promoveram o Congresso Anarquista Nacional (Cunha, 1980). Entre 1917 e 1920, foram desencadeadas greves de grandes proporções, especialmente no Rio de Janeiro e São Paulo, com importante participação dos trabalhadores imigrantes, os quais trazem uma relativa vivência e experiência das lutas sociais de seus países de origem. Isso decorre do agravamento do custo de vida – conseqüente do contexto de guerra, aliado à condição proletária marcada por flagrante pauperismo – do amadurecimento das organizações políticas dos trabalhadores e da onda revolucionária protagonizada pela revolução socialista na Rússia.

Além dessa força social, ascendia também, no cenário político, as classes médias, nos grandes centros urbanos, oriundas da burocracia, do comércio, das pequenas empresas e do exército, que têm no movimento tenentista sua expressão política mais expressiva e organizada. Concretamente esse período será marcado por um ciclo de revoltas armadas, visando à tomada do poder, que culmina com a Revolução de 1930.

No transcurso dos anos 20, portanto, cresce o nível de reivindicações dos vários grupos sociais, e seus elementos mais organizados lideram vários movimentos que atingem desde o operariado até a nascente burguesia industrial. Apesar da repressão, a partir desse momento, a questão social estava levantada, e avança com a expansão da indústria e o crescimento do número de operários, não sendo mais possível ao Estado ignorá-la. Diante disso, por um lado, o Congresso aprova leis que permitem a repressão contra os estrangeiros, vistos como responsáveis pela ‘inoculação de ideias exóticas’ nos trabalhadores brasileiros, prevendo o fechamento de associações, sindicatos e outras entidades, o controle da entrada de estrangeiros no país e definindo normas para a expulsão dos aqui residentes. Por outro lado, o Estado oligárquico começa a intervir nas relações de trabalho, com a aprovação da lei de

acidentes de trabalho (1921), a lei Elói Chaves (1923), que cria as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) para os trabalhadores das empresas de estrada de ferro, logo após estendida aos portuários e marítimos, e a lei de Férias (1925). A organização da Previdência Social no Brasil teve início com o sistema de CAPs, que nos anos 30 serão substituídas pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), responsáveis pela expansão da medicina previdenciária.

É na conjuntura turbulenta da década de 1920 que tanto a saúde como a educação são alçadas ao primeiro plano das políticas sociais. É a época das grandes reformas educacionais nos Estados, como a de Carneiro Leão no Distrito Federal, em 1922, e de Anísio Teixeira na Bahia, em 1924, assim como da criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), pelo decreto n. 14.180, de 26 de maio de 1920, vinculado ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores. Todos esses movimentos contaram com a participação ativa dos sanitaristas que sobem ao poder junto com Carlos Chagas no DNSP. A criação desse departamento notabilizou-se por importantes mudanças na prática estatal no campo da saúde coletiva e significou uma ampliação da iniciativa pública sobre problemas sanitários, assinalados no país durante as duas primeiras décadas do século XX.

A instituição incorporou ao seu espectro de atividades e responsabilidades, além dos serviços de saúde pública do Distrito Federal e da defesa sanitária dos portos, a cooperação com os Estados na profilaxia das endemias e epidemias rurais, das doenças venéreas e da lepra. Além disso, a saúde pública passa a cuidar da tuberculose, da educação sanitária, da higiene infantil, industrial e profissional. Finalmente, fica responsável pela regulamentação do exercício profissional na área de saúde, antes competência do extinto Departamento Geral de Saúde Pública (DGSP), criado em 1897.

Sob esse último aspecto, segundo o regulamento aprovado pelo decreto n. 15.003, de 15 de setembro de 1921, a fiscalização e o controle das profissões seriam responsabilidade da ‘Inspeção de Fiscalização do Exercício da Medicina, Farmácia, Arte Dentária e Obstetrícia’, que estabelece permissão para o exercício das artes de curar, em todo o país, “aos que se mostrassem habilitados por título conferido pelas faculdades de medicina oficiais ou equiparadas, na forma da lei” (artigo 155).

Exceto os práticos de farmácia – que bastavam provar a sua habilitação perante uma comissão nomeada pelo inspetor geral para receber um certificado de habilitação, caso aprovado (§2º artigo 183) –, essa exigência era extensiva aos farmacêuticos, cirurgiões dentistas e parteiras, sendo condição para o exercício de qualquer profissional o registro do título ou licença no DNSP.

Mas, do ponto de vista da formação profissional em saúde, a grande novidade com a criação do DNSP foi a regulamentação da formação profissional em enfermagem, em 1923. Sob o argumento da necessidade de técnicos qualificados de nível médio para a área sanitária, o Estado brasileiro assume pela primeira vez a formação profissional de trabalhadores técnicos de saúde em bases completamente novas em relação às escolas existentes até então, vinculadas direta e imediatamente às necessidades do trabalho hospitalar e às necessidades de guerra, e dirigidas por médicos.

O decreto n. 16.300, de 31 de dezembro de 1923, ao criar o Serviço de Enfermeiras subordinado à Diretoria Geral do DNSP, vincula a esse serviço uma Escola de Enfermeiras (artigos 379 e 385), organizada por enfermeiras norte-americanas e com financiamento da Fundação Rockefeller. Da mesma forma, o departamento passa a ser oficialmente responsável pela fiscalização da profissão e exige o registro do título para fins de exercício profissional.

No âmbito do setor saúde, a primeira escola criada exclusivamente para a formação de trabalhadores técnicos de saúde foi a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras⁸ no interior do Hospital Nacional de Alienados,⁹ pelo decreto n. 791, de 27 de setembro de 1890, vinculada ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores. A direção da escola era exercida por médicos, e o curso era ministrado por médicos do hospício, auxiliados por internos e inspetores, com a duração de dois anos. Para

⁸ Em 1942, passa a ser denominada Escola de Enfermagem Alfredo Pinto pelo decreto-lei n. 4.725, de 22 de setembro de 1942. Atualmente, é vinculada a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UniRio).

⁹ Pelo decreto n. 82 de 1841, foi criado o Hospício Pedro II, primeiro hospital de doentes mentais no Brasil e que marca o nascimento da psiquiatria entre nós, com as mesmas características de instituições similares francesas segundo os preceitos de Pinel e Esquirol. Até a implantação do regime republicano era vinculado à Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, quando passou à administração federal. Para maior discussão sobre a psiquiatria no Brasil e o hospital, ver especialmente Machado e colaboradores, 1978, Parte III. A medicina do comportamento.

ser admitido o candidato deveria ter no mínimo 18 anos, saber ler e escrever, ter noções de aritmética elementar e apresentar atestado de bons costumes. Constavam do currículo noções práticas de propedêutica clínica, noções gerais de anatomia, fisiologia, higiene hospitalar, curativos, pequena cirurgia, cuidados especiais a certas categorias de enfermos e aplicações balneoterápicas, além de noções de administração interna e escrituração do serviço sanitário e econômico das enfermarias. Ao final do curso, o aluno recebia diploma conferido pelo diretor geral da Assistência Médico-Legal de Alienados.

Outras iniciativas foram implementadas durante a Primeira República, tais como a Escola de Enfermagem da Cruz Vermelha Brasileira, no Rio de Janeiro, vinculada à Diretoria de Saúde da Guerra do Ministério da Guerra. Criada em 1916, visava preparar enfermeiras em curso de dois anos.¹⁰

Diferentemente dessas iniciativas, o modelo de formação da Escola de Enfermeiras do DNSP, mais tarde denominada Escola de Enfermagem Anna Nery, estruturava-se com base nos seguintes princípios: (a) uma escola própria para a formação, dirigida por enfermeiras e não por médicos, anexa aos hospitais e com internato para as alunas; (b) seleção rigorosa das alunas, todas do sexo feminino e dotadas de valores morais, físicos, intelectuais e aptidão profissional; (c) ensino metódico com fundamentação em anatomia, fisiologia, biologia, química etc.; (d) instituição de formas organizativas de ex-alunas para normatizar o exercício profissional, preservar os princípios básicos da profissão e divulgar os conhecimentos produzidos, o que vai dar origem, em 1926, a ‘Associação Nacional das Enfermeiras Diplomadas Brasileiras’, atualmente Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn); e (e) fundamentação do cuidado dos enfermos e necessitados, da administração do espaço hospitalar e do ensino em enfermagem (Pires, 1989).

Outra diferença introduzida é que as qualificações exigidas implicavam uma boa base educativa da candidata, pois que determinavam a necessidade de possuir o diploma de escola normal, distinguindo-a de outras escolas de enfermagem existentes na época, que só exigiam saber

¹⁰ Algumas informações revelam a existência de outros cursos, todos da área de enfermagem e vinculados, na sua maioria, a hospitais, tais como, o curso de enfermeiras do Hospital Samaritano, em São Paulo (1894); a Escola de Enfermeiras da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (1906); e o curso de enfermeiras para a área obstétrica na Maternidade São Paulo (1908). Disponível em: <www.pt.wikipedia.org/wiki/Escola_de_Enfermagem_Alfredo_Pinto>. Acesso em: 9 out. 2012.

ler e escrever. A preferência pelas candidatas egressas do curso normal era um elemento indicativo da divisão do trabalho que então começava a se operar na área de enfermagem, uma vez que, diferentemente de outros cursos profissionais, o curso normal sempre foi considerado ‘nobre’ por se tratar de curso técnico não vinculado ao exercício de atividades manuais (Romanelli, 2002). Outros atributos de qualificação demandados eram ter saúde perfeita e personalidade moral que tornassem a candidata digna de confiança, criteriosa, compassiva, resoluta e corajosa, além de levar em consideração a experiência pessoal na direção da casa, de serviço educativo ou comercial. Inicialmente o curso foi previsto com duração de dois anos e quatro meses, mais tarde prolongado para dois anos e oito meses. Os últimos meses do curso destinavam-se à formação na especialidade de enfermagem que a aluna escolhesse: saúde pública, hospital ou prática privada. A ênfase institucional era o trabalho de saúde pública, mas o objetivo era educar enfermeiras diplomadas, tanto para os serviços sanitários como para os trabalhos gerais e especializados dos hospitais, conferindo assim uma base polivalente de formação (Lima, 2010).

O trabalho hospitalar no Brasil constituiu-se ao longo do tempo como principal lócus de trabalho dos trabalhadores técnicos de enfermagem. É a partir da assistência médico-hospitalar organizada pelas Santas Casas de Misericórdia desde a época colonial, e depois pela medicina previdenciária nos anos pós-1930, que se configura o mercado de trabalho para esse contingente de trabalhadores. Quando a enfermagem moderna se institucionaliza no país, na década de 1920, o trabalho hospitalar é um monopólio quase exclusivo das Santas Casas de Misericórdia e de outros hospitais filantrópicos que não tinham serviço de enfermagem na sua estrutura organizacional. Esses hospitais eram responsáveis pela assistência médico-hospitalar para a maioria da população, prestada fundamentalmente por irmãs de caridade e outros práticos de enfermagem, geralmente mão de obra não paga.

Tal qual o conjunto de praticantes de saúde existentes no Brasil Colônia e durante o Império, o aprendizado dos ‘práticos de saúde’ no âmbito hospitalar se dava no acompanhamento do trabalho médico e/ou das irmãs de caridade e/ou de outros práticos mais experientes. Esse aprendizado podia estar associado (ou não) com treinamentos em serviço, caracterizando um tipo de formação em que o saber não era se-

parado do fazer e dirigido fundamentalmente para a qualificação do trabalho manual.

Determinado pelo aumento progressivo da demanda de cuidados de enfermagem, as ordens religiosas precisaram obter a cooperação dos excluídos na roda, homens e mulheres que, criados e educados pelas Santas Casas, permaneceram a ela ligados, passando a trabalhar como funcionários. Podiam ser também jovens carentes que não possuíam moradia nem trabalho, mulheres desamparadas e sem emprego, ou mesmo ex-pacientes do hospital, que na ocasião da alta não tinham para onde ir. Dentre esse conjunto, alguns iam trabalhar nos serviços de limpeza, na lavanderia, na cozinha hospitalar, na seção de costuras para a produção de peças de roupas para o hospital etc. Outros se dedicavam aos serviços administrativos, como atendimento ao público, admissão de pacientes, organização de prontuários, arquivo, marcação de consultas, catalogação e entrega de resultados de exames, dispensação de medicamentos na farmácia hospitalar etc. Por último, havia aqueles mais vinculados ao trabalho de assistência. Esses últimos geralmente eram iniciados nas rotinas do hospital realizando tarefas como trocar lençóis e desinfetar camas, servir refeições aos internados, dar banho e conduzir os pacientes para os exames, desentupir agulhas de injeção e fazer tricotomia, por exemplo. Dependendo do interesse e dedicação, da capacidade de observação e da habilidade que demonstravam na execução das tarefas, eram iniciados em atividades mais complexas como a verificação de pressão, respiração e temperatura dos pacientes, aplicação de injeções e soros, medicamentos e curativos. Também podiam fazer a cama de operado, aspirar secreções de crianças e adultos, atuar como circulante de sala de cirurgia, no preparo de bandejas e esterilização de material cirúrgico e na própria instrumentação cirúrgica, instalar equipamentos e colocação colocar aparelho gessado, por exemplo.

Não se exigia certificado de habilitação ou carta de exame, mas as informações sugerem que aqueles envolvidos na prática de cuidados hospitalares, particularmente na área de enfermagem, dominavam o código letrado ou detinham o antigo ensino primário, atuais cinco primeiras séries do Ensino Fundamental (Lima, 2010). Isso porque uma das missões das misericórdias era ‘ensinar aos simples’, o que motivou a abertura de instituições como os educandários. Em contrapartida, diferentemente dos cuidados domiciliares, os cuidados hospitalares eram

prescritos pelo médico exigindo a capacidade de leitura e de um mínimo de registro do fazer e da evolução do paciente, o que pressupunha o domínio das ‘primeiras letras’, tornando o saber ler e escrever um critério básico para a prática. Essa prática era operacionalizada pelo processo de iniciação ou pela demonstração de suas qualidades aferidas na execução de um procedimento como, por exemplo, a verificação de sinais vitais e/ou aplicação de injeção intramuscular ou endovenosa. Eventualmente, exigia-se a apresentação de carta de recomendação atestando experiência anterior e bom comportamento, o que seria confirmado (ou não) no período de experiência geralmente de três meses, durante o qual seriam observadas outras qualidades, como responsabilidade no cumprimento de horário e das tarefas, obediência aos superiores, paciência, destreza, rapidez e carinho na execução dos cuidados.

Sob essas condições históricas que se implanta a enfermagem moderna no país e entre as iniciativas de caráter corporativo que as enfermeiras norte-americanas tomaram antes do seu regresso aos Estados Unidos, em 1930, destaca-se a elaboração do decreto n. 20.109, de 15 de junho de 1931, que regula o exercício da enfermagem no Brasil e fixa as condições para a equiparação das escolas de enfermagem então existentes ao modelo de formação da Escola de Enfermagem Anna Nery. Segundo Dornelles (1995: 119), a cláusula 14^a do contrato firmado entre o DNSP e a Fundação Rockefeller, em 1926, obrigava o departamento “a empregar toda a sua influência para conseguir a criação de uma lei federal estabelecendo determinadas exigências para a profissão de enfermeira”, tal qual já existiam para os médicos, farmacêuticos, dentistas e parteiras. A função imediata do decreto foi instalar no centro dos valores sociais a ideia de que o sujeito qualificado é aquele que detém a posse de conhecimentos científicos adquiridos na escola, mas não qualquer sujeito, e sim aquele diplomado em escolas oficiais ou equiparadas à Escola de Enfermagem Anna Nery. Mais do que isso: ao determinar que “só poderão usar o título de enfermeiro diplomado ou enfermeira diplomada ou as iniciais correspondentes a estas palavras: a) os profissionais diplomados por escolas oficiais ou equiparadas na forma da presente lei” (artigo 1^o), o decreto impossibilita, a partir de 1930, o registro dos diplomas dos egressos das escolas e cursos de enfermagem que não estivessem equiparados àquela em termos de organização no que diz respeito à direção, que deveria ser confiada a uma enfermeira

diplomada; às condições de admissão das alunas; à duração do curso e à organização do programa do curso, entre outras exigências.

Entretanto, a proibição de usar o título de enfermeiro provocou reações importantes dos setores militares, da Igreja católica e do conjunto dos práticos de enfermagem ou enfermeiros práticos, pois, a partir da sua aprovação qualquer um que usasse ‘as iniciais correspondentes a estas palavras’ eram considerados exercentes ilegais da profissão. Os militares foram os primeiros a reagir, com a aprovação do decreto n. 21.141, de 10 de março de 1932, “que aprova o regulamento para organização do quadro de enfermeiros do Exército”. Logo no artigo 1º, parágrafo único, o decreto diz expressamente que o título de enfermeiros do Exército pertence a eles exclusivamente e, mais adiante nas disposições gerais, que o diploma dos enfermeiros militares emitido pela Escola de Saúde do Exército, bem como das enfermeiras diplomadas pelas Escolas de Enfermeiras da Cruz Vermelha Brasileira, “serão reconhecidos idôneos em qualquer outro departamento governamental, não ficando as respectivas escolas sujeitas à equiparação e fiscalização previstas no decreto n. 20.109, de 15/06/1931” (artigo 33). A fiscalização dessas escolas seria de competência da Diretoria de Saúde da Guerra e não do DNSP, assim como os diplomas emitidos por ambas as escolas seriam registrados naquela diretoria e facultaria o exercício da profissão em qualquer parte do território nacional, inclusive no meio civil.

No mesmo ano, a Igreja católica reage com a aprovação do decreto n. 22.257, de 26 de dezembro de 1932, que “confere às irmãs de caridade, com prática de enfermeiras ou de farmácia, direitos iguais às enfermeiras de saúde pública ou práticos de farmácia”. Tal prerrogativa seria estendida ao conjunto dos práticos de enfermagem com a aprovação do decreto n. 23.774, de 22 de janeiro de 1934, que “torna extensivas aos enfermeiros práticos as regalias concedidas aos farmacêuticos e dentistas práticos quanto ao exercício de suas respectivas funções”. Exceto o decreto das religiosas, os dos militares e dos enfermeiros práticos prevêm cursos e prova de habilitação para o registro, respectivamente, na Diretoria de Saúde da Guerra e no DNSP. Entretanto, o que determina o reconhecimento é o tempo de formação prática comprovado por ‘documento que demonstre idoneidade de técnica incontestável’ (militares), ou atestados firmados por diretores de hospitais e por autoridades sanitárias que comprovem mais de ‘seis anos de prática’ efetiva (religiosas), ou ‘cinco anos de prática’ na enfermagem (enfermeiros práticos).

Essas disputas não são um fenômeno que ocorre apenas na área de enfermagem. Como indicam os decretos n. 22.257/1932 e 23.774/1934, o reconhecimento do exercício profissional dos práticos de odontologia e farmácia já havia sido estabelecido pelos decretos n. 20.862, de 28 de dezembro de 1931, e n. 20.877, de 30 de dezembro de 1931, respectivamente. Ambos exigem o mínimo de três anos de prática e a aprovação nos exames de habilitação para o exercício da profissão. Entretanto, aqueles que provassem ter mais de dez anos de prática ficavam dispensados do exame de habilitação.

A aprovação dessas legislações expressa, de um lado, a disputa entre o tempo de formação escolar exigido pelas corporações profissionais (medicina, odontologia, enfermagem e farmácia), e o tempo de formação prática reivindicada pelo conjunto dos práticos de saúde, inclusive dos egressos dos cursos livres ou privados não equiparados às escolas oficiais. De outro lado, exprime a política de conciliação de classes implementada pelo governo Vargas, que visava atender concomitantemente às diversas demandas sociais, desde que não rompessem com os limites considerados de normalidade social, tais como a regulamentação do exercício e da formação profissional em saúde.

Considerações Finais

Durante todo o período colonial-escravista a formação para o trabalho em saúde não tomou a forma escolar, realizando-se sob o sistema mestre-aprendiz. O fundamental era o tempo de formação prática que variava entre três a dez anos. A forma escolar só começa a ser organizada no século XIX. Entretanto, exceto o curso de parto organizado no interior da Faculdade de Medicina, as escolas então criadas vinculam-se na sua maioria aos hospitais prevalecendo a ideia de que existiam para prover mão de obra própria, principalmente de enfermagem.

A regulamentação educacional que então passa a vigorar é pautada pela corporação médica visando controlar o ensino de todos os exercentes de saúde para franquear a prática apenas àqueles com competência comprovada pelo título escolar, ao mesmo tempo que se opõe a outras formas de cura que escapavam ao seu controle agrupando-as sob o rótulo de charlatanismo. O que se verifica a partir daí é o progressivo privilégio dado ao tempo de formação escolar em detrimento do

tempo de formação prática desenvolvida no próprio serviço, ou sob o sistema mestre-aprendiz. Mais que isso, é o início da construção das hierarquias profissionais e salariais em saúde, detendo o médico o monopólio do saber e poder sobre as práticas dos trabalhadores técnicos outrora independentes.

A regulamentação do exercício profissional, todavia, era muito precária. Existindo oficialmente desde os tempos coloniais não impediu a prática de inúmeros exercentes de saúde, que apesar de não reconhecidos formalmente o eram socialmente a depender dos sucessos e insucessos da própria prática. Essa regulamentação se torna mais rigorosa só a partir da década de 1920 com a criação do DNSP, que estabelece como requisito para o exercício das profissões sanitárias em todo território nacional a apresentação de diplomas obtidos em escolas oficiais ou equiparadas e limita o uso dos diplomas das escolas livres ou estaduais aos respectivos estados.

Concomitantemente, a reforma Rocha Vaz, em 1925, ao propor a adoção de barreiras ao ensino superior e normas mais rigorosas para a fiscalização federal sobre as escolas livres e para a equiparação das escolas livres e estaduais às escolas oficiais, impedirá o registro de diplomas de egressos dos cursos de odontologia, enfermagem e farmácia. Com essas medidas, ao contingente de práticos de saúde já existentes e em atividade agregam-se os egressos dos cursos superiores não reconhecidos ou não equiparados às escolas oficiais, que passam a pressionar pelo reconhecimento oficial, o que ocorre sob os marcos da política operária e da legislação trabalhista e sindical operada no governo Vargas, a partir de 1930.

Referências

BENCHIMOL, J. L. *Pereira Passos: um Haussman tropical – a renovação urbana da cidade do Rio de Janeiro no início do século XX*. Rio de Janeiro: SMCTT, 1990.

BRASIL. *Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil*, de 24 de fevereiro de 1891. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao91.htm>. Acesso em: 10 nov. 2012.

CARVALHO, C. L. *Dentistas Práticos no Brasil: história de exclusão e resistência na profissionalização da odontologia brasileira*, 2003. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.

CASTRO, N. Qualificação, qualidades e classificações. *Educação & Sociedade*, 14(45): 211-224, ago. 1993.

CUNHA, L. A. *A Universidade Temporã. O Ensino Superior da Colônia à Era de Vargas*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1980.

CUNHA, L. A. *O Ensino dos Ofícios Artesanais e Manufatureiros no Brasil Escravocrata*. São Paulo, Brasília: Editora Unesp, Flacso, 2000a.

CUNHA, L. A. *O Ensino dos Ofícios nos Primórdios da Industrialização*. São Paulo, Brasília: Editora Unesp, Flacso, 2000b.

DECCA, M. A. G. de. *Indústria, Trabalho e Cotidiano: Brasil, 1880 a 1930*. São Paulo: Atual, 1991.

DORNELLES, S. Sindicalismo e enfermagem no Brasil. In: GEOVANINI, T. et al. (Orgs.). *História da Enfermagem: versões e interpretações*. Rio de Janeiro: Revinter, 1995.

EDLER, F. C. Saber médico e poder profissional: do contexto luso-brasileiro ao Brasil Imperial. In: PONTE, C. F. & FALLEIROS, I. (Orgs.). *Na Corda Bamba de Sombrinha: a saúde no fio da história*. Rio de Janeiro: Fiocruz, Casa de Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2010.

FONTENELLE, J. P. Higiene e saúde pública. *Dicionário Histórico, Geográfico e Etnográfico do Brasil*. Rio de Janeiro: IHGB: Imprensa Nacional, 1922.

GIRARDI, S. *Aspectos Gerais da Regulação: notas em torno do estado da arte*. Belo Horizonte: Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, Observatório de Recursos Humanos em Saúde, Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado, s.d. Disponível em: <<http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm>>. Acesso em: 25 out. 2012.

GONÇALVES, R. B. M. *Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde*. São Paulo: Editora Hucitec-Abrasco, 1994.

LIMA, J. C. F. *Trabalhadores de Saúde (1900-1920). Contribuição para sua História*. Rio de Janeiro, 1994. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: Instituto de Estudos Avançados em Educação, Fundação Getúlio Vargas.

LIMA, J. C. F. *Política de Saúde e Formação Profissional dos Trabalhadores Técnicos de Enfermagem*, 2010. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: Faculdade de Educação, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

LUZ, M. T. *Medicina e Ordem Política Brasileira: políticas e instituições de saúde (1850-1930)*. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1982.

MACHADO, R. *et al. Danação da Norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1978.

MANFREDI, S. M. *Educação Profissional no Brasil*. São Paulo: Cortez, 2002.

MARTINS, M. de S. N. *Entre a Cruz e o Capital: as corporações de ofícios no Rio de Janeiro após a chegada da família real (1808-1824)*. Rio de Janeiro: Garamond, 2008.

MARX, K. *O Capital: crítica da economia política*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1988. v. 1. (Livro Primeiro)

NOGUEIRA, R. P. *Do Físico ao Médico Moderno: a formação social da prática médica*. São Paulo: Ed. Unesp, 2007.

PEREIRA NETO, A. de F. *Ser Médico no Brasil: o presente no passado*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

PIRES, D. *Hegemonia Médica na Saúde e a Enfermagem*. São Paulo: Cortez Editora, 1989.

ROMANELLI, O. de O. *História da Educação no Brasil (1930/1973)*. 27. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

SAVIANI, D. Trabalho e educação: fundamentos ontológicos e históricos. *Revista Brasileira de Educação*, 12(34): 152-180, jan.-abr. 2007.

TARTUCE, G. L. B. P. *Tensões e Intenções na Transição Escola-Trabalho: um estudo das vivências e percepções de jovens sobre os processos de qualificação profissional e (re)inserção no mercado de trabalho na cidade de São Paulo*, 2007. Tese de Doutorado. São Paulo: Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo.