Universidade do Estado da Bahia – UNEB
Departamento de Educação – Campus II / Alagoinhas
Programa de Pós-Graduação em História

Ivan Guilherme Dias da Silva Batista

“Um novo horizonte profissional de atividade feminina”: a atuação das visitadoras nos serviços de saúde durante a reforma sanitária pernambucana (1922-1930)

Alagoinhas - Bahia
2026

Ivan Guilherme Dias da Silva Batista

“Um novo horizonte profissional de atividade feminina”: a atuação das visitadoras nos serviços de saúde durante a reforma sanitária pernambucana (1922-1930)

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História da Universidade do Estado da Bahia – Campus II como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em História.

Orientador(a): Prof. Dr. Ricardo dos Santos Batista

Banca examinadora:

Prof. Dr. Ricardo dos Santos Batista (Orientador) – UNEB

Prof. Dr. Luiz Otávio Ferreira (Avaliador externo) – FIOCRUZ

Profa. Dra. Izabel de Fátima Cruz Melo (Avaliadora interna) – UNEB

Alagoinhas - Bahia
2026

FOLHA DE APROVAÇÃO

""UM NOVO HORIZONTE PROFISSIONAL DE ATIVIDADE FEMNINA": A ATUAÇÃO DAS VISITADORAS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE DURANTE A REFORMA SANITÁRIA PERNAMBUCANA (1922-1930)"

IVAN GUILHERME DIAS DA SILVA BATISTA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História – PPGH, em 9 de fevereiro de 2026, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em História pela Universidade do Estado da Bahia, conforme avaliação da Banca Examinadora:

Ricardo dos Santos Batista

PROFESSOR DR. RICARDO DOS SANTOS BATISTA
UNEB
Doutorado em História
Universidade Federal da Bahia

Maria de Fátima Cruz Melo

PROFESSORA DRA. IZABEL DE FÁTIMA CRUZ MELO
UNEB
Doutorado em Meios e Processos Audiovisuais
Universidade de São Paulo

gov.br

PROFESSOR DR. LUIZ OTÁVIO FERREIRA
COC - FIOCRUZ.
Doutorado em História Social
Universidade de São Paulo

Sistema de Bibliotecas da UNEB
Biblioteca Carlos Drummond de Andrade – *Campus* II
Manoela Ribeiro Vieira
Bibliotecária - CRB 5/1768

B333n Batista, Ivan Guilherme Dias da Silva
"Um novo horizonte profissional de atividade feminina": a atuação das visitadoras nos serviços de saúde durante a reforma sanitária pernambucana (1922- 1930). / Ivan Guilherme Dias da Silva Batista. – Alagoinhas, 2026
189 f. : il.

Orientador: Prof. Dr. Ricardo dos Santos Batista

Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado da Bahia, Departamento de Educação. Programa de Pós-Graduação em História. Mestrado em História – Alagoinhas, 2026.

1. Reforma sanitária 2. Visitadoras 3. Departamento de Saúde e Assistência I. Batista, Ricardo dos Santos II. Universidade do Estado da Bahia – Departamento de Educação. III. TÍTULO

CDD – 362.10981

A todos os Nkissis e Orixás.

Agradecimentos

Essa dissertação é fruto de um percurso acadêmico árduo, cuja conclusão não seria possível sem o apoio de pessoas e instituições, aos quais dedico esses agradecimentos.

A Sandy Carvalho, minha companheira de vida, que ao longo desse tempo caminhou comigo, me fortaleceu e nunca desacreditou do potencial dessa pesquisa e da minha trajetória acadêmica. Agradeço o amor, cuidado, conversas nos momentos difíceis e comemorações após inúmeras conquistas.

Aos meus pais, que me incentivaram desde cedo a seguir trajetória acadêmica, obrigado por todo o apoio. Também a Eva Batista Dias, minha avó, que tanto me fortaleceu durante as dificuldades e me manteve firme para encarar períodos de mudança.

A Ricardo dos Santos Batista, meu orientador, que acolheu esse estudo e corroborou intensamente para o seu crescimento. Suas orientações, indicações, conversas e escutas foram primordiais para o andamento e finalização desta dissertação, que caminhou para um forte elo de amizade e cumplicidade para além do meio acadêmico. Muito obrigado!

Aos professores Luiz Otávio Ferreira e Izabel Melo, banca examinadora, agradeço a leitura árdua e atenta do trabalho. Os conselhos, indicações e comentários realizados durante o exame de qualificação foram primordiais para o resultado obtido ao longo dessa caminhada. À professora Maria Elisa Lemos, que me supervisionou no tirocínio docente e me ofereceu ricos conselhos. À professora e amiga Ana Clara Farias Brito, que me orientou durante o período de graduação, compartilhou fontes, acreditou no potencial do meu trabalho e das discussões iniciais feitas sobre as visitadoras sanitárias. Aos professores e funcionários do Programa de Pós-graduação em História da UNEB Campus II. Obrigado pelas trocas.

A amigos queridos como Mayara Pereira, Maria Clara Freire, Helena Carvalho, Havana Letícia, Rayane Cavalcante, Kauanne Gabriele, Weldert Santiago e demais pessoas que caminharam comigo, acolheram dores e conversas ao tardar da noite.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoa de Nível Superior (CAPES), que financiou esta pesquisa.

Resumo

Este trabalho analisa a atuação das visitadoras sanitárias nos serviços de saúde de Pernambuco entre os anos de 1922 e 1930, atendo-se às políticas e instituições públicas e privadas destinadas a assistência materno-infantil. O trabalho investigou os processos políticos e sociais em torno da reforma sanitária empreendida durante o governo de Sérgio Lins Teixeira de Barros Loreto, que reformou serviços de saúde e higiene já existentes no estado e criou um serviço de visitadoras para atuar no combate às doenças e na higiene infantil. Além disso, buscou-se aqui compreender as reformas no campo educacional realizadas durante a gestão de Estácio de Albuquerque Coimbra, que inseriu o trabalho das monitoras sanitárias no interior das instituições de ensino por meio da criação de uma escola profissional. Como aporte teórico, este estudo se utilizou das reflexões de Robert Castel e Walter Fraga Filho para investigar o processo de transição das práticas caritativas para a filantropia, a atuação do Estado na promoção de políticas de assistência no Brasil, em especial para as mães e crianças, e a inserção de mulheres no quadro de funcionárias da saúde. Como metodologia para o trabalho documental, foi utilizada a obra de Jacques Le Goff e suas reflexões sobre documento/monumento. Nesse sentido, utilizou-se, também, uma gama ampla de fontes, como a *Revista de Pernambuco*, *Cruzada Sanitária*, Mensagens dos Governadores, documentos situados no Arquivo Público Estadual Jordão Emerenciano (APEJE) como regulamentos da escola normal, programa da Escola de Educação Sanitária, Relatório da Higiene Escolar, regulamentos das reformas na instrução e nas modalidades de ensino, além de jornais como o *Diário de Pernambuco*, o *Jornal do Comércio* e o *Jornal Pequeno*. Ao findar da investigação, constatou-se a inserção de normalistas, visitadoras, dentistas, farmacêuticas e educadoras nos serviços de higiene do estado, propagando a educação sanitária entre famílias e instituições, acompanhando o desenvolvimento gestacional e infantil, além de interceder pelo futuro dos pernambucanos através da sua atuação profissional.

Palavras-chave: Reforma sanitária; Visitadoras; Departamento de Saúde e Assistência; Educadoras sanitárias.

Abstract

This study aims to analyze the role of sanitary visitors in the health services of Pernambuco between 1922 and 1930, focusing on public and private policies and institutions dedicated to maternal and child health care. The work investigated the political and social processes surrounding the health reform undertaken during the government of Sérgio Lins Teixeira de Barros Loreto, who reformed existing health and hygiene services in the state and created a service of visiting women to combat diseases and promote child hygiene. Furthermore, it sought to understand the educational reforms carried out during the administration of Estácio de Albuquerque Coimbra, who incorporated the work of sanitary monitors into educational institutions through the creation of a vocational school. As a theoretical framework, this study used the reflections of Robert Castel and Walter Fraga Filho to investigate the transition process from charitable practices to philanthropy, the role of the State in promoting assistance policies in Brazil, especially for mothers and children, and the inclusion of women in the health sector workforce. For the documentary research methodology, the work of Jacques Le Goff and his reflections on document/monument were employed. In this sense, a wide range of sources were used, such as the *Revista de Pernambuco*, *Cruzada Sanitária*, Mensagens dos Governadores, documents located in the Arquivo Público Estadual Jordão Emerenciano (APEJE) such as regulations of the normal school, the program of the School of Sanitary Education, the School Hygiene Report, regulations of reforms in instruction and teaching modalities, as well as newspapers such as the *Diário de Pernambuco*, the *Jornal do Comércio*, and the *Jornal Pequeno*. At the conclusion of the investigation, it was found that graduates of teacher training colleges, visiting nurses, dentists, pharmacists, and educators were integrated into the state's hygiene services, spreading health education among families and institutions, monitoring gestational and infant development, and advocating for the future of the people of Pernambuco through their professional work.

Keywords: Health reform; Visitors; Department of Health and Assistance; Health educators.

Sumário

Introdução 16
Capítulo I - Movimentos, reformas e educação: a saúde pública em Pernambuco durante a primeira República.....33

1.1 Querelas políticas e reforma sanitária.....33
1.2 A trajetória política, acadêmica e profissional de Amaury de Medeiros.....39
1.3 O Departamento de Saúde e Assistência de Pernambuco: acordos, mudanças e permanências.....42
1.4 Mortalidade infantil e fomento às políticas de assistência para mães e crianças no governo de Sérgio Loreto.....46
1.5 A tuberculose e a atuação das visitadoras sanitárias.....57
1.6 Educando para a saúde: o governo de Estácio Coimbra e a reforma educacional pernambucana.....62
1.7 As escolas normais e a formação de mulheres em Pernambuco.....69
1.8 A tríade higiênica: saúde individual, coletiva e social.....70
1.9 Espaços, instituições e educação sanitária.....76
1.10 Mortalidade infantil e políticas para a infância no governo de Estácio Coimbra: a atuação da Liga Pernambucana Contra a Mortalidade Infantil.....84

Capítulo II - Entre dispensários e domicílios: formação profissional e assistência das visitadoras sanitárias pernambucanas.....91

2.1 Gênero e profissionalização: o trabalho das visitadoras sanitárias no Brasil e em Pernambuco.....91
2.2 Perfil profissional das visitadoras sanitárias pernambucanas: entre a moral e a formação educacional.....98
2.3 Processo seletivo e organização curricular das visitadoras sanitárias em Pernambuco.....100
2.4 Atuação das visitadoras na cidade de Recife – PE.....103
2.5 O padrão de vestimentas das visitadoras sanitárias em Pernambuco: entre o conforto e a elegância.....105
2.6 O trabalho da visitadora pernambucana no combate à tuberculose no Estado.....112
2.7 A Inspetoria de Higiene Infantil de Pernambuco e a atuação das visitadoras sanitárias na assistência às mães e crianças.....122
2.8 Breves reflexões sobre enfermeiras visitadoras pernambucanas formadas pela Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN).....139

Capítulo III – "Vigiar e defender os destinos da própria raça": educação, saúde e formação das educadoras sanitárias em Pernambuco.....**144**

3.1 Higienizando a infância: a prática da educação sanitária no Brasil e em Pernambuco.....144
3.2 Arquitetura escolar e ensino higiênico nos grupos escolares de Pernambuco.....150
3.3 A feminilização da educação sanitária: normalistas e o trabalho educativo-higiênico em Pernambuco.....159
3.4 A formação educacional das monitoras sanitárias durante o governo de Estácio Coimbra.....165
3.5 As percepções do Dr. Waldemir Miranda e a análise do Serviço de Higiene Escolar pernambucano na década de 1930.....168
Conclusão.....**176**

Arquivos e Fontes.....**178**
Bibliografia Consultada......**181**

Lista de ilustrações

Figura 1: Modelo de folha de notificação de nascimentos 49
Figura 2: Frente do cartão de recenseamento de 1923. 50
Figura 3: Verso do cartão de recenseamento de 1923. 51
Figura 4: Frente da 1° folha do cartão de recenseamento de 1925. 53
Figura 5: Verso da 1 folha do cartão de recenseamento de 1925. 53
Figura 6: Frente da 2° folha do cartão de recenseamento de 1925. 54
Figura 7: Verso da 2° folha do cartão de recenseamento de 1925. 54
Figura 8: Organograma dos serviços de saúde pública e privada após a reforma no governo de Sérgio Loreto. 59
Figura 9: Registro da solenidade de inauguração do curso de visitadoras sanitárias do DSA .. 97
Figura 10: Organogramas das 1°, 2° e 3° zonas de atuação das visitadoras em Recife 104
Figura 11: Grupo de visitadoras da Saúde Pública 107
Figura 12: Visitadoras com trajes de trabalhos externos 107
Figura 13: Uma visitadora durante o seu trabalho de puericultura 108
Figura 14: Vista do dispensário modelo para tuberculosos, anexo à sede do Departamento de Saúde e Assistência..... 119
Figura 15: Sala de espera do dispensário Octavio de Freitas onde uma visitadora realizou uma palestra sobre tuberculose 119
Figura 16: Sala de trabalho das visitadoras no Dispensário Octavio de Freitas 120
Figura 17: Consulta com o dr. Olívio Alvares, laringologista do Dispensário Octavio de Freitas. Ao fundo, avista-se uma visitadora 120
Figura 18: Crianças nascidas sob as vistas do serviço vêm receber presentes no dia do 1° aniversário do Dispensário..... 125
Figura 19: No dia de natal, as crianças matriculadas no Serviço de Higiene Infantil vieram receber presentes sanitários. Na foto, estão presentes o chefe do serviço e as visitadoras que organizaram a distribuição. 126
Figura 20: Frente do cartão de registro no serviço de pré-natal 129
Figura 21: Verso do cartão de registro no serviço de pré-natal 130
Figura 22: Busca por serviços de ama de leite em Pernambuco 133
Figura 23: Serviço sanitário de Pernambuco. 137
Figura 24: Serviço de pré-natal: as gestantes são interrogadas antes dos exames obstétricos 138

Figura 25: *Fac-símile* do órgão de propaganda do Departamento de Saúde e Assistência 147
Figura 26: Grupo escolar modelo em Afogados da Ingazeira – PE 151
Figura 27: Alunos do Grupo Escolar João Barbalho praticando Ginástica Sueca 154
Figura 28: O inspetor de higiene infantil Dr. Arthur de Sá realizando uma palestra sobre higiene entre alunos.....157
Figura 29: Frente do cartão do Serviço de Higiene Escolar. 158
Figura 30: Práticas de higiene na Escola Normal Oficial do Estado.....163

Lista de tabelas, gráficos e quadros

Tabela 1: Dados da mortalidade em Recife no ano de 1923. 46
Tabela 2: Resultado sumário do recenseamento do Recife em 1923. 51
Tabela 3: Resultado sumário do recenseamento do Recife em 1925. 55
Tabela 4: Dados da mortalidade e natalidade em Pernambuco entre os anos de 1926 e 1928. .. 85
Tabela 5: Mortalidade geral e por tuberculose em Recife – PE 114
Tabela 6: Serviço de Inspetoria de Higiene Infantil entre 1923 e 1926. 131

Lista de abreviaturas e siglas

APEJE – Arquivo Público Estadual Jordão Emerenciano

CNACr – Campanha Nacional pela Alimentação da Criança

COC – Casa de Oswaldo Cruz

CVB – Cruz Vermelha Brasileira

CVP – Cruz Vermelha Pernambucana

DGSP – Diretoria Geral de Saúde Pública

DGVOP – Departamento Geral de Viação e Obras Públicas

DHIE – Diretoria de Higiene Infantil e Escolar

DNCr – Departamento Nacional da Criança

DNSP – Departamento Nacional de Saúde Pública

DPMI – Diretoria de Proteção à Maternidade e à Infância

DSA – Departamento de Saúde e Assistência

DSPR – Diretoria de Saneamento e Profilaxia Rural

EEAN – Escola de Enfermagem Anna Nery

EEDNSP – Escola de Enfermagem do Departamento Nacional de Saúde Pública

EEFMUSP – Escola de Enfermagem da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

EECC – Escola de Enfermagem Carlos Chagas

FAB – Força Aérea Brasileira

FEB – Força Expedicionária Brasileira

FMBA – Faculdade de Medicina da Bahia

FMRJ – Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro

HIMS – Hospital de Isolamento de Mont'Serrant

IHB – Internationale Health Board

IHI – Inspetoria de Higiene Infantil

IOC – Instituto Oswaldo Cruz

IOCS – Inspetoria de Obras Contra as Secas

IPAI – Instituto de Proteção à Infância

IPAI/BA – Instituto de Proteção à Infância da Bahia

LBCMI – Liga Baiana Contra a Mortalidade Infantil

LBCMI – Liga Brasileira Contra a Mortalidade Infantil

LBCT – Liga Brasileira Contra a Tuberculose

LPCT – Liga Pernambucana Contra a Tuberculose

LEPHI – Laboratório de Ensino e Pesquisa Histórica

LPCMI – Liga Pernambucana Contra a Mortalidade Infantil

MESP – Ministério da Educação e Saúde Pública

MTIC – Ministério da Indústria e do Comércio

PRC – Partido Republicano Conservador

PRF – Partido Republicano Federal

SCM – Santa Casa de Misericórdia

SESP – Serviço Especial de Saúde Pública

SHI – Serviço de Higiene Infantil

SSAP – Secretaria de Assistência Pública

Introdução

Esta dissertação analisa a atuação das visitadoras da saúde pública nos serviços de saúde do estado de Pernambuco, com atenção para as políticas e instituições públicas e privadas destinadas à assistência materno-infantil entre os anos de 1922 e 1930. Investiga-se os processos políticos, econômicos e sociais ocorridos durante as reformas nos serviços de saúde e educação pública e privada, nos governos de Sérgio Lins Teixeira de Barros Loreto (1922-1926) e Estácio de Albuquerque Coimbra (1926-1930), dando ênfase ao trabalho de mulheres na assistência materna e na saúde, especificamente no cargo de visitadora e educadora sanitária, durante a primeira e a segunda infância das crianças. Evidenciam-se os processos formativos e preparatórios das visitadoras do estado, sua distribuição nos principais distritos e espaços de atuação como residências, dispensários, hospitais e maternidades, destacando as mudanças e as permanências em ambas as gestões governamentais.

Para isso, foram apresentadas três categorias profissionais: Visitadora sanitária, Enfermeira e Educadora Sanitária. Segundo Peters, as visitadoras sanitárias foram mulheres que não possuíam diploma nos cursos de enfermagem, realizando cursos de curta duração com o objetivo de prepará-las para trabalhos de visitação domiciliar, educação sanitária, profilaxia de doenças, medidas de higiene e saúde das/nas habitações.[1] O trabalho da enfermeira foi introduzido após a década de 1923, com a criação da Escola de Enfermagem do DNSP (EEDNSP), que diplomou mulheres nos cursos de enfermagem por meio de cursos longos em instituições oficiais. Essa formação se intensificou no Brasil após a década de 1930, substituindo gradativamente a profissão de visitadora sanitária, que também poderia ingressar nos cursos de enfermagem para diplomar-se.[2] A enfermeira diplomada atuava em locais como dispensários, em políticas públicas de saúde, em hospitais e maternidades.

Por fim, as educadoras sanitárias frequentaram cursos criados com o objetivo de especializar as normalistas (professoras) nos temas de higiene e saúde, divulgados no meio escolar, oferecendo orientações sobre asseio corporal, combate às doenças e educação higiênica

---

[1] PETERS, Ângela Aparecida; PERES, Maria Angélica de Almeida; SILVA, Camila Pureza Guimarães; PAIM, Lygia. Enfermagem anglo-americana: traços no modelo da missão Parsons (1921-1925). In. FERREIRA, Luiz Otávio; BATISTA, Ricardo dos Santos; MARQUES, Rita de Cássia (Org.). **Enfermeiras, educadoras sanitárias e outras profissões**: estudos históricos. São Paulo: Hucitec, 2024. p. 70-83.

[2] SOUZA, Christiane Maria Cruz de. Notas sobre a enfermagem na Bahia, da segunda metade do século XIX à segunda década do século XX. In: BATISTA, Ricardo dos Santos (Org.). et al. **História da Saúde**: relações de gênero, educação, personagens e instituições. Salvador: Devires, 2023. p. 17-42; BATISTA, Ricardo dos Santos; FERREIRA, Luiz Otávio. Haydée Guanais Dourado e criação da Escola de Enfermagem da Bahia (1946-1947): conexões locais, nacionais e internacionais. In: BATISTA, Ricardo dos Santos (Org.). et al. **História da Saúde**: relações de gênero, educação, personagens e instituições. Salvador: Devires, 2023. p.61-76.

de alunos, familiares e funcionários.[3] Embora as mulheres dessas categorias exercessem atividades semelhantes, atuavam de forma diferente no meio social.

O recorte temporal está relacionado ao período em que Sérgio Loreto e Estácio Coimbra ocuparam o cargo de governador de Pernambuco. O marco cronológico inicial remonta à posse de Sérgio Loreto, eleito governador para o quadriênio 1922-1926. Nesse intervalo, ele realizou mudanças importantes nos serviços de saúde, sobretudo na cidade de Recife, sua capital, como a inauguração do Departamento de Saúde e Assistência (DSA), fruto de reformas no antigo Serviço de Higiene. Através das ações do DSA, definido pelo governador como principal órgão público responsável pela reforma na saúde do estado e dirigido pelo médico pernambucano Amaury de Medeiros, o governo fomentou a criação de Hospitais, dispensários, postos de higiene e a inserção de profissionais como médicos e visitadoras de saúde pública no interior desses serviços, ressaltando a assistência aos doentes, pobres, mulheres e crianças.

O período entre 1926 e 1930 se refere ao governo de Estácio de Albuquerque Coimbra. Aqui, a análise das ações públicas se concentrou na educação, destacando a reforma do ensino liderada por Antônio Carneiro Leão.[4] Coimbra defendeu as vistorias e reformas nos grupos escolares já existentes em Pernambuco, bem como a criação de novos, com o objetivo de torná-los espaços modelo de educação, higiene e "civilização". Também foram utilizados médicos-inspetores, visitadoras e educadoras, com o objetivo de acompanhar o desenvolvimento na segunda infância.

Observa-se, portanto, a presença das visitadoras sanitárias em ambas as gestões, destacando-as como profissionais capacitadas, que passaram por cursos formativos teóricos e práticos. Elas eram responsáveis por mediar o trabalho dos médicos e órgãos de saúde pública, com ênfase na assistência dada às mães e às crianças nos serviços pré-natal, partos, acompanhamento após o nascimento, orientação educacional, inserção de crianças nos grupos escolares e continuidade aos serviços de orientação higiênica. Mapear a origem e a identidade dessas mulheres, os programas curriculares dos cursos de formação para visitadoras e

---

[3] ROCHA, Heloísa Helena Pimenta. **A higienização dos costumes:** educação escolar e saúde no projeto do Instituto de Higiene de São Paulo (1918-1925). Campinas/São Paulo, Mercado das Letras/ FAPESP, 2003.

[4] Nasceu na cidade de Recife em 2 de julho de 1887. Filho de Antônio Carlos Carneiro Leão e Elvira Cavalcanti de Arruda Câmara Carneiro Leão, formou-se em Ciências Jurídicas pela Faculdade de Direito de Recife em 1911. Foi responsável por dirigir a instrução pública no Rio de Janeiro no período de 1923 a 1926, onde foram construídas 20 escolas com nomes de países americanos, além da Escola Portugal. Ocupou cargo na Secretaria de Justiça, Educação e Interior do Estado de Pernambuco de 1929 a 1930 na administração de Estácio Coimbra, onde coordenou a reforma da instrução pública e do ensino normal, instituindo pela primeira vez no país a cadeira de Sociologia no currículo das escolas normais.

educadoras em saúde pública, suas intervenções nas políticas de combate a doenças como a tuberculose e, sobretudo, sua atuação nos serviços de assistência aos infantes são foco dessa pesquisa, que investiga o papel desempenhado por elas em um período no qual a profissionalização da enfermagem ainda se desenvolvia.

Na historiografia, os conceitos e práticas em torno da assistência passaram por mudanças que envolveram grupos religiosos, filantrópicos e o Estado. Muito embora esta dissertação reflita sobre eventos que ocorreram a partir das primeiras décadas do século XX, momento em que a 'assistência' à população pobre – trabalhadores, mães e crianças – foi paulatinamente realizada pelo governo, é necessário compreender as discussões sobre o conceito. As obras de Robert Castel e Walter Fraga Filho, aportes teóricos desta pesquisa, permitiram investigar o processo de transição das práticas caritativas para a filantropia, a atuação do Estado na promoção de políticas de assistência no Brasil, em especial para as mães e crianças, e a inserção de mulheres no quadro de funcionárias da saúde.

Durante o período medieval, a assistência foi entendida como um tipo de proteção social pela qual o vassalo oferecia sua força de trabalho para o senhor em troca de sustento, alimentação e um teto para morar, garantidos por um juramento de fidelidade. Castel definiu assistência, naquele momento, como uma prática que categorizou populações carentes e as inseriu em grupos dignos de serem beneficiados. Essas categorias englobavam "o outro", ou seja, estrangeiros, enfermos, acidentados, crianças abandonadas e demais grupos identificados como incapazes de gerar renda própria, fruto do trabalho braçal, "submetidos à dupla coerção, de ter que trabalhar e de não o poder fazer".[5] Antes de serem assistidos, esses indivíduos estariam entregues à própria sorte, pois, enquanto homens livres, foram privados de proteção. No caso da saúde, estudada neste trabalho, as enfermidades foram apresentadas como fatores que os tornavam incapazes de manter suas vidas e gerar rendas através do seu trabalho. Logo, atendê-los e curá-los se tornaram atividades para grupos especializados.

Coube às instituições sociais organizar espaços e meios para assistir à população, a exemplo dos hospitais e orfanatos, além de práticas como a distribuição de esmolas. Ao denominar essa prática como uma ação social-assistencial, Robert Castel a apresentou como uma ação protetora, que selecionou aqueles que mereciam receber seus serviços. Os órfãos e idosos foram apontados como dignos de cuidado, já que eram incapazes de suprir suas necessidades através do trabalho.[6] Desse modo, a pobreza se tornou um condicionante para a

[5] CASTEL, Robert. **As metamorfoses da questão social**: uma crônica do salário. Tradução de Iraci D. Poleti. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 2010. p. 56.
[6] CASTEL, 2010, p. 59.

prática da assistência. Russell-Wood destacou a pobreza no período medieval relacionada à fome, decorrente das reservas inadequadas de alimentação e do *déficit* na comunicação e transporte de recursos para subsistência, resultando assim na desnutrição e na incapacidade de trabalhar.[7] Afirmou, ainda, que a epidemia de peste bubônica deixou a população enfraquecida e os espaços públicos insalubres, ausentes de recursos para manutenção das residências.

Ao investigar os impactos do cristianismo nas práticas de assistência, o estudo de Robert Castel nos permite compreender o papel das organizações religiosas no acolhimento à população desvalida, destacando as confrarias nos séculos XII e XIII, por exemplo, reconhecidas como grupos formados por homens e mulheres que realizavam obras e serviços de caridade pela ação religiosa. Além disso, ofertavam doações no formato de esmolas e realizavam a entrega de dotes, auxílio-encarceramento, além de tratamento hospitalar e auxílios funerários.[8] Durante o século XIII, a cidade italiana de Florença foi palco para a criação e atuação da confraria de Nossa Senhora da Misericórdia, uma das mais importantes irmandades de auxílio aos pobres citadinos. Já Anthony Russell-Wood apresentou discussões sobre a fundação da primeira Misericórdia, uma vez que os processos que ocorreram em Florença, na Itália, e em Lisboa, Portugal, foram similares. Nessa última, a Misericórdia foi criada em 1498, tornando-se um espaço de centralização oficial de assistência social.

Para o autor, a presença de doenças, populações sem alimentação adequada e conflitos armados foram as principais motivações para a criação e expansão de medidas de caráter assistencial não só na Itália ou em Portugal, mas em países de outros continentes como Ásia, África e América Latina. No Brasil, a fundação da primeira Misericórdia acompanhou o processo de colonização e a fundação da primeira vila da colônia. Em 1543, Brás Cubas inaugurou o primeiro hospital da Santa Casa, com a Irmandade de Santos, na Vila de São Vicente.[9] Em anos posteriores outras Misericórdias foram criadas, como em Olinda e Ilhéus, no ano de 1560, e no Rio de Janeiro em 1582.

Pela criação de hospitais financiados por organizações religiosas e por benfeitores e benfeitoras, se esperava cuidar da saúde dos pobres e enfermos, além de receber trabalhadores, mulheres e órfãos, sendo a igreja a principal administradora da caridade.[10] Assim, a assistência

[7] RUSSEL-WOOD, Anthony John R. **Fidalgos e Filantropos**: a Santa Casa da Misericórdia da Bahia, 1550-1755. Brasília: Editora UnB, 1981.
[8] RUSSEL-WOOD, 1981.
[9] MARCÍLIO, Maria Luiza. **História social da criança abandonada**. São Paulo: Hucitec, 1998.
[10] CASTEL, 2010.

caritativa foi guiada por ideais religiosos e missionários, sustentada por esmolas e boas atitudes dos grupos mais ricos, que viam na caridade um meio de salvação religiosa.[11]

O fim do século XIII foi um período de rupturas, marcado por mudanças de mentalidades, sobretudo aquelas relacionadas ao tratamento recebido pelos pobres, além de modificações na tutela das instituições de caridade. Gradativamente, essa população, não mais associada à necessidade de ajuda, passou a ser vista como "indivíduos perigosos", classificados como vagabundos e delinquentes, nocivos à ordem pública, pelas autoridades municipais que administravam hospitais, prisões e locais de reclusão, além de lidar com problemas de indigência urbana. A assistência deixou de ser considerada um vínculo comunitário e passou a ser coordenada por grupos que combatiam a prática da mendicância, defendiam a exclusão de estrangeiros e a construção de bases legais sustentadas pelas autoridades de senhores e burgueses.[12]

O intenso combate a grupos pobres foi identificado, no Brasil, a partir da metade do século XIX. Ao investigar a formação social da pobreza na cidade de Salvador-Bahia, Walter Fraga Filho destacou a existência de políticas de combate aos chamados mendigos, moleques e vadios, grupos que residiam em cortiços, se aglomeravam nos centros urbanos, comumente em habitações temporárias e que foram associados à criminalidade.[13] Para Christiane Souza, "a existência de indivíduos perambulando nas ruas nessas condições de miséria humana emprestava à cidade uma fisionomia que contrariava o impulso civilizador a partir da segunda metade do século XIX".[14] Segundo Fraga Filho, esses grupos foram constituídos em sua maioria por ex-escravizados, homens, mulheres e crianças negras que, devido à ausência de empregos, recorreram à mendicância para adquirir dinheiro, alimentação e vestimenta. A infância esteve nesse cenário, já que os órfãos também estavam nas ruas.

Os debates em torno da infância remetem a períodos históricos antigos. Ao investigar a história da criança e da família, Philippe Ariès afirmou que, durante o século XII, a ideia sobre o que seria a infância ainda era desconhecida. Acreditava-se que uma criança seria um adulto com baixa estatura, já que pouco se entendia sobre as particularidades que a distinguia dos maiores.[15] Foi apenas entre os séculos XVII e XVIII, acompanhada pelo desenvolvimento da

---

[11] MARCÍLIO, 1998.
[12] CASTEL, 2010.
[13] FRAGA FILHO, Walter. **Mendigos, moleques e vadios na Bahia do século XIX**. São Paulo: Hucitec; Salvador: Edufba, 1996.
[14] SOUZA, Christiane Maria Cruz de. **A epidemia de gripe espanhola na Bahia**: saúde, política e medicina e tempos de epidemia. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; Salvador: Edufba, 2009. p. 61.
[15] ARIÈS, Philippe. **História social da criança e da família**. Trad. Dora Flaksman. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1986.

arte e da iconografia, que a criança se tornou o centro da composição familiar e alvo das formas de tratamento, da disciplinarização e racionalidade de costumes, antes apresentadas como responsabilidades dos eclesiásticos. Também foram introduzidos temas como higiene e saúde física no seu cotidiano.[16]

Assim como os pobres, mulheres e trabalhadores, os órfãos abandonados também foram beneficiados por formas de ação social. No Brasil, Maria Luiza Marcílio destacou que as câmaras municipais foram os órgãos responsáveis por assisti-los, a partir de convênios realizados com as Santas Casas de Misericórdia (SCM), com a instituição de dois meios de ação: as rodas e casas de expostos e o recolhimento de meninas pobres.[17] A roda surgiu na França no ano de 1758 e se expandiu pelo ocidente em períodos posteriores. Foi adotada por organizações religiosas para acolher crianças abandonadas. Até os três anos de idade, as crianças que foram acolhidas pela roda dos expostos ficavam sob os cuidados das amas de leite "mercenárias" devido à necessidade de alimentação durante a primeira infância. Para incentivá-las, as câmaras municipais ofertavam uma remuneração. Ao completar sete anos, as crianças ficavam sob tutela da casa dos expostos, responsabilizada por encontrar famílias para criá-las. Essas ações foram apontadas pela autora como meios de evitar o infanticídio e o aborto.

Destaca-se que a assistência às crianças nem sempre fez parte dos serviços da Santa Casa. No país, a cidade de Salvador foi a primeira a inserir a infância abandonada nas ações da SCM, introduzida a partir da utilização da roda dos expostos, ainda no século XVIII. A segunda roda foi criada na cidade do Rio de Janeiro, em 1738, e uma terceira em Recife, no dia 11 de maio de 1789, obra fomentada pelo governador da capitania Tomás José de Melo.[18]

A preocupação com as crianças expostas em Pernambuco se iniciou nas primeiras décadas do século XVIII, marcadas por conflitos entre a SCM de Olinda e de Recife que foram incumbidas, mediante decreto real, de ofertar assistência aos expostos. Em 1730, coube à câmara de Olinda conceder 120 mil réis anuais para o custeio das despesas dos menores enjeitados, além de auxiliar mulheres e famílias nos cuidados necessários. Esse valor foi o mesmo recebido em Recife, a partir do ano de 1931.[19] Nesse sentido,

> As práticas de recolhimento dos expostos eram tidas como um problema circunscrito ao espaço urbano, de âmbito caritativo e inscrito no domínio doméstico, portanto, dependente das ações e decisões particulares, das pessoas

[16] ARIÈS, 1986.
[17] MARCÍLIO, 1998.
[18] MARCÍLIO, 1998.
[19] NASCIMENTO, Alcileide Cabral do. **A sorte dos enjeitados**: o combate ao infanticídio e a institucionalização da assistência às crianças abandonadas no Recife (1789-1832). São Paulo: Annablume; FINEP, 2008.

> e familiares, que acolhiam e criavam os enjeitados e não como responsabilidade da administração colonial.[20]

Segundo Alcileide Nascimento, a criação desses indivíduos envolveu três ideais: o religioso, caracterizado pelo amparo e realização do batismo das crianças; o público, como forma de evitar práticas de delinquência; e econômico, tendo em vista a conceção de auxílios financeiros pelas câmaras municipais, já que a SCM por si só não possuía recursos suficientes. Vale destacar que as famílias decidiam realizar ou não o acolhimento.

As necessidades sobre a infância abandonada também foram abordadas pelo provedor da SCM de Olinda, que endereçou uma carta ao Rei, no ano de 1744, e relatou casos de adoecimento e de abandono de menores em decorrência da morte das mães. Ele destacou que, frequentemente, foram encontrados bebês em estado crítico de frio e desnutrição nas portas dos hospitais e da própria SCM. Até então, a exposição dos menores ainda não era vista como um problema de ordem pública e sim como um fato social, sendo que as famílias se apoiavam nos discursos de caridade e benemerência religiosa. O ano de 1789 foi marcado pela criação da Casa dos Expostos em Pernambuco, durante o governo de D. Tomás José de Melo, motivada pela incidência de casos de crianças encontradas mortas nas ruas das vilas de Olinda e Recife. Segundo Alcileide Nascimento, a roda dos expostos funcionou no interior da casa, anexa à Igreja do Paraíso, no bairro de Santo Antônio, centro da vila, entre Recife e Boa Vista.[21]

Em suas breves investigações sobre a utilização da roda dos expostos em Pernambuco, Maria Luiza Marcílio identificou que, até o ano de 1917, durante a gestão de Manoel Antônio Pereira Borba, o serviço de assistência se manteve a cargo das Misericórdias naquele estado. Em gestões posteriores, que serão analisadas nessa pesquisa, a tutela passou para o governo estadual, especialmente para o departamento criado por Sérgio Loreto, mesmo que ações caritativas e filantrópicas permanecessem simultâneas à ação do governo. De forma gradual, a assistência se tornou uma função da filantropia com a participação do Estado, uma vez que "as entidades filantrópicas criadas no início do século XX se apresentam como outro modelo de serviço substitutivo das tradicionais práticas de caridade".[22]

Após o ano de 1850, período marcado pelo início de reformas urbanas no país, a remoção de pobres e indigentes em situação de rua foi iniciada e intensificada pelas autoridades políticas, que buscaram realizar uma "limpeza" nas cidades, reestruturando os espaços públicos

---

[20] NASCIMENTO, 2008, p. 69.
[21] NASCIMENTO, 2008.
[22] BARRETO, Maria Renilda Nery. Pro Matre: arquivos e fontes para a história da maternidade no Rio de Janeiro. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 18, p. 295-301. dez. 2011. p. 297.

e tentando remover tudo o que não fosse sinônimo de "civilização". Esses aspectos foram intensificados na República com a sanitização dos centros e grandes capitais brasileiras, que se baseou na remodelação dos espaços.

Durante a Primeira República brasileira, a organização da saúde pública foi alvo de reformas e decretos instituídos no governo de Prudente José de Moraes Barros (1841- 1902), que ocupou o cargo de presidente entre 1894 e 1898, e Manoel Ferraz de Campos Salles (1841-1913), eleito para o mandato de 1898 a 1902. O primeiro governo marcou a criação da Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP), em fevereiro de 1897, com foco na profilaxia de doenças transmissíveis e na regulamentação de políticas de saúde e saneamento nas cidades portuárias brasileiras. O segundo, por sua vez, se concentrou na educação sanitária e criou o 1° Código Sanitário Federal de Saúde, que vigorou no governo do fazendeiro paulista Francisco de Paula Rodrigues Alves (1902-1906).[23]

Após o ano de 1902, quando Rodrigues Alves se tornou presidente, o Brasil foi palco de uma política de remodelação dos espaços urbanos, sobretudo no Rio de Janeiro, capital federal do país. Em fevereiro de 1904, foi promulgado o regulamento sanitário que reorganizou a DGSP, atribuindo foco ao combate das epidemias e ao controle de doenças como a febre amarela, além da demolição de cortiços e aglomerações urbanas considerados insalubres. Esses e outros fatores corroboraram para o desenvolvimento de reformas sanitárias, um movimento intensificado nos anos posteriores.[24]

O movimento sanitarista[25] dos anos 1910-1920 foi organizado por médicos higienistas e surgiu em um contexto de desordem ocasionada pela presença de pessoas doentes. Em outubro de 1916, se destacaram o pronunciamento de Miguel Pereira, que definiu o Brasil como um imenso hospital, e o impacto da relatoria das expedições médico-científicas ao interior do país, especialmente a ao Norte da Bahia, Sudoeste de Pernambuco, Sul do Pará e demais regiões do

[23] CASTRO SANTOS, Luiz Antônio de; FARIA, Lina Rodrigues de. **A Reforma Sanitária no Brasil**: ecos da Primeira República. Bragança Paulista: Edusf, 2003.
[24] CASTRO SANTOS; FARIA, 2003.
[25] A terminologia foi apresentada por Gilberto Hochman (1998) para designar o início de campanhas sanitárias no Rio de Janeiro diante dos problemas sanitários que assolavam os centros urbanos da cidade, ressaltando as movimentações lideradas por Oswaldo Cruz no início do século XX. O sanitarista concentrou suas ações no combate às epidemias, no saneamento urbano das grandes capitais brasileiras e, à partir da década de 1920, no saneamento rural e no combate às endemias dos chamados "sertões" do Brasil. Segundo Sonia Fleury Teixeira e Maria Helena Mendonça, esse conceito designa "um processo de transformação da norma legal e do aparelho institucional que regulamenta e se responsabiliza pela proteção à saúde dos cidadãos que corresponde a um efetivo deslocamento do poder político em direção às camadas populares, cuja expressão material concretiza-se na busca do direito universal à saúde e na criação de um sistema único de serviços sob a égide do Estado" (Teixeira, 1989, p. 193).

Nordeste e Centro-Oeste.[26] Essa viagem foi realizada em 1912 e dirigida pelos médicos Belisário Penna e Artur Neiva, sob requisição da Inspetoria de Obras Contra as Secas (IOCS), órgão do Ministério dos Negócios, Indústria, Viação e Obras Públicas.[27] No material publicado, os médicos chamaram a atenção para a relação intrínseca entre doença e falta de civilização, ao expor que longe dos centros urbanos existiam pessoas enfermas, improdutivas e inaptas ao progresso.[28]

A relação entre interior/sertão e a ausência de higiene foram exploradas no relatório da expedição médico-científica de Belisário Penna e Artur Neiva. O interior foi considerado um local desconhecido, atrasado, doente e improdutivo, com grande parte da população acometida por endemias causadas pela falta de condições de higiene básicas, de recursos e visibilidade por parte dos oligarcas. Acreditava-se que esses fatores impossibilitavam o progresso, pois uma população doente não poderia oferecer mão de obra ao trabalho.[29]

Graças às expedições, se identificou as principais doenças que acometiam os moradores daquelas regiões, com destaque para leishmaniose, tuberculose, sífilis, desinterias, ancilostomíase, malária e febre amarela.[30] Com um viés nacionalista, este movimento objetivava a construção de um Brasil livre dos males da degeneração e de indivíduos aptos a contribuírem para o futuro do país, além de intercederem pelas gerações futuras por meio da institucionalização da assistência à maternidade e à infância.[31]

Tais aspectos também podem ser vistos na literatura, a exemplo das obras de Monteiro Lobato sobre Jeca Tatu, um personagem que carrega os estereótipos do caipira, um homem da roça, descalço, queimado do sol e com sua roupa remendada, na companhia de um vira-lata, seu fiel companheiro. Enquanto defensor de ideais eugênicos, Lobato propunha a luta pelo crescimento de crianças instruídas e com saúde, através de um personagem doente, que teve sua vida transformada após largar os "desleixos" do homem caipira, mantendo-se higiênico e, posteriormente, seguindo um padrão de vida norte-americano, moderno e consciente, a fim de apresentar um caminho ideal e próspero a ser seguido pelos seus leitores.[32]

---

[26] HOCHMAN, Gilberto. Logo ali, no final da avenida: os sertões redefinidos pelo movimento sanitarista da Primeira República. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 5, suplemento, p. 217-235, 1998.
[27] SÁ, Dominich Miranda. Uma interpretação do Brasil como doença e rotina: a repercussão do relatório médico de Arthur Neiva e Belisário Penna (1917-1935). **História, Ciência, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1. p. 183-203, jul. 2009a.
[28] HOCHMAN, Gilberto. **A era do saneamento**: as bases da política de saúde pública no Brasil. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2012. 253p.
[29] HOCHMAN, 1998; HOCHMAN, 2012; CASTRO SANTOS; FARIA, 2003.
[30] CASTRO SANTOS; FARIA, 2003.
[31] HOCHMAN, 2012.
[32] LOBATO, Monteiro. **Jeca-Tatuzinho**. 33. ed. Fontoura: São Paulo,1966. p. 1-16.

Segundo Luiz Antônio de Castro Santos e Lina Rodrigues de Faria, a década de 1920 marcou o processo de interiorização dos serviços de saúde no Brasil, quando o Estado passou a intervir diretamente através de discursos e políticas que utilizavam a educação em saúde pública como justificativas para a salvação da nação. Ideais sobre a formação de um Estado Nacional começaram a ser intensificados e, por meio deles, as classes dominantes e organizações governamentais das elites buscavam estabelecer mudanças sociais – à partir da formação de uma consciência sanitária –, concentrando suas ações inicialmente entre a população rural. Foi também nesse período que se intensificaram as atividades da Fundação Rockefeller no Brasil, introduzidas no ano de 1918.[33] Investigar os feitos da missão Rockefeller no país é relevante para compreender o desenvolvimento de medidas de saúde pública, a atuação de profissionais como visitadoras, médicos e enfermeiras, além da ênfase na assistência materno-infantil a ser discutida ao longo deste trabalho.

Os autores ainda ressaltam que a presença da instituição norte-americana foi primordial para a formação educacional médica, tendo como um dos principais resultados a criação da Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo. Nos sertões brasileiros, a Fundação Rockefeller se envolveu no combate às endemias, a exemplo da ancilostomíase. Estabeleceu parcerias com os estados nos momentos de crises, além de auxiliar financeiramente as reformas da saúde no Brasil em cooperação com organizações internacionais.[34]

Uma das pautas do movimento sanitarista brasileiro era a criação de um órgão sanitário de abrangência nacional. Em 1920, o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) foi inaugurado sob a direção do médico Carlos Chagas (1879-1934), durante o governo de Epitácio Lindolfo Pessoa (1865-1942) na presidência da República (1919-1922).[35] As ações do Departamento englobaram o Serviço de Profilaxia Rural, através da Diretoria de Saneamento e Profilaxia Rural (DSPR), a criação de instituições médicas, a educação da população sobre saúde e doenças, o acompanhamento dos serviços de vacinação e revacinação e, com destaque, a formação de profissionais de saúde por meio da criação de instituições escolares e de cursos formativos.[36]

Segundo Ieda de Alencar Barreira, foi por esse elo que o país criou órgãos de combate a doenças como a tuberculose, lepra e doenças venéreas, além de dar maior ênfase à higiene infantil e à educação sanitária. Isso ocorreu com o acompanhamento dos serviços realizados na

[33] CASTRO SANTOS; FARIA, 2003.
[34] CASTRO SANTOS; FARIA, 2003.
[35] BARREIRA, Ieda de Alencar. Os primórdios da enfermagem moderna no Brasil. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**, v. 1, p. 161-76, 1997.
[36] HOCHMAN, 2012.

Universidade *Johns Hopkins* e o contato com o trabalho das enfermeiras de saúde pública naquela instituição.[37] A higiene infantil foi considerada uma preocupação dos médicos e do Estado, sobretudo influenciada pelas altas taxas de mortalidade, por isso foi necessário elaborar medidas para controlá-la, assistindo as mães e crianças. Em 1920, o Departamento criou uma Inspetoria de Higiene Infantil (IHI), de modo que, em conjunto com o Estado, médicos, enfermeiras, parteiras e demais profissionais da saúde se acompanhasse cotidianamente a mulher, desde o pré-natal até a primeira infância das crianças. Entende-se como primeira infância os serviços disponibilizados após o nascimento das crianças até atingirem a idade escolar, enquanto a segunda infância refere-se a criança já crescida e em desenvolvimento ligado aos conhecimentos escolares.

Essas ações buscaram garantir uma gestação e um crescimento saudável segundo os preceitos da puericultura científica, intrauterina e educacional veiculada pelos médicos.[38] Outras medidas fundamentais para o combate à mortalidade consistiam no "estabelecimento de uma legislação e medidas concretas de proteção materno-infantil que preconizavam estratégias para melhoria da alimentação, assim como a criação de organismos internacionais e instituições de assistência [...]".[39] Entre os órgãos criados no Brasil com o objetivo de combater a mortalidade, a má alimentação e a ausência de educação materna, destaca-se o Instituto de Proteção à Infância (IPAI), órgão privado fundado em 24 de março de 1899 na cidade do Rio de Janeiro pelo médico sanitarista Carlos Arthur Moncorvo Filho (1871-1944).[40]

A atuação de Moncorvo Filho foi fundamental para a propagação da puericultura no Brasil. O médico foi responsável por realizar campanhas em favor da infância e criou o IPAI no Rio de Janeiro, se tornando referência para a assistência em outros países. Para além do IPAI, foi criada a IHI, que funcionou entre 1923 e 1934, dirigida pelo médico Fernandes Figueira e vinculada ao DNSP.[41] Posteriormente, foi transformada em Diretoria de Proteção à Maternidade e à Infância (DPMI), órgão dirigido por Olympio de Oliveira, gestor dos órgãos federais de proteção à maternidade e à infância.[42]

---

[37] BARREIRA, 1997.
[38] FREIRE, Maria Martha de Luna. A Puericultura Em Revista. **Physis: Revista de Saúde Coletiva** [*online*], Salvador, v. 24, p. 973-993, 2014.
[39] FREIRE, Maria Martha de Luna; LEONY, Vinícius da Silva. A caridade científica: Moncorvo Filho e o Instituto de Proteção e Assistência à Infância do Rio de Janeiro (1899-1930). **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de janeiro, v.18, supl. 1, dez. 2011. p. 200.
[40] FREIRE; LEONY, 2011.
[41] SANGLARD, Gisele. Fernandes Figueira e a política de assistência à infância: Estado, filantropia e aleitamento materno. In: SANGLARD, Gisele (Org.). **Amamentação e Políticas para a Infância no Brasil**: a atuação de Fernandes Figueira (1902-1928). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2016. p. 57-81.
[42] RIBEIRO, Lidiane Monteiro. **Da educação sanitária à proteção social**: planos, disputas e ações da política de

Além do IPAI e da IHI, é importante mencionar o Departamento Nacional da Criança (DNCr), órgão vinculado ao Ministério da Educação e Saúde (MESP), por meio do decreto de Lei n.° 2.024 de 17 de fevereiro de 1940.[43] Teve como objetivo realizar estudos de caráter científico sobre maternidade e infância em um contexto político marcado pela extinção do DNSP e pela criação do MESP, dirigido por Gustavo Capanema.[44] O DNCr coordenou as ações de proteção materno-infantil articulados pelos órgãos federais, estaduais e municipais. Esta articulação foi realizada pelo departamento junto aos estados e juntas municipais de proteção materno-infantil.[45]

Ainda em relação aos anos 1920, sob influência do cenário norte-americano, o supervisor da Inspetoria de Profilaxia contra a Tuberculose em São Paulo, José Paranhos Fontenelle, defendeu a criação de um serviço de enfermeiras visitadoras para atuar nos trabalhos em domicílio e no interior dos espaços urbanos, afirmando não ser essa uma atividade exercida por médicos. Desse modo, Carlos Chagas solicitou à Fundação Rockefeller a organização de tal serviço no país, guiado e dirigido por enfermeiras vindas da América do Norte e da Europa.[46] Ethel Parsons, enfermeira norte-americana, foi indicada em julho de 1921 como responsável por organizar um projeto de enfermagem moderna na saúde pública brasileira.[47]

Em discursos proferidos em 1941, Fontenelle ressaltou a dificuldade de se estabelecer um controle da saúde através da visitação aos lares de famílias pobres na capital brasileira, tanto pela resistência daquelas pessoas como pela relutância das enfermeiras, já diplomadas naquele período, em dar continuidade aos serviços de visitação. Por vezes, elas priorizavam a atuação em hospitais ou como enfermeiras particulares. Ele atribuiu notoriedade ao cargo de visitadora.[48]

Definido, portanto, como um trabalho pensado estrategicamente, a atuação da enfermeira visitadora permitia que "as ações formuladas pelas elites médicas chegassem aos domicílios, atendeu às demandas imediatas imposta pelo início da reforma sanitária no controle às doenças [...], na normatização do comportamento e na higienização da vida dos membros da

assistência materno infantil no Brasil, 1934-1945. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) –, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2020.

[43] RIBEIRO, 2020.

[44] FONSECA, Cristina M. Oliveira. **Saúde no governo Vargas (1930-1945)**: dualidade institucional de um bem público. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

[45] FONSECA, 2007.

[46] BARREIRA, 1997.

[47] MASCARENHAS, Nildo Batista; MELO, Cristina Maria Meira de; SILVA, Lívia Angeli. Gênese do trabalho profissional da enfermeira no Brasil (1920-1925). **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, p. 220-227, 2016.

[48] BARREIRA, Ieda de Alencar. Transformações da prática da enfermagem nos anos 30. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 52, p. 129-143, 1999.

sociedade".[49] Pernambuco acompanhou esse processo, inserindo a visitadora da saúde pública como pilar da sua reforma sanitária, intensificada durante a gestão do advogado Sérgio Loreto e continuada após a posse de seu sucessor Estácio de Albuquerque Coimbra. Esta dissertação apresenta o trabalho dessas mulheres nos serviços de saúde do Estado, sobretudo aqueles voltados para mães e crianças, do pré-natal à fase escolar, investigando também a assistência oferecida a doentes como tuberculosos, nas instituições criadas.

Esta investigação foi realizada através de fontes como a *Revista de Pernambuco*, elaborada pelo corpo redacional do *Diário do Estado* e editada pela Repartição de Publicações Oficiais do Estado de Pernambuco, comercializada por meio de assinaturas pagas. Havia três categorias de assinaturas: para o interior, custando 25$000; para o exterior, no valor de 30$000; e os números avulsos, que custavam 2$000. Esse documento foi utilizado como um espaço para a divulgação de serviços de alimentação, vestimenta, fármacos e serviços privados ligados à saúde. Além disso, publicava notas e matérias sobre as gestões governamentais de Pernambuco. As 28 edições utilizadas foram publicadas, respectivamente, entre os anos de 1924 e 1926, pelas quais foi possível investigar matérias e textos informativos sobre os feitos do governo Sérgio Loreto e aspectos breves da gestão do seu sucessor.

Foram utilizadas também mensagens governamentais, comunicados oficiais publicados anualmente e lidos pelos governadores do estado Sérgio Loreto e Estácio Coimbra, às sessões do Congresso Legislativo de Pernambuco, entre 1922 e 1930. Por meio das mensagens, os governadores descreviam de forma minuciosa os projetos, feitos e resultados de seus governos, seja no campo político, econômico ou social de Pernambuco e, dentre eles, as políticas e reformas ligadas à saúde pública. Essa documentação foi acessada através da Hemeroteca Nacional Digital, que disponibilizou a documentação de ambos os governos analisados nesta dissertação. Os governadores apresentaram discursos de autopromoção com o objetivo de informar, seja para o congresso ou para o governo federal, as medidas tomadas durante suas gestões. Ao total foram catalogadas 9 mensagens, 5 do governo de Sérgio Loreto e 4 do governo de Estácio Coimbra. A quantidade maior no primeiro governo corresponde ao ano de 1925, no qual a mensagem anual foi publicada em duas edições devido à densidade de informações.

Outra fonte consultada foi a *Revista Cruzada Sanitária*,[50] um livro de discursos publicado pelo médico Amaury de Medeiros em 1924. Nele, foram apresentados discursos

[49] MASCARENHAS; MELO; SILVA, 1999, p. 223.
[50] MEDEIROS, Amaury de. **Cruzada sanitária**: discursos. Recife: s.n., 1924.

proferidos na abertura do curso de visitadoras, em 28 de abril de 1923, menções ao trabalho da visitadora, suas qualidades morais e físicas, além de históricos sobre a enfermagem no contexto internacional, temas importantes para esta investigação.

O livro *Saúde e Assistência: doutrinas, experiências e realizações*, também de autoria de Medeiros, diretor do DSA em Pernambuco, é apresentado como um dos principais documentos. Trata-se de um compêndio, no formato de relatório, publicado em 1926, que detalhou minunciosamente o serviço sanitário de Pernambuco no governo de Sérgio Loreto, analisando órgãos, serviços, inspetorias e profissionais, entre 1922 e 1926, após a reorganização sanitária introduzida no estado, em fevereiro de 1923. O documento se encontra na Biblioteca Virtual Carlos Chagas, parte do acervo da Casa de Oswaldo Cruz (Fiocruz-RJ). Nas falas do higienista, este livro é definido como um:

> [..] archivo commentado de quasi quatro annos de acção sanitária: nele os meus successores e aquelles que tiverem de emprehender luctas iguaes, encontrarão caminhos para novas experiencias, animo para novas tentativas e bases para um julgamento sereno dos esforços sinceros de um homem de boa vontade, conciente dos seus deveres, dedicado à sua profissão, que nunca sacrificou a paixões, a commodidades ou a interesses pessoais, o bem collectivo.[51]

A leitura e catalogação das ações referentes aos serviços de saúde em Pernambuco: saneamento rural; tuberculose; educação sanitária; higiene infantil; visitadoras da saúde pública; estatística e propaganda sanitária; custos dos serviços; higiene das habitações; profissão sanitária e organização da saúde pública foram fundamentais para compreender os processos de reforma sanitária entre os anos de 1922 e 1930, além da análise da atuação de mulheres nos serviços de saúde e assistência na capital pernambucana. Através da obra produzida por Medeiros, foi possível entender também as querelas políticas em torno da reforma, o fomento a políticas de higiene nos centros urbanos e rurais, a criação dos cursos para visitadoras, a organização do Serviço de Higiene Infantil (SHI), a prática da educação sanitária orientada pelos médicos e pelas visitadoras para mães e crianças em idade escolar, além da organização dos dispensários para tuberculose, a atuação das visitadoras neles e os acordos mediados entre o estado e o governo federal.

O *Jornal do Commércio*, caracterizado por divulgar biografias dos governadores e políticos de Pernambuco, também foi utilizado. Constitui parte do acervo histórico-documental

---

[51] MEDEIROS, Amaury de. **Saúde e Assistência**. Doutrinas, Experiências e Realisações *(sic.)*. Recife: s.n., 1926. APEJE. s.p.

do Laboratório de Ensino e Pesquisa Histórica (LEPHI) da Universidade de Pernambuco, Campus Petrolina. Esse documento trata das trajetórias biográficas e políticas de personagens importantes para a história pernambucana. Foi consultada a edição referente aos governadores que atuaram na Primeira República.

As edições do *Diário de Pernambuco*, publicadas entre os anos de 1922 e 1930, também foram investigadas. Essa fonte consiste em um jornal fundado na cidade de Recife, no formato de folhas de anúncios, no dia 7 de novembro de 1825, com edições publicadas diariamente. Ainda durante o Império, teve como primeiro proprietário o jornalista Antonino José de Miranda Falcão. Em fevereiro de 1835, foi vendido para a empresa Pinheiro & Faria, cujo proprietário Manuel Figuerôa de Faria foi responsável por torná-lo o órgão oficial de notícias do governo da província até o ano de 1911. Foi dirigido pelo jornalista Arthur Orlando após a morte de Figuerôa de Faria, em 1896.[52]

Desde 1908, quando completou 83 anos de existência, foi definido como o periódico mais antigo em circulação da América Latina, informação do cabeçalho das edições publicadas. Divulgou notícias de cunho econômico, político e social, era utilizado pelos médicos como canal de divulgação de ideais sanitaristas pró-reformas de saúde no estado, comercializavam seus serviços, fármacos, e informavam os leitores sobre o DSA. Como exemplo, pode-se citar notícias sobre a criação dos cursos para o cargo de visitadoras, identificando os nomes das candidatadas e aprovadas, além da distribuição dessas profissionais no SHI recém-criado pelo Departamento.

Além disso, foram analisados documentos alocados no Arquivo Público Estadual Jordão Emerenciano (APEJE). Fundado no dia 4 de dezembro de 1945 por José Neves Filhos, desembargador de Pernambuco, foi denominado como APEJE no ano de 1972 em homenagem ao seu diretor. No arquivo, foram catalogados regulamentos e programas de ensino da Educação Normal de Pernambuco e cursos anexos, com o objetivo de investigar o currículo de formação de mulheres formadas pela Escola Normal Oficial do Estado e a presença de matérias em torno da higiene e saúde materno-infantil; Relatórios da higiene escolar que apresentavam a organização do Serviço de Higiene Escolar de Pernambuco, buscando compreender a atuação das visitadoras escolares; documentos referentes à reforma do ensino público secundário e superior, realizada durante a gestão de Estácio Coimbra; Regulamentos do DSA durante o governo de Sérgio Loreto, apresentando assim sua organização e funcionamento; Programas de

[52] ABREU JÚNIOR, João Batista de; FERREIRA, Marieta de Morais. **Diário de Pernambuco**. Rio de Janeiro: Fundação Getulio Vargas, Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil (CPDOC), s/d.

ensino como o da Escola de Educação Sanitária, que formou mulheres para o cargo de monitoras sanitárias na década de 1930, além de documentos da diretoria técnica de educação.

Para analisar essa documentação, foram utilizados aportes metodológicos apresentados por Jacques Le Goff,[53] com o objetivo de investigar as fontes históricas enquanto meio de compreensão do passado. Em *História e memória*, ele apresentou o conceito de documento-monumento como fundamento para o trabalho do historiador. Entende-se como monumento tudo aquilo que pode remeter à herança de um passado, composto, portanto, por materiais como fontes escritas, nas quais se pode encontrar um local de perpetuação, involuntária ou não, de uma sociedade histórica e do legado de uma memória coletiva de determinada sociedade e em determinado período histórico. Ao passo que o monumento é uma herança do passado, o documento consiste em um material de escolha do historiador.

Muito embora Sérgio Loreto e Estácio Coimbra descrevam em seus discursos dados quantitativos acerca da realização de políticas de saúde a população, sobretudo para as mães e crianças, faz-se necessário entender e investigar o não dito pelos governadores, as disputas políticas do período, os meios para a efetivação dos aspectos ditos, além dos contatos com as próprias visitadoras sanitárias. Tais aspectos só podem ser compreendidos quando se entende as fontes dessa pesquisa como documento-monumento.

Ao se remeter aos estudos de Paul Zumthor (1915-1995), Le Goff chamou atenção para a indagação: o que transforma o documento em monumento? Segundo Zumthor, é a sua utilização pelo poder. É valido refletir que, na história, as fontes e documentos históricos foram construídos para perpetuar um discurso de poder político e social durante o tempo. O caso de Pernambuco não é diferente, uma vez que as fontes utilizadas foram escritas por homens, políticos e influentes, que buscaram manter um legado administrativo de grandeza através de políticas de saúde fomentadas no âmbito público e privado. É necessário investigar a fundo esses discursos, pois, segundo Le Goff, entender o documento como monumento significa refletir sobre o contexto político e social da época em que foi construído, no qual "o documento é uma coisa que fica, que dura, e o testemunho, o ensinamento que ele traz, devem ser em primeiro lugar analisados, desmistificando-lhe o seu significado aparente".[54]

Essa dissertação está dividida em três capítulos. No primeiro, foi detalhado o processo de reforma na saúde pública e privada que ocorreu em Pernambuco, acompanhando assim as querelas políticas existentes e o contexto de modernização social devido às reformas urbanas

[53] LE GOFF, Jacques. **História e memória**. Trad. Bernardo Leitão. Campinas: Editora da Unicamp, 1990.
[54] LE GOFF, 1990, p. 547-548.

no governo de Sérgio Loreto e de Estácio Coimbra. Além disso, destacam-se as políticas de saúde e assistência fomentadas após a criação do DSA em ambas as gestões governamentais, entendendo o período de 1922 a 1930 como um processo contínuo de mudanças e reformas na saúde, sobretudo para mães e crianças, além da ampliação no grupo de profissionais da saúde, a exemplo da visitadora. Por fim, esse capítulo se dedicou a investigar a reforma na educação fomentada durante o governo de Estácio Coimbra, que corroborou para a criação de uma escola de educação sanitária em substituição à escola de visitadoras.

No capítulo dois foi construído um breve panorama histórico do processo que levou à institucionalização da enfermagem no Brasil, investigando os diálogos entre o contexto norte-americano, a Fundação Rockefeller e as relações que envolveram a construção da enfermagem moderna no país como identidade e profissão. Esse capítulo se concentrou também nas normas, estruturação dos cursos formativos e nas identidades das visitadoras investigadas. Além disso, busquei construir reflexões ligadas ao gênero e as relações étnico-raciais, ao pautar o perfil dessas mulheres, além de destrinchar os seus espaços de atuação, com enfoque na saúde materno-infantil durante a primeira infância, e dialogar com outros campos como a assistência aos tuberculosos nos dispensários criados pelo DSA.

O capítulo final versa sobre a presença da visitadora pernambucana na educação sanitária, um dos temas ao qual os governadores Sérgio Loreto e Estácio Coimbra se dedicaram em suas gestões. Nele, busquei investigar as intervenções médico-sanitárias realizadas dentro dos espaços escolares, bem como os processos formativos coordenados por médicos e visitadoras para professoras primárias que atuavam na rede pública e privada de Pernambuco. Na gestão de Estácio Coimbra, especificamente, foi criada uma escola de educação sanitária, destinada à formação de educadoras de higiene e à continuidade do processo de profissionalização da normalista que atuava na educação infantil.

Capítulo I – Movimentos, reformas e educação: a saúde em Pernambuco durante a primeira República

Durante a década de 1920, o Brasil foi palco de reformas políticas, econômicas e sanitárias nos estados, a exemplo da Bahia e de Pernambuco. Segundo Ricardo Batista, a Reforma Sanitária na Bahia ocorreu com a reorganização da saúde pública a partir de um acordo entre o Governo Federal e os baianos, respeitando-se o regime federalista.[55] O processo se iniciou em 1921, ainda sob o governo de J. J. Seabra, mas se intensificou após o ano de 1925 com a criação do Código Sanitário e da Subsecretaria de Saúde e Assistência Pública, órgão subordinado ao governo do estado. Carlos Chagas, diretor do DNSP, indicou o médico Antônio Luís Cavalcanti de Albuquerque de Barros Barreto para representante federal da saúde na Bahia, a partir de 1924, ocupando também o cargo de diretor do Serviço de Saneamento Rural. Ao chegar em Salvador, ele estabeleceu relações com o Governador Francisco Marques de Góes Calmon, de quem se tornou genro, e recebeu o cargo de Subsecretário. Por fim, foi nomeado Secretário Municipal de Saúde, controlando as 3 esferas sanitárias (municipal, estadual e federal).[56]

Durante as eleições presidenciais de 1919, o governo da Bahia havia apoiado a candidatura de Epitácio Pessoa para a presidência do Brasil. Essa aliança justificou o aumento de recursos para a efetivação da reforma sanitária proposta.[57] Para além do apoio do governo baiano à candidatura de Epitácio Pessoa no ano de 1919, o estado de Pernambuco, representado pelo governador eleito José Rufino Bezerra Cavalcanti, também demonstrou interesse pela aliança com a União. O governo de Bezerra Cavalcanti inaugurou um período de tensões políticas e conflitos de interesses que perdurou de 1915 a 1930, durante a gestão dos cinco governadores titulares: Dantas Barreto, Manuel Borba, José Bezerra, Sérgio Loreto e Estácio Coimbra.[58]

1.1 Querelas políticas e reforma sanitária

A política durante a Primeira República em Pernambuco foi marcada por conflitos

[55] BATISTA, Ricardo dos Santos. **Sífilis e reforma da saúde na Bahia (1920-1945)**. Salvador: Eduneb, 2017a.
[56] BATISTA, Ricardo dos Santos; SILVA, Maria Elisa Lemos Nunes da. A atuação de Antônio Luis Cavalcanti e Albuquerque de Barros Barreto na Reforma Sanitária da Bahia (1924- 1930). **Revista Brasileira de História**, v. 40, n. 84, p. 313-337, 2020.
[57] BATISTA, 2017.
[58] JORNAL DO COMMERCIO. Pernambuco Imortal: a História Atual. n. 13. Recife: **Jornal do Commercio**, 1995. 14 p.

eleitorais e rivalidades entre os governadores eleitos. Segundo Audenice Zacarias, o processo que levou Emílio Dantas Barreto ao cargo de governador do estado (1911-1914) foi imbuído de atos violentos e confrontos entre policiais e os dantistas, eleitores do candidato, sobretudo durante os comícios eleitorais e na tentativa de convencer a população acerca de suas propostas, evidenciadas também em momentos de confronto com eleitores de seu rival, Rosa e Silva. O ano de 1911 foi destaque pela disputa eleitoral entre Emílio Dantas Barreto, ex-ministro de guerra do governo de Marechal Hermes da Fonseca, e Francisco de Assis Rosa e Silva, que ocupou o cargo de vice-presidente da República no governo de Campos Sales e atuou como ministro da fazenda no governo de Arthur Bernardes. Segundo a autora, o cenário de calamidade evidenciou casos graves de perseguições e assassinatos, como o do farmacêutico Herculano Barbosa de Miranda. Ao findar dos embates políticos, Dantas Barreto assumiu a posição e governou o estado até o ano de 1915, sendo sucedido por Bezerra Cavalcanti.[59]

José Rufino Bezerra Cavalcanti nasceu em 1865, em Pernambuco, onde se formou pela Faculdade de Direito de Recife em 1886. Teve sua candidatura ao cargo de governador apoiada por Venceslau Braz, presidente da República entre 1914 e 1918, mas não dos governos anteriores de Pernambuco. Ainda no ano de 1919, José Rufino foi acometido por uma doença incurável, o que resultou no afastamento do cargo que ocupava, no início das disputas políticas para sucessão.[60]

Após seu afastamento, Pernambuco passou por uma forte instabilidade política, sendo governado pelo deputado Otávio Hamilton Tavares Barreto, que permaneceu no cargo entre outubro de 1920 e junho de 1921; e por Severino Marques de Queiróz Pinheiro, entre junho de 1921 e outubro de 1922.[61] É importante ressaltar que, para além da instabilidade política e das disputas internas, Recife foi marcada pela greve dos operários, iniciada em 1919. Temendo um avanço do proletariado e dos conflitos internos, os grupos políticos buscaram uma terceira via, elegendo, assim, um novo candidato ao cargo, o juiz federal Sérgio Loreto.

Ao ser indicado, Sérgio Loreto se aproximou de Estácio Coimbra, estrategicamente, ao perceber as vantagens das quais poderia desfrutar, tendo em vista o cargo que ele ocupava como vice-presidente da República, além de seu envolvimento com a política pernambucana. Todavia, a indicação do juiz federal foi alvo de divergências entre grupos políticos, a exemplo dos da cidade de Timbaúba, que coordenaram campanhas em jornais como *A Noite* e o *Diário*

[59] ZACARIAS, Audenice Alves dos Santos. Primeira República em Pernambuco: flagelos da representação política (1904-1911). **Clio: Revista de Pesquisa Histórica**, v. 37, n. 1, 2019.
[60] JORNAL DO COMMERCIO, 1995.
[61] JORNAL DO COMMERCIO, 1995.

do Povo para demonstrar o seu descontentamento. Por exemplo, Manoel Borba, governador anterior a Bezerra Cavalcanti, teceu críticas ferrenhas à presença de Loreto no cargo, uma vez que o juiz optou por uma aliança com Estácio Coimbra e não com o próprio Borba. Eram evidentes as querelas e disputas políticas no governo até a posse de Loreto.[62]

Sérgio Lins Teixeira de Barros Loreto nasceu no município pernambucano de Águas Belas, no dia 7 de setembro de 1887. Formado em Ciências Jurídicas e Sociais pela Faculdade de Direito de Recife, teve forte influência na política brasileira, foi juiz no Espírito Santo e em Pernambuco. Após assumir o governo, em 18 de outubro de 1922, se empenhou em um projeto político baseado na modernização dos espaços públicos, estabelecendo uma reforma geral, sobretudo na cidade do Recife, sua capital.

Entre as medidas governamentais iniciais de sua gestão se destacam a criação de secretarias de estado; de cargos administrativos; de departamentos, a exemplo do Departamento Geral de Viação e Obras Públicas (DGVOP); e da reconstrução e reformulação de departamentos e serviços já existentes, como o DSA, anteriormente denominado Serviço de Higiene de Pernambuco. O DSA foi criado com o objetivo de combater as epidemias, uma vez que as memórias de devastação causadas pela pandemia de gripe espanhola (1918) ainda pairavam no imaginário social brasileiro, e se desejava erradicar doenças como a febre amarela.[63]

Assim, para que o projeto nacionalista de reforma urbana fosse efetivado, como ocorria no Rio de Janeiro,[64] urgia a necessidade de uma reorganização nos serviços da saúde pública e privada[65] objetivando a construção de um "novo" Recife*,* desenvolvido e livre dos mocambos, cortiços e da população pobre em situação de rua. Sérgio Loreto afirmou enfrentar alguns percalços durante os primeiros meses como governador, uma vez que, em sua avaliação, os serviços de saúde implementados na gestão anterior estavam em estado de completo abandono e sem recursos para sua continuação.

> Ao assumir o Governo encontrei a Directoria de Hygiene e Saúde Pública deficiente de pessoal e de material. As queixas surgiram de todos os lados, vários funcionários demitidos pleiteavam a sua reintegração, os funccionarios no exercício reclamavam não poder trabalhar por falta de meios e apoio. As reformas sucessivas por que passou a repartição, os cortes nas suas verbas, levaram-na pouco a pouco a uma situação de penúria incompatível com o grau de desenvolvimento de Pernambuco. É pelas suas organizações de Saúde Pública e Assistencia, já o têm dito várias vezes sociólogos e hygienistas, que se póde ajuizar do grau de civilização de um povo. A nossa organização

[62] JORNAL DO COMMERCIO, 1995.
[63] JORNAL DO COMMERCIO, 1995.
[64] CASTRO SANTOS; FARIA, 2003.
[65] HOCHMAN, 2012.

> sanitária dava uma triste notícia de nossa cultura e do nosso desenvolvimento.[66]

Nas *Mensagens dos Governadores de Pernambuco*, de 1923, Loreto denunciou as precárias condições que teria encontrado nas repartições e departamentos de saúde e higiene, marcadas pela ausência de profissionais da saúde e de materiais básicos para a realização dos serviços e atendimentos. O seu discurso indicava para toda a Câmara Legislativa a irresponsabilidade de seu antecessor, José Rufino Bezerra Cavalcanti, ao deixar de oferecer apoio e financiamento para a manutenção das estruturas hospitalares e de assistência à população, para o pagamento dos profissionais da saúde e para a permanência dos laboratórios, clínicas e serviços já existentes. A insatisfação apresentada por Sérgio Loreto à gestão de Bezerra Cavalcanti foi estratégica, o que tornava evidente as disputas políticas e partidárias que ocorreram nos anos anteriores. As ações adotadas por Bezerra Cavalcanti dificilmente seriam reconhecidas pelo novo governador.

Na avaliação de Loreto, o cenário era marcado por uma total precarização dos serviços devido ao corte de verbas e ao abandono dos poderes públicos. Diante disso, defendeu, com um discurso de convencimento, que a organização da saúde pública era a única forma de trazer "civilização" para o povo e para o local onde viviam, o que demonstrou a motivação para aproximar Pernambuco dos ideais higienistas e sanitários em voga no contexto nacional. Estas ideias também foram evidentes na gestão de Estácio Coimbra, a partir de 1926.

Nas *Mensagens dos Governadores de Pernambuco*, de 1923, consta que já havia uma Diretoria de Saúde Pública e um serviço de higiene, todavia essas repartições estavam instaladas em um prédio antigo, sem condições sanitárias para o seu funcionamento, e contava com apenas dois automóveis para atendimentos fora da instituição. Além disso, a estrutura do posto de pronto-socorro instalado próximo ao prédio principal não teria quartos isolados para repouso dos doentes e sequer possuía acomodações para que os médicos pernoitassem. Sérgio Loreto ainda denunciou as precárias condições do Instituto Vacinogênico, situado distante da cidade. Segundo ele, o espaço não dispunha de recursos básicos como água, gás e aparelhos modernos necessários para a fabricação das vacinas.[67]

O caso de Pernambuco não é único, uma vez que críticas às gestões governamentais, relacionadas à ausência de recursos básicos para a saúde, foram frequentes em outros estados brasileiros no período. Em suas investigações sobre a Bahia, Chacauana dos Santos apresentou

---

[66] BRASIL. Estado de Pernambuco. **Mensagens dos Governadores de Pernambuco**. ed. 00001. Recife: Governo do Estado de Pernambuco, 1923. p. 12.
[67] BRASIL, 1923, p. 12.

as queixas do médico Couto Maia à gestão de Moniz de Aragão. Segundo a autora, Aragão se envolveu na reforma realizada no antigo Hospital de Isolamento de Monte' Serrat (HIMS), fundado no ano de 1853, alvo de reformas a partir de 1921, intensificadas em 1925.[68] Segundo Couto Maia, as instalações do hospital eram ausentes de recursos básicos como água, luz, gás e esgoto, que afetaram o seu funcionamento. Contudo, ao analisar a reforma realizada sob a supervisão daquele médico, no Governo de Francisco Marques de Góis Calmon, a autora relativiza a precariedade que ele denunciou. O pouquíssimo tempo entre a nova reforma e a reinauguração não seria suficiente para entregar um prédio "completamente renovado".[69]

A consolidação de políticas de saúde pública no Brasil permitiu que o governo federal atuasse como regulador de medidas de assistência social, no estabelecimento de elos de interdependência. Segundo Gilberto Hochman, esse elo possibilitou que a União se constituísse como uma organização legítima, responsável por mediar ações de saúde para pobres, doentes e iletrados, atribuindo também aos estados e municípios a organização e manutenção de políticas para a população.[70] Nesse cenário, coube "aos poderes locais, portanto, o cuidado com a saúde da população. Ao governo federal competiam, basicamente, as ações de saúde no Distrito Federal, a vigilância sanitária dos portos e a assistência aos Estados em casos previstos e regulados constitucionalmente". [71] Entre as ações do governo federal, sobretudo após a criação do DNSP, na década de 1920, estava a realização de acordos cooperativos com os estados para a concessão de verbas destinadas à saúde pública. O autor destacou que, no ano de 1922, cerca de 16 dos 21 estados do país, incluindo o Distrito Federal, haviam realizado acordos com a União, destinados especialmente para os serviços de profilaxia e combate às endemias rurais.

Em 15 de abril de 1921, foi firmado um acordo entre a União e o governo baiano, representado por José Joaquim Seabra, que destinou verbas para os serviços de sífilis, tuberculose, higiene infantil e saneamento rural.[72] O acordo teve um prazo inicial de três anos, sendo renovado por mais cinco, no ano de 1924. Além da Bahia, em 15 de setembro de 1921, o governo de Pernambuco realizou um acordo de cooperação para os serviços de saneamento rural. Acredita-se que o orçamento recebido da União permitiu iniciar a reforma dos serviços

---

[68] SANTOS, Chacauana Araújo. "**Medidas sanitárias de que a Bahia precisa**": as Delegacias de Saúde, o Hospital de Isolamento e a Reforma Sanitária em Salvador (1921-1930). Dissertação (Mestrado em História) –, Universidade do Estado da Bahia, Alagoinhas, Bahia. 2018.
[69] SANTOS, 2018, p. 67.
[70] HOCHMAN, Gilberto. Regulando os efeitos da interdependência: sobre as relações entre saúde pública e construção do Estado (Brasil 1910-1930). **Revista estudos históricos**, v. 6, n. 11, p. 40-61, 1993.
[71] HOCHMAN, 1993, p. 47.
[72] BATISTA, 2017.

de saúde apresentadas por Sérgio Loreto.[73]

Com a utilização da lei orçamentária do art. 1° n.º 4 e o auxílio financeiro do governo federal, Sérgio Loreto iniciou o processo de reforma geral dos serviços de higiene a fim de organizar o trabalho realizado pela repartição de saúde pública iniciada no governo anterior. Isso significa dizer que as políticas descritas à seguir foram continuidade a uma reforma que já vinha sendo executada. Uma das primeiras ações de Loreto foi a mudança de nomenclatura dos serviços prestados. O que antes era conhecido como Serviço de Higiene de Pernambuco foi denominado Departamento de Saúde e Assistência, órgão do governo do estado.

É importante destacar que a reestruturação dos serviços não ocorreu de forma acelerada, pois, segundo Loreto, o orçamento disponível ainda não era suficiente.[74] Todavia, é possível acreditar que a presença de Estácio Coimbra no cargo de vice-presidente do Brasil, apoiando Sérgio Loreto em sua candidatura, também foi positivo na viabilização de orçamentos para a reestruturação dos serviços de saúde apresentados, haja vista a sua relação com o governo federal exposta anteriormente. Esses fatores também podem ter colaborado de forma mais intensa durante o período em que Coimbra foi eleito governador pelo Partido Republicano Conservador (PRC), mesmo partido de Loreto.[75]

Na organização dos serviços, Sérgio Loreto defendeu a criação de um cargo de diretoria para o Departamento. Assim, no dia 1° de fevereiro de 1923, após um convite feito diretamente por ele, o médico Pernambucano Amaury de Medeiros, seu genro, assumiu o posto. O sanitarista se desvinculou da função que ocupava na Cruz Vermelha Brasileira (CVB) para ser diretor do DSA, em Pernambuco.[76]

Em um discurso apresentado na Cruzada Sanitária, Amaury de Medeiros informou que a posse como diretor não se deu apenas pelo vínculo parental com o governador Sérgio Loreto,

---

[73] Ricardo Batista (2017) afirmou que o acordo entre a União e o Governo do Estado priorizou os serviços de tuberculose, higiene infantil e sífilis/saneamento rural. Embora o texto do acordo realizado entre a União e o estado de Pernambuco não tenha sido apresentado na documentação investigada, é possível perceber que as ações de Sérgio Loreto, em conjunto com o DSA, também se concentraram no combate à tuberculose, lepra e doenças venéreas, devido aos altos índices de mortalidade, além dos serviços de saneamento nos municípios e na assistência materno-infantil, como serão mencionados ao longo desta dissertação. A única menção ao acordo de Saneamento Rural com Pernambuco diz respeito à data da sua realização, encontrada no termo de adição orçamentária para as obras e ações de combate à tuberculose no estado.

[74] BRASIL, 1923.

[75] Segundo Zacarias (2019) "o PRC em Pernambuco foi presidido por Lourenço de Sá e Liderado pelo médico João Ribeiro de Brito. Atuou o estado como uma filião do PRC do Rio de Janeiro que teve como integrante o presidente Hermes da Fonseca (1910-1914). É interessante destacar que o PRC/PE permitiu a participação de mulheres pernambucanas em sua composição, resultando assim na formação de "juntas femininas" nas cidades de Olinda, Recife e Jaboatão dos Guararapes, que tinham como objetivo "lutar em nome da moralidade do glorioso estado de Pernambuco" (Zacarias, 2019, p. 33).

[76] AYRES, Lílian Fernandes Arial; AMORIM, Wellington Mendonça de; PIVA, Teresa Cristina de Carvalho; PORTO, Fernando Rocha. As estratégias de luta simbólica para a formação da enfermeira visitadora no início do século XX. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 861-881, jul.-set. 2012.

mas que foi um ato viabilizado pelo acordo entre o estado e a União, mencionado anteriormente, já que atuava como chefe dos serviços de profilaxia rural, o que estimulou a adesão ao cargo do DSA.[77] Como apresentado no trecho a seguir, Medeiros justifica que aderir ao cargo não foi um ato de livre e espontânea vontade, mas fruto da insistência de outras pessoas e da colaboração que ele poderia oferecer ao serviço público:

> Eu vos quero dizer, porém, que nunca pretendi, nem desejei o posto que vou exercer, mas, ao contrário, oppuz sincera e tenaz resistência aos desejos do governo e ás solicitações dos elementos mais representativos do Estado e dos responsáveis pelos serviços sanitários federaes, e só depois de comprehender as responsabilidades em que implicaria a persistência na recusa e os propósitos sinceros em que estão, uns com os outros, de prestigiar uma grande obra de saneamento que concordei afinal, vencido, em abrir um parenthese na minha carreira clínica e docente.[78]

1.2 A trajetória política, acadêmica e profissional de Amaury de Medeiros

Amaury de Medeiros, filho de Bianor de Medeiros e Maria Cândida de Medeiros, nasceu no dia 7 de dezembro de 1893 na cidade de Recife, capital de Pernambuco. Em sua juventude, concluiu seus estudos básicos no Ginásio Pernambucano, seguindo caminho para a cidade do Rio de Janeiro onde se formou em Medicina pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.[79] Sua tese, apresentada à instituição no dia 7 de dezembro de 1915 e defendida no dia 26 daquele mês, para a obtenção do grau de doutor em medicina, foi intitulada *Das feridas penetrantes pleuro-pulmonares.*

A tese de Medeiros integrava a área de clínica geral, escolhida por ele – ainda durante a faculdade – após ocupar o posto de residente interno da primeira cadeira de Clínica Cirúrgica na instituição, sob orientação dos professores Pedro Severino de Magalhães (1° cadeira de Clínica Geral), Marcos Bezerra Cavalcanti (2° cadeira de Clínica Geral) e Francisco de Paula Valladares (2° cadeira de Clínica Geral). Também foi auxiliar acadêmico do corpo clínico da assistência municipal à saúde, onde adquiriu experiência após tratar pacientes com

[77] MEDEIROS, 1924.
[78] MEDEIROS, 1924, s/p.
[79] SILVA, Jorge Fernandes da. Amaury de Medeiros. In: SILVA, Jorge Fernandes da. **Vidas que não morrem**. Apresentação de Creuza Maria Gomes Aragão. Prefácio de Roberto Magalhães. Recife: Departamento de Cultura, 1982. p. 49-51.

traumatismos e lesões toráxicas. Com os estudos de caso identificados ao longo da sua formação construiu sua tese.[80]

Nesse estudo, Amaury de Medeiros apresentou ricos detalhes sobre lesões toráxicas, comumente caracterizadas como ferimentos graves que atravessam a pleura, atingindo o pulmão e danificando a região dos alvéolos, médios brônquios ou do hilo. Apresentou casos clínicos críticos nos quais os pacientes tinham feridas produzidas por projéteis de arma de fogo e por armas "brancas", que podem resultar em hemorragias, levando-os à óbito. O médico destacou as dificuldades no diagnóstico e propôs medidas para realizá-lo, além de identificar sintomas que podiam ou não estar presentes no momento dos acidentes toráxicos, sendo estes: pulso pequeno e acelerado, ansiedade, dispneia e palidez.[81] A partir dos casos investigados, ele ainda mencionou a presença das hemorragias, sangue expelido dos vasos da parede do tórax ou do pulmão, notando que poderia se tratar de uma hemorragia pulmonar caso apresentasse tonalidades escuras e coágulos densos. Por fim, também dedicou parte de seu estudo à investigação da evolução dos ferimentos, às medidas paliativas e formas de tratamento, e aos perigos do diagnóstico e tratamento tardio.[82]

Em 1916, Amaury de Medeiros ingressou no corpo de bombeiros do Rio de Janeiro, ocupando o cargo de tenente-médico e, posteriormente, o de major-médico. No ano seguinte, ingressou na CVB, onde se tornou secretário, professor da escola de enfermagem e chefe dos serviços clínicos.[83] Foi selecionado pelo presidente Epitácio Pessoa (1919-1922) em 1919 para representar o país no Congresso da Cruz Vermelha, em Genebra, e no Congresso Pan-americano de Higiene, que ocorreu nos Estados Unidos.[84] Participou ativamente de quatro edições do Congresso Brasileiro de Higiene: Rio de Janeiro (1923), Belo Horizonte (1924), São Paulo (1926) e Bahia (1928). Em 1923, passou a ocupar o cargo de diretor do DSA em Pernambuco.

Para além dos cargos na saúde pública e privada, Medeiros ocupou espaços na política brasileira, eleito deputado federal por Pernambuco, em 1927, e assumiu uma cadeira na Câmara dos Deputados do Rio de Janeiro. Neste último caso, o médico levantou debates sobre os perigos da febre amarela e a realização de exames pré-nupciais, em discursos com características eugênicas.

---

[80] MEDEIROS, Amaury de. **Das feridas penetrantes pleuro-pulmonares**. Tese (Doutorado em Medicina) –, Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1915.
[81] MEDEIROS, 1915.
[82] MEDEIROS, 1915.
[83] LOPES, Raimundo Hélio. **Amauri de Medeiros**: dep. fed. PE (1927-1928). Rio de Janeiro: FGV CPDOC, s.d.
[84] SILVA, 1982.

Segundo Patrícia Peixoto, o projeto de lei apresentado por Amaury de Medeiros em 1927 foi definido como a primeira tentativa de incluir o exame pré-nupcial nas leis brasileiras. A autora afirmou que Medeiros apresentou à comissão de saúde pública da Câmara dos Deputados do Rio de Janeiro uma proposta para reestabelecer o exame de forma facultativa, visto que não estaria disponível em todas as localidades. Sera apto a realizar mediante solicitação de pais e tutores responsáveis pelas mulheres. Além disso, esse projeto ainda validava as denúncias feitas por terceiros, caso fosse identificado que a saúde dos cônjuges estivesse comprometida, de modo a evitar doenças como sífilis, lepra e tuberculose.[85] Nas palavras de Peixoto, Amaury de Medeiros defendeu o exame como uma forma de beneficiar o casal, combatendo e tratando moléstias que poderiam prejudicar a procriação.

Embora a proposta apresentada por Medeiros tenha sido bem recebida por eugenistas da época, como Renato Kehl e Afrânio Peixoto, sendo debatida em reuniões da Liga Brasileira de Higiene Mental, em novembro daquele ano, foi posta em segundo plano por causa de preocupações sanitárias mais urgentes, como o aumento dos casos de febre amarela no Rio de Janeiro. Esse projeto também foi contestado por políticos de outras cidades, como o deputado paulista Marcondes Filho, que criticou a possibilidade de denúncia sobre a saúde do casal, além de questionar a capacidade de julgamento dos juízes e demais instâncias nesse tipo de decisão. Embora a proposta tenha sido defendida e quase aprovada, as discussões sobre ela foram interrompidas após a morte de Amaury de Medeiros, no ano seguinte, em 3 de dezembro de 1928.[86]

Naquela data, o Rio de Janeiro sediou o evento que homenagearia o retorno de Alberto Santos Dummont ao Brasil. Houve sobrevoo de um hidroavião do Condor Sindicato sobre o navio no qual Santos Dummont estava a bordo. Entre os passageiros do voo estava o médico Amaury de Medeiros, que faleceu com a queda do hidroavião nas imediações da Ilha das Cobras.[87] A princípio, Medeiros não era convidado para o voo, mas conseguiu uma vaga mediante contato com Leonidas Ribeiro, seu amigo.[88]

Embora tenha falecido precocemente, aos 35 anos de idade, Amaury publicou uma série de obras voltadas para a saúde. Dentre elas, destacam-se: *Ferimentos pleuro-pulmonares* (1915), fruto de sua tese da FMRJ; *O combate à ancilostomíase* (1919); *Um grito de alarme: o problema da tuberculose* (1920); *A organização da defesa e a preparação da ofensiva: um*

[85] PEIXOTO, Patrícia Bermudes. **Até que a Eugenia nos separe**: raça, saúde e a proposta do Exame Médico Pré-Nupcial no BRASIL (1918- 1936). Dissertação. Departamento de História. Universidade Estadual Paulista, 2017.
[86] PEIXOTO, 2017.
[87] PEIXOTO, 2017.
[88] SILVA, 1982.

plano de combate à tuberculose (1922); *Cruzada Sanitária: discursos* (1924); *Saúde e Assistência: doutrinas, experiências e realizações* (1926); *O exame pré-nupcial: um discurso, uma entrevista e um projeto* (1928); *O problema nacional da febre amarela* (1928) e *Atos de fé: discursos* (1928). Esta dissertação se utilizou de alguns desses textos para problematizar e compreender a reforma sanitária pernambucana, dirigida por ele junto ao governo do estado.

1.3 O Departamento de Saúde e Assistência de Pernambuco: acordos, mudanças e permanências

Ao ser empossado como diretor, o médico encaminhou para o governador o pedido de instalação do Departamento em um prédio condizente com a importância de seus serviços. Amaury de Medeiros comunicou a Sérgio Loreto a proposta da associação Pró-Matre de Recife, que desejava doar para o governo do estado os terrenos e prédios que possuía na rua Fernandes Vieira, localizada em bairro privilegiado de Recife, para se tornar a sede principal do DSA, em substituição aos antigos prédios de aluguel, considerados exíguos e velhos.[89]

O envolvimento da Associação Pró-Matre nas políticas de saúde e assistência foi comum no Brasil, concentrando suas ações na maternidade e infância. Criada no Rio de Janeiro, em abril de 1918, como uma instituição de caráter filantrópico, a Associação de Caridade e Auxílio Mútuo, como também foi conhecida, se dedicou a proteger mulheres e crianças despidos de proteção social, criando e mantendo instituições públicas, como maternidades, creches, cantinas e centros de educação.[90] Entre elas, a Maternidade Pró-Matre do Rio de Janeiro.

Segundo Renilda Barreto, a instituição abriu suas portas em fevereiro de 1919 graças à colaboração da feminista Stella de Carvalho Guerra Durval (1879-1971), presidenta da Pró-Matre; do médico e filantropo Fernando Magalhães, professor de Clínica Obstétrica da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (FMRJ); além da importante participação das Damas da Cruz Verde, mulheres das elites cariocas que ofereceram recursos para a administração das instituições mencionadas.

Em Pernambuco, as Damas da Cruz Verde também apoiaram ao Instituto de Proteção à Infância (IPAI) do estado. Financiaram ações em prol da infância abandonada e angariaram recursos com a realização de festas, recebimento de donativos e busca pelo patrocínio de jornais e revistas.[91]Já o IPAI da Bahia (IPAI-BA) foi uma organização médico-filantrópica criada em setembro de 1903 sob a liderança dos médicos Alfredo de Magalhães, Joaquim Augusto

[89] BRASIL, 1923.
[90] BARRETO, 2011.
[91] MOURA, Vera Lúcia Braga de. **A invenção da infância**: as políticas públicas para a infância em Pernambuco (1906-1929). Tese (Doutorado em História) –, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2011.

Tanajura e mulheres das elites locais, organizadas em entidades filantrópicas de amparo à infância, nomeadamente a Associação das Senhoras de Caridade, o Protetorado do Berço e a Liga Católica das Senhoras Baianas.[92]

Ainda sobre a Pró-Matre, a sua criação acompanhou o processo de transição do parto domiciliar para o hospitalizado. No Brasil, a arte de partejar se tornou uma preocupação dos médicos e do Estado a partir da criação do curso de partos vinculado à FMRJ, em 1832,[93] destacando, por exemplo, a atuação do cirurgião Le Masson, que apresentou um projeto em defesa da criação da maternidade do Rio.[94] Logo, o processo de medicalização dos partos e a instituição do parto hospitalar buscaram acompanhar os ideais de "civilização" que se desenvolviam no país. "Civilizar o parto não significava apenas levá-lo para o interior da Maternidade, era também interferir no comportamento da mãe nos cuidados com o bebê, que trazia consigo as possibilidades do futuro de uma nação".[95]

Os serviços de saúde encontrados na capital pernambucana e identificados nas falas de Sérgio Loreto e Amaury de Medeiros foram ações coordenadas pelo Dr. Rodolpho Galvão, diretor da antiga repartição de higiene no governo de Alexandre José Barbosa Lima, entre os anos de 1892 e 1896. Em um discurso pronunciado no dia 19 de maio de 1923, no interior do salão principal do DSA, na inauguração do retrato do Dr. Rodolpho Galvão, Amaury de Medeiros rememorou parte da trajetória do médico.

Dentre os feitos de Galvão, foi mencionada a fundação do Instituto Vacinogênico, a organização de laboratórios de pesquisas bacteriológicas, químicas e bromatológicas e a instalação do desinfetório, colaborando para uma reforma na higiene de Pernambuco iniciada em 1892.[96] Rememorar os feitos da saúde pública nos governos anteriores à gestão de Sérgio Loreto torna-se necessário para refletir que as ações adotadas pelo juiz pernambucano junto a Medeiros também foram marcadas pela reorganização de serviços existentes.

A criação do DSA, cujo edifício foi inaugurado em 18 de outubro de 1923, sugere uma

---

[92] FERREIRA, Luiz Otávio; FREIRE, Maria Marta de Luna. Medicina, filantropia e infância na Bahia: um hospital para crianças (1920-1930). In: SOUZA, Christiane Maria Cruz de; BARRETO, Maria Renilda Nery (Org.). **História da saúde na Bahia**: instituições e patrimônio arquitetônico (1808-1958). Barueri: Minha Editora, 2011.
[93] MOTT, Maria Lucia de Barros. Parteiras: o outro lado da profissão. **Revista Gênero**. v. 6, n. 1, p. 117-140, 2005; BARRETO, Maria Renilda Nery. Assistência ao nascimento na Bahia oitocentista. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro. v. 15, n. 4, p. 901-925, 2008.
[94] MOTT, Maria Lucia de Barros. Assistência ao parto: do domicílio ao hospital (1830-1960). **Projeto História Corpo & Cultura: Revista do Programa de Pós-Graduação em História e do Departamento de História – PUC**, São Paulo. p. 197-219, 2002.
[95] AMARAL, Marivaldo Cruz do. **Da comadre para o doutor:** Maternidade Climério de Oliveira e a nova medicina da mulher (1910-1927). 2005. Dissertação (Mestrado em História) –, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2005. p. 24.
[96] MEDEIROS, 1924, s/p.

maior organização dos setores destinados aos cuidados com a saúde. Nesse sentido, através da mensagem dos governadores apresentada em 6 de março de 1924, Sérgio Loreto relatou que o governo recebeu um valor orçamentário total de 694:000$000, ou seja, quase 700 contos de réis, enviados pela União graças ao acordo firmado, que foram investidos nas mudanças no novo prédio e na criação dos serviços listados a seguir:

> Estatística, Propaganda e Educação Sanitária; Hygiene Infantil, serviço de Visitadoras; Procuradoria dos Feitos da Saúde Pública; Verificação de óbitos; Fiscalização de gêneros alimentícios; ampliando os diversos serviços existentes cujo pessoal foi todo augmentado como sejam: Inspectoria de prophylaxia geral, com o Desinfectorio e o serviço de Lucta contra mosquitos e moscas; Assistencia pública; Laboratório bacteriológico, chimico e bromatológico [...].[97]

Para Amaury de Medeiros, as instalações, serviços e profissionais do DSA demonstravam a preocupação dos poderes públicos com a saúde da população, de modo a desmistificar o cenário de calamidade apresentado por Miguel Pereira em seu discurso. Nas palavras do médico, "Já não somos, senhores, um vasto hospital, mas um vasto sanatório, em que se curam populações por dia".[98] Ainda em 1923, junto ao governador Sérgio Loreto, Medeiros solicitou ao doutor Plácido Barbosa, que atuou como inspetor geral da Inspetoria de Combate à Tuberculose do DNSP, um aditivo financeiro ao acordo de Saneamento Rural feito com o governo federal. Desse modo, em 27 de abril de 1923, o dr. Solidonio Leite foi enviado ao DNSP como representante legal de Pernambuco para declarar o aceite dos termos referente ao acordo, previsto no decreto n° 1.503 de 15 de setembro de 1921. Esse termo informava que os serviços de profilaxia da Tuberculose, Lepra e Doenças Venéreas seriam inseridos nos serviços de Profilaxia de Saneamento Rural.

Por meio da renovação do contrato, coube ao estado de Pernambuco criar serviços de notificação obrigatória de tuberculose, dispensários, instalar hospitais e/ou enfermarias para o tratamento da doença, criar um serviço de visitadoras sanitárias, fomentar a profilaxia antituberculosa através de propagandas de higiene e educação sanitária, além de regulamentar o escarro. O termo também determinou que a direção técnica dos serviços passaria a ser orientada e fiscalizada pela Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose do DNSP, à qual seriam enviados mensalmente relatórios e estatísticas referentes aos trabalhos executados.[99]

---

[97] BRASIL. Estado de Pernambuco. **Mensagens dos Governadores de Pernambuco.** 6 mar. 1924. Recife: Oficinas Gráficas da Penitenciária do Recife, 1924. p. 11.
[98] MEDEIROS, 1924, s/p.
[99] MEDEIROS, 1926.

Em uma entrevista concedida ao *Jornal Pequeno* em 1923, Amaury de Medeiros mencionou uma parceria realizada entre o DSA e a Fundação Rockefeller no combate ao *typhoicteroide*, considerado mosquito transmissor da febre amarela. Os serviços passariam a ser executados pela agência internacional sob direção do DSA, em Pernambuco.[100] A agência criou um escritório financeiro em Recife, que coordenou a realização de inspeções semanais nas residências daquela cidade e de Olinda, objetivando eliminar os focos do agente transmissor.

Ao refletir sobre as políticas de saúde implementadas nas esferas estadual e nacional, é importante destacar que, entre as principais medidas defendidas pela classe médica para o combate às doenças e micro-organismos, estava a educação sanitária, entendida como a principal forma de prevenir o contágio dos patógenos.[101] Em Pernambuco, as medidas educativas permearam as primeiras ações voltadas para a assistência social da população, divulgadas na *Revista de Pernambuco*, em 1924, e na relatoria construída por Amaury de Medeiros ao final do mandato. O médico foi responsável pela criação de um serviço de refeições destinado à população pobre e desvalida que ocupava o centro de Recife durante a Primeira República.[102]

O sistema de refeições populares foi criado no bairro Santo Amaro, no dia 13 de maio de 1924, viabilizado pelo elo entre o governo e as Irmãs de São Vicente de Paula e publicado na *Revista de Pernambuco*, em 18 de outubro do mesmo ano. Segundo as matérias analisadas, o projeto teve como objetivo diminuir os índices de fome da população pobre. A iniciativa foi utilizada estrategicamente pelo estado que, por intermédio do DSA, realizou palestras focadas na educação sanitária para a população que frequentava esse serviço. As refeições no local, por exemplo, estavam condicionadas à higiene correta das mãos.[103]

A criação desse serviço tinha o propósito, por parte do governo, de retirar a população pobre do centro do Recife. A presença dela no espaço urbano foi considerada símbolo de uma má gestão. Assim, ao tentar retirar, educar e oferecer recursos para a sobrevivência desses indivíduos, Sérgio Loreto buscava mostrar ao Brasil que Pernambuco se tornou um local de civilidade, a partir de práticas e ensinamentos higiênicos, esforços de governantes de outras capitais brasileiras após as primeiras décadas do século XIX.[104] Posteriormente, durante o governo de Estácio Coimbra, as medidas de caráter educativo foram intensificadas, sobretudo a partir dos moldes fomentados por Amaury de Medeiros após 1923.

---

[100] O PEQUENO. **A saúde pública em Pernambuco**. Recife. n. 233, 10 out. 1923. Hemeroteca Digital Brasileira. Biblioteca Nacional: 1923, p.1.
[101] AYRES et. al, 2012.
[102] REVISTA DE PERNAMBUCO. **Serviço de refeições populares**. ed. 00002. 18 out. 1924. s/p.
[103] REVISTA DE PERNAMBUCO, 1924, s/p.
[104] FRAGA FILHO, 1996; SOUZA, 2009.

1.4 Mortalidade infantil e fomento às políticas de assistência para mães e crianças no governo de Sérgio Loreto

A consolidação das políticas de assistência à população ocorreu pela criação de órgãos e instituições de saúde públicas e privadas, num elo entre as aristocracias políticas, o Estado e os médicos sanitaristas. Ao estabelecer essa parceria, a sociedade recifense da Primeira República articulou também ações filantrópicas com políticas voltadas para as mães e crianças. Entre elas, estava o SHI, criado para combater a mortalidade infantil por meio da assistência pré-natal e da oferta de orientações educacionais às mães.

Na mensagem dos governadores divulgada em 6 de março de 1924, Sérgio Loreto anexou dados quantitativos sobre a mortalidade da população em 1923. O governador chamou a atenção para o número de mortes referente à faixa etária de 0 a 1 ano, totalizando 2.069, e de 21 a 30 anos, totalizando 1.216 óbitos (Tabela 1). As mortalidades infantil e materna se configuraram como um dos principais fatores que impulsionaram as reformas de caráter sanitário no Brasil, desde meados de 1920, em que os médicos, junto ao Estado, estabeleceram medidas de assistência com o intuito de reverter o quadro de óbitos.[105] Pernambuco acompanhou as estatísticas nacionais do período, tornando evidente a necessidade de controlar percentuais de mortalidade com o acompanhamento das puérperas pelos médicos e visitadoras que trabalhavam no DSA.

Tabela 1: Dados da mortalidade em Recife no ano de 1923

Dados da mortalidade em 1923	Quantidade
0 a 1 ano	2069
1 a 5 anos	848
5 a 10 anos	179
11 a 20 anos	55
21 a 30 anos	1216
21 a 40 anos	869
41 a 50 anos	670
51 a 60 anos	584
61 a 70 anos	306
Maiores de 70	399
Idades ignoradas	78
TOTAL	7936

Fonte: Mensagem dos Governadores, ed. 0001, 1924, p. 5-6.

[105] HOCHMAN, 2012.

Ao disponibilizar essa tabela para comprovar os seus argumentos, o governador não explicou as causas que impulsionaram a mortalidade. No entanto, os dados referentes à morte de bebês e crianças durante a primeira infância são evidentes em suas falas, nas quais justificou, para Amaury de Medeiros, a necessidade de assistir às crianças com políticas públicas, não por um ato de bondade, mas para impedir que a capital pernambucana fosse lembrada pelo abandono da população pelos poderes públicos, em especial as mães e as crianças. Além disso, afirmava-se que era preciso realizar uma educação baseada nos preceitos da puericultura.[106]

Sobre esses dados, Amaury de Medeiros identificou falhas no serviço de registro dos nascimentos no estado. O número de crianças registradas nos últimos anos havia diminuído, o que não era lógico para o médico, já que a população estava em evidente crescimento.[107] Tendo conhecimento que, ao nascer, a maioria das crianças era batizada nas igrejas católicas, ele idealizou um serviço de verificação de batizados junto à Inspetoria de Estatística, Propaganda e Educação Sanitária. Para isso, contou com a colaboração dos arcebispos de Recife e Olinda, Nazaré da Mata, Pesqueira e Garanhuns, aos quais solicitou envio, ao DSA, de informações sobre as crianças que se batizaram, idade e número de registro. Essa investigação, segundo Medeiros, permitiu identificar que 25% das crianças batizadas não se registravam, com maior ausência no interior onde, em alguns lugares, de 300 crianças batizadas, apenas 3 eram registradas pelos pais.[108]

Campanhas que alertavam a necessidade do registo civil estamparam as folhas da *Revista de Pernambuco*, destacando aqui uma matéria publicada no ano de 1925.

> Entre os grandes obstáculos que deve vencer uma organização moderna e perfeita de hygiene, se acha a exacta documentação demographica e estatística. Sem conhecer perfeitamente o movimento da população, nos nascimentos, casamentos, obitos, etc. será muito difficil senão impossível fazer juizo da sua vitalidade, dos seus progressos, das suas oscillações. A inexactidão do serviço do registro civil, facto que se observa não só no interior do Estado, mas ainda em cidades próximas do Recife e mesmo nesta capital. Impede que possa o hygienista possuir os dados necessários a uma acção mais ampla de seus recursos. Para que em breve estejamos em condições susceptíveis de chegar ao conhecimento completo da nossa população, a Inspectoria de Estatística, Propaganda e Educação Sanitária do Departamento de Saúde e Assistência, se não tem descurado de se dirigir a todas as fontes de informação possíveis. [...] Quer se trate dos obitos, dos nascimentos e dos casamentos, as informações recebidas devem ficar muito quem da realidade. Desta forma, há municípios cujos mapas de nascimentos acusam números absolutamente irrisorios. O nosso Regulamento Sanitário, que há cerca de um

[106] FREIRE, 2014.
[107] MEDEIROS, 1926.
[108] MEDEIROS, 1926, p. 205.

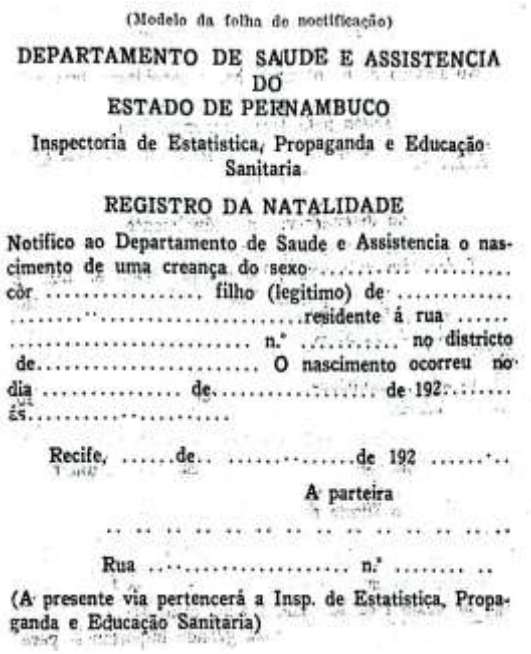
> ano vinha sendo estudado com carinho e organisado meticulosamente pelo sr. dr. director do departamento de saúde e assistência, entrou em vigor este anno e instituiu sabiamente, medida que irá prestar serviços valiosos a essa inspectoria no que diz respeito ao movimento da natalidade. A nossa população não deve, de modo algum, se conservar nesse inexplicável alheiamento em relação ao registro civil e ás outras medidas adotadas pelo departamento, que viam exclusivamente o bem geral e o progresso do Estado [...].[109]

O texto, de autoria desconhecida, destacou que a posse de dados demográficos e estatísticos sobre a população pernambucana seria uma grande aliada para a efetivação das políticas de higiene fomentadas pelos órgãos de saúde, já que a ausência dos dados de nascimento, casamento e mortes dificultaria a avaliação do público-alvo. Além disso, ressaltou a inconsistência dos dados de nascimento, como tratados anteriormente. Surgiu, portanto, a necessidade de ações imediatas do Departamento para modificar desse cenário e colaborar com o progresso do estado e da saúde. Cita-se, como exemplo disso, a criação de uma campanha pró-registro civil, também identificada como notificação sanitária do nascimento, estabelecida no art. 311 do Regulamento Sanitário proposto por Medeiros ao governo e aprovado pelo Decreto n.° 567 de 23 de maio de 1924.

O parágrafo 1° do Art. 311 do serviço de notificação de nascimentos chamou a atenção. Nele, foi identificado o exercício da profissão de parteiras, que deveriam obrigatoriamente informar à Inspetoria de Estatística, Propaganda e Educação Sanitária e ao cartório do Registro Civil da freguesia onde houvesse ocorrido o nascimento, num, prazo de três dias, o nascimento ocorrido com a sua assistência, o sexo do recém-nascido, o dia, a hora, a rua e o número da casa.[110] Além disso, o 2° parágrafo informou que, na ausência dessa notificação, a parteira pagaria uma multa de 100$000, podendo o DSA, conforme a gravidade do caso, suspendê-la do exercício da profissão por um a três meses.

[109] REVISTA DE PERNAMBUCO. **A necessidade do Registro Civil.** Anno XI, maio de 1925. s/p.
[110] MEDEIROS, 1926, p. 206.

Figura 1: Modelo de folha de notificação de nascimentos



(Modelo da folha de noctificação)

DEPARTAMENTO DE SAUDE E ASSISTENCIA
DO
ESTADO DE PERNAMBUCO

Inspectoria de Estatistica, Propaganda e Educação Sanitaria

REGISTRO DA NATALIDADE

Notifico ao Departamento de Saude e Assistencia o nascimento de uma creança do sexo .... côr ..... filho (legitimo) de ....residente á rua .... n.° ..... no districto de..... O nascimento ocorreu no dia ..... de..... de 192..... ás.....

Recife, ...de.. .....de 192 .....

A parteira

.. ..

Rua ..... n.° ....

(A presente via pertencerá a Insp. de Estatistica, Propaganda e Educação Sanitaria)

Fonte: Medeiros (1926, p. 207).

Este impresso (Figura 1) foi utilizado por médicos, parteiras e divulgado na imprensa. Segundo Medeiros, a notificação não foi útil apenas para o serviço de estatística sanitária, já que também foi enviada ao registro civil, que utilizou os dados para regularizar os assentamentos nos quais ocorriam a coleta de dados. Também foi útil ao SHI, que enviava médicos e visitadoras até à residência dos recém-nascidos para realizarem os serviços de educação.

Ademais, Medeiros fomentou a criação de um serviço especial de verificação de óbitos, em reformulação ao que já existia. Segundo o médico, esse serviço funcionou anteriormente apenas como um simples reconhecimento do indivíduo dentro dos caixões, na porta dos cemitérios, o que avaliou ser um método insuficiente. E identificou nos registros o frequente discurso que atribuiu a causa das mortes às doenças mal definidas ou "thanatomorbia", termo que designou doenças capazes de matar. Com o objetivo de corrigir essa falha, Amaury de Medeiros nomeou três médicos que se revezariam em três plantões para realizarem as verificações. Eles dispunham de automóvel para comparecer ao local do óbito e realizar autópsias com o auxílio dos laboratórios do Departamento, quando necessário. O sanitarista afirmou ainda ter presenciado várias autópsias que permitiram assegurar, mais de uma vez, o diagnóstico bacteriológico.[111]

[111] MEDEIROS, 1926, p. 206.

A criação dos serviços de notificação de nascimentos e da campanha pró-registro civil possibilitaram a realização de recenseamentos sanitários na cidade de Recife, para que o Departamento obtivesse o controle das informações sobre a população, sobretudo crianças, além de dados sobre a higiene das habitações. Esses recenseamentos foram feitos sob chefia do médico José de Barros Filho, diretor da Inspetoria de Estatística do DSA. O primeiro ocorreu em 1923, com cadastro das habitações e coleta de dados sobre os nascimentos naquele ano. Esse recurso, segundo Medeiros, também foi necessário para orientar os estudos sobre a mortalidade infantil.[112]

Para realizar o recenseamento, Amaury de Medeiros solicitou, inicialmente, a construção de uma planta da cidade, tomando como base uma carta antiga das zonas urbanas. As quadras foram enumeradas e os grupos de habitações pobres, também denominados pelo médico como mocambos, foram evidenciados. A planta serviu para orientar o trabalho dos profissionais do DSA, que iriam até as residências colher informações sobre as famílias, portando cartões para registrá-las. Essa obrigatoriedade, segundo Medeiros, foi estabelecida para evitar que os próprios moradores preenchessem as fichas, já que os pobres nos mocambos eram incapazes "de dar uma resposta por si".[113] O modelo de ficha utilizado corresponde às figuras 2 e 3.

Figura 2: Frente do cartão de recenseamento de 1923

DEPARTAMENTO DE SAÚDE E ASSISTENCIA DO ESTADO DE PERNAMBUCO

Cadastro de Recife .. ..

Districto .. ..

Figura 3: Verso do cartão de recenseamento de 1923

Fonte: Medeiros (1926, p. 216).

Como apresentado, o cartão utilizado como base para o recenseamento de 1923 solicitava dados como: distrito e local; número de moradores da residência e sua faixa etária; dados do proprietário(a) da residência; informações sobre a realização de inspeção sanitária; descrição física da residência; dados sobre o abastecimento de água e evacuação de dejetos, além de informações sobre intimações, exigência de mudanças e multas. Sobre a verificação de menores de um ano, Medeiros informou que foi uma informação solicitada para orientar o SHI sobre os nascimentos naquele ano, permitindo que o serviço de estatística calculasse a mortalidade das crianças e corrigisse dados visivelmente errados que o registro civil pudesse fornecer, o que prejudicaria a estatística. Os dados do recenseamento de 1923 são apresentados a seguir (Tabela 2). Devido à sua extensão, a tabela foi subdividida em três partes:

Tabela 2: Resultado sumário do recenseamento do Recife em 1923.

Freguesias	Homens adultos	Mulheres adultas	Total
Recife	1.105	1.264	2.369
Santo Antônio	2.227	7.758	13.030
São José	9.884	11.176	21.060
Afogados	23.342	26.910	50.252
Boa Vista	14.756	18.559	33.315
Graça	19.599	22.863	42.462
Poço	13.540	15.866	39.406
Várzea	7.436	8.641	16.077

Soma	94.934	113.037	207.971

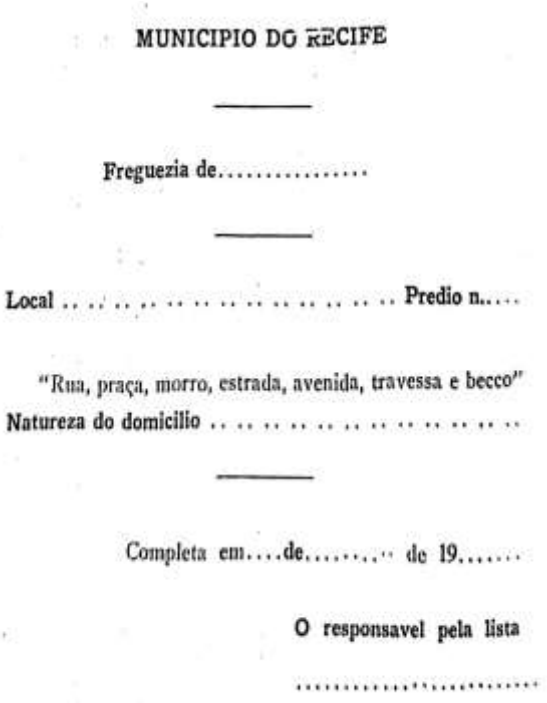
Freguesias	**Homens menores**	**Mulheres menores**	**Total**
Recife	293	436	729
Santo Antônio	3.920	2.810	6.730
São José	4.324	4.678	9.022
Afogados	8.435	9.283	17.718
Boa Vista	7.636	8.948	16.584
Graça	7.284	8.823	16.107
Poço	8.007	9.341	17.348
Várzea	5.993	6.930	12.923
Soma	45.892	51.249	97.141

Freguesias	**Homens menores de 01 ano**	**Mulheres menores de 01 ano**	**Total**	**Total Geral**
Recife	47	61	108	3.206
Santo Antônio	540	615	1.155	20.915
São José	496	585	1.081	31.143
Afogados	748	969	1.717	69.687
Boa Vista	428	573	1.001	50.900
Graça	572	683	1.255	59.824
Poço	410	498	908	47.662
Várzea	346	467	813	29.813
Soma	3.587	4.451	8.038	313.150

Fonte: Medeiros (1926, p. 217).

A coleta de dados do recenseamento, ocorrida nas residências, identificou 8.038 crianças menores de um ano pertencentes às famílias que moravam nas zonas de Recife, Santo Antônio, São José, Afogados da Ingazeira, Boa vista, Graça, Poço e Várzea, locais investigados no ano de 1923 pela Inspetoria. Embora esse quantitativo seja alto, se acredita que não corresponde à totalidade da população naquele período, tendo em vista que o primeiro recenseamento ocorreu apenas na capital pernambucana, não envolvendo os demais municípios do estado. Desse modo, Amaury de Medeiros avaliou que o 2° recenseamento, realizado em 1925 (Figuras 4, 5, 6 e 7), foi mais completo pois, embora tenha sido utilizado o mesmo método de trabalho, teve maior rigor. A coleta de dados ocorreu do mesmo modo, porém, os cartões utilizados passaram por reformulações que permitiram maiores informações sobre as famílias e suas residências.

Figura 4: Frente da 1° folha do cartão de recenseamento de 1925



MUNICIPIO DO RECIFE

Freguezia de.....

Local .. .. Predio n.....

"Rua, praça, morro, estrada, avenida, travessa e becco"
Natureza do domicilio .. ..

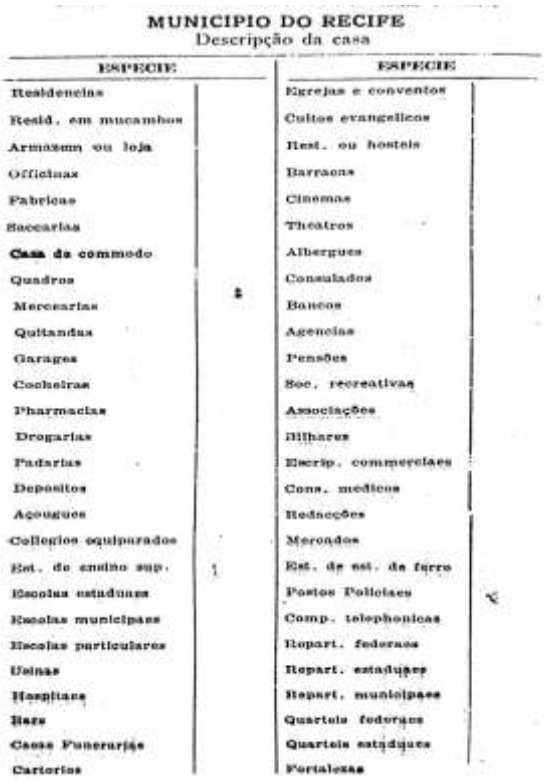
Completa em....de.....' de 19.....

O responsavel pela lista

.....

Fonte: Medeiros (1926, p. 218).

Figura 5: Verso da 1° folha do cartão de recenseamento de 1925



MUNICIPIO DO RECIFE
Descripção da casa

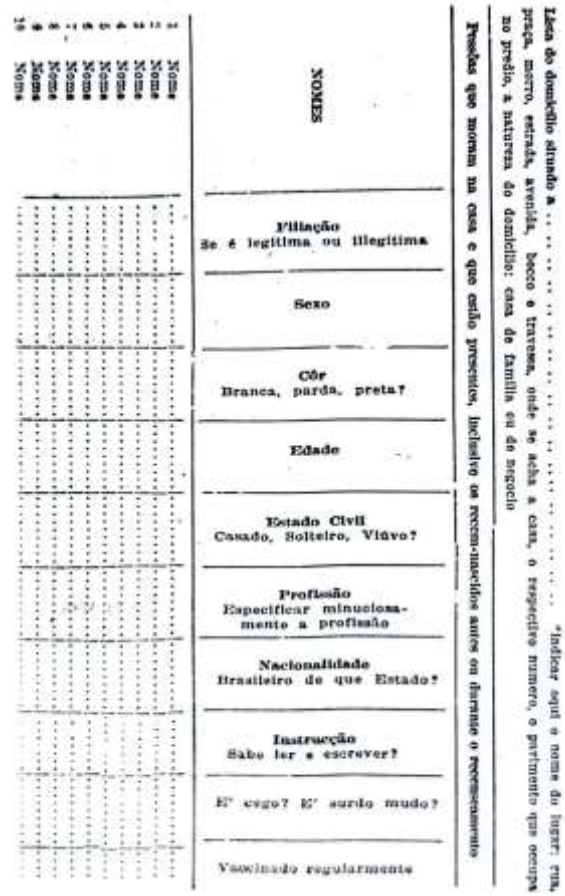
ESPECIE		ESPECIE	
Residencias		Egrejas e conventos	
Resid. em mucambos		Cultos evangelicos	
Armazem ou loja		Rest. ou hoteis	
Officinas		Barracas	
Fabricas		Cinemas	
Baccarias		Theatros	
Casa de commodo		Albergues	
Quadros		Consulados	
Mercearias		Bancos	
Quitandas		Agencias	
Garages		Pensões	
Cocheiras		Soc. recreativas	
Pharmacias		Associações	
Drogarias		Bilhares	
Padarias		Escrip. commerciaes	
Depositos		Cons. medicos	
Açougues		Redacções	
Collegios equiparados		Mercados	
Est. de ensino sup.		Est. de est. de ferro	
Escolas estaduaes		Postos Policiaes	
Escolas municipaes		Comp. telephonicas	
Escolas particulares		Repart. federaes	
Usinas		Repart. estaduaes	
Hospitaes		Repart. municipaes	
Bars		Quarteis federaes	
Casas Funerarias		Quarteis estaduaes	
Cartorios		Fortalezas	

Fonte: Medeiros (1926, p. 219).

Figura 6: Frente da 2° folha do cartão de recenseamento de 1925

Fonte: Medeiros (1926, p. 220).

Figura 7: Verso da 2° folha do cartão de recenseamento de 1925



Fonte: Medeiros (1926, p. 221).

No cartão utilizado para o recenseamento de 1925 foram solicitadas, inicialmente, informações sobre a descrição da residência: se estava localizada em uma rua, morro, estrada ou avenida, além de número, pavimento, natureza do domicílio e se era uma casa familiar ou de negócios, além de data do preenchimento e a assinatura do responsável pela vistoria. Também eram exigidos dados sobre os moradores, dando atenção para a presença de recém-nascidos antes ou durante o recenseamento. Posteriormente, coletou-se dados como: nome completo, filiação legítima ou ilegítima, gênero, cor, estado civil, profissão, nacionalidade, grau/nível de instrução, se era uma pessoa com deficiência e demais informações sobre a vacinação do indivíduo. Para cada morador foi preenchido um formulário individual. Ainda foi solicitada uma descrição minuciosa do tipo de habitação para identificar se era mocambo, residência, oficina, estabelecimento comercial e/ou religioso, e informações sobre o abastecimento de água e evacuação de dejetos.

Em comparação ao cartão utilizado no recenseamento de 1923 (Figuras 2 e 3), o novo censo prezou por uma investigação mais aprofundada sobre as casas e estabelecimentos públicos, além de atribuir um foco maior às descrições pessoais dos que lá residiam. Isso possibilitou construir uma tabela de dados mais descritiva e completa (Tabela 3), embora ainda se restringisse às mesmas regiões investigadas em 1923 (Recife, Santo Antônio, São José, Afogados, Boa Vista, Graça, Poço e Várzea). Além disso, foi identificado que o DSA aproveitou o censo de 1925 para fazer uma revisão geral da vacinação, já que incluiu no questionário uma pergunta sobre este tema, de modo a pressionar a população a se imunizar, conforme a verificação dos recenseadores.[114]

Tabela 3: Resultado sumário do recenseamento do Recife em 1925

Idades e freguesias	Recife	Santo Antônio	São José	Afoga dos	Boa Vista	Graça	Poço	Várzea	Soma
0 a 1 ano	140	1.268	2.978	3.972	3.112	2.732	2.534	1.976	18.712
2 a 5 anos	274	976	1.214	2.748	2.219	2.176	1.838	1.124	12.569
6 a 10 anos	426	1.024	2.683	5.812	4.202	4.486	3.624	1.018	23.275
11 a 20 anos	922	3.421	4.274	11.377	7.530	7.743	5.509	3.814	44.590
21 a 30 anos	1.856	6.463	10.517	24.934	14.824	19.548	13.882	8.825	100.849
31 a 40 anos	979	4.216	7.013	15.643	13.646	15.963	12.694	6.614	76.768
41 a 50 anos	441	2.816	3.624	8.231	6.728	8.389	6.837	3.112	40.178
51 a 60 anos	235	1.122	2.471	3.147	4.836	5.891	3.482	2.883	24.067
61 a 70 anos	101	674	812	1.224	2.039	1.207	2.619	1.128	9.804
71 a 100 anos	20	43	62	117	141	31	196	14	784
Maiores	1	4	6	12	17	10	21	16	87
Ignorada	83	204	322	708	603	74	506	1.022	4.188
Soma	5.478	22.231	35.976	77.985	59.897	68.916	53.742	31.646	355.871

Fonte: Medeiros (1926, p. 222).

[114] MEDEIROS, 1926.

A tabela apresentada foi subdividida por idades e freguesias investigadas em 1925. Ao contrário da anterior, essa concentrou os dados em cada faixa etária entre 0 e 100 anos. Ao total, a soma de pessoas registradas foi de 355.871, um número maior do que em 1923, que registrou 313.150 habitantes. Houve um aumento significativo no número de recém-nascidos entre 0 e 1 anos, de 8.038, em 1923, para 18.712 em 1925. Isso demonstra os resultados da implementação da notificação sanitária obrigatória do nascimento, coordenada pela Inspetoria de Estatística do DSA, e que resultou em um aumento significativo nos registros em todas as regiões que integraram os recenseamentos.

Outras medidas foram introduzidas em Pernambuco com o objetivo de alterar o cenário exposto anteriormente por Amaury de Medeiros e pelo governador Sérgio Loreto, para combater a mortalidade infantil e aumentar as políticas de assistência para mães e crianças, tanto no âmbito público como privado. Além do SHI, é possível destacar a divulgação de notícias sobre a criação da primeira maternidade do Recife, localizada no Bairro do Derby, nas edições de 1925 da *Revista de Pernambuco*.

A criação dessa instituição materno-infantil, segundo a fonte, foi coordenada pela Cruz Vermelha Pernambucana (CVP), presidida por Virgínia Loreto, primeira-dama de Pernambuco e esposa do então governador do estado, além de ser composta pelas senhoras Aspásia Loreto de Medeiros, Albertina Pernambucano, Maria Emília Pereira de Souza, Leopoldina Loreto, dentre outras mulheres ligadas a uma elite dirigente, que viram na coordenação de políticas em torno da maternidade e da infância um forte campo de atuação e defesa.[115]

A CVP, que surgiu em substituição à Pró-Matre de Recife (1918), foi idealizada pelo médico obstetra Bandeira Filho, que também atuou como parteiro na maternidade do Hospital Pedro II, professor de Clínica de Partos da Escola de Parteiras de Pernambuco e ginecologista do dispensário para o tratamento de tuberculosos infantis "Lino Braga". Criou a Maternidade do Derby no ano de 1922, com apoio de Oliveira Lima, com o objetivo de assistir crianças pobres e auxiliar as demais instituições de assistência no estado como, por exemplo, na doação do prédio feita ao DSA.[116]

No âmbito privado, para além da construção da maternidade do Derby, que só foi inaugurada em 1931, após o término do governo de Estácio Coimbra, as mulheres das elites,

---

[115] MARTINS, Ana Paula Vosne. A filantropia feminina e a assistência à saúde na cidade do Rio de Janeiro no começo do século XX: a trajetória da feminista e filantropa Jeronyma Mesquita. In: BATISTA, Ricardo dos Santos; SOUZA, Christiane Maria Cruz de; SILVA, Maria Elisa Lemos Nunes de (Org.). **Quando a história encontra a saúde**. São Paulo: Hucitec Editora, 2020.
[116] MOURA, 2011.

ligadas ao DAS, também se envolveram com a construção da policlínica infantil localizada no bairro da Boa Vista, em Recife. Sobre o local em que policlínica foi construída, Bruno Nery do Nascimento afirmou que aquela foi uma estratégia realizada pelo governo e pela diretoria do DSA, uma vez que o local concentrava as maiores taxas de natimortalidade da cidade.[117] Deste modo, a presença de mulheres brancas e das elites na ação descrita demonstra a importante atuação das chamadas "damas da Cruz Vermelha".[118] Tendo em vista o que foi abordado, , é possível perceber que as fontes analisadas buscavam evidenciar um possível sucesso da reorganização da saúde pública fomentada por Sérgio Loreto no início da sua gestão.

1.5 A tuberculose e a atuação das visitadoras sanitárias

O combate à tuberculose também foi um tema presente nas reformas sanitárias brasileiras. Conhecida como "peste branca", foi uma doença de notificação compulsória agravada nas cidades devido à falta de saneamento básico e às más condições de moradia e habitação.[119] Segundo Maria Elisa Lemos, as primeiras medidas para o seu combate no país datam do início do século XX, com a criação de Ligas. Ao retornar dos EUA, Plácido Barbosa, que atuou como delegado sanitário da DGSP, fomentou a criação da Liga Brasileira Contra a Tuberculose (LBCT), que também defendeu a criação de dispensários para tratar a enfermidade. As atividades da instituição se concentraram em ações educativas pelas chamadas monitoras de higiene ou visitadoras.

A criação da Liga Baiana Contra a Tuberculose, na Bahia, ocorreu na década de 1900, sob coordenação dos médicos Alfredo Brito, Ramiro de Azevedo e Matheus dos Santos. No interior desse tipo de instituição, profissionais médicos e visitadoras aplicavam e distribuíam medicamentos, realizavam vigilância, orientação e educação sanitária aos doentes, além da distribuição de escarradeiras que serviam para diagnosticar a tuberculose. Em Salvador, essas atividades foram realizadas no Dispensário Ramiro de Azevedo, cujas obras finalizaram em 1919.[120]

Ayres e colaboradores afirmaram que a formação de um corpo de visitadoras de higiene

---

[117] NASCIMENTO, Bruno Nery do. **Entre a "Mendigópolis" e o "Recife Novo"**: reforma urbana, higiene e políticas de saúde para as mulheres no governo de Sérgio Loreto (Pernambuco, 1922 – 1926). Recife: Dissertação (Mestrado) –, Universidade Federal Rural de Pernambuco. História, 2016.
[118] MARTINS, 2020.
[119] SILVA, Maria Elisa Lemos Nunes. O dispensário Ramiro de Azevedo e a constituição de políticas de enfrentamento da tuberculose na Bahia na década de 1920. In: SILVA, Maria Elisa Lemos da; BATISTA, Ricardo dos Santos (Org.). **História e saúde**: políticas, assistência, doenças e instituições na Bahia. Salvador: Eduneb, 2018. p. 69-102.
[120] SILVA, 2018.

para cuidar da tuberculose também foi um fator imperante na Primeira República do Rio de Janeiro, período em que o médico sanitarista José Paranhos Fontenelle defendeu a adoção de medidas, devido ao alto índice de mortalidade da população pela doença.[121] De forma semelhante aos outros estados, uma das principais ações propostas pelo DSA durante a reforma sanitária da década de 1920, em Pernambuco, foi o investimento e reforma dos dispensários "Octávio de Freitas" e "Lino Braga", com a inserção das visitadoras no serviço de tuberculose, como mencionado no acordo realizado entre o estado e o governo federal. Acredita-se que, ali, o combate à enfermidade foi o primeiro meio de atuação dessas mulheres nos serviços sanitários.

Além da solicitação de aditivo financeiro para o combate à Tuberculose, Lepra e Doenças Venéreas anexo ao acordo de saneamento rural, mencionado no início deste capítulo, o governo pernambucano, representado por Amaury de Medeiros, firmou outro acordo de cooperação, agora com a Liga Pernambucana contra a Tuberculose (LPCT), presidida pelo médico José Octávio de Freitas, no dia 28 de maio de 1925. Com isso, os dispensários para tuberculose "Octávio de Freitas" e "Lino Braga" passaram à superintendência do DSA.

À LPCT coube a construção, compra de mobília, instrumentos, remédios e o pagamento do pessoal subalterno. Ao governo, coube a obrigação do pagamento dos médicos que atuaram nos serviços. Segundo Medeiros, a vigência do contrato realizado foi de 5 anos, podendo ser prorrogado. De forma semelhante, Maria Elisa Lemos destacou que a Liga Baiana Contra a Tuberculose, presidida pelo médico Alfredo Brito, também realizou um acordo com o DNSP, especificamente com o diretor da Inspetoria de Profilaxia Rural, Sebastião Barroso, que resultou no financiamento para o funcionamento e manutenção do Dispensário Ramiro de Azevedo.[122]

O combate à enfermidade fez parte da propaganda incessante dos governos pernambucanos e dos órgãos de saúde pública. Em 1926, o médico Amaury de Medeiros evidenciou a presença das visitadoras nesses espaços, destacando o seu protagonismo. A preleção de palestras sobre a tuberculose, bem como o acompanhamento dos doentes matriculados nos dispensários, foram alguns dos serviços realizados por elas, o que indica a influência da educação sanitária, além de atribuir notoriedade ao processo formativo pelo qual as visitadoras passavam para atender a população. Coube à visitadora realizar a educação sanitária nas habitações, sob permissão dos pacientes, além de convencê-los a buscarem os

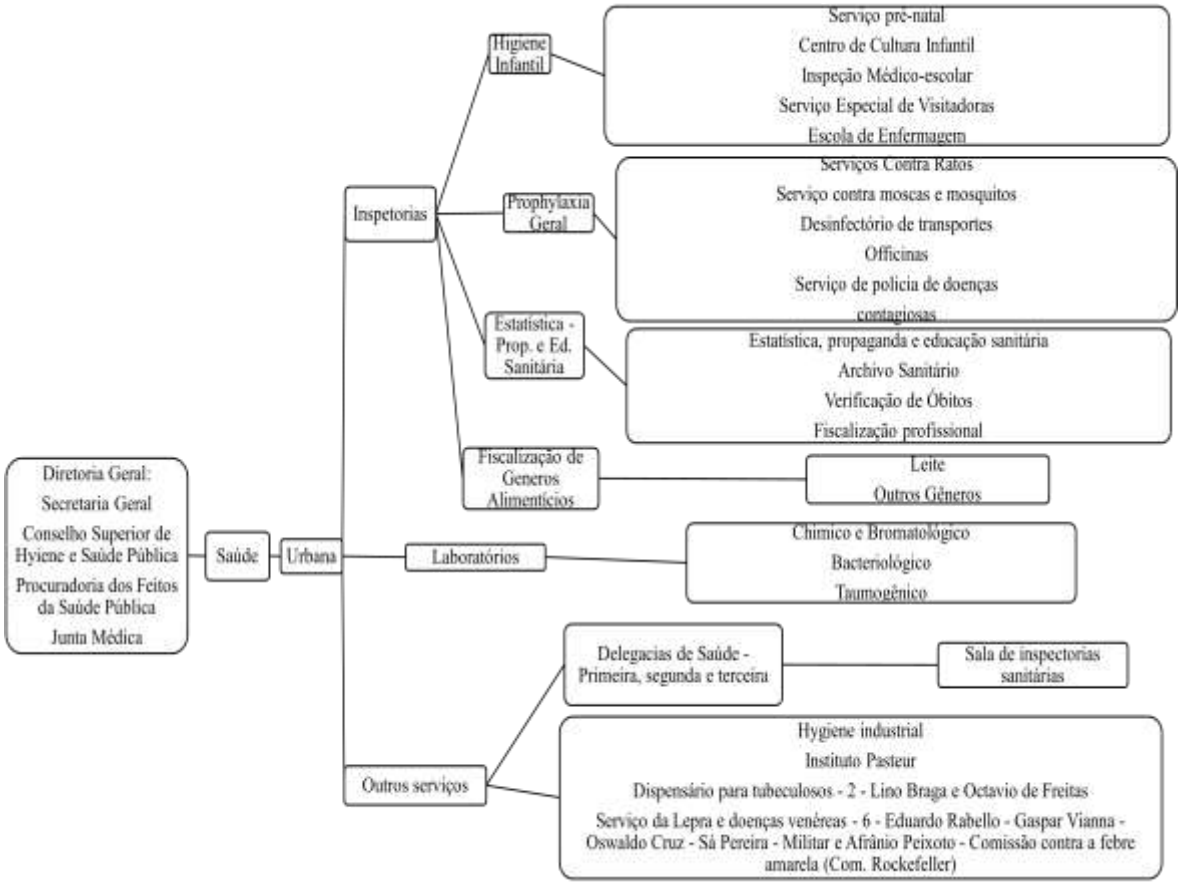
[121] AYRES, et al., 2012.
[122] SILVA, 2018.

dispensários para realizar os tratamentos.[123]

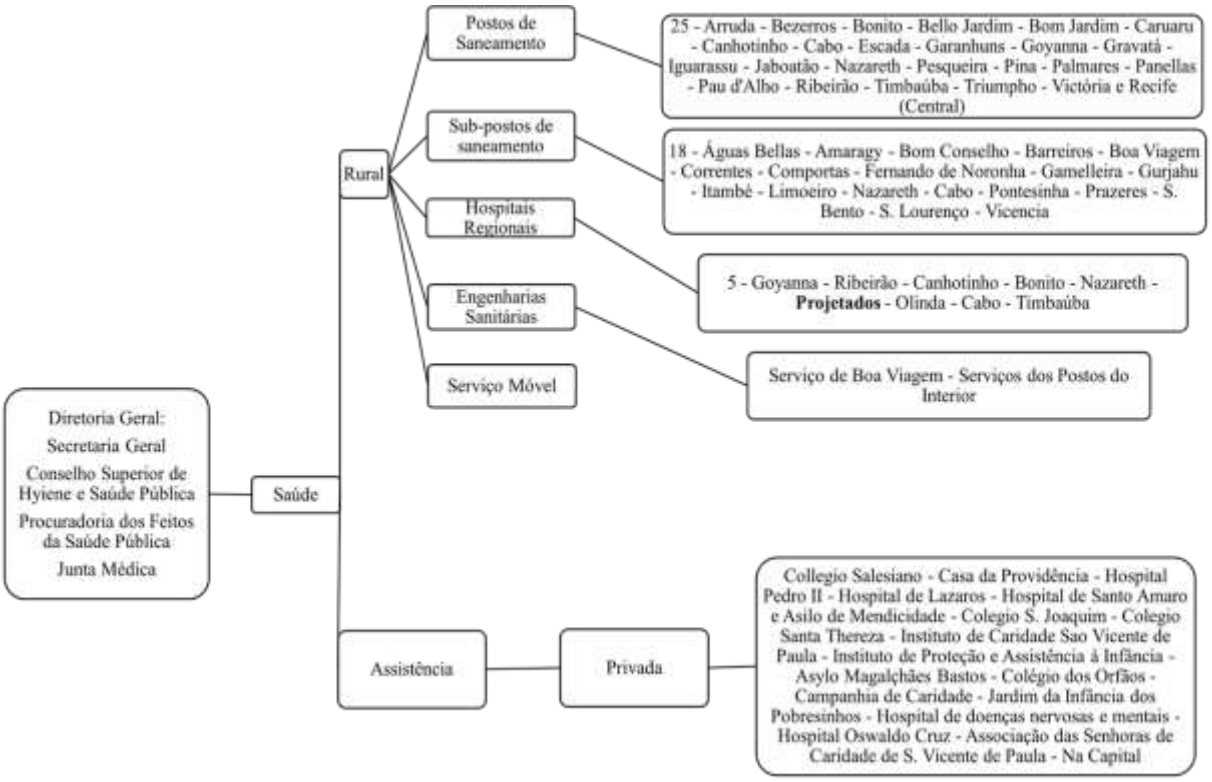
Segundo os dados que apontam a distribuição das visitadoras durante o governo de Sérgio Loreto, é possível perceber que a atuação dessas mulheres se concentrava em sua totalidade na cidade do Recife, tendo em vista que todos os distritos apresentados consistiam em bairros da capital pernambucana. Isso permite problematizar os discursos de Amaury de Medeiros e de Sérgio Loreto, já que relataram a oferta das políticas de saúde criadas pelo DSA para todos os municípios do estado.

Durante a gestão de Sérgio Loreto, a reforma das instâncias de saúde que, segundo o governador, estavam em estado de abandono por parte das gestões anteriores, foi uma das suas prioridades, com o objetivo de que Pernambuco acompanhasse o desenvolvimento sanitário observado em outros estados, especialmente no Rio de Janeiro. Com o objetivo de sintetizar as ações realizadas pelo governador, a *Revista de Pernambuco* publicou, em agosto de 1925, um *Boletim Econômico e Estatístico do Estado*, a partir de dados disponibilizados pelo DSA (Figura 8).

Figura 8: Organograma dos serviços de saúde pública e privada após a reforma no governo de Sérgio Loreto



[123] SILVA, 2018.



Fonte: *Revista de Pernambuco*, 1925, s/p.

O *Boletim* apresentou a subdivisão dos serviços em duas categorias: saúde e assistência, o que comportava os serviços de higiene urbana, rural e privada. Nas instituições urbanas, destacou-se a Inspetoria de Higiene Infantil (IHI), na qual eram desenvolvidos serviços de pré-natal, centros de cultura infantil, inspeções escolares, além do serviço especial de visitadoras e escola de enfermagem, aspectos a serem discutidos nos próximos capítulos.

A Inspetoria de Estatística, Propaganda e Educação Sanitária também foi importante, já que grande parte da assistência materna, infantil e aos doentes realizada pelas visitadoras envolveu o campo educacional, seja dentro dos dispensários, nas maternidades ou nas residências. Como mencionado, essa inspetoria colaborou positivamente para a notificação não só de óbitos, mas também de nascimentos, possibilitando a atuação dos médicos e das visitadoras desde o pré-natal até a idade escolar das crianças. Ressalta-se, também, que as políticas de saúde criadas e reformadas em Pernambuco, entre os anos de 1922 e 1930, envolveram tanto o espaço público quanto privado. Através do *Boletim*, foi identificado um investimento significativo em hospitais, como o Hospital Pedro II, o Hospital de Lázaros, de Santo Amaro, além do Hospital Oswaldo Cruz.

Em estudo sobre a enfermagem profissional na cidade do Recife após a década de 1930, Fátima Abraão destacou que, desde o ano de 1898, o Hospital Dom Pedro II demonstrou

interesse pela prática de assistência ligada ao trabalho de profissionais da saúde como enfermeiras, embora a profissão não fosse institucionalizada. Segundo a autora, a primeira escola de enfermagem profissional do Recife foi criada apenas no ano de 1945, anexa ao Hospital Dom Pedro II e mantida pela Santa Casa de Misericórdia de Pernambuco.[124] Seguia-se os moldes estabelecidos pelo decreto de n° 20.109 de 15 de julho de 1931, no qual o presidente Getúlio Vargas afirmou que as escolas de enfermagem deveriam seguir os padrões de organização e equiparação profissional da Escola Anna Nery, antiga Escola de Enfermagem do DNSP.

A chamada "Revolução de 30", que colocou Vargas no poder, marcou processos de reforma, transição política e administrativas que afetaram a organização dos serviços de saúde no país, sobretudo após a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP) e do Ministério da Indústria e do Comércio (MTIC), em novembro de 1930, definidos por Cristina Fonseca como as principais políticas do então presidente.[125] A década de 1930 também foi um período de intenso investimento nas políticas de saúde e assistência materno-infantil, influenciadas sobretudo pelas ideias nacionalistas do presidente, que defendeu a criança como o futuro da nação brasileira.

A esse respeito, Lidiane Ribeiro destacou a reforma na antiga IHI do DNSP, que passou a Diretoria de Proteção à Maternidade e a Infância, além da Campanha Nacional pela Alimentação da Criança (CNACr), entre os anos de 1934 e 1937, como eventos importantes para a discussão. Tendo em vista a continuidade da formação de enfermeiras diplomadas pós-década de 1930, a autora apontou também um movimento de formação para *Nurses* (enfermeiras) nas áreas de pediatria e puericultura, o que demonstrou a continuidade da formação profissional de mulheres que antes ocuparam o cargo de visitadora de higiene.[126]

No fim da gestão de Sérgio Loreto, Amaury de Medeiros informou a realização de uma visita a Pernambuco pelo Dr. Lafayette de Freitas, diretor geral do Serviço de Saneamento Rural do país, com o objetivo de inspecionar os serviços daquela natureza em estados que firmaram acordos com a União e demais organizações referentes à estrutura sanitária. O relato, disposto em uma matéria publicada no *Diário de Pernambuco*, em abril de 1925, apresentou as boas impressões mencionadas pelo diretor no seu roteiro, que contemplou as cidades de Garanhuns, Bom Conselho, Canhotinho, Palmares e Ribeirão.

---

[124] ABRÃO, Fátima Maria da Silva. **Primórdios da enfermagem profissional na cidade do Recife - Pernambuco**: raízes da pré-institucionalização da formação do campo organizacional (1922-1938). Tese (Doutorado em Enfermagem) –, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 2006.
[125] FONSECA, 2007.
[126] RIBEIRO, 2020.

> Com as visitas ultimas realizadas em Garanhuns, Bom Conselho, Canhotinho, Palmares e Ribeirão, tive como terminada minha inspecção sanitária aos Serviços Sanitários de Pernambuco. Conhecendo-os pela leitura de boletins e relatórios que me são regularmente enviados, além das trocas de idéias com o seu esforçado chefe, julgava-os em condições de occupar posição de destaque entre os congeneres já installados em mais 16 unidades da Federação. Visitando-os, porém, como acabo de fazel-o, fui levado á modificar para melhor, a impressão já autorisada por aquelles informes. É assim que, em vez de simples posto para o combate ás endemias ruraes, venho encontrar verdadeiros serviços de hygiene permanente, espalhados em quasi 30 municípios, delles recebendo auxilio pecuniário, que varia com os recursos financeiros de cada um, installação, luz ao par do apoio moral e material de suas actividades. E um outro serviço conta tão grande número de accordos firmados com os municípios. Ainda mais, e doi o que me causou maior alegria e natural admiração - o resultado formidável obtido no diminuto espaço de dois annos, pela propaganda e instrucção sanitária, inteligente e profusamente difundidas por quasi todo o Estado [...].[127]

Lafayette de Freitas destacou o bom funcionamento dos serviços sanitários, sobretudo de higiene rural, considerando o desempenho de Pernambuco importante diante dos demais acordos firmados com estados, aspectos mencionados por Medeiros com o objetivo de enaltecer o projeto sanitário implementado. A partir do ano de 1926, quando Estácio Coimbra assumiu o cargo de governador de Pernambuco, é possível perceber que não houve uma forte preocupação em reorganizar os departamentos, assim como ocorreu anteriormente, já que o sistema de saúde público e privado aparentemente se encontrava em bom funcionamento. Todavia, isso não impediu com que certas mudanças, sobretudo no âmbito da educação, fossem adotadas pelo novo dirigente.

1.6 Educando para a saúde: o governo de Estácio Coimbra e a reforma educacional pernambucana

Em suas reflexões sobre educação, saúde e historiografia, Luiz Antônio de Castro Santos notou que as relações em torno das reformas educacionais no Brasil estão intrinsecamente ligadas às reformas sanitárias empreendidas local e nacionalmente. Segundo o autor, a história das práticas educativas esteve associada às normas e regras de disciplinarização dos corpos, mentes e comportamentos. Quando associados à saúde e à lógica social das profissões apontada por Jorge Nagle, a educação e o educador tomam para si o papel de ditar regras e normas de comportamento, sobretudo quando relacionados à higienização dos corpos,

[127] DIÁRIO DE PERNAMBUCO. **Serviços Sanitários em Pernambuco**. 24 abr. 1925. Recife: Biblioteca Nacional, 1925, p. 1.

dos costumes e da vida social, principalmente da população pobre e interiorana. Logo, para o controle social, a educação e saúde se tornaram sinônimos indissociáveis, intensificadas após a década de 1920 com a incidência de reformas em ambos os campos.[128]

Esse período marcou o início da formação de gerações profissionais que ascenderam após a década de 1930, dedicadas às tentativas de disciplinarização dos corpos através da saúde e da educação. Evidencia-se aqui as ações fomentadas durante a Era Vargas, apontadas por Castro Santos como a época em que surgiram as primeiras gerações de sanitaristas e educadores profissionais norteados pelos ideais de salvação nacional.[129] Essa movimentação ocorreu em Pernambuco durante a gestão de Estácio Coimbra, em que as reformas curricular, estrutural e profissional identificadas fizeram parte de um movimento de caráter social que buscou regular a saúde e o desenvolvimento infantil, com a inserção dos médicos escolares, da higienização nos grupos educacionais, da reforma nos espaços e da inserção das educadoras sanitárias.

Estácio de Albuquerque Coimbra nasceu em 22 de outubro de 1872, natural do município de Barreiros–PE, filho de João Coimbra – senhor de engenho e político pernambucano – e de Francisca de Albuquerque Coimbra. Sob influência de seu pai – advogado e político, que ocupou cargo na província de Pernambuco e Alagoas – e de seu avô, que foi tabelião de notas em Rio Formoso (PE), Estácio Coimbra cursou o colegial no Colégio 11 de agosto, em Recife, e formou-se em Ciências Jurídicas e Sociais pela Faculdade de Direito de Recife, em 1892.[130] No ano seguinte, iniciou sua carreira na advocacia, exercendo a profissão com seu pai nos municípios de Barreiros, Água Preta e Rio Formoso, todos situados em Pernambuco. Além disso, se dedicou às atividades de engenho, sobretudo após seu casamento com Joana de Castelo Branco Coimbra, que pertencia a uma família de ricos donos de propriedades.

Em 1894, após contribuir para a formação do Partido Republicano de Barreiros, Coimbra se filiou ao partido de Francisco de Assis Rosa e Silva, organizado pelo Partido Republicano Federal (PRF). Foi eleito prefeito no biênio de 1895 a 1897, substituindo o seu tio-avô José Nicolau Pereira dos Santos, além de ser eleito deputado estadual, federal na câmara do Rio de Janeiro, e ocupado o cargo de Parlamentar até o ano de 1912.[131] Construiu desde cedo

[128] CASTRO SANTOS. Luiz Antônio de. Reabrindo o debate sobre Nagle, a educação e a saúde na historiografia brasileira. In: CASTRO SANTOS. Luiz Antônio de; FARIA. Lina Rodrigues de. **Saúde e história**. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 19-31.
[129] CASTRO SANTOS, 2010.
[130] MOREIRA, Regina da Luz. COIMBRA, Estácio. Rio de Janeiro: Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil – FGV, [s.d.]. Disponível em: https://cpdoc.fgv.br/. Acesso em: 9 dez. 2025.
[131] JORNAL DO COMMERCIO, 1995.

uma trajetória na política brasileira, atuando também como liderança na câmara estadual e integrando comissões como a de Constituição e Justiça e a Comissão de Fazenda e Orçamento.

Já no ano de 1911, atuou no governo de Pernambuco como auxiliar na administração da eleição de Rosa e Silva, e renunciou após a eclosão dos conflitos e embates políticos entre o político e Dantas Barreto para ocupar o governo de Pernambuco, retornando para sua propriedade em Barreiros. No ano de 1915, de volta à Câmara Federal, exerceu a política durante dois mandatos (1918-1920 e 1921-1923). "No primeiro deles, integrou a Comissão de Diplomacia e Tratados – na qual estudou o capítulo do Tratado de Versalhes referente à Liga das Nações – e, no segundo, foi escolhido líder da maioria e conduziu os processos de reconhecimento de poderes".[132]

Em maio de 1922, Estácio Coimbra recebeu uma proposta do presidente da República, Epitácio Pessoa, para ocupar ser o líder na pasta da agricultura, em substituição a Ildefonso Simões Lopes. Em contrapartida, ao tomar conhecimento do falecimento de Urbano Santos, então vice-presidente do Brasil, Coimbra apresentou uma proposta para ocupar o cargo, demonstrando assim a influência política que conquistaria, caso fosse bem-sucedido, e justificando que pleitear o posto de vice-presidente seria improvável caso aceitasse o cargo no Ministério da Agricultura.[133]

Coimbra foi eleito vice-presidente da República na chapa de Artur Bernardes, para o quadriênio de 15 de novembro de 1922 a 15 de novembro de 1926, empossado também como presidente do Senado e do Congresso Nacional. Nesse cargo, controlou o seu grupo político, através da intervenção de Artur Bernardes e em contato com o senador Manoel Borba, percorreu caminhos em direção à sucessão de Sérgio Loreto, e firmou candidatura no dia 1° de maio de 1926.

Durante os embates políticos das eleições pernambucanas de 1922, Estácio Coimbra apoiou a candidatura de Lima de Castro, mas aprovou o acordo que levou Sérgio Loreto ao poder. Ao findar a gestão de Sérgio Loreto, Júlio de Mello, presidente do Senado pernambucano, governou desde 18 de outubro de 1925, já que Estácio Coimbra não tomou posse na data constitucional, até completar o seu mandato como vice-presidente da República.[134]

A gestão de Estácio Coimbra marcou a realização de uma reforma no sistema

---

[132] MOREIRA, s/d, p. 4.
[133] MOREIRA, s/d.
[134] PERNAMBUCO**. Mensagens dos Governadores do Estado de Pernambuco**. ed. 0002. 17 jun. 1927. Recife: Tipografia Oficial. 1927, p. 7.

educacional[135] liderada por Antônio Carneiro Leão, mediante solicitação do governo do estado. Desse modo, através do ato n.° 8 de 12 de janeiro de 1926, um novo regulamento para o ensino primário foi adotado, além de dispor de uma dotação orçamentária para o custeio do ensino primário "no valor de 2:436:493$680, compreendida a verba de ( ) 400:000$000, destinada a construção de prédios e outros melhoramentos".[136] Estácio Coimbra avaliou esse orçamento como insuficiente e defendeu a necessidade de mais escolas no interior, devido ao crescimento da população escolar.

Na justificativa apresentada em dezembro de 1928 ao secretário de justiça e negócios interiores, Dr. Gennaro Guimarães, Antônio Carneiro Leão destacou que a reforma no ensino foi realizada mediante solicitação governamental para ajustar o funcionamento da educação pernambucana. Para construir o plano de ação, Carneiro Leão realizou visitas nas escolas da capital e do interior, onde identificou a ausência de direção e orientação técnica para os professores, além da ausência de inspetores de fiscalização de ordem administrativa. A reforma se justificou, ainda, pela necessidade de distribuir corretamente o ensino segundo as faixas etárias na infância. Havia altos índices de analfabetismo entre crianças de 8 e 12 anos que não possuíam a educação necessária, já que as ações se concentravam no curso infantil (jardins de infância) para crianças dos 5 aos 7 anos de idade.[137]

Com a reforma, os serviços de inspeção médico-escolar existentes ficaram sob a tutela da Diretoria Técnica de Educação, que criou um corpo maior de visitadoras escolares, organizou um sistema de assistência dentária, de distribuição de merenda escolar e leite, além de estabelecer a educação física segundo os moldes científicos. Como metas futuras, Carneiro Leão estabeleceu a criação de instituições auxiliares à educação convencional, como as escolas ao ar livre, destinadas especialmente para os grupos de escolares que não frequentavam o ensino regular, e as colônias de férias, que receberiam "escolares pré-tuberculosos, ou em estado de

---

[135] Segundo Araújo (2009), a reforma Carneiro Leão foi instituída pelo ato n° 1.239 de 27 de fevereiro de 1928, no governo de Estácio Coimbra. Esse movimento fez parte de um conjunto de reformas educacionais que ocorreram no Brasil entre os anos de 1920 e 1930, destacando a Reforma Sampaio Dória em São Paulo (1920-1921), a reforma de Anísio Teixeira na Bahia (1924), no Rio de Janeiro (1922-1926), também coordenada por Carneiro Leão, que na época foi diretor geral da instrução pública, além da realizada em Pernambuco. Segundo a autora, todas seguiram os princípios da Escola Nova, que buscou criar um ensino baseado em métodos ativos, com ênfase no aprender fazendo e na preparação de crianças para o mundo do trabalho. Na Reforma Carneiro Leão em Pernambuco (1928), os principais métodos adotados foram o cientificismo no ensino, atividades escolares ligadas à modernização, os cuidados com a saúde dos alunos e funcionários da escola, a educação física, segundo os moldes científicos de saúde e higiene, além do controle do espaço e do sistema escolar como livros, expedientes, currículos, frequência, métodos de ensino e de qualificação profissional (Araújo, 2009).

[136] PERNAMBUCO, 1927, p.7.

[137] PERNAMBUCO. **Organização da educação no Estado**: Justificação apresentada ao Exmo. Sr. Dr. Gennaro Guimarães, secretário da Justiça e Negócios Interiores, em dezembro de 1928, por Carneiro Leão. Recife: Governo do Estado de Pernambuco, 1928.

fraqueza demasiado para providencia menor. Nas primeiras, haverá um regime regular de aulas [...] nas segundas, a preocupação será essencialmente de hygiene, de assistência e de clínica".[138] A estrutura dos prédios escolares também foi apresentada como uma demanda de reforma, sob a supervisão da coordenação da diretoria técnica, segundo os interesses pedagógicos e higiênicos. Uma questão que chamou a atenção na documentação refere-se à "educação especial", que discutiu a educação de alunos "super-normaes, débeis mentais e atrasados pedagógicos", condições associadas a problemas da infância a serem inspecionadas pelos médicos através de exames psicológicos e pelo preenchimento de fichas pedagógicas e médicas.

Segundo Carneiro Leão, a presença de alunos que apresentavam *déficit* de aprendizagem em salas de aulas regulares prejudicava o ensino-aprendizagem de alunos não deficientes, ao passo que alunos com "inteligências vigorosas" não deveriam ocupar a mesma sala de aula que alunos medianos. Ele defendeu a existência de classes específicas para atender os casos isoladamente, segregando assim alunos conforme suas características mentais. Para isso, apontou a criação de classes na Escola de Aplicação, anexa à Escola Normal do Estado, destinadas aos anormais, super normais e de recuperação.[139]

Para o novo governador, a reforma no ensino estava condicionada a fortes exigências ligadas à saúde e à higiene dos alunos, bem como os espaços onde seriam ministradas as aulas para as crianças que alcançavam a idade escolar. Segundo ele, os prédios e construções deveriam ser higiênicos, organizados e prezar por rígidas condições de salubridade para evitar a proliferação de doenças. As demandas por reformas no ensino, especialmente o primário, condicionadas às preocupações com as condições de higiene dos espaços, foram identificadas em outros estados brasileiros, a exemplo de Santa Catarina. Segundo Júlia de Oliveira e Liane Bertucci, o governo catarinense passou a exigir que as aulas só fossem ministradas em espaços arejados, com boas condições de iluminação, limpeza e circulação de ar.[140]

A partir da análise dos discursos de Estácio Coimbra, é possível perceber que ele buscou criar uma imagem de si como governante que se preocupava com a educação, discutindo também a necessidade de um maior financiamento por parte do governo para o melhoramento do material pedagógico, a construção de novos prédios e a reforma dos já existentes, além de

---

[138] PERNAMBUCO, 1928, p. 12.
[139] PERNAMBUCO, 1928, p. 12.
[140] OLIVEIRA, Julia Vieira Tocchetto de; BERTUCCI, Liane Maria. Para o interior, a partir da capital: a Educação Sanitária em Santa Catarina, 1910-1920. In: ECAR, Ariadne Lopes; BATISTA, Ricardo dos Santos; MOTA, André (Org.). **Educação Sanitária**: fontes, ambientes escolares, ações estatais e intelectuais mediadores. São Paulo: Hucitec Editora, 2022. p. 167-185.

defender uma forte política de interiorização do acesso à educação. Muito embora não faça menção direta, é possível identificar também uma crítica à gestão anterior de Sergio Loreto, tendo em vista que, como citado anteriormente, as políticas e reformas desse último se concentravam na cidade do Recife.

Ao tomar posse, Coimbra mencionou que o estado contava com 16 grupos escolares, sendo eles: João Barbalho, Maciel Pinheiro, Silva Jardim, Martins Junior e Amaury de Medeiros, situados na capital pernambucana; Estácio Coimbra na cidade de Barreiros; Joaquim Nabuco em Caruaru; Severino Pinheiro em Garanhuns; Paz e Trabalho em Gravatá, José Bezerra na cidade de Palmares; Herculano Bandeira, em Páo d'alho; Virgínia Loreto em Pesqueira; Professor Cavalcanti em Timbaúba; Pinto de Abreu em Correntes, Oliveira Lima em Vitoria e, por fim, Maciel Monteiro em Nazaré da Mata, julgando ainda serem poucos e em condições precárias de manutenção.[141] Com o objetivo de captar recursos financeiros e interiorizar os espaços escolares, de modo a atingir mais municípios, o governador sancionou a Lei n° 1842 de 20 de novembro de 1926.

O ensino primário, realizado nos grupos escolares mencionados anteriormente; o ensino secundário, realizado no Ginásio Pernambucano situado em Recife, fundado no ano de 1825 e regido pelo código interno do Colégio Pedro II; além da Escola Normal Oficial do Estado, dirigida pelo dr. Alfredo Alves da Silva Freyre, compunham o tripé da educação Pernambucana. Naquele período, esse último passou a receber um grupo variado de alunos, além de ofertar três modalidades de curso: o curso Normal, o Comercial e o curso de Aplicação. Oferecia-se, também, uma ajuda financeira no valor de 44 contos de réis para alunos em situação de vulnerabilidade, a fim de evitar a ausência e a evasão escolar. O auxílio foi pago pela Caixa Escolar, criada por Ulysses Pernambucano, destinada à assistência aos alunos pobres.[142] Segundo Luz e Tuchinski dos Anjos, a Caixa Escolar possui suas origens no findar do período Imperial brasileiro. Teve como objetivo custear o ensino para alunos pobres, além da oferta de vestimentas e material escolar.[143]

A educação se tornou uma pauta necessária e obrigatória nas políticas governamentais de Coimbra, justificada pelo desejo de tornar Pernambuco um modelo de assistência para os demais estados brasileiros, tanto na educação como na saúde.[144] Ademais,

---

[141] PERNAMBUCO, 1927, p. 6.
[142] DIÁRIO DE PERNAMBUCO**. Diário de Pernambuco**. ed. 00002. Recife: Biblioteca Nacional, 1927, p. 9.
[143] LUZ, Alana Souza.; TUCHINSKI DOS ANJOS, Joarez. Joaquim. Financiamento e usos da caixa escolar nos jardins de infância de Brasília (1960-1970). **Revista Entre ideias: educação, cultura e sociedade**, *[S. l.]*, v. 11, n. 3, 2022.
[144] PERNAMBUCO, 1927.

através do uso dos fundos da caixa especial do ensino, o governador determinou a construção de quatro grupos escolares nos municípios de Olinda, Quipapá, Floresta e Triunfo, já tendo sido reformados e melhorados os prédios em que funcionam os grupos escolares João Barbalho, Maciel Pinheiro, Martins Junior, Amaury de Medeiros, Silva Jardim e Escola Padre João Ribeiro, na capital, e do município de Bezerros. Os orçamentos já estavam organizados para reparar os grupos Herculano Bandeira, em Pau d'alho; Maciel Monteiro, em Nazareth, e os próprios estaduais em São Bento e Bom Conselho.[145]

Coimbra observou um aumento no número de alunos após a introdução da visitadora escolar no cotidiano dos jovens, visto que as orientações e os cuidados ligados à saúde física dos estudantes impulsionaram a matrícula e a permanência nos grupos escolares. A atuação das visitadoras e educadoras na educação será tratada de forma específica no Capítulo III desta dissertação, todavia, é válido lembrar que suas ações na educação pernambucana tiveram início durante a reforma sanitária operada no governo de Loreto focadas na segunda infância, atendo-se aos processos formativos acerca da higiene escolar, dos aspectos cognitivos na infância, de modo a entender o que poderia atrasar o desenvolvimento infantil, assim como medidas de socorro emergencial em casos de doença na infância.

Por meio da cooperação entre as normalistas, que ministravam aulas nos grupos escolares, e os médicos atuantes no estado, era comum a realização de palestras sobre educação sanitária com os alunos, tratando sobre a higienização e ordenação nos seus comportamentos diários, o combate de doenças como a tuberculose, a aplicação de vacinas, além da emissão de boletins de cuidados com a saúde, a exemplo das palestras realizadas pelo Dr. Arthur de Sá, Inspetor de Higiene Infantil.[146]

Em outros estados brasileiros, a defesa da educação sanitária também fez parte dos planos governamentais, sobretudo para aqueles que se desenvolveram no bojo da Primeira República. Como exemplo, Ricardo Batista, em seu texto *Educação e propaganda sanitárias: desdobramentos da formação de um sanitarista brasileiro na Fundação Rockefeller*, afirma que durante a gestão de Antônio Luís Cavalcanti de Albuquerque de Barros Barreto na Bahia, três medidas foram priorizadas no que se refere à saúde pública: a legislação, a administração e a educação.[147] Buscava-se assegurar o ensino e a formação de uma consciência sanitária na

[145] PERNAMBUCO. **Mensagens dos Governadores do Estado de Pernambuco**. ed. 0001. Recife: Tipografia Oficial, 1928.
[146] MEDEIROS, 1926.
[147] BATISTA, Ricardo dos Santos. Educação e propaganda sanitárias: desdobramentos da formação de um sanitarista brasileiro na Fundação Rockefeller. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 1189-1202, 2019.

população desde cedo, assistindo as crianças para posteriormente alcançar o interior dos lares.

1.7 As escolas normais e a formação de mulheres em Pernambuco

Entre 1922 e 1930, o estado de Pernambuco possuía cinco escolas normais: Escola Normal Pinto Junior, Academia Santa Gertrudes, Colégio Santa Margarida, Colégio Prytaneu e Colégio Santa Sophia. O ensino nessas instituições era dividido em duas seções: uma geral e uma fundamental, com possibilidade de oferta de cursos domésticos. Em 1927, Coimbra afirmou a existência de cerca de 700 alunas mulheres que, pelo grande quantitativo, demandavam a criação de escolas profissionais, pois para ele "não é aceitável que todas essas moças tenham vocação para o magistério".[148] Em 1928, foram 28 alunas a mais.

A defesa de escolas profissionais em Recife esteve presente em debates realizados na Câmara dos Deputados. Como exemplo, citamos uma sessão realizada em 4 de maio de 1915, na qual o sr. André Gomes apresentou um projeto de lei para a criação de escolas profissionais na capital pernambucana, com o objetivo de reduzir o número de crianças abandonadas, em situação de rua, tanto na capital quanto no interior, marcados pela ausência de instrução, miséria e delinquência.[149] As escolas profissionais pretendiam formar tanto crianças, ensinando-lhes técnicas de trabalho, como mulheres.

Segundo Barros, Carvalho e Dória, ao discutir os conhecimentos adquiridos após a formação nos cursos normais, as professoras estariam aptas a ingressar em outros campos de atuação profissional vinculados à propagação de normas e conhecimentos, à exemplo da enfermagem, "pois fazia parte da estratégia nacional formar outros sujeitos que viessem compor as forças que lutavam contra as mazelas da população".[150] Essa discussão foi relevante pois as normalistas passaram a compor grande parte do quadro de visitadoras da saúde pública que atuavam no estado nas gestões de Loreto e Coimbra. Porém, para o último, as mulheres que se formavam nas escolas normais deveriam contribuir para a sociedade em atividades além do magistério, como observado em sua fala.

Estácio Coimbra defendia a criação de uma escola doméstica, em que houvesse aulas de costura, culinária e estudos especializados sobre higiene. Nesse sentido, através da lei n°

---

[148] PERNAMBUCO. **Mensagens dos Governadores do Estado de Pernambuco**. ed. 0002, 1927, p. 12. Recife: Tipografia Oficial, 1927.
[149] MOURA, 2011.
[150] BARROS, Ângela Maria Melo Sá; CARVALHO, Lucas de Oliveira; DÓRIA, Mary Barreto. Normalistas à serviço da saúde brasileira. Aracaju: Educon. **XII Colóquio Internacional "Educação e Contemporaneidade"**. v. 11, n. 1, p. 1-7, set/2017. p. 5.

1.857 de 2 de agosto de 1927, foi criado o curso "arte culinária", inaugurado no dia 27 do mesmo mês, sob a direção de Dona Carolina Spínola Baltar e com o auxílio de D. Czarina Loyo Correia de Oliveira. O político demonstrava fortes valores tradicionais que ainda relacionavam as mulheres às atividades domésticas, muito embora já ocupassem espaços significativos na organização da saúde pública e privada em Recife, como as visitadoras da saúde pública, as mulheres formadas em odontologia, em cursos de parto, além das próprias normalistas.[151]

Os discursos que se referiam às mulheres como "donas do lar" foram comuns no século XIX, em que estados criaram instituições preparatórias para formá-las, a exemplo de Pernambuco e Rio Grande do Norte. Em 1911, o Rio Grande do Norte criou uma escola doméstica, inaugurada em 1924 sob coordenação da Liga de Ensino do Rio Grande do Norte. Segundo Azemar Soares Júnior e Vitória de Souza, o sistema educacional utilizado foi o ensino profissional, destinado à formação de meninas de 15 anos de idade após concluírem o ensino primário. Nele, as estudantes aprendiam sobre áreas comuns do ensino, como português, aritmética, história, música e idiomas, mas também cursavam matérias técnicas sobre cozinha, corte e costura, lavanderia e organização do lar. Ao concluir o curso, as alunas receberiam o diploma de "dona de casa".[152]

1.8 A tríade higiênica: saúde individual, coletiva e social

Desde o surgimento do movimento sanitarista no Brasil, a saúde foi apresentada como um elemento de destaque. Em Pernambuco, dar atenção à saúde pública e olhar para as pessoas sãs e doentes foi parte das políticas governamentais da década de 1920, influenciadas pelo ideal de civilidade que uma população saudável concretizaria no Brasil e países vizinhos. Ao discutir a saúde pública, após tomar posse como novo dirigente, Estácio Coimbra ressaltou a existência de uma organização legislativa e administrativa eficaz em Pernambuco, ora atribuindo valor às medidas criadas por seu antecessor, ora criticando sua presença em regiões delimitadas, como é o caso de Recife. Nesse aspecto, recomendou a descentralização dos serviços sanitários que, para ele, deveriam ser considerados em três âmbitos: a higiene individual, a higiene coletiva e a higiene social.[153]

Sobre a higiene individual, Estácio Coimbra reiterou a necessidade da educação sanitária

[151] MEDEIROS, 1926.
[152] SAORES JÚNIOR, Azemar dos Santos; SOUZA, Vitória Diniz de. A escola doméstica e o "aperfeiçoamento da mãe de família": práticas discursivas de controle da feminilidade (Natal, 1911-1914). **Atos de Pesquisa em Educação**, v. 17, n. 1, 2022.
[153] PERNAMBUCO, 1927.

não apenas nos centros urbanos, mas também entre as populações que residiam na zona rural, "transformando-se assim, cada indivíduo num colaborador ativo da faina sanitária em prol do saneamento do Estado".[154] Para tornar o processo educacional eficaz, o governador afirmou que sua gestão ampliaria o Serviço de Estatística, Educação e Propaganda Sanitária do DSA. Criaria uma Escola de Educação Sanitária, com o objetivo de aperfeiçoar o ensino das visitadoras de higiene, além de ser um espaço onde todos que estudassem nas escolas de Ensino Normal do Estado pudessem participar. Para alcançar boas condições de saúde, a população, individualmente, deveria ser instruída pela visitadora de higiene, tanto nos centros urbanos quanto nas zonas rurais, de modo a transformar cada indivíduo em um colaborador ativo do movimento em prol do sanitarismo no estado.

Essa política, nas palavras de Estácio, pretendia ampliar a consciência sanitária dos pernambucanos ao passo que "irá o mestre, na escola, no lar, nos diferentes círculos sociais, difundir noções concentradas, atrair e conquistar para o culto da saúde todos que incidam no seu raio de acção educadora e social, ampliado pelos benefícios de uma bôa educação sanitária".[155] Seu objetivo era abrir um horizonte profissional novo na atividade feminina, formando, na Escola de Educação Sanitária, a educadora de higiene, responsável pela organização dos serviços sanitários nas fábricas, escolas, fazendas, hospitais e no interior dos municípios. Ao concluir o curso na instituição, ela acumularia todo o conhecimento físico e social de que necessitava a população.

As políticas sanitárias presentes no estado de Pernambuco eram encontradas nas grandes cidades brasileiras em períodos anteriores, como em São Paulo, pois, no interior dessa organização, médicos e políticos passaram a defender que uma educação sanitária só seria eficiente com a presença de profissionais capacitados, como professores, normalistas e agentes de saúde. Isso corroborou para a criação e o desenvolvimento pós-1918 do curso de educadores sanitários da capital paulista, com o objetivo de legitimar a saúde no interior da escola, onde crianças e jovens passavam grande parte de sua rotina diária.[156]

Os agentes médico-sanitários paulistas atribuíam atenção para a formação de alunas da Escola Normal, possível através da lei 2.018 de 26 de dezembro de 1924 e estabelecendo a oferta de cursos de profilaxia contra doenças como a malária e a ancilostomíase, além de cursos voltados para a higiene rural. Após o ano de 1921, disciplinas como anatomia, fisiologia humana e higiene haviam sido inseridas no currículo de professores no estado. A primeira turma de

[154] PERNAMBUCO, 1927, p. 24.
[155] PERNAMBUCO, 1927, p. 24.
[156] ROCHA, 2003.

educadoras sanitárias de São Paulo foi diplomada em 6 de dezembro de 1927.[157]

Para além de medidas sanitárias tradicionalmente adotadas nos estados brasileiros, como a derrubada de cortiços e habitações coletivas, o controle de doenças, epidemias e condições de salubridade urbanas, Heloísa Rocha salientou que as elites médicas paulistas enfatizavam a importância de uma consciência sanitária, adquirida com a educação da população no interior dos espaços escolares, com ênfase na educação infantil. Para que essas medidas fossem executadas com êxito, foi criado o Instituto de Higiene Paulista, fundamentado nos moldes norte-americanos, graças à cooperação entre o governo e a Fundação Rockefeller, e anexado à Faculdade de Medicina de São Paulo. Segundo a historiadora, os primeiros passos para a efetivação dessas políticas foi a criação do Departamento de Higiene Escolar e Infantil, com o objetivo de averiguar as condições de salubridade nas instituições como ventilação, iluminação e temperatura no interior das salas de aula. Objetivava-se, também, acompanhar o processo de inspeção médica infantil, atendo-se às doenças que porventura atingissem grupos de alunos, afastando-os da escola. Para a formação dessa consciência, desde a infância, a autora afirmou que o governo paulista investia na distribuição de impressos.[158]

Assim como ocorreu em Pernambuco, em São Paulo e na Bahia, educar as crianças a partir do "ABC" da saúde foi uma forma de alcançar também suas famílias, de modo a ensiná-las sobre práticas civilizadas de alimentação, vestimenta e cuidados com o corpo.[159] A partir da investigação dos discursos de Geraldo Horácio de Paula Souza, Heloísa Rocha afirmou que priorizar a normalista para cumprir a função de educadora sanitária em São Paulo se justificava pela ausência de enfermeiras e escolas de Enfermagem, já que a Escola de Enfermagem da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (EEFMUSP) foi criada apenas na década de 1940.[160]

Grande parte das enfermeiras e educadoras formadas nos cursos normais era de mulheres, brancas, jovens, cultas e saudáveis, o que indica uma defasagem no número de alunas negras na instituição de enfermagem paulista. Segundo Campos e Oguisso, Josephina de Mello foi uma das primeiras alunas negras da EEFMUSP. Realizou também o curso para enfermeiras de emergência da Cruz Vermelha Brasileira e foi bolsista do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP). Naquele período, não havia homens na escola, já que, durante a formação da identidade

[157] ROCHA, 2003.
[158] ROCHA, 2003.
[159] BATISTA, 2019.
[160] CAMPOS, Paulo Fernando de Souza; OGUISSO, Taka. A Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e a reconfiguração da identidade profissional da Enfermagem Brasileira. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, p. 892-898, 2008.

profissional na enfermagem, os médicos defenderam a presença de mulheres, associadas às virtudes como obediência, dedicação, paciência e bondade. Nesta instituição, o primeiro aluno homem estudante foi Benoni de Sousa Lima, no ano de 1947.[161]

De volta às proposições de Coimbra sobre a higiene coletiva, ele estabeleceu que o estado deveria estudar primeiro a situação e as exigências sanitárias da população dos espaços urbano e rural, promover medidas destinadas à reparação da saúde e evitar doenças com a criação de serviços específicos para cada uma delas. Na leitura das mensagens governamentais, é notória a urgência apontada pelo governador quanto ao estado da saúde pública no interior dos municípios, marcado por indivíduos doentes, sem conhecimento sobre saúde e educação sanitária, ou mesmo técnicas e métodos de combate a patologias.

O fato de Coimbra defender políticas de reforma sanitária no interior pode estar relacionado a tal diagnóstico, tendo em vista que o progresso almejado por ele não seria alcançado com a presença de grandes contingentes de pessoas pobres e doentes nos municípios pernambucanos. Assim, informou que os serviços de higiene coletiva seriam subdivididos em Serviços da Capital e Serviços do Interior, concentrando ações de higiene e educação sanitária em ambos os espaços. Para discutir a higiene social, cuja Inspetoria foi criada no dia 21 de julho de 1927, apresentou o que considerava como os três grandes perturbadores da salubridade pública: o urbanismo, o industrialismo e o pauperismo.

> O urbanismo, atrahindo as cidades o habitante rural e, com ele, os seus hábitos, as suas doenças e as suas habitações primitivas – o mocambo; super-povoando as cidades, superlotando as habitações, origina os múltiplos fatores de insalubridade que já nos vêm aflingindo. O industrialismo, promovendo a estafa, condicionando causas desfavoráveis á saúde, como a iluminação e a ventilação defeituosas; as poeiras e os gazes tóxicos; envolvendo ainda o problema da mulher operaria, grávida ou nutriz, e da creança e adolescente, sugere ainda razões de ordem sanitária para o estudo da existência e suas famílias, fora das fabricas. O pauperismo, como consequência do urbanismo e do industrialismo, torna-se, ao mesmo tempo, causa e efeito das maiores e mais graves perturbações da salubridade pública.[162]

Para tentar resolver tais problemáticas, Coimbra incentivou a criação de um Serviço de Higiene Social no DSA, com o objetivo de educar a população quanto às condições de existência das classes – das relações entre saúde e sociedade, da prevenção da devastação causada pelas doenças – que viriam a "prolongar a existência e melhorar a raça".[163] Com o

[161] CAMPOS; OGUISSO, 2008.
[162] PERNAMBUCO. **Mensagens dos Governadores**. ed. 0002. Recife: Tipografia Oficial, 1927, p. 27.
[163] PERNAMBUCO, 1927, p. 27.

propósito de demonstrar o início dessa política, o governador afirmou que, ainda no ano de 1927, inaugurou uma Inspetoria de Erradicação da Peste no município de Triunfo, promovendo assim o combate às endemias da região.

No ano de 1928, Coimbra apresentou um panorama geral da atuação da Inspetoria desde a sua criação, no qual afirmou ter organizado e arquivado 7.473 fichas de pacientes, que contavam com informações sobre: tipo de habitação e alimentação, o salário recebido, o uso de tóxicos, tipos de mestiçagem, crânio e cabelo, grau de cultura, passado familiar e pesagem individual. Além disso, afirmou terem sido realizadas 469 pesquisas de laboratório que atestaram a tuberculose pulmonar como a primeira e mais determinante causa da incapacidade para o exercício da profissão doméstica. Analisando esses critérios, é possível perceber uma presença forte de ideias eugenistas.

Segundo Vanderlei Sebastião de Souza, a eugenia foi um movimento de caráter científico e social que surgiu no início do século XX pela disseminação de ideias sobre teorias raciais e evolutivas. Na América Latina, foi introduzida durante a Primeira Guerra Mundial, em meio à formação do nacionalismo e de uma identidade nacional brasileira. No Brasil, foi um movimento que teve Renato Kehl como grande personalidade. Ele criou e dirigiu o *Boletim de Eugenia*, no ano de 1929, apresentado como espaço legítimo de defesa do movimento eugênico no país.[164] "Kehl acreditava que, à medida que a eugenia fosse aceita por um maior número de intelectuais, tanto essa ciência quanto ele próprio poderiam 'ocupar legitimamente a posição dominante' no pensamento médico brasileiro".[165]

Nancy Stepan analisou a relação entre eugenia e reprodução humana e afirmou que os médicos passaram a utilizar, como justificativa, a eliminação de características hereditárias negativas em prol do contínuo progresso humano, por meio da geração de indivíduos saudáveis e livres de doenças. Para que isso ocorresse, os eugenistas defenderam o controle da sexualidade das mulheres, a sua reclusão ao papel reprodutivo e o controle do matrimônio por meio dos exames pré-nupciais.[166] Ao mencionar "tipos de mestiçagem, crânio e cabelo, grau de cultura", o discurso do governador deixa transparecer que o movimento eugênico esteve presente nas ações do serviço de higiene social, da Inspetoria de Erradicação da Peste e do combate às endemias em Pernambuco.

---

[164] SOUZA, Vanderlei Sebastião de. Eugenia, racismo científico e antirracismo no Brasil: debates sobre ciência, raça e imigração no movimento eugênico brasileiro (1920- 1930). **Revista Brasileira de História**, v. 42, p. 93-115, 2022.

[165] SOUZA, Vanderlei Sebastião de. Em nome da raça: a propaganda eugênica e as idéias de Renato Kehl nos anos 1910 e 1920. **Revista de História Regional**, *[S. l.]*, v. 11, n. 2, 2007. p. 42.

[166] STEPAN, Nancy Leys. **A hora da eugenia**: raça, gênero e nação na América Latina. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

Em *Educação sanitária da criança Pré-escolar*, Márcia Guedes Santos discutiu a reforma sanitária desenvolvida em São Paulo, em 1925, por Paula Souza. Esse processo gerou uma Inspetoria de Educação Sanitária e Centros de Saúde, "órgãos que centralizava os serviços de higiene na 1° infância, da criança pré-escolar e da criança escolar".[167] A criação de um Instituto de Higiene e de um curso de educadoras sanitárias destinados à formação de professores do ensino primário oriundos da Escola Normal Oficial do Estado também foram medidas adotadas na reforma paulista.

No que tange à atuação das educadoras sanitárias nas escolas, a autora informa que "um dos regulamentos da reforma de Paula Souza estimulava que elas teriam preferência quando concorressem a vagas no magistério público ou em escolas maternais, creches e colônias de férias do estado de São Paulo".[168] As atividades de educação sanitária no ensino primário, com crianças entre 4 e 7 anos, foram iniciadas em 1926. Vale ressaltar também que, segundo a autora, a partir de 1910 as educadoras sanitárias atuavam no interior de escolas maternas em São Paulo, financiadas pelo governo, além dos jardins de infância também criados pelo poder público.

Pernambuco já contava com uma Inspetoria de Estatística, Educação e Propaganda Sanitária instituída ao longo do governo de Sérgio Loreto e em parceria com Amaury de Medeiros, pelo DAS. De forma semelhante ao cenário paulista, a gestão de Coimbra criou a Escola de Educação Sanitária com o objetivo de formar educadores, como já mencionado, além de inaugurar centros de saúde coordenados pelo DSA localizados no Largo da Paz, em Afogados da Ingazeira–PE. Neles, funcionavam também dispensários, centro de educação, saneamento e profilaxia. O primeiro centro foi inaugurado em 1927.

Além disso, essas instituições, como afirmou o governador, serviriam para atender tanto a população urbana quanto a rural. Para esta dissertação, é importante ressaltar que, segundo Coimbra, o centro de saúde, além de ofertar serviços e tratamentos aos doentes de tuberculose, sífilis e doenças venéreas, por exemplo, defenderia a realização dos exames de pré-natal e a assistência educacional do campo escolar, aspectos a serem investigados. Além disso, pretendia instituir serviços de ambulatório e de policlínica, prestando assistência médica e obstétrica à população necessitada da região.

---

[167] SANTOS, Márcia Guedes. Educação Sanitária da criança Pré-escolar. In: ECAR, Ariadne Lopes; BATISTA, Ricardo dos Santos; MOTA, André (Org). **Educação Sanitária**: fontes, ambientes escolares, ações estatais e intelectuais mediadores. São Paulo: Hucitec Editora, 2022. p. 105.
[168] SANTOS, 2022, p. 106.

1.9 Espaços, instituições e educação sanitária

Ainda em 1928, com o objetivo de efetivar a política de descentralização dos serviços sanitários no seu governo, Coimbra ordenou a separação do DSA em três diretorias: Diretoria de Administração e Expediente, Diretoria de Higiene Experimental e Diretoria de Higiene do Interior. Segundo o governador, a diretoria de Administração e Expediente foi responsável por articular as seguintes atividades: Procuradoria dos Feitos da Saúde Pública, Fiscalização do Exercício Profissional com repressão às substâncias entorpecentes, a Engenharia Sanitária e Inspetoria de Transporte e Oficinas. Além disso, unificou todos os serviços administrativos, federais e estaduais, resultando em uma maior fiscalização na distribuição e emprego das diferentes verbas orçamentárias, o que permitiu que os trabalhos do Departamento, que foram ampliados, se executassem dentro da dotação orçamentária.[169]

Sobre as ações da Diretoria de Higiene, Estácio Coimbra destacou que as conferências, distribuição de cartazes e exibição de filmes eram os principais meios pelos quais a educação sanitária seria aplicada entre a população rural e urbana. Para tanto, a Diretoria se concentrou nos serviços de laboratório, profilaxia da tuberculose, assistência pré-nupcial e pré-natal, de higiene infantil, serviço dentário, profilaxia de doenças venéreas e de verminoses.[170]

O uso de recursos como propagandas, conferências e palestras sanitárias, além da circulação de cartazes, comumente distribuídos nos municípios ou divulgados nas páginas dos jornais, foram ações identificadas também no governo baiano liderado por Góes Calmon, na Bahia. Ricardo Batista informou que foram utilizados recursos específicos para alcançar a população iletrada, como cartazes, fotografias, recursos pictóricos e até comédia em filmes curtos. Segundo o autor, um número significativo desses recursos foi destinado a atingir o público feminino, já que trazia discussões sobre puericultura, maternidade, amamentação e hábitos higiênicos na infância, além de temas mais gerais como higiene industrial, doenças venéreas, epidêmicas e tropicais, por exemplo.[171]

A atuação das mulheres nos serviços de saúde e educação ocorreu tanto no governo de Sérgio Loreto como no de Estácio Coimbra. Como já mencionado, no primeiro essas ações se concentraram na segunda infância, através da atuação da visitadora escolar e no acompanhamento cotidiano as práticas de higiene corporal e cuidados com a saúde, dentro dos ambulatórios localizados no interior dos grupos escolares. No segundo governo, percebe-se um

[169] PERNAMBUCO, 1928.
[170] PERNAMBUCO, 1928.
[171] BATISTA, 2019.

enfoque na criação da escola de educação sanitária, com o objetivo de formar monitoras sanitárias para atuar diretamente no tema, em salas de aula.

Em outros estados do Nordeste, a exemplo da Bahia, a proposta de higiene escolar foi marcante no cotidiano infantil, tendo em vista sua inserção na reforma sanitária que ocorreu entre 1925 e 1930 na cidade de Salvador. Foi criada a Diretoria de Higiene Infantil e Escolar (DHIE) em 1923, pertencente à Secretaria de Assistência Pública (SSAP), órgão subordinado ao governo de Góes Calmon (1924-1928). Em Salvador, a DHIE foi coordenada pelo médico Joaquim Martagão Gesteira, que enfatizava a importância da atuação das visitadoras no controle a doenças como a sífilis e a tuberculose "responsáveis por encontrar as pessoas que tinham maior probabilidade de transmitir a doença e convencê-las a visitares o serviço de saúde".[172] A educação era uma importante estratégia utilizada por essas profissionais no contato com a população.

Nesse processo, Batista ainda informou sobre a utilização de cartazes popularizados pela Secretaria de Assistência Pública da Bahia, que comumente abordavam temas como: peso, crescimento e altura infantil, higienização dentária e patologias da infância.[173] A intensa utilização na educação sanitária foi também realizada por Amaury de Medeiros, com material publicado em 1926, que apresenta fotografias do corpo de visitadoras atuantes na gestão de Sérgio Loreto. Comumente os cartazes eram compostos por fotos de bebês: alguns com baixa nutrição, seguidos da frase "resultado da alimentação imprópria"; outros com crianças dormindo, com a legenda "dorme bem a criança alimentada"; e, por fim, alguns ilustravam bebês robustos e exaltavam a boa alimentação infantil. Esses recursos visavam ao aprimoramento sanitário, que ia da representação da mãe sem instrução até à figura da mãe matriculada e guiada pela puericultura e pelo SHI.

Entre os serviços apresentados anteriormente, Estácio Coimbra atribui ênfase à atuação da IHI de forma generalizada, pois "como se encontra, a Diretoria de Higiene da Capital, limita a sua esfera de ação à população infantil da Cidade escapando, assim, aos benefícios a população infantil da quase totalidade do Estado".[174] Aqui é possível perceber a continuidade das críticas do governador sobre como os serviços de saúde foram organizados e distribuídos anteriormente à sua gestão, ou seja, no governo de Loreto.

Ao defender uma política que atendesse todos, fora de Recife, Coimbra também

[172] BATISTA, Ricardo dos Santos. Higiene Escolar e Saúde Pública em Salvador (1925- 1930). **Educar em Revista**, v. 39, 2023. p. 7.
[173] BATISTA, 2023, p. 7.
[174] PERNAMBUCO, 1928, p. 35.

afirmou que aquela cidade era considerada o ponto de maior progresso sanitário e social, pois comportava policlínicas infantis, enfermarias e profissionais visitadoras especializadas no cuidado com a criança. Só a partir da existência desses recursos, da sua interiorização e, sobretudo, da criação de uma liga contra a mortalidade infantil é que Coimbra afirmou ser possível diminuir as taxas de mortalidade infantil em Pernambuco.

> E, ainda, a Santa Casa de Misericórdia, auxiliada pela iniciativa particular, inaugurará, em breve, um Hospital Infantil, enriquecendo assim a aparelhagem em favor da saúde da creança. O meu governo não regateará aplausos e apoio material áquelas instituições privadas de assistência á infância, promovendo, por outro lado, pelo Departamento de Saúde e Assistência, o desenvolvimento de seus serviços de higiene infantil, procurando, ainda, resolver o problema maternal em Pernambuco com a instalação de uma "Maternidade", cuja construção já se encontra bastante adiantada.[175]

A citação foi retirada da fala do governador, em mensagem de 1928. Nela, é possível perceber o consentimento com o fato de que a higiene e a saúde pública de Pernambuco também foram realizadas por instituições do âmbito privado, sobretudo no que se refere à assistência e às políticas materno-infantis. Na gestão anterior, de Sérgio Loreto, as políticas voltadas para a segunda infância, que correspondiam às atividades realizadas nas escolas com o acompanhamento de médicos e das visitadoras escolares, foram instituídas tanto nos grupos escolares públicos como privados. Eram realizados serviços de vacinação antivariólica, exames de tuberculose, além de exames tanto nos alunos como nos professores, no interior dos ambulatórios dispostos dentro das próprias escolas. Seria o discurso feito por Coimbra uma crítica aos convênios particulares realizados na gestão anterior?

Em relação à interiorização:

> As populações ruraes de nosso Estado, como as de todo o Paiz, são largamente dizimadas por endemias, dentre as quaes avultam pelo seu elevado índice, a ancilostomíase, a malária e a peste, constituindo para a vida econômica do Estado e para o futuro de nossa gente e do nosso Paiz, motivo de profundas perturbações de seu progresso. São esses motivos por demais fortes para chamarem a atenção carinhosa dos homens do Governo, a fim de promoverem a assistência sanitária dessas populações que são, de fato, as nossas maiores reservas econômicas e cívicas. Deste modo, justifica-se plenamente a creação dessa nova Diretoria de Higiene do Interior, cujos inquéritos epidemiológicos e providencias profiláticas, já se recomendam pelos efeitos produzidos.[176]

[175] PERNAMBUCO, 1928, p. 36.
[176] PERNAMBUCO, 1928, p. 39.

Ao discutir a criação da Diretoria de Higiene do Interior, destinada aos estudos dos fenômenos sanitários, epidemiológicos e profiláticos presentes naquela região, Estácio Coimbra demonstrou constantemente preocupação com a população dos sertões de Pernambuco, questionando-se inclusive se a atuação dos Postos de Saneamento Rural, os Serviços de Profilaxia contra Doenças Venéreas e a Higiene Infantil alcançavam esses indivíduos. Todavia, como observado, essa população correspondia à maioria da força de trabalho atuante no estado, influenciando na movimentação da política e economia de Pernambuco. Tais políticas e ações não eram ofertadas de bom grado, pois uma população doente e não assistida não seria produtiva aos olhos do governo. Havia um interesse econômico.

Ainda sobre a preocupação com o alcance territorial sanitário na primeira metade do século XX, Luiz Otávio Ferreira, em texto sobre o Rio de Janeiro, atribuiu a institucionalização e interiorização da assistência à saúde somente no Estado Novo, o que se diferenciou por exemplo do processo ocorrido em São Paulo.[177] Em relação à Bahia, durante a década de 1920 os postos de Saneamento Rural se multiplicaram na reforma sanitária do médico Barros Barreto, de 8 para 16 nos sertões, mas assim como no Rio, somente na Era Vargas, mais especificamente no Estado Novo, evidências com relação à interiorização aparecem nas fontes.[178]

No que se refere à atuação de profissionais nas ações de saúde, Coimbra afirmou que, após as professoras se formarem na Escola de Educação Sanitária do estado, poderiam exercer, isolada ou cumulativamente, as funções do magistério e as do DSA, tanto na capital como nos municípios do interior, informação que demonstra a importância adquirida pelo trabalho da visitadora nos serviços de saúde e assistência, mulheres que posteriormente foram denominadas "monitoras sanitárias".

A educação sanitária para as crianças se utilizou também de manuais e livros impressos para propagar orientações acerca da higiene corporal e dos cuidados com a saúde. Tais aspectos foram defendidos ferrenhamente nos discursos do médico e professor da Escola Normal de Higiene do Rio de Janeiro, José Paranhos Fontenelle. Na reforma da saúde e da educação, que seguia o modelo empreendido nos Estados Unidos, Fontenelle foi o responsável por mediar a tradução para o português do livro *Child Health Alphabet* ou *Alfabeto da saúde da Criança* em 1925. Naquele ano, o Serviço de Propaganda e Educação Sanitária do Rio de Janeiro publicou a obra, em colaboração com a *American Child*

[177] FERREIRA, Luiz Otávio. Assistência à saúde e sanitarismo no estado do Rio de Janeiro (1935-1945). In: FERREIRA, Luiz Otávio; SANGLARD, Gisele; BARRETO, Renilda (Org.). **A interiorização da assistência**: um estudo sobre a expansão e a diversificação da assistência à saúde no Brasil (1850-1945). Belo Horizonte: Fino Traço, 2019. p. 145-176.
[178] BATISTA, 2017a.

Hearth Association, originalmente escrita por Antoinette Rotan Petterson com o objetivo que ensinar higiene para as crianças.[179]

Em seu livro, carregado de conteúdo mais imagético do que verbal, Petterson orientava as crianças a adquirirem bons hábitos, a partir de 25 lições que correspondiam às letras do alfabeto. Entre essas lições estavam práticas saudáveis sobre alimentação, exercícios físicos, repouso, ganho de peso, crescimento etc. A realização dessas atividades era vista como garantia de energia, força, resistência e vida longa.[180]

Heloisa Rocha destaca que, para possibilitar os ensinamentos sobre saúde e higiene eram utilizados jogos e brinquedos educativos, além de premiações para os alunos que melhor adotassem os preceitos educativos e sanitários propagados pelos professores. Essas medidas também foram adotadas nos jardins de infância na capital paulista, em 1926, em que as educadoras sanitárias buscavam, através de atividades lúdicas, ensinar às crianças a importância de se lavar as verduras, escovar os dentes, tomar banho e respirar ar fresco. Concursos de peso também ocorriam.[181]

A preocupação com o peso das crianças foi uma prática recorrente, sobretudo quando relacionada a temas como mortalidade, má alimentação e a ausência de educação materna. Com o objetivo de resolver "os problemas da infância", o discurso médico defendia o aleitamento materno como único responsável por oferecer todos os nutrientes necessários para o desenvolvimento infantil, qualificando como desviantes as mães que não amamentassem seus filhos.[182] Pensamentos como este foram identificados entre os sanitaristas pernambucanos, como o médico Amaury de Medeiros, e nos discursos dos governadores investigados nesta pesquisa. Eles instruíam as mães por meio de cursos de puericultura realizados no pré-natal e no pós-natal, nos quais elas recebiam ensinamentos acerca das práticas de higiene. A criança robusta fisicamente se tornava um símbolo de bom cuidado materno, além de atribuir valor à figura materna por aleitar a sua criança.[183]

A partir do cuidado com os pequenos, os médicos tentavam evitar o desenvolvimento de futuras "degenerescências", fardos e perigos sociais.[184] A criação dos

[179] ROCHA, Heloísa Helena Pimenta. "Instruir as crianças nos princípios da Higiene": Notas sobre viagens, livros e conexões entre Brasil e Estados Unidos. In: ECAR, Ariadne Lopes; BATISTA, Ricardo dos Santos; MOTA, André (Org). **Educação Sanitária**: fontes, ambientes escolares, ações estatais e intelectuais mediadores. São Paulo: Hucitec Editora, 2022. p. 43-58.
[180] ROCHA, 2022.
[181] ROCHA, 2022.
[182] FREIRE; LEONY, 2011.
[183] MEDEIROS, 1926.
[184] BATISTA, Rosa; PASSOS, Joana Célias; SCHMIDT, Leonete Luzia. Crianças belas, sadias e robustas: o futuro

concursos de robustez, idealizados por Moncorvo Filho e efetivados pelo IPAI, no Rio de Janeiro, eram utilizados como estratégias para diminuir os índices de desmame e suas consequências na saúde infantil. Um prêmio em dinheiro era oferecido ao bebê mais saudável, até a faixa etária de 1 ano, que tivesse sido amamentando no seio materno até os seis meses de idade.[185]

Como mencionado, o médico Amaury de Medeiros veio a óbito no dia 3 de dezembro de 1928, anunciado pelo *Diário de Pernambuco* no dia seguinte. Um ano após o ocorrido, mais especificamente em 21 de março de 1929, Estácio Coimbra informou a abertura de eleições para ocupar a vaga de deputado, cargo antes ocupado por Medeiros que, além de diretor do DSA na gestão de Sérgio Loreto, foi também representante estadual na Câmara Federal. Samuel Hardman Cavalcanti de Albuquerque foi eleito pelo Partido Republicado de Pernambuco.[186] Já o cargo de diretor do departamento, no governo de Estácio Coimbra, foi ocupado por Manuel Gouveia de Barros.[187] Embora a data da posse não tenha sido identificada, a investigação feita no *Diário de Pernambuco* indicou que o Dr. Gouveia de Barros já atuava em março de 1927 na supervisão das aulas do curso de visitadoras.

Na mensagem governamental de 1929, Estácio Coimbra introduziu informações sobre instrução pública e afirmou que a reforma educacional, protelada desde 1926, foi concluída. De acordo com a documentação, após esse processo, a educação ficou subdividida da seguinte maneira:

> A – Educação pré-escolar, ministrada nos Jardins de infância;
> B – Educação primaria, ministrada nos Grupos Escolares e Escolas Isoladas;
> C – Educação normal, ministrada nas escolas normais;
> D – Educação técnico-profissional, ministrada nas escolas e institutos técnicos-profissionais;
> E – Educação doméstica, ministrada nas escolas, cursos e classes domesticas;
> F – Educação dos débeis orgânicos, ministrada nas escolas ao ar livre e nas colônias de férias;
> G – Educação especial, ministrada a supernormais e a débeis mentais, em classes anexas às Escolas de Aplicação e aos grupos escolares;

---

da raça brasileira nas políticas de proteção à infância em Santa Catarina nos idos de 1940. **Perspectiva**, v. 37, n. 2, p. 453–479, 2019.

[185] SANGLARD, 2016.

[186] PERNAMBUCO. **Mensagens dos Governadores**. ed. 001. Recife: Tipografia Oficial, 1929.

[187] Manuel Gouveia de Barros nasceu no município de Bonito (PE) em 1881. Foi aluno do Ginásio Pernambucano em Recife e da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, onde se formou em 1905. Em 1912, durante o governo de Dantas Barreto, foi nomeado diretor de Higiene e Saúde Pública do estado, cargo no qual permaneceu até 1916, fomentou reformas nos serviços de saúde, organizou o código sanitário e criou campanhas de combate a doenças como a peste bubônica, febre amarela e varíola. Foi professor da Faculdade de Medicina do Recife entre 1920 e 1938, e atuou como diretor dos serviços de saúde de Pernambuco durante a gestão de Estácio de Albuquerque Coimbra. O período exato e o contexto político no momento em que houve a posse ainda não foi identificado na documentação.

> H – Educação secundária, ministrada nas escolas secundárias;
> I – Educação superior, nas escolas superiores. [188]

Com a reforma, criou-se o cargo de diretor técnico, a quem coube superintender e orientar a educação no estado por intermédio dos inspetores pedagógicos, médicos escolares, diretores das escolas normais, técnico-profissionais e secundários. Segundo o governador, "[...] Foi o Estado dividido em dez regiões, providas cada uma de um inspetor pedagógico, a quem compete exercer as mesmas funções atribuídas aos da Capital, isto é, guiar e instruir o professor e ao mesmo tempo fiscalizá-lo".[189] Coimbra também informou uma reorganização no serviço de inspeção médico-escolar. O serviço contou com um corpo de visitadoras auxiliares, assistência dentária e atenção à saúde das crianças nas escolas públicas. Desse modo, o detalhamento minucioso feito pelo político exaltava sua gestão que, para ele, tornou Pernambuco o primeiro estado do país a introduzir essas inovações e estruturas educacionais no mecanismo pedagógico.

Em 1929, foi publicado, ainda, um novo regulamento para a educação normal no estado e cursos anexos após a reforma Carneiro Leão, que estabeleceu, por meio do ato n.° 238 de 8 de fevereiro de 1929, a divisão do curso normal em dois ciclos: geral e profissional.[190] A documentação destacou que o plano de ensino, construído pela diretoria técnica de educação do estado, apontou temas sobre higiene e saúde. Já no capítulo, I intitulado "Objetivo e orientação do ensino", foi possível observar a disciplina "ciências educativas", na qual as professoras em formação estudavam psicologia geral e experimental aplicada à educação, higiene, higiene infantil e escolar e puericultura, além de disciplinas pedagógicas, previstas para o curso geral e para o curso profissional. O plano destacou ainda que no 2° ano do curso profissional para normalistas foram realizados exames avaliativos sobre higiene escolar. Esse curso, com duração de três anos, concentrou suas ações na formação de professoras para trabalhar nas zonas rurais.

Segundo o regulamento da educação normal, uma escola de aplicação, destinada à prática doente, didática e pedagógica dos alunos em formação nos cursos profissionais passou a funcionar anexa à escola normal. O documento atestou que, para o devido bom funcionamento da instituição, alguns critérios deveriam ser seguidos, como a manutenção de classes para os

---

[188] PERNAMBUCO, 1929, p. 05-06.
[189] PERNAMBUCO, 1929, p. 07.
[190] PERNAMBUCO. **Regulamento da educação normal de Pernambuco e cursos annexos pós reforma Carneiro Leão**: divisão do curso normal em dois ciclos – geral e profissional. Acto n. 238, de 8 de fevereiro de 1929. Recife: Governo do Estado de Pernambuco, 1929.

chamados “anormaes”, considerando as crianças com atraso no desenvolvimento intelectual.

O capítulo V, que discorreu sobre os deveres dos professores da Escola de Aplicação, informou que um dos papéis primordiais do docente seria auxiliar o trabalho prático dos professores de psicologia, pedagogia e higiene, critérios condicionados também à participação nos cursos formativos criados pelo Departamento de Saúde para preparar professores. Entre eles estavam os voltados para saúde e orientações higiênicas para os escolares.

A seleção para o vestibular do Curso Geral da Escola Normal também seguiu alguns critérios: as candidatas deveriam ter idade mínima de 14 anos; ter sido vacinadas e revacinadas nos três últimos anos; não deveriam ser diagnosticadas com quaisquer doenças infectocontagiosas; precisavam apresentar atestado mediante exame médico; ser idôneas e moralmente responsáveis; além de pagar uma taxa de 10$000 réis. Outras orientações sobre a saúde das candidatas foram apresentadas no parágrafo 4° do capítulo VII, que as submetia à realização de exames de sanidade mental para atestar a inexistência de patologias e deficiências físicas que afetassem o exercício do magistério. Um fato que chamou atenção foi a idade de admissão das alunas, que poderiam iniciar sua formação na instituição ainda aos 13 anos de idade “após exame psychologico no instituto de Selecção e Orientação profissionaes, revelarem possuir idade mental de 14 annos”.[191]

O capítulo XVI do regulamento indica que a Escola Normal mantinha aulas de educação física, cuja frequência diária considerou-se obrigatória para todas as classes. As atividades realizadas compreendiam: exercícios naturais, jogos, esportes e ginástica pedagógica, coordenadas por um médico escolar designado para a instituição, responsável por determinar os exercícios específicos para cada faixa etária e sexo.

No artigo 182° do regulamento, mencionou-se que o papel das visitadoras na instituição consistia em: visitas diárias às classes da escola, averiguando as condições de saúde dos alunos; se comunicar com a direção da escola normal e com o médico escolar sobre a existência de alunos doentes; visitar as residências de alunos ausentes há mais de três dias para entender a causa das faltas; auxiliar os médicos escolares e interceder pela saúde dos alunos junto à diretoria; o que indicou a presença das profissionais na formação do magistério primário no estado.

O documento apontou ainda a existência de uma categoria antes não informada: a de inspetoras escolares, mulheres maiores de vinte e cinco anos e menores do que 40 anos, selecionadas conforme prudência, aptidão e moralidade. A elas, coube: permanecer na

[191] PERNAMBUCO, 1929, p. 16.

instituição do início ao findar dos dias letivos; fiscalizar as condutas das alunas na entrada das aulas, intervalos e saídas, comunicando à direção casos de comportamentos adversos; socorrer as alunas em casos de acidentes ou doenças; acompanhar as alunas em atividades extracurriculares e de campo; receber os visitantes e cumprir ordens da diretoria. Para esses grupos, a documentação não especificou se eram as monitoras sanitárias, todavia, o regulamento deixou evidente o exercício de atividades voltadas para a saúde das normalistas.

Assim como na seção sobre instrução pública, Coimbra informou os resultados benéficos alcançados pela organização sanitária naquele ano. Segundo ele, devido à recente criação da Diretoria de Higiene Infantil (DHI), o serviço sanitário do estado ficou dividido em: Diretoria de Administração e Expediente; Diretoria de Higiene da Capital; Diretoria de Estatística, Propaganda e Educação Sanitária; Diretoria de Higiene Infantil; Diretoria de Higiene Experimental e Diretoria de Higiene do Interior, coordenadas pelo médico Gouveia de Barros.[192]

1.10 Mortalidade infantil e políticas para a infância no governo de Estácio Coimbra: a atuação da Liga Pernambucana Contra a Mortalidade Infantil

A DHI foi resultado de mudanças no antigo SHI criado no governo de Sérgio Loreto. Segundo Coimbra, suas ações atenderam a todo o estado e a ela estariam subordinadas todas as instituições de assistência infantil e pré-natal, compreendidas no programa da LPCMT, recentemente instalada em Pernambuco, sob o alto patrocínio do governo. Uma das ações da nova Diretoria foi a criação de um selo pró-infância, destinado a recursos financeiros para as instituições de assistência. Vera Lúcia Moura, em suas análises sobre a infância abandonada no Recife na Primeira República, apresentou a lei n 1.962 de 4 de outubro de 1928, que determinou a criação de uma taxa pró-infância, cobrada como imposto sob os serviços de hotéis, restaurantes, pensões, bares e clubes.[193]

Parte dos valores de serviços e refeições realizados naqueles estabelecimentos seriam destinados para estas instituições, mediante fiscalização de funcionários do DSA. Em casos de infração, uma multa de 200$000 a 1000$000 seria cobrada. Ademais, a lei n° 1.897 de 20 de setembro de 1927 determinou que a Escola de Educação Sanitária funcionaria sob os cuidados da Diretoria de Estatística, Propaganda e Educação Sanitária. Coimbra informou que, no ano

[192] PERNAMBUCO, 1929, p. 09.
[193] MOURA, 2011.

de 1929, a instituição havia progredido com aumento no número de matrículas e da quantidade de alunas, um total de 32 mulheres.[194]

O governador apresentava o "sucesso" das instituições de saúde pública do estado, avanços identificados na formação das monitoras sanitárias e nas políticas de assistência para mães e crianças. Naquele contexto, percebeu-se uma preocupação com os índices de mortalidade infantil em Pernambuco, mesmo após a evolução nos serviços apresentados. Vale lembrar que os dados da mortalidade infantil entre 0 e 1 ano foram fatores condicionantes para a criação da IHI e do Serviço de Visitadoras Sanitárias no governo de Sérgio Loreto. Desse modo, Estácio Coimbra apresentou um quadro comparativo dos dados de mortalidade entre 1926 e 1928, bem como o quantitativo de crianças que nasceram naquele intervalo. Segundo a fala do governador, foi observada uma diminuição no número de óbitos infantis entre 0 e 1 ano, contrapondo as taxas de natalidade que estavam em alta (Tabela 4).

Tabela 4: Dados da mortalidade e natalidade em Pernambuco entre os anos de 1926 e 1928

Anos	Mortalidade 0 a 1 ano	Coeficiente por 1000 habitantes	Natalidade	Total
1926	1973	179,7	10.981	28,6
1927	1853	168,0	10.961	30,2
1928	1685	124,8	13.501	35,9

Fonte: Mensagem dos Governadores, 1929, n° 0001, p. 44.

Essa foi a única tabela com dados, encontrada, apresentada pelo governador sobre a mortalidade infantil. Se analisarmos os dados apresentados por Loreto em 1923 (Tabela 1), é possível identificar 2.069 crianças que morreram naquele ano. As políticas de assistência materno-infantis ainda estavam se desenvolvendo em Pernambuco. Pouco tempo depois da saída de Sérgio Loreto do cargo, a taxa de mortalidade registrada em 1926 foi de 1.973, um número menor em comparação ao apresentado inicialmente. Já no ano de 1928, houve uma redução significativa. Com a exposição desses números, Estácio Coimbra tentava convencer outros políticos e a população do sucesso das políticas de assistência a mães e crianças, porém, esse número também foi fruto das ações desenvolvidas no governo anterior. Destaca-se, ainda, o aumento das taxas de natalidade. Esse percentual foi alcançado devido às notificações de nascimento que o Departamento recebia. Acredita-se que o bom desenvolvimento gestacional e o nascimento dessas crianças foram corroborados pela presença das políticas de assistência, sobretudo nos hospitais, maternidades e centros de saúde.

[194] PERNAMBUCO, 1929, p. 40.

Após a década de 1920, quando o país iniciou uma mudança na mentalidade sobre doenças e na qualidade de vida da população, a mortalidade deixou de ser apenas um dado estatístico e passou a ser um problema social, sobretudo quando relacionada aos primeiros anos de vida. Como mencionado, a mortalidade infantil foi uma das principais frentes de combate do governo de Sérgio Loreto, tendo em vista os dados estatísticos apresentados, a criação do serviço de verificação de óbitos e as campanhas pela regularização do registro civil.

No Brasil, esse movimento foi intensificado através da criação de Ligas, como a Liga Baiana Contra a Mortalidade Infantil (LBCMI), criada no ano de 1923 pelo médico pediatra Martagão Gesteira, que dirigiu a instituição até o ano de 1937.[195] Segundo Lidiane Ribeiro, após assumir a Cátedra de Clínica Médica e Higiene Infantil da Faculdade de Medicina da Bahia (FMBA), em 1915, Martagão Gesteira se dedicou a investigar os óbitos infantis até o primeiro ano de vida, naquele estado, com o auxílio do Serviço de Estatística do Estado e do serviço clínico do IPAI-BA. Como resultado, identificou que 25% dos casos de mortalidade entre crianças atendidas nos dispensários do IPAI-BA resultavam de distúrbios gastrointestinais, aspectos combatidos pelo médico na LBCMI.[196]

A LBCMI foi criada graças aos esforços de Gesteira e da filantropia baiana, composta por benfeitores e beneméritos das elites locais, além de sócios efetivos, após a exposição dos problemas sobre a mortalidade infantil, identificando-a como alvo de intervenção para mudar as estatísticas.[197] Para além da Bahia, também foram identificados movimentos em torno do combate à mortalidade infantil em instituições semelhantes, em Pernambuco, durante o governo de Coimbra. O governador mencionou, em suas mensagens governamentais, a criação da Liga Pernambucana Contra a Mortalidade Infantil (LPCMI). Pela Lei n.º 2.023 de 25 de setembro de 1929, a LPCMI foi coordenada por um conselho técnico, composto pelo diretor geral do DSA, pelo diretor de Higiene e Assistência Infantil e por um membro do corpo médico, escolhido pelo governo e formado em pediatria. Sua sede e seus serviços funcionaram no interior do DSA, bem como os serviços da Diretoria de Higiene e Assistência Infantil, dirigido pelo médico Arthur de Sá.

A LPCMI realizou uma série de ações. Entre elas, estavam a assistência médica domiciliar às mães lactantes; o fornecimento gratuito de medicamentos e alimentos; e serviços

---

[195] RIBEIRO, Lidiane Monteiro. **Filantropia e assistência à saúde da infância na Bahia**: a Liga Baiana contra a mortalidade infantil, 1923-1935. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) –, Casa de Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Fiocruz, 2011.
[196] RIBEIRO, 2011.
[197] RIBEIRO, 2011.

de diagnóstico de sífilis hereditária, para alcançar um diagnóstico precoce seguido da orientação do tratamento adequado. A LPCMI teve um único dispensário, localizado no Arruda, subúrbio habitado por uma densa população pobre. Lá foram realizados serviços de assistência médica e obstétrica, durante e depois do parto, e a distribuição diária de alimentos a 100 lactantes.[198] Essa instituição ainda manteve três lactários em funcionamento, distribuídos no Posto Central do DSA e nos Centros de Saúde de Afogados e de Madalena. A liga pretendia instalar outros dispensários em Casa Amarela e em Santo Amaro.

É importante destacar a oferta de um auxílio financeiro pelo governo do estado para 150 mães cadastradas nos serviços da Liga. Esse dinheiro que, segundo o governador, seria enviado semanalmente, serviu como uma espécie de auxílio para que as mulheres pobres pudessem amamentar seus filhos. Esses e outros temas em torno da infância também foram discutidos durante o *V Congresso Brasileiro de Higiene*, sediado em Recife, nos dias 17 a 22 de outubro de 1929.

A proposta para a sua realização na capital pernambucana foi feita pelo professor Miguel Couto, devido à participação da delegação do DSA no *IV Congresso Brasileiro de Higiene*, de Salvador, em 1928. Os congressos anteriores ocorreram no Rio de Janeiro, em Belo Horizonte, em São Paulo e na Bahia. Em Pernambuco, Clementino Fraga, diretor geral do DNSP foi eleito presidente do congresso. Estavam presentes João de Barros Barreto, secretário geral do mesmo Departamento, e demais membros da Comissão Executiva, entre eles os médicos Antônio Luis Cavalcanti de Albuquerque de Barros Barreto, Secretário de Saúde e Assistência Pública da Bahia, e Gouveia de Barros, diretor do Departamento de Saúde e Assistência do Estado de Pernambuco.[199] Segundo o governador, participaram cerca de 85 congressistas, entre eles integrantes de comissões da Fundação Rockefeller, da capital federal, de Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo e Bahia.[200]

Às 14 horas do dia 19 de outubro foi realizada a segunda sessão plenária do congresso, no edifício do DSA. O tema apresentado para discussão foi "Natimortalidade e mortalidade infantil: causas e remédios". Segundo a matéria publicada no *Diário de Pernambuco* no dia seguinte, intitulada *V Congresso Brasileiro de hygiene*, a reunião foi aberta por Clementino Fraga, seguida da fala de Fred Soper, integrante da Comissão Rockefeller. Na reunião, foram discutidos os índices de mortalidade entre 0 e 2 anos, com ênfase nos primeiros filhos, e os

[198] PERNAMBUCO. **Mensagens dos Governadores**. ed. 001, 1930. Recife: Tipografia Oficial, 1930. p 40.
[199] PERNAMBUCO, 1930, p. 45.
[200] Para mais informações sobre este congresso, conferir BATISTA, Ricardo dos Santos. Um laboratório da Fundação Rockefeller: interação médica e produção de conhecimento científico na saúde internacional. **História (São Paulo)**, São Paulo, v. 41, 2022.

médicos constataram a ausência de educação nas camadas inferiores como principal responsável. Também se discutiu a necessidade de se obter um quantitativo exato de óbitos. Para isso, o poder público deveria incentivar que a população inserisse, nas declarações de nascimento feitas nos cartórios de registro civil e pelas parteiras do DSA, informações se aquele seria ou não o primogênito da família, para comparar com os dados de óbitos fornecidos. Só assim se delimitaria um coeficiente de mortalidade preciso.[201]

Ao tomar a palavra, o doutor Barros Barreto informou que algumas das principais causas de mortalidade infantil eram as perturbações digestivas e de nutrição ligadas à alimentação. Em seguida estavam as doenças transmissíveis como a sífilis, coqueluche e a gripe, infecções do aparelho respiratório, ausência de acompanhamento pré-natal e doenças microbianas. Ele apontou que a maior parte dos óbitos investigados ocorriam no 1° mês e defendeu a necessidade de melhorias nas habitações das famílias pobres, já que era naquele espaço, ausente de condições de higiene e acompanhamento médico, que os óbitos ocorriam mais intensamente. Os médicos também apontaram o incentivo à criação e financiamento de postos e centros de saúde, instituições responsáveis por atrair, educar e tratar as gestantes:

> attrahir, fornecendo remédio e dieta ás necessitadas; educar, mostrando os accidentes e complicações na gravidez e as vantagens da repetição de exames; tratar, fazendo o que for indicado, em caso de [...] intoxicação gravídica e todo os outros accidentes próprios da gestação".[202]

Para combater essas principais causas, defendeu-se a necessidade de: educação sanitária obrigatória nas escolas primárias; educação sexual, atendendo as condições de idade dos alunos; profilaxia contra doenças venéreas; exames pré-nupciais; aumento no núnmero de consultas pré-natais, submetendo as gestantes à uma vigilância constante; criação de cantinas, refúgios maternais e ninhos de leite; aumento no n° de maternidades; criação de serviços de assistências aos partos em domicílio; defesa jurídica; enfermeiras visitadoras para atuarem e coordenarem todas as medidas citadas anteriormente e cursos para formação de parteiras e enfermeiras especializadas.[203]

Ao tomar a palavra, o Dr. Arthur de Sá, inspetor da Diretoria de Higiene e Assistência Infantil, informou que Recife foi, entre as capitais do Brasil, aquela com o menor índice de mortalidade infantil, superior até à própria capital federal. Segundo ele, os índices diminuiriam

---

[201] DIÁRIO DE PERNAMBUCO. **V Congresso Brasileiro de Higiene**. ed. 00242, 20 out. 1929. Recife: Biblioteca Nacional, 1929, p. 3.
[202] DIÁRIO DE PERNAMBUCO, 1929, p. 5.
[203] DIÁRIO DE PERNAMBUCO, 1929, p. 5.

ainda mais caso o aleitamento materno fosse devidamente controlado, rememorando a prerrogativa já mencionada sobre a remuneração às mães pobres. Medidas apontadas como necessárias, pois "é na saúde da criança que reside a força de uma nação".[204]

Retomando a discussão sobre os serviços de saúde, Coimbra destacou os serviços de epidemiologia e polícia sanitária, informando que eles foram distribuídos entre quatro centros de saúde, para atender cerca de 100.000 habitantes cada. Nesses centros, ofertaram-se os seguintes serviços: Serviço pré-nupcial; Puericultura intrauterina (serviço pré-natal); Puericultura extrauterina (higiene da criança); Consultório infantil (dispensário); Higiene Escolar; Serviço dentário; Serviço oftalmológico; Serviço otorrinolaringológico; estatística e educação sanitária; Profilaxia das doenças venéreas; Profilaxia da tuberculose; Polícia sanitária e saneamento das habitações; Profilaxia helmíntica e Laboratório de pesquisas.[205]

Levando em consideração as informações contidas nos documentos, os centros de saúde criados no governo de Coimbra ofertavam serviços amplos, que iam desde a assistência aos doentes de tuberculose e doenças venéreas; serviços de saneamento e controle sanitário nas habitações; orientação e educação sanitária e serviços voltados para as mulheres, como a puericultura e pré-natal, e para crianças, com a higiene escolar; os cuidados com a dentição etc. Sobre a puericultura, Maria Martha de Luna Freire a define como um conjunto regras comportamentais referentes ao desenvolvimento das crianças durante a infância. Tais normas foram inseridas nas revistas analisadas por ela, seguidas de fotografias e tutoriais sobre como proceder, para que mulheres e mães se cuidassem do recém-nascido.[206] Dos quatro centros de saúde mencionados dois deles já funcionavam com regularidade, localizados no centro da cidade e no Bairro de Afogados. Outros dois estavam previstos para serem inaugurados.

O fim do governo Coimbra também marcou aquisições para suas diretorias de saúde. A Diretoria de Administração e Expediente recebeu importantes reparações no edifício do DSA, bem como a aquisição de mobiliário para o trabalho dos funcionários. A Diretoria de Higiene da Capital, por sua vez, inaugurou mais um centro de saúde, localizado na Madalena. O quadro de locais onde a Inspetoria de Assistência Pública e Verificação de Óbitos atuava foi ampliado devido à anexação dos distritos de Tigipió, Beribere e Arruda, pertencentes aos municípios de Jaboatão e Olinda.[207]

A DHI foi subdividida em uma Diretoria de Higiene e outra de Assistência Infantil.

[204] DIÁRIO DE PERNAMBUCO, 1929, p. 5.
[205] PERNAMBUCO, 1929, p. 40.
[206] FREIRE, 2014.
[207] PERNAMBUCO, 1930, p. 38.

Essa ação foi justificada pelo governador como necessária para que houvesse maior alcance, tanto para as crianças da cidade quanto do interior, além de permitir a fiscalização de todos os estabelecimentos de assistência e proteção à infância, inclusive a maternidade, cujas obras, a cargo do estado, seriam concluídas em breve.

Segundo Coimbra, esse desenvolvimento se deu "não só por parte do Governo, como de particulares".[208] Isso indicou que o financiamento para tornar efetiva as instituições de saúde também foram feitas pelo capital privado, ou seja, das elites filantrópicas de Pernambuco. O governador mencionou também a inauguração do Hospital Infantil Manoel Almeida, organizado pela Santa Casa de Misericórdia sob o patrocínio do comendador Manoel Almeida, previsto para ser inaugurado no ano de 1930.

Entre as instituições de assistência materno-infantil mais notórias de Recife estava sua maternidade. Como mencionado no início deste capítulo, o planejamento da construção do seu prédio foi amplamente divulgado em documentos oficiais como a *Revista de Pernambuco* e o *Jornal Diário de Pernambuco*. Em sua última mensagem governamental, Estácio Coimbra informou que os serviços projetados, referentes à maternidade, estavam em conclusão. A execução do projeto do prédio foi confiada à empresa Brandão & Magalhães. Segundo ele, o orçamento para finalizar a obra foi retirado do crédito aberto, com o ato n.º 656 de 13 de junho de 1928.

Embora a data de abertura do prédio não tenha sido identificada, em 29 de junho de 1929, o *Diário de Pernambuco* divulgou uma nota sobre uma homenagem feita a Estácio Coimbra. Foi erguido um busto com sua imagem em frente ao edifício da maternidade, por ocasião de sua instalação.[209] Ou seja, até aquela data, a maternidade do Derby já havia sido inaugurada, localizada na rua Amaury de Medeiros, no bairro do Derby, em Recife. Por um tempo, funcionou anexa à Faculdade de Medicina do Recife. Anexo à maternidade, foi construído um hospital, que ainda estava em construção em 1929. O governo de Pernambuco confiou sua administração à Cruz Vermelha de Pernambuco.

[208] PERNAMBUCO, 1930, p. 40.
[209] DIÁRIO DE PERNAMBUCO. **Homenagem a Estácio Coimbra**. ed. 00148, 29 jun. de 1929. Recife: Biblioteca Nacional, 1929, p. 5.

Capítulo II – Entre dispensários e domicílios: formação profissional e assistência das visitadoras sanitárias pernambucanas

Em 2 de março de 1923, o *Diário de Pernambuco* publicou um texto do médico Amaury de Medeiros, intitulado *A cruz vermelha e a enfermeira*. Nele, o sanitarista afirmou que a profissão de visitadora estava oficialmente estabelecida no Rio de Janeiro, destacando que as mulheres seriam ideais para ocupá-la por possuírem um instinto maternal natural, caracterizado pela doçura e delicadeza, além de aptidão para os cuidados com doentes, idosos, mulheres e crianças. Segundo Medeiros, "só a mulher será capaz de dominá-los, convencendo-os, obrigando-os docemente às práticas uteis mais tantas vezes dolorosas e quase sempre incommodas dos medicamentos, da dietética e das várias applicações medicas".[210] Este capítulo tem como objetivo analisar a formação profissional das visitadoras em Pernambuco, assim como a assistência prestada por elas.

2.1 Gênero e profissionalização: o trabalho das visitadoras sanitárias no Brasil e em Pernambuco

Os discursos que atribuíam características como zelo e docilidade às mulheres foram comuns no século XIX. A igreja, os médicos e o Estado limitavam a atuação delas à esfera privada, na qual cumpriam papeis como mãe, esposa e dona de casa.[211] Nesse espaço, apontou-se o homem como chefe familiar, responsável pelo sustento financeiro, enquanto às mulheres cabiam a formação moral dos filhos e as atividades domésticas. Com o desenvolvimento industrial, urbano, político e social, bem como os avanços do movimento feminista pós-Primeira Guerra (1914-1918), foi possível identificar uma expansão no campo profissional para mulheres, que aos poucos se inseriram em atividades extradomiciliares, como o magistério e a enfermagem.[212]

Segundo Rocha e Barreira, o magistério foi reconhecido como a primeira profissão respeitável às mulheres de classes médias, que buscavam uma atividade fora do espaço

[210] DIÁRIO DE PERNAMBUCO. **A cruz vermelha e a enfermeira**. 2 mar. 1923. Recife: Biblioteca Nacional, p. 1.
[211] MALUF, Marina; MOTT, Maria Lúcia. Recônditos do mundo feminino. In: SEVCENKO, Nicolau. (Org.). **História da vida privada no Brasil República**: da Belle Époque à era do Rádio. São Paulo: Companhia das Letras, 1998. v. 3. p. 367-421.
[212] MALUF; MOTT, 1998.

doméstico.[213] Nele, as estudantes frequentavam aulas nas Escolas Normais com o objetivo de se tornarem normalistas (professoras). Embora atividades como essa fossem apontadas pelos médicos como extensão do trabalho que elas exerciam no espaço privado, houve avanços, como entre as visitadoras sanitárias. Em muitos casos elas eram mulheres de classe média que, ao realizarem cursos, colaboravam para o bom funcionamento das políticas de assistência, combatiam a propagação de doenças como a tuberculose, realizavam visitas domiciliares e forneciam orientações voltadas para a saúde da população, especialmente mães e crianças, sob a supervisão dos médicos.[214]

Para Bruno Nascimento, a incidência de reformas urbanas e de saúde pública no país, que chegaram a Pernambuco, corroborou positivamente para o aumento da sociabilidade de mulheres no estado. Ao rememorar a imagem propagada pelos jornais recifenses sobre os padrões de moralidade e circulação feminina, o autor destacou fotografias que apresentavam banhistas na praia da Pina, em 1925, chamando atenção para seus curtos cabelos, nucas de fora e para o fato de estarem desacompanhadas de pais ou maridos, demonstrando assim modificações sociais.[215]

Após a década de 1920, as mulheres das classes médias que antes foram socialmente destinadas às atividades domésticas passaram a frequentar as ruas, cafés, bailes, hospitais e escolas, ocupando cargos como datilógrafas, professoras, dentistas, parteiras e visitadoras. Essas profissões impulsionaram a emancipação feminina, integrando o espaço profissional em Pernambuco[216]: "aos poucos, as mulheres de camadas médias circulavam sozinhas, a pé e de transporte nas ruas, assumiam a manutenção de suas casas e alteravam a demarcação existente entre as atividades femininas e masculinas, entre o público e o privado".[217]

O trabalho das visitadoras começou a ser realizado no Brasil anteriormente à prática da enfermagem institucionalizada, introduzida após 1921, a partir de um acordo de cooperação da União com a Fundação Rockefeller, e a nomeação, em julho do mesmo ano, de Ethel Parsons, enfermeira norte-americana indicada por Carlos Chagas, para organizar um projeto de enfermagem moderna na saúde pública brasileira.[218]

---

[213] ROCHA, Luana Bezerra da; BARREIRA, Ieda de Alencar. A enfermagem e a condição feminina: figuras-tipo de mulheres no Estado Novo**. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 6, n. 2, p. 195-210, 2002.
[214] MASCARENHAS; MELO; SILVA, 2016.
[215] NASCIMENTO, Bruno. Mulheres, trabalho e relações de gênero no Recife (1922-1926): conquistas e desafios. **ANPUH – XXX Simpósio Nacional de História**. Recife, 2019.
[216] NASCIMENTO, 2019.
[217] LUZ, Noemia Maria Queiroz Pereira da; NASCIMENTO, Alcileide Cabral do. O debate em torno da emancipação feminina no Recife (1870-1920). **Cadernos Pagu**, n. 42, p. 341-370, 2014. p. 350.
[218] MASCARENHAS; MELO; SILVA, 2016.

A figura da enfermeira diplomada se consolidou apenas após a criação da Escola de Enfermagem do DNSP (EEDNSP), no Rio de Janeiro, sob os auspícios do DNSP no ano de 1923,[219] posteriormente denominada como Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN). Ela se tornou um modelo de "escola padrão" a ser adotado por quaisquer escolas de enfermagem criadas no país após o ano de 1931.[220] Desse modo, a consolidação da enfermagem como profissão feminina no Brasil, bem como a estruturação dos cursos formativos, se espelhou em moldes norte-americanos, baseados no modelo da enfermeira britânica Florence Nighintigale.[221]

Embora esse movimento tenha se intensificado após a reforma Carlos Chagas – e as ações sanitárias realizadas pelo DNSP pós-1920 – Luiz Otávio Ferreira destacou que a enfermagem se tornou legalmente uma profissão no Brasil após a publicação do decreto de n.° 791 de 27 de setembro de 1890, sancionado durante o governo provisório. Essa lei estabeleceu a criação de uma escola vinculada ao Hospício Nacional de Alienados, anteriormente conhecido como Hospício Pedro II, para a formação de enfermeiros e enfermeiras. Para obter o diploma, os homens e mulheres que pleiteassem os cursos deveriam ter idade mínima de 18 anos, saber ler e escrever, conhecer as quatro operações e apresentar um atestado de bons costumes.[222]

Segundo o autor, esse período caracterizou as enfermeiras como mulheres que compartilhavam um modelo de vida comum, que englobou camadas socioeconômicas destintas. A não institucionalização da profissão no período fez com que o exercício das chamadas "enfermeiras" se assemelhasse ao trabalho de damas de companhia, amas e mucamas. Para além disso, Ferreira rememorou a formação profissional de mulheres na França no início dos anos de 1880, selecionadas entre grupos pobres e com baixa escolarização para trabalhar junto aos médicos, em funções consideradas inferiores.[223]

Para Ferreira, essa movimentação marcou uma ruptura dos espaços de atuação de mulheres no meio social, considerando a existência de profissões acessíveis a elas: a enfermeira,

---

[219] SOUZA, 2023.
[220] BATISTA; FERREIRA, 2023.
[221] Florence Nightingale nasceu em Florença, na Itália, no dia 12 de maio de 1820. Também conhecida como "a dama da lâmpada", foi considerada pioneira no tratamento humanizado de pacientes, fundando a primeira Escola de Enfermagem da Inglaterra no Hospital Saint Thomas, em Londres, no ano de 1860. Além disso, Florence teve destaque na organização do atendimento e do serviço de assistência hospitalar aos feridos durante a guerra da Crimeia, sendo, portanto, uma mulher e profissional importante a inspirar a organização desses serviços no Brasil (Souza, 2023). Ademais, a enfermeira foi pioneira na utilização de óleos essenciais (OE) para o tratamento assistencial, citando em específico o óleo de lavanda, aplicado na região frontal dos soldados que lutaram durante a Guerra da Criméia, com o objetivo de acalmá-los (Dias; Dias, 2019). Desenvolveu teorias ambientalistas, discussões voltadas para o campo da literatura e produziu obras pertinentes à formação profissional em enfermagem como *Notes on Nursing: What it is and what is not.*
[222] FERREIRA, Luiz Otávio. As guardiãs da saúde: representações e características socioculturais de enfermeiras domésticas do Rio de Janeiro, 1880-1910. **Revista Mundos do Trabalho**, v. 12, p. 1-17, 2020.
[223] FERREIRA, 2020.

por exemplo, associada às profissões domésticas; as professoras às profissões públicas e as médicas e dentistas às profissões científicas. Coube, portanto, à "guardiã da saúde" zelar pelo bem-estar dos doentes, atendo-se aos grupos de mulheres, idosos e crianças. A visitadora sanitária é apontada como uma dessas profissões, anterior à formação de enfermeiras diplomadas, que se intensificou ao longo do século XX.

Oficialmente, o primeiro curso para a formação de visitadoras criado no Brasil ocorreu em 10 de julho de 1920, no Rio de Janeiro, coordenado pelos médicos José Paranhos Fontenelle e Amaury de Medeiros, que objetivavam capacitar mulheres para visitar domicilios e conter o bacilo da tuberculose por meio de orientações higiênicas.[224] Medeiros mencionou a criação do curso em uma matéria publicada no *Diário de Pernambuco*, em 1923, após debates em torno da fundação de uma Cruzada Nacional Contra a Tuberculose, sendo o cargo de visitadora importante para o combate à doença.

Para o sanitarista, Pernambuco estaria apto a colaborar com essa grande obra pública devido aos avanços empreendidos na saúde durante a gestão de Sérgio Loreto, na qual atuou como Diretor do Departamento de Saúde e coordenou a reforma sanitária iniciada em 1923. Isso colaborou para o desenvolvimento de ações voltadas à profissionalização feminina no estado, inserindo o curso de visitadoras como parte das ações do SHI do DSA, segundo os moldes de organização que identificou em viagens à Europa e implementados no curso do Rio de Janeiro.

> Tendo assistido na Europa o grande desenvolvimento das visitadoras de hygiene, conhecendo os magníficos resultados dos serviços de saúde americanos, coube-me organizar na Cruz Vermelha Brasileira o primeiro curso de visitadoras que se realizou no Brasil, fazendo durante um anno a propaganda intensiva da instituição, cujos resultados empolgaram o mundo.[225]

Ricardo Batista destacou que o trabalho das visitadoras foi primordial durante o processo de formação de enfermeiras profissionais.[226] Para intensificar a presença da visitadora nos serviços de saúde, foram ofertados, em estados como Bahia e Pernambuco, cursos rápidos para normalistas nas áreas da saúde e da assistência. Quando concentradas as ações para as mães e crianças, as visitadoras buscavam ensinar práticas de vestuário, higiene escolar e do lar, cuidados com a alimentação e orientações ligadas ao pré-natal e a puericultura científica.[227]

---

[224] AYRES et al., 2012.
[225] DIÁRIO DE PERNAMBUCO. **Instituto de assistência e proteção à infância.** 30 jun., 1923. Recife: Biblioteca Nacional, p. 3-4.
[226] BATISTA, Ricardo dos Santos. Uma Escola de Enfermagem no estado do Rio de Janeiro: interesses (inter)nacionais para a educação feminina brasileira (1943-1948). **Revista Brasileira de História da Educação**, v. 24, p. e315, 2024.
[227] ROCHA, 2003.

Segundo Ferreira, esses grupos de profissionais que se capacitavam no país foram formados por mulheres de classe média-alta, em sua maioria brancas, que investiam seu capital cultural na profissão de enfermeira/visitadora, em busca de qualificação profissional e salarial. Enquanto não houvesse enfermeiras diplomadas, os estados se dedicariam à oferta de cursos para a formação de visitadoras de higiene.[228]

O Código Sanitário da Bahia, publicado pelo decreto 4.144 de 20 de novembro de 1925, no governo de Francisco Marques de Góes Calmon (1924-1928). Como parte das novas ações sanitárias fomentadas no estado, Cristiane Souza afirmou que o médico Barros Barreto foi responsável por organizar um curso de visitadoras ministrado pelos médicos vinculados à Secretaria de Saúde e Assistência Pública. Segundo a autora, a primeira turma contou com 35 mulheres, com faixa etária entre 18 e 21 anos e, em sua maioria, formadas pela Escola Normal, ou receberam o título de Bacharel em Ciências e Letras pelo Ginásio da Bahia.[229]

A primeira turma de visitadoras baianas, que contou com 22 mulheres aprovadas, consistiu em um curso de quatro meses, no qual estudaram anatomia, fisiologia, obstetrícia e puericultura, higiene escolar, epidêmica e profilaxia de doenças transmissíveis, além de socorros de emergência e enfermagem.[230] Desse modo, a educação sanitária foi o principal campo de atuação dessas mulheres, que trabalharam também nos dispensários para tuberculose e doenças venéreas, no isolamento de pacientes e nos serviços de higiene infantil e escolar. O auxílio aos doentes e a assistência às mães e crianças ocorreram justificados pela ideia de função cuidadora, e pelo fato da maioria das mulheres serem normalistas, possibilitando um melhor diálogo entre elas e a população.

Tendo em vista seu protagonismo no exterior, na capital brasileira e em outros estados do país, Amaury de Medeiros organizou em Pernambuco o primeiro curso de formação para visitadoras no ano de 1923. Ao anunciá-lo à sociedade Pernambucana, o médico ressaltou que, embora essas mulheres fossem conhecidas como enfermeiras visitadoras da saúde pública, o curso realizado pelo DSA utilizaria a terminologia “visitadoras”. A mudança ocorreu para destituir a impressão servil que pudesse ser atribuída ao nome.

Segundo uma matéria publicada no *Diário de Pernambuco*, no dia 6 de abril, a inauguração do curso de visitadoras, vinculado à Inspetoria de Estatística, Propaganda e

---

[228] FERREIRA, 2020.
[229] SOUZA, Christiane Maria Cruz de. Enfermeiras para a Bahia: educação e trabalho feminino no campo da enfermagem na primeira metade do século XX. In. FERREIRA, Luiz Otávio; BATISTA, Ricardo dos Santos; MARQUES, Rita de Cássia (Org.). **Enfermeiras, educadoras sanitárias e outras profissões**: estudos históricos. São Paulo: Hucitec, 2024. p. 29-46.
[230] SOUZA, 2024.

Educação Sanitária, ocorreu em 5 de abril de 1923, por meio de uma solenidade realizada às 15 horas, em um dos salões da Inspetoria, com discurso de Amaury de Medeiros. Em sua fala, o sanitarista exaltou a função da visitadora, mostrando pormenorizadamente seu trabalho na profilaxia de doenças da primeira infância e na idade escolar. Estendeu-se em considerações sobre a tuberculose e falou do papel da visitadora na propagação de conselhos educacionais para combatê-la. Além disso, relatou as vantagens advindas da instituição nos grandes países do mundo e no Brasil, onde a Cruz Vermelha lhe confiou a direção do primeiro curso de visitadoras realizado no país. [231] A matéria destacou ainda a presença da visitadora Maria do Carmo B. de Oliveira, que também discursou, saudando a todos em nome das demais visitadoras.

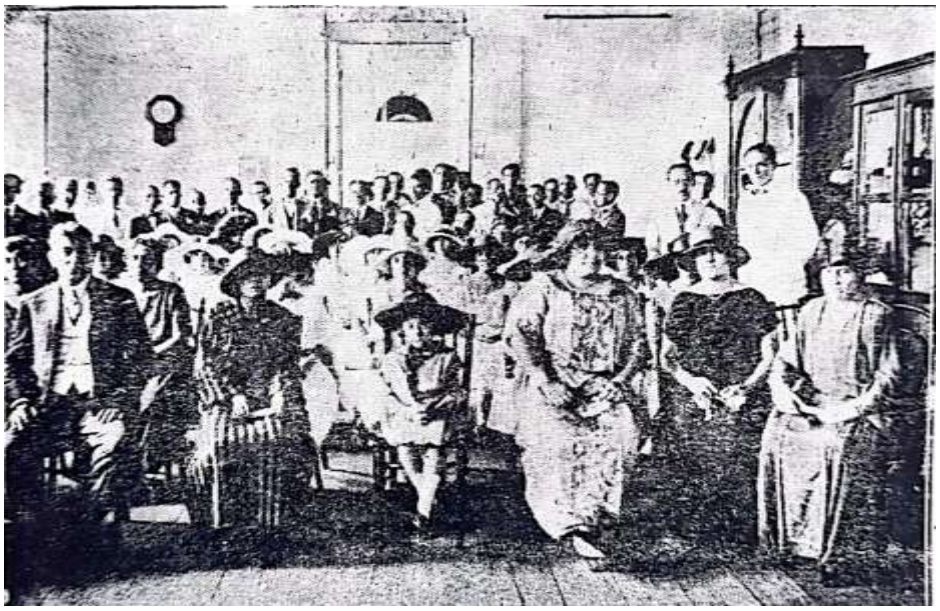
A primeira turma do curso contou com 32 inscrições, sendo elas: Alice Aida de Barros Ribeiro, Maria Wanderley Lins, Graziela Lima Machado Duboureq, Adalgiza Netto de Paiva, Maria Eliza Souza Gomes, Maria do Carmo Baptista de Oliveira, Orvalina Monteiro Jacome, Thereza Maria Celina Corrêa da Silva, Mehallennia Marinho Rego, Maria Antonietta Travassos, Arminda Almeida de Albuquerque, Celeste da Costa Leitão, Maria do Carmo Monte, Olivia da Conceição Dowslay Coimbra, Austrelina Corrêa de Mello, Maria da Conceição de Mello Tavares, Umbelina Rodrigues Esteves, Elvira Augusta de A. Lima, Regina América da Silva, Alzira Alves de Souza Bandeira, Rosa Emília de Oliveira Abreu, Maria de Lourdes Freitas Barbosa, Maria José dos Santos Lima, Laura Jovita de Azevedo, Georgina Albertina Bezerra, Honorina Machado Dias, Euthalia Duarte de Abreu, Sarah de Silva Almeida, Laura Luiz Nunes, Maria Carmelita de Holanda Cavalcante, Consuelo do Rego Monteiro e Julieta Teixeira Miranda.[232]

Entre as mulheres inscritas, haviam sido nomeadas até aquele momento: Alice de Barros Ribeiro, Maria Orvalina Monteiro Jacome, Thereza Wanderley Lins, Maria do Carmo Baptista de Oliveira, Nehalienia Marinho Rego, Odette de Meira Travassos, Olivia da Conceição de Mello Tavares e Laura Jovita de Azevedo. A abertura das aulas do curso de visitadoras sanitárias ocorreu no dia 28 de abril do mesmo ano, novamente mediante discurso proferido por Amaury de Medeiros no salão principal do DSA (Figura 9).

[231] DIÁRIO DE PERNAMBUCO. **Curso de visitadoras escolares**. 6 abr. 1923. Recife: Biblioteca Nacional, p. 3.

[232] DIÁRIO DE PERNAMBUCO, 1923, p. 3. Considera-se importante apresentar esses nomes, com o objetivo de visibilizá-las historicamente.

Figura 09: Registro da solenidade de inauguração do curso de visitadoras sanitárias do DSA



Fonte: Medeiros (1926, p. 187).

Em sua fala, o médico rememorou o papel das mulheres nas obras de assistência e destacou o trabalho das religiosas ligadas à irmandade de São Vicente de Paula, e das próprias visitadoras, que prestaram serviços de assistência em períodos de guerra. Além disso, deu notoriedade ao trabalho das vicentinas, que "procuram os enfermos para levar-lhes o socorro material e sobretudo a grande moral da religião catholica [...]", e às Damas da Cruz Vermelha, que "acompanham os soldados nos campos de lucta, pensando-lhes as feridas, consolando-os nas suas dores, confortando-os nas suas aflições, escrevendo as suas cartas doridas para os parentes angustiados [...]".[233]

Medeiros remontou a história do trabalho das visitadoras, apresentando o contexto de 1859, com a criação do primeiro serviço de orientação da Saúde Pública em Liverpool, Inglaterra. Naquele período, Florence Nathingale havia retornado da Guerra da Criméia, onde ofertou assistência aos soldados doentes e feridos. Ele notou ainda o desenvolvimento do trabalho da visitadora nos Estados Unidos, acompanhado da construção e funcionamento de 1.500 boas escolas e organizações de saúde, além de aproximadamente 40.000 visitadoras em atuação já nas primeiras décadas do século XX. De acordo com a documentação, foi graças ao contato com a profissão, em suas viagens à Europa, em 1920, que articulou a criação do curso

[233] MEDEIROS, 1924, s/p.

de visitadoras de saúde pública no Rio de Janeiro, sob financiamento das senhoras das elites cariocas.

Para o sanitarista, o trabalho da visitadora era definido, portanto, como um elemento decisivo para a implantação de hábitos higiênicos entre a população, já que possuíam "qualidades innatas de domínio, bondade para convencer, instrucção simples, mas exacta dos princípios geraes de biologia, eugenia e hygiene".[234] Desse modo, a ação das visitadoras se faria sentir nos dispensários, escolas, oficinas, lares, hospitais e em demais locais onde houvesse conselhos sanitários.

2.2 Perfil profissional das visitadoras sanitárias pernambucanas: entre a moral e a formação educacional

O primeiro curso especial de visitadoras organizado por Medeiros, sob auspícios do DSA, era destinado especialmente para mulheres formadas nos cursos normais (magistério) da Escola Normal Oficial do Estado, e para aquelas que possuíssem diploma nos cursos de Farmácia, Odontologia e nos cursos de Parto ofertados pelas faculdades de medicina no Brasil. O diploma era obrigatório no ato da matrícula, o que demonstrou a necessidade de formação para ocupar a posição de visitadora.[235]

Para Nara Azevedo e Luiz Otávio Ferreira, a oferta de formação educacional para mulheres marcou uma mudança efetiva nos papéis sociais impostos, possibilitando assim o exercício e a capacitação fora do ambiente domiciliar, introduzidos no período republicano e intensificados durante a década de 1940. Profissões de cunho científico, antes denominadas como atividades masculinas, passaram gradativamente a ser ocupadas por mulheres, como as visitadoras, enfermeiras, professoras e médicas. Entre essas atividades, estava também o magistério.[236] Para se tornar educadora, as mulheres realizavam formações nas escolas normais, criadas no Brasil em 1880 com o objetivo de qualificar profissionalmente moças para o exercício da educação no ensino primário (primeiros anos). Foram criadas escolas de formação profissional nas cidades de São Paulo e Rio de Janeiro, objetivando formar mães, operárias, peritas e professoras especializadas em técnicas industriais, artísticas e comerciais.[237]

Para além do magistério, identificado como um dos primeiros espaços para a atuação profissional feminina no Brasil, Maria Lúcia Mott ressaltou também a presença da formação de

---

[234] MEDEIROS, 1924, s/p.
[235] MEDEIRO9S, 1926.
[236] AZEVEDO, Nara; FERREIRA, Luiz Otávio. Modernização, políticas públicas e sistema de gênero no Brasil: educação e profissionalização feminina entre as décadas de 1920 e 1940. **Cadernos Pagu**, p. 213-254, 2006.
[237] AZEVEDO; FERREIRA, 2006.

mulheres nas áreas de Farmácia e Odontologia, incluídas entre as principais atividades na saúde pública das últimas décadas do século XIX.[238] Para frequentar esses cursos, fortemente elitizados, as alunas eram submetidas a exames avaliativos constantes, assídua frequência durante dois anos, além do pagamento de taxas e mensalidades para sua manutenção, o que indica os grupos sociais que ocupavam esses espaços formativos: mulheres brancas e de classe média/alta. Durante a capacitação, elas estudavam português, francês, inglês, e áreas exatas como aritmética, álgebra e geometria.

A autora ainda destacou que, no ano de 1899, foi sancionada a lei n.º 665 de 6 de setembro de 1899, responsável por regulamentar o exercício da profissão de parteiras e dentistas-práticas, que não necessitavam de diploma para exercer a profissão, apenas frequência em cursos de curta duração. E, sua maioria, as mulheres que ocupavam essas profissões eram solteiras, o que possibilitava a sua dedicação integral à profissão, seja de parteira, dentista ou enfermeira visitadora.[239]

Acredita-se que o DSA de Pernambuco adotou como critério formativo especificamente o magistério, odontologia, farmácia e partos por serem profissões que, em outros estados brasileiros, eram ocupados por mulheres. Elas também eram necessárias para as atividades que as visitadoras iriam realizar, ou seja, orientações higiênicas e educativas, auxílio nos partos domiciliares e hospitalares, prescrição de fármacos e supervisão do desenvolvimento infantil no interior dos espaços escolares.

Para frequentar o curso oferecido em Pernambuco, além de uma formação inicial, era exigido das candidatas um perfil físico específico. A mulher deveria ter entre 17 e 35 anos, com boa condição de saúde física e comprovar boa formação educacional e moral. Assim, ao analisar os critérios apresentados no discurso do médico pernambucano, é perceptível a construção da visitadora como um modelo exemplar a ser seguido pela sociedade, tendo em vista as exigências educacionais, de moralidade e de formação profissional.

Os critérios de moralidade apresentados por Medeiros nos possibilitam refletir sobre o perfil das mulheres que ocupariam os cargos de visitadoras, em sua maioria brancas, não pobres e sem filhos, que dedicassem toda a sua atenção à saúde da população, através dos seus serviços. Aqui, o fator étnico-racial deve ser evidenciado, tendo em vista a forte presença do

[238] MOTT, Maria Lucia et al. 'Moças e senhoras dentistas': formação, titulação e mercado de trabalho nas primeiras décadas da República. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 15, p. 97-116, 2008.
[239] MOTT, 2008.

discurso eugênico que atribuía à população negra a degeneração e a não ocupação de cargos públicos.[240]

Segundo o artigo 1.112° do regulamento do DSA, apresentado por Amaury de Medeiros em seu livro, outros critérios para a matrícula eram um documento assinado por um médico que atestasse: "vaccinação, robustez, ausência de doenças contagiosas, desvio mental ou defeito physico", além do pagamento de vinte mil réis em duas parcelas destinado às despesas do expediente e do diploma.[241] Em março de 1923, as candidatas que desejassem pleitear uma vaga no curso para visitadoras deveriam se direcionar à Inspetoria de Estatística, Propaganda e Educação Sanitária, entre 13 e 15 horas, para comprovar os critérios apresentados. [242]

Ao determinar um pagamento para custear as despesas do curso e para a obtenção do diploma, torna-se evidente a dificuldade das mulheres pobres em acessar o cargo de enfermeiras visitadoras. Assim, pensar que a maioria das mulheres que ocupavam o centro urbano do Recife seguiam esse perfil, significa dizer que muitas não estariam aptas a ocuparem cargos no espaço público,[243] reservando a profissão de visitadora, por exemplo, para mulheres de classes médias e altas e que possuíssem formação profissional nos cursos citados. O lugar ocupado por mulheres negras e mães, há muito, nas ruas de cidades brasileiras era a venda de quitutes ou outros serviços que lhes possibilitassem sustentar seus filhos, *status* agravado com a Proclamação da República, como demonstrou Alberto Heráclito Ferreira Filho em estudo sobre maternidade e pobreza feminina em Salvador, entre 1900 e 1940.[244]

2.3 Processo seletivo e organização curricular das visitadoras sanitárias em Pernambuco

O curso de visitadoras da saúde pública pernambucana, realizado em 12 meses e com um período de repouso e de exames parciais e avaliativos, foi estruturado em 5 disciplinas ou "cadeiras" de estudos teóricos: noções de anatomia e fisiologia humana, microbiologia, parasitologia e higiene, higiene infantil e pediatria, assistência médica e assistência cirúrgica. As aulas teóricas eram realizadas no prédio do DSA, enquanto as aulas práticas em salas devidamente apropriadas, nos serviços hospitalares, nos postos de higiene infantil, em visitas

[240] STEPAN, 2005.
[241] MEDEIROS, 1926, p. 186.
[242] DIÁRIO DE PERNAMBUCO. **Variadas.** 6 mar. 1923. Recife: Biblioteca Nacional, p. 3.
[243] FONSECA, Cláudia. Ser mulher, mãe e pobre. In: DEL PRIORE, M. (Org.). **História das mulheres no Brasil**. 10. ed. São Paulo: Contexto, 2018. p. 510 – 577.
[244] FERREIRA FILHO, Alberto Heráclito. **Quem pariu e bateu que balance!**: mundos femininos, maternidade e pobreza: Salvador, 1890-1940. Salvador: CEB, 2003.

domiciliares, nos dispensários e nos estabelecimentos coletivos de ensino, sempre acompanhadas pelo respectivo professor, com o objetivo de melhor preparar as matriculadas para a delicada missão a que se destinavam. Segundo Medeiros, de modo a familiarizá-las com os temas que norteavam a assistência pública e particular.[245] No que tange ao processo seletivo:

> O exame parcial constará de duas provas sobre cada cadeira: escripta e pratica-oral. A primeira versará sobre um ponto tirado a sorte, da matéria explicada, sendo concedido a candidata, duas horas; a segunda, consistirá igualmente de um ponto tirado a sorte, dentre os explicados, e arguição pelo professor durante cinco a dez minutos [...] Art. 1113° - classificada no primeiro exame (capacidade), a alumna poderá ser nomeada, em comissão para os cargos vagos, ficando, entretanto, obrigada a continuar a frequentar o curso de visitadoras, até as provas finais. Art. 1114° - Classificada no concurso final, lhe será então expedido o título de funccionaria publica, passando a gozar, desde então, todas as prerrogativas, direitos, etc., das leis, em vigor. Art. 1115° - A visitadora effectiva não poderá ser demitida, senão por condenação em processo regularmente estabelecido. [246]

A partir da aprovação integral no processo seletivo, as visitadoras gozavam de direitos trabalhistas previstos pelo art. 1.115°, asseguradas pelo governo, já que não poderiam ser demitidas sem que fossem cometidos delitos graves, uma vez que ocupavam um cargo efetivo no DSA. Isso nos permite refletir sobre o trabalho feminino e a luta do movimento de mulheres pelos direitos trabalhistas.

Segundo Margareth Rago, desde o ano de 1890, mulheres operárias integraram movimentos contra as longas jornadas de trabalho, baixos salários, maus tratos físicos, psicológicos e, sobretudo, o assédio sexual recebido por elas dos empregadores e donos de indústrias.[247] Esse movimento, intensificado durante as primeiras décadas do século XX, buscou combater também a imagem que lhes era imposta, vistas como "frágeis e infelizes pelos jornalistas, perigosas e 'indesejáveis' pelos patrões, perdidas e 'degeneradas' para os médicos".[248] Embora se tratassem de mulheres de classes médias, com recursos financeiros para se formar, a inserção de normalistas, enfermeiras, visitadoras, dentistas, farmacêuticas e demais profissões ocupadas, sobretudo na medicina e na ciência, consideradas por muito tempo como um campo predominantemente masculino, foi resultados da luta feminina pelo seu

[245] MEDEIROS, 1926.
[246] MEDEIROS, 1926, p. 189
[247] RAGO, Margareth. Trabalho feminino e sexualidade. In: DEL PRIORE, Mary; PINSKY, Bassanezi Carla (Orgs.). **História das mulheres no Brasil**. São Paulo: Contexto, 2018, p. 578-606.
[248] RAGO, 2018, p. 579.

reconhecimento enquanto profissionais capacitadas, desmistificando características como passividade, docilidade e incapacidade física e/ou psicológica.

Rago destacou, ainda, o movimento organizado de mulheres anarquistas e socialistas que, já no ano de 1903, convocaram assembleias sindicais para discutir os direitos femininos dentro das indústrias, denunciando inclusive as precárias condições de higiene e salubridade no interior das fábricas e habitações coletivas ofertadas como moradia feminina e familiar, além da busca por direitos sociais e de reconhecimento profissional. Desse modo, buscava-se alterar as relações entre homens e mulheres, reconhecendo-as como capazes de exercer funções para além do espaço privado, como é o caso das visitadoras sanitárias, muito embora médicos como o próprio Amaury de Medeiros insistissem em associar seu trabalho a uma missão delicada, sutil, dócil e persuasiva.

Ainda em relação às cadeiras de estudos teóricos do curso de formação das visitadoras, na primeira, voltada para os estudos de anatomia e fisiologia humana, as alunas estudavam: morfologia geral do corpo humano, identificando as especificidades entre crianças e adultos; aparelho nutricional e digestivo; noções de anatomia e fisiologia da boca (dentição, glândulas, saliva), faringe, estômago, alimentação e absorção de nutrientes; aparelho circulatório, anatomia do coração (cavidades, orifícios, válvulas, sístole e diástole), vasos (pressão sanguínea, pulso, etc.), capacidade do aparelho circulatório; aparelho respiratório, laringe, traqueias, brônquios, pulmões, movimentos do tórax, inspiração, expiração, ritmo, frequência, tipos respiratórios, a hematose, desordens devidas a falta ou compressão do ar respirável, asfixia; aparelho de secreção urinaria e noções de anatomia e fisiologia dos órgãos que o compõe; esqueleto humano, músculos e articulações; sistema nervoso central e periférico; estudo geral do aparelho fonador, a voz, o tacto, contacto, distribuição topográfica, o paladar, os sabores, o olfato e odores; audição e visão.

Na cadeira de microbiologia, parasitologia e higiene, estudavam: micróbios, ar, água, solo, habitações, vestuário, asseio corporal, alimentação, substâncias tóxicas, noções de higiene social na escola, fábrica, oficinas, quarteis e hospitais; doenças transmissíveis, profilaxia geral; profilaxia contra doenças transmitidas pelos mosquitos como malária e febre amarela; tuberculose e sua profilaxia; desinterias; febres; gripes; papeira; doenças de pele e verminoses.

Na cadeira de higiene infantil, considerada uma das mais importantes, capacitavam-se sobre: a criança de peito (lactante) sã e doente, anatomia, fisiologia e patologia da primeira infância, assistência e proteção aos lactantes, suas bases modernas, seus métodos; estudo do crescimento infantil, alimentação natural, fenômenos da digestão, método e técnica da

amamentação; alimentação artificial, diferentes leites, leites conservados, farinhas e sua época de administração, doenças provocadas por sua má administração, raquitismo e escorbuto; doenças infantis e causas da mortalidade, primeiros socorros e cuidados na segunda infância; a criança isoladamente e em coletivo (creches, asilos, hospitais, consultórios, jardins de infância, escolas); doenças transmissíveis; higiene escolar, papel da visitadora, escola, fichas e documentos escritos, vícios de desenvolvimento, maus hábitos perigosos para o indivíduo e causas mais comuns do atraso dos alunos.

Na penúltima cadeira, voltada para assistência médica, estudavam a relação entre visitadora e médico; doentes e doenças; assistência médica e cirúrgica; o quarto do doente, leito, utensílios, residência e hospital; exames de pulso, respiração e temperatura; a visita médica, o exame diagnóstico; medicamentos; sangrias, ventosas e organização da assistência médica, nas residências, sanatórios, casas de saúde, colônias e hospitais. Por último, nos estudos sobre assistência cirúrgica, investigavam material; esterilização; hemorragias e fraturas; pré e pós-operatório; anestesias cirúrgicas e transporte de feridos. Embora se tratasse de cursos de menor duração, o processo formativo das visitadoras foi abrangente, no qual puderam estudar, em cada semestre, as especificidades necessárias para a assistência e o tratamento de doentes, com atenção à cadeira de higiene infantil, pertinente a essa pesquisa.

Amaury de Medeiros informou a necessidade de adotar serviços especializados pouco tempo depois da criação dos cursos e da conclusão da primeira turma de visitadoras do estado. Entre eles estava o serviço de parteiras e de doenças venéreas, que necessitariam de capacitações adicionais para além das já apresentadas anteriormente. Embora não tenham sido especificadas pelo médico, acredita-se que passaram a ser aplicadas de forma efetiva nas turmas de visitadoras posteriores.

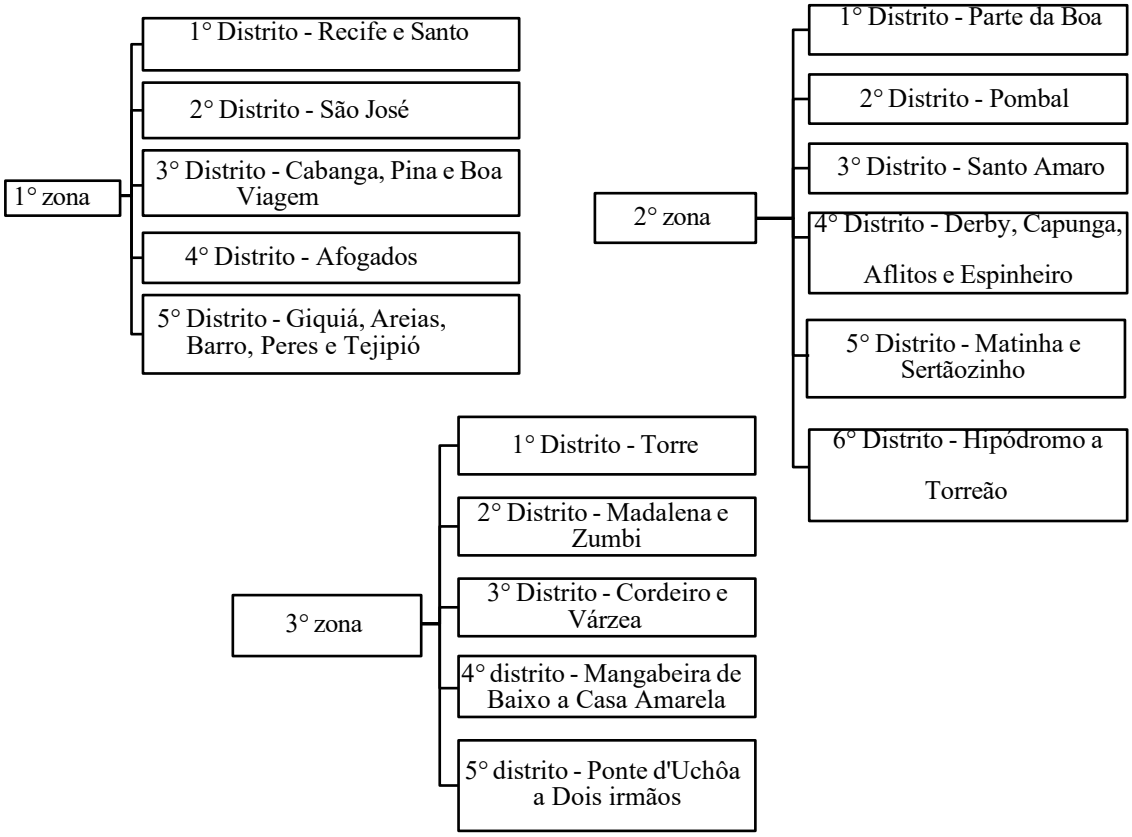
2.4 Atuação das visitadoras na cidade de Recife

Após formadas, o Departamento subdividiu as visitadoras em: uma visitadora chefe, três visitadoras parteiras, duas visitadoras dentistas e 16 visitadoras de educação, ou seja, um grupo de 22 mulheres distribuídas em três zonas de atuação no estado de Pernambuco (Figura 10).[249] Até 1925, a chefe do serviço de visitadoras foi Maria do Carmo Oliveira, normalista e professora titular pelo Colégio Santa Margarida. Em março daquele ano, foi nomeada professora da rede estadual de Pernambuco e se despediu do cargo em uma solenidade nos salões do DSA, publicada no *Diário de Pernambuco*, no dia 8 daquele mês. Afirmou que, embora estivesse se

[249] MEDEIROS, 1926.

afastando, daria continuidade "no magistério a sua nobre missão de ensinar a defesa da saúde que aprendeu no departamento".[250] Acredita-se que, para além dos cursos e exames avaliativos aos quais foram submetidas, a formação inicial dessas mulheres também influenciou o cargo que ocuparam nos serviços de saúde de Pernambuco, já que eram parteiras, dentistas e normalistas, complementando sua formação acadêmica com o curso de visitadoras. Como atuavam em domicílio, foram distribuídas nas seguintes zonas da capital:

Figura 10: Organogramas das 1°, 2° e 3 ° zonas de atuação das visitadoras em Recife



Fonte: Medeiros (1926, p. 196).

Segundo os dados da distribuição das visitadoras (Figura 10), percebe-se que sua atuação se concentrou inicialmente na cidade de Recife, tendo em vista que todos os distritos apresentados consistiam em bairros localizados na capital. As fontes evidenciam a prioridade dada à capital, supondo-se, também, que a maioria das mães e crianças atendidas pelos serviços do Departamento se concentrassem inicialmente nesse espaço.

[250] DIÁRIO DE PERNAMBUCO. **Manifestações**. 8 mar. 1925, Recife: Biblioteca Nacional, p. 6.

Considera-se pequeno o número de visitadoras em atuação comparado ao tamanho da população e à quantidade de famílias e residências para assistir, pois, segundo as falas de Amaury de Medeiros, cada visitadora deveria auxiliar 20 mil pessoas. Na tentativa de solucionar essa questão, o médico propôs aumentar o número de visitadoras para 32, além de defender a "taylorização" do trabalho dessas mulheres.[251] Segundo Moraes Neto, o taylorismo refere-se a uma forma de organização trabalhista baseada no controle do tempo e do movimento, buscando transformar o trabalhador em uma máquina a serviço do Estado com o objetivo de atingir sua total eficiência, o que gera, assim, um capital financeiro através da divisão do trabalho.[252]Aplicando essa teoria ao trabalho das visitadoras, percebe-se que foi feita uma divisão territorial para gerenciar sua melhor atuação.

Medeiros também destacou a atuação das visitadoras quando relacionadas à sua formação individual.

> Se nós conservássemos as 5 visitadoras especializadas na lucta contra a tuberculose, como fizemos a princípio, não só as suas áreas de actividade ficariam enormes, como também as visitas de mais de uma educadora em uma mesma casa, como aconteceu a princípio e aconteceria a cada passo, crearia, como creou, mal entendidos, altamente inconvenientes para o serviço, que seriam rudes golpes na sua efficiencia.[253]

Acreditava-se que as visitadoras não deveriam atender apenas aos serviços específicos da sua formação, de modo que uma enfermeira dentista, por exemplo, deveria extrapolar as situações que envolvessem tratamento dentário. Era necessário dinamizar o seu trabalho para atender o maior número de pessoas possível, tendo em vista a quantidade limitada de profissionais comparada à densa população pernambucana. Esse critério, segundo Medeiros, foi adotado como uma forma de corrigir erros apresentados nos atendimentos domiciliares, como identificados na citação.

2.5 O padrão de vestimentas das visitadoras sanitárias em Pernambuco: entre o conforto e a elegância

No pós-guerra, período que marcou a inserção feminina em espaços profissionais fora do lar, o termo *flapper* foi utilizado para designar mulheres com espíritos emancipatórios, influenciadas por ideias e comportamentos de atrizes hollywoodianas europeias, que circularam

[251] MEDEIROS, 1926.
[252] MORAES NETO, Benedito Rodrigues de. Maquinaria, taylorismo e fordismo: a reinvenção da manufatura. **Revista de Administração de empresas**, v. 26, p. 31-34, 1986.
[253] MEDEIROS, 1926, p. 198.

nas Américas no início do século XX, quando recursos como o cinema impulsionaram mudanças sociais e estéticas. A partir da década de 1920, esses ideais integraram a sociedade pernambucana, principalmente através das revistas femininas e de variedades, que estamparam em suas páginas retratos de mulheres nas telas de cinema, em salões de festa e em praças públicas.[254] Como exemplo, é possível destacar a revista *A Pilhéria*, que trouxe em suas edições o cotidiano da mulher pernambucana, suas vestimentas luxuosas, chapéus exóticos, cabelos curtos em corte *Chanel* e saltos altos. Jornais pernambucanos como *A Província* e o *Jornal Pequeno* também publicaram matérias que enfatizavam as influências do cinema na produção das roupas e da estética feminina, evidenciadas em fotografias.

Segundo Ana Maria Mauad, a fotografia foi um recurso que se popularizou no ano de 1830, considerado inovador pela sua capacidade de produzir a imagem real, com técnica e qualidade. Ela foi caracterizada como "uma elaboração do vivido, resultado de um ato de investimento de sentido, ou ainda uma leitura do real realizada mediante o recurso de uma série de regras que envolvem, inclusive, o controle de um determinado saber de ordem técnica".[255] A fotografia é resultado de um trabalho de produção de sentidos e nos permite identificar códigos morais, sociais, éticos e étnico-raciais. Como um importante recurso para o trabalho historiográfico, deve, portanto, também ser considerado um documento/monumento, por possibilitar múltiplas interpretações sobre temas distintos.[256]

Para Mauad, a análise fotográfica não se limita a perceber o indivíduo, e sim o coletivo, junto aos demais elementos paisagísticos e às estruturas espaciais identificadas na fonte em questão, investigando assim duas dimensões de percepção: a expressão, seja estética, de enquadramento, iluminação e contraste; e a de conteúdo, caracterizada por pessoas, lugares e objetos apresentados. Portanto, a fotografia produz sentido e apresenta características de um passado remoto. Para ser analisado, é necessário realizar perguntas a ele, pois a imagem por si só não trará todas as respostas.[257] Para investigar o padrão de vestimentas das visitadoras, seus usos práticos e suas influências, as fotografias encontradas na documentação e dispostas a seguir serão utilizadas como principal recurso documental.

---

[254] NASCIMENTO, Alcileide Cabral; DA SILVA MELO, Alexandre Vieira. Melindrosas em revista: gênero e sociabilidades do início do século XX (Recife, 1919-1929). **História Revista**, v. 19, n. 3, p. 6-20, 2014.
[255] MAUAD, Ana Maria. Através da imagem: fotografia e história interfaces. **Tempo**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 73-98, 1996.
[256] MAUAD, 1996; LE GOFF, 1990
[257] MAUAD, 1996, p. 10.

Figura 11: Grupo de visitadoras da Saúde Pública

Fonte: Medeiros (1926, p. 192).

Figura 12: Visitadoras com trajes de trabalho externos

Fonte: Medeiros (1926, p. 192).

Figura 13: Uma visitadora durante o seu trabalho de puericultura

Fonte: Medeiros (1926, p. 161).

A análise fotográfica do relatório geral do DSA, que apresentou registros do primeiro corpo de visitadoras de Pernambuco, evidencia aspectos importantes. A Figura 11 apresenta 15 visitadoras sanitárias, sem identificar seus nomes, idades e formações. 12 delas estão em pé, enquanto três estão sentadas na parte central da fotografia, o que pode indicar uma posição de liderança no grupo, ou características que as destaquem em comparação às demais profissionais.

Todas as visitadoras utilizam meia-calça, sapatos pretos fechados na parte superior e com um pequeno salto; e vestidos brancos que cobrem os joelhos, com mangas longas, braços e ombros cobertos. Acredita-se que as vestimentas, que cobriam todo o corpo, sofriam influência do trabalho de visitação exercido por elas. Na análise, é possível evidenciar características da modernidade apresentados por Alcileide Nascimento e Alexandre da Silva Melo, sobretudo quando relacionada ao corte de cabelo, sapatos e meias calça.[258]

A Figura 12, que aparenta ter sido registrada nas imediações do DSA, apresenta oito visitadoras. Seis delas, dispostas nas extremidades da fotografia, utilizam um grande chapéu oval, enquanto duas outras, posicionadas no centro da imagem, estão com seus cabelos à mostra. Segundo Medeiros, a utilização dos chapéus tornava as roupas confortáveis e elegantes para as atividades realizadas.[259] Além disso, a visitadora central apresenta uma cruz em sua vestimenta, o que poderia simbolizar uma referência à Cruz Vermelha e o trabalho de assistência à saúde.

[258] NASCIMENTO; DA SILVA MELO, 2014.
[259] MEDEIROS, 1926.

Segundo Peres e Padilha, os trajes e vestimentas utilizados pelas enfermeiras e visitadoras são elementos importantes para se investigar a formação da identidade profissional e os grupos aos quais pertenciam, diferindo-se o contexto da enfermagem religiosa do modelo de enfermagem moderna instituído no país após a criação da EEAN.[260] As autoras destacam que, nesse período, foram adotados seis tipos de uniformes na EEAN, que separavam as alunas de acordo com o estágio do processo formativo em que se encontravam. Os uniformes foram compostos por "touca branca lisa, avental branco sobre vestido de mangas curtas, com punhos e colarinhos brancos, meias e sapatos fechados brancos".[261] Exigia-se cabelos presos, unhas curtas e higienizadas e o uso de maquiagens era proibido.

Essas vestimentas também estavam associadas à composição formativa e hierárquica da EEAN. Como exemplo, destaca-se a cerimônia da touca, que para além de compor o traje, representava um "rito de passagem da fase preliminar do curso para a fase profissionalidade e efetiva integração ao corpo discente. Tinha como objetivo reforçar a identidade profissional, associada ao modelo que ora se implementava [...]"[262], segundo os moldes adotados pelas alunas e enfermeiras norte-americanas.

Os uniformes utilizados pelas visitadoras sanitárias de Pernambuco em nada se assemelham aos trajes tradicionais das enfermeiras religiosas, tendo em vista tanto o contexto social da época quanto as atividades profissionais realizadas. Todavia, é possível perceber semelhanças às descrições apresentadas por Peres e Padilha, já que as visitadoras também utilizavam vestimentas em cor branca, lisas e padronizadas, além de sapatos compostos e fechados. Seguiam um padrão de cabelo, como apresentado nas imagens, além de trazerem características próprias ao seu trabalho domiciliar, como é o caso do chapéu, símbolo de conforto e de modernidade.

Ao analisar as vestimentas utilizadas por profissionais da enfermagem a partir de filmes de longa-metragem que circulavam na década de 1970, Santos et al. apontaram características semelhantes aos uniformes utilizados pelas visitadoras em Pernambuco. Em *Um estranho no ninho*, obra de 1975, os autores caracterizam a enfermeira Mildred Ratched como uma mulher branca de semblante rígido e sem expressão, que usava uniformes brancos e largos, que cobriam dos ombros até abaixo do joelho, sapatos baixos e touca. Ela trabalhava em um

[260] PERES, Maria Angélica de Almeida; PADILHA, Maria Itayra C. S. Uniforme como signo de uma nova identidade de enfermeira no Brasil (1923-1931). **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 112-121, 2014.
[261] PERES; PADILHA, 2014, p. 116.
[262] PERES; PADILHA, 2014, p. 119.

hospital psiquiátrico e utilizava, em momentos específicos, um chapéu preto e um longo casaco escuro por cima do uniforme.[263]

Embora se trate de representações do final do século XIX, essas caraterísticas muito se assemelham às apresentadas nas fotografias das visitadoras. Tendo em vista que a cidade de Recife teve padrões sociais muito influenciados pela indústria cinematográfica, foi possível perceber uma relação entre a proposta de modernidade vigente ao longo do século XX e as representações visuais das profissionais pernambucanas, tanto no quesito vestimentas quanto em suas formas de expressão, já que aparentam sempre seriedade nas fotografias.

Ainda sobre a análise da Figura 12, percebe-se, ao fundo, a exposição de três cartazes com imagens de três bebês: um com baixa nutrição, seguido da frase "resultado da alimentação imprópria"; outro dormindo, seguido da frase "dorme bem a criança alimentada"; e, por fim, um bebê robusto, com exaltação da boa alimentação infantil. Essa disposição na parede pode ser analisada como uma sequência para representar o "progresso", que vai da mãe sem instrução até a mãe matriculada e guiada pela puericultura e pelo SHI. As imagens dos cartazes seguem o mesmo padrão gráfico utilizado pela Secretaria de Saúde e Assistência Pública da Bahia, colocado em prática pelo ex-bolsista da Fundação Rockefeller, Antônio de Barros Barreto.[264]

A Figura 13 demonstra a visitadora que atende uma mãe. A primeira (não identificada) segura um bebê, aparentemente uma menina, enquanto a mãe, uma mulher negra, segura um menino. É possível que ambos fossem seus filhos. As crianças são robustas. Possivelmente os quatro pousam para a foto em frente à residência da mãe: uma casa simples que poderia ser afastada do centro de Recife. Ao divulgar especificamente essa imagem em sua relatoria, supõe-se que Amaury de Medeiros desejava ressaltar a saúde das crianças, fruto dos bons cuidados e acompanhamentos das visitadoras. Embora essas fotografias tenham sido disponibilizadas pelo médico, nenhuma das mulheres presentes foram nominadas especificamente, mesmo que houvesse conhecimento da identidade de algumas das visitadoras.

As reflexões apresentadas por Maria Mauad afirmam que as imagens históricas devem ser problematizadas e questionadas para evidenciar suas ausências. Assim, a partir da análise das imagens aqui utilizadas, é necessário problematizar a presença de mulheres negras que compuseram o quadro de visitadoras. A impossibilidade de acesso às fichas de inscrição e admissão das visitadoras no DSA não permitiu identificar características étnicas, econômicas e

[263] SANTOS, Allan Ferreira dos et al. A imagem do ser enfermeira/enfermeiro em filmes de longa-metragem à luz da história da enfermagem. **Revista Memorare**, v. 7, n. 2, p. 249-265, 2020.
[264] BATISTA, 2017a.

formativas das visitadoras. As imagens são aqui apresentadas como principal fonte para entender seus traços e espaços de atuação.

Ao investigar o protagonismo das enfermeiras em Belo Horizonte, entre 1899 e 1938, Rita de Cássia Marques afirmou que as identidades das visitadoras sanitárias ainda carecem de estudo, sobretudo quanto à descrição de sua formação profissional, familiar, econômica e social. Elas são pouco representadas na documentação médica e institucional. A autora investigou a trajetória da enfermeira-diplomada Lays Netto dos Reis e sua atuação na Escola de Enfermagem Carlos Chagas (EECC), primeira no padrão da EEAN inaugurada em Belo Horizonte, e constatou que, antes de seguir para o Rio de Janeiro, em 1939, para ser diretora da EEAN, Lays Netto formou 30 enfermeiras no curso regular de enfermagem. A sua maioria era de mulheres brancas, normalistas, solteiras, jovens e católicas. Entre essas, apenas três enfermeiras foram mulheres negras, com destaque para a trajetória de Maria Barbosa Fernandes.[265]

Segundo Marques, Maria Barbosa nasceu no interior de Minas Gerais, em 1918, e foi admitida na EECC aos 17 anos, concluindo apenas o curso ginasial antes da admissão. Era filha do ferroviário Salatiel Fernandes e da dona de casa Maria do Patrocínio Barbosa. Evidencia-se a importância do ingresso e formação de Maria Barbosa na enfermagem, tendo em vista o baixo acesso de mulheres negras naquela instituição mineira, sendo ela a primeira a se formar.

Trajetórias como a da enfermeira Maria Barbosa nos permitem refletir sobre a presença de mulheres não brancas nos espaços formativos, além de problematizar a sua ausência nos cargos de visitadora sanitária. Se na década de 1940, quando as escolas já formavam enfermeiras diplomadas, o ingresso de mulheres negras ainda era escasso, é de se esperar que essa ausência fosse mais evidente a partir de 1923, quando se iniciou o movimento para formar visitadoras no país. Contudo, a análise da Figura 11 vai de encontro ao que se percebe em outros estados estudados, pela presença de pelo menos duas visitadoras negras: a segunda mulher e a última, que não ocuparam uma posição central na fotografia em comparação às demais visitadoras brancas. Assim como demonstrou Rita Marques, as mulheres negras estavam presentes, embora não tenham sido nomeadas.

---

[265] MARQUES, Rita de Cássia. Mulheres do cuidado: do anonimato ao protagonismo das enfermeiras em Belo Horizonte (1899-1938). In. FERREIRA, Luiz Otávio; BATISTA, Ricardo dos Santos; MARQUES, Rita de Cássia (Org.). **Enfermeiras, educadoras sanitárias e outras profissões**: estudos históricos. São Paulo: Hucitec, 2024. p. 107-134.

2.6 O trabalho da visitadora pernambucana no combate à tuberculose no Estado

Em um discurso apresentado na Cruzada Sanitária, Medeiros fez menção ao trabalho da visitadora com doentes de tuberculose.

> Um cálculo simples nos pode demonstrar: morrem em Recife cinco tuberculosos por mil habitantes; os tuberculosos que morreram representam um decimo dos tuberculosos existentes, logo, em Recife, existem doze mil tuberculosos aproximadamente. Como hospitalizar tantos doentes? É totalmente impraticável; é possível, porém, isolar quase completamente os micróbios que estes doentes expelem; é o que a visitadora conseguirá educando hygyenicamente o doente.[266]

Neste trecho, o sanitarista evidenciou questões importantes. Primeiro, o número de doentes com tuberculose em Recife, ocupando um dos *rankings* de maior mortalidade no estado. Em segundo lugar, a ausência de instituições de saúde para hospitalizá-los, o que tornou necessária a reclusão desses doentes em suas residências, assistidos cotidianamente pelas visitadoras, profissionais responsáveis pela educação antituberculosa.

A tuberculose, conhecida popularmente no século XIX como "tísica", que significa "doença da paixão", foi uma doença infecciosa causada pelo bacilo de Koch, descoberto em 1882. Seus principais sintomas englobavam tosses, fadigas, febres, emagrecimento e dores no peito.[267] Na Europa, foi combatida com tratamento em dispensários, sendo o primeiro criado em Edimburgo, em 1887, por Robert Philip. Essa instituição teve como objetivo identificar os focos de contágio e estabelecer uma vigilância constante, além de oferecer orientações sanitárias para a população.

Durante a virada do século XIX para o XX, a cidade do Rio de Janeiro foi marcada por uma forte desigualdade social, em que trabalhadores foram submetidos a condições degradantes de trabalho, permanecendo cerca de 12 horas cotidianas ocupando locais insalubres, além de serem prejudicados pelas baixas remunerações, habitações precárias e alimentação inadequada.[268] Após o ano de 1902, o governo de Pereira Passos foi responsável por fomentar medidas de combate a algumas das principais doenças que se alastravam entre a população. Entre elas estava a febre amarela, com combate ao mosquito; a peste bubônica, exterminando-se os ratos; e a varíola, vacinando a população. Embora ainda não fosse considerada uma

[266] MEDEIROS, 1924, s/p.
[267] NASCIMENTO, Dilene Raimundo do. **As Pestes do Século XX**: tuberculose e Aids no Brasil, uma história comparada. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.
[268] NASCIMENTO, 2005.

prioridade para as gestões governamentais, a tuberculose acompanhava os altos índices de mortalidade da época.[269]

No Rio de Janeiro, os casos de tuberculose se concentravam entre os trabalhadores, nas habitações populares e coletivas marcadas por aglomerações, péssimas condições higiênicas e ausentes de atenção do poder público. Segundo Dilene Nascimento, a doença foi inserida nas pautas governamentais brasileiras somente após movimentações da DGSP, em 1902, sendo complementadas no ano de 1906, depois que o presidente Rodrigues Alves solicitou ao Congresso Nacional a realização de medidas legais e orçamentárias voltadas à hospitalização dos tuberculosos indigentes. Ele fez duas exigências: a luta contra o bacilo e a defesa orgânica, acompanhadas da notificação compulsória. Todavia, essas movimentações não ocorreram como esperado.[270]

Em 1902, a Liga Brasileira Contra a Tuberculose criou o primeiro dispensário, na cidade do Rio de Janeiro, com o propósito de combater a doença. Esse ato, que inaugurou um movimento de profilaxia à chamada peste branca no país, culminou na inauguração do dispensário Azevedo Lima, onde se identificou bacilos através dos exames de escarro. Nesse período, a preleção de conferências em fábricas, escolas, quartéis e clubes também foi associada às medidas de combate, buscando educar a população sobre a doença, seu contágio e seu tratamento.

Todavia, em se tratando de políticas efetivas nas ações governamentais, a tuberculose só entrou na pauta após a criação do DNSP, em 1920, com o surgimento da Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose. Essa inspetoria, segundo Nascimento, estabeleceu e coordenou o registro dos casos notificados, exames bacteriológicos dos escarros, visitas e instrução higiênica e educacional, inspeções cotidianas, além do isolamento domiciliar e hospitalar.

Em 1921, foi criado no bairro de Botafogo, outro dispensário para o tratamento de tuberculosos, onde foram introduzidos os trabalhos de enfermeiras visitadoras sob orientação do médico José Paranhos Fontenelle. Naquele espaço, as visitadoras foram responsabilizadas por registrar os casos de tuberculose e organizar ações de propaganda e educação higiênica para a população, com o objetivo de conter o seu avanço.

No Brasil, as ações das visitadoras sanitárias se iniciaram sobretudo nas campanhas de combate à tuberculose fomentadas no Rio de Janeiro,[271] onde se tornaram os "olhos" do DNSP.

---

[269] NASCIMENTO, Dilene Raimundo. A doença e o poder público ou o poder das doenças: elementos para uma análise em torno do estado no combate à tuberculose. **Revista de história regional**, [*s. l.*], v. 2, n. 1, 2007.
[270] NASCIMENTO, 2005; 2007.
[271] AYRES et al., 2012.

Elas realizaram vigilância domiciliar, instrução às famílias, educaram higienicamente sobre as condições de moradias e habitações, além de distribuírem escarradeiras e coletarem material para exames.[272] Desse modo, Fontenelle definiu o trabalho da visitadora como uma tarefa feminina, comparando-a a uma peregrinação, na qual as mulheres iam de casa em casa, com paciência e bondade, averiguando as condições de saúde da população.

Por ter participado do fomento ao trabalho da visitadora, com Fontenelle, Amaury de Medeiros empreendeu a formação do corpo de visitadoras de Pernambuco, após assumir o cargo de diretor do DSA, em um contexto no qual a reforma sanitária do estado já estava em andamento (1923). No estado de Pernambuco, o trabalho dessas mulheres também se concentrou inicialmente nas ações voltadas para o combate à tuberculose, o que demonstrou semelhanças entre o contexto sanitário da capital brasileira e dos demais estados, evidenciando os avanços alcançados pela reforma sanitária pernambucana.

Com o objetivo de controlar a condição das residências, para a evitar a propagação de doenças, Amaury de Medeiros informou que o estado adotou uma política de cadastro das habitações, como apresentado no Capítulo I. Essa política serviu para inspecionar a saúde e a higiene por meio das chamadas delegacias de saúde, formadas por inspetores e guardas visitadores. Tendo em vista as condições precárias de moradia, que tornavam doenças como a tuberculose propícias, o DSA adotou um plano de construção de "casas operárias do zero" e de reformar as precárias casas existentes, denominadas por Medeiros como mocambos, além de solucionar problemas de abastecimento de água e de tratamento de esgoto.[273]

A tuberculose foi definida por Amaury de Medeiros como um dos mais notórios problemas sanitários de Recife, constatado após as correções feitas no serviço de verificação de óbitos e na realização dos recenseamentos sanitários, em 1923 e 1925, também mencionados no capítulo inicial desta dissertação. Segundo o médico, esses levantamentos possibilitaram a criação de uma tabela (Tabela 5) que comparou os dados de mortalidade geral e das mortes causadas pela tuberculose entre os anos de 1920 e 1925, apresentada a seguir.

Tabela 5: Mortalidade geral e por tuberculose em Recife

Anno	Mortalidade Geral	Mortalidade Tuberculose	População	Mortalidade por mil habitantes
1920	7.629	1.412	260.000	5,4
1921	7.671	1.397	260.000	5,3
1922	7.565	1.143	270.000	4,2
1923	7.936	1.303	313.150	4,1

[272] NASCIMENTO, 2005.
[273] MEDEIROS, 1926.

1924	7.818	1.339	320.000	4,1
1925	7.388	1.272	355.571	3,5

Fonte: Medeiros (1926, p. 97).

O ano de 1920, quando Pernambuco ainda estava sob o governo temporário de Otávio Hamilton Tavares Barreto, e o ano de 1923, quando já estava sob o governo de Sérgio Loreto, destacam-se pelas maiores taxas de mortalidade geral e por tuberculose, inserindo nessa última também o ano de 1921. A análise da tabela nos permite perceber também o progressivo crescimento populacional, dados que podem ter sido influenciados pelo maior controle no serviço de notificação de nascimentos. A alta mortalidade por tuberculose, presente nas estatísticas da saúde, tornou-se preocupação dos médicos e dos agentes governamentais.

Amaury Medeiros destacou que dois terços da mortalidade em Recife ocorriam no interior dos hospitais, sendo 20% pacientes que vieram de outras cidades do estado. No ano de 1923, em que as ações do governo de Sérgio Loreto foram introduzidas na capital, os serviços de combate à tuberculose não foram incluídos nas ações do Departamento e dos serviços de higiene, embora já houvesse dispensários para tuberculosos coordenado pela LPCT, fundada pelo dr. Octávio de Freitas.[274]

A criação desses dispensários também foi fomentada pelo dr. Octavio de Freitas (1871-1949), nomeado Diretor da Inspetoria de Profilaxia Contra a Tuberculose, instituição inaugurada em julho de 1923 sob coordenação de Amaury de Medeiros. Natural de Teresina – Piauí, Freitas ingressou na Faculdade de Medicina da Bahia, em 1886, transferindo-se para o curso médico da FMRJ um ano depois, onde se formou em 1892. Para além de sanitarista, atuou como jornalista, cronista e professor da Faculdade de Medicina de Recife, onde também ocupou o cargo de médico adjunto do Hospital Pedro II.

Freitas fundou e dirigiu a LPCT, além dos dispensários "Octavio de Freitas" e "Lino Braga", que integraram as primeiras ações de combate da LPCT no estado, e esteve à frente de um terceiro dispensário, localizado no bairro do Derby, fundado em 1937.[275] Graças às suas contribuições à saúde, deu nome ao primeiro dispensário de tuberculose criado em Pernambuco, ainda no ano de 1904. Esses dispensários funcionavam "através de medidas que incluíam a educação da população sobre a doença, por meio da difusão de noções de higiene, formas de

[274] MEDEIROS, 1926.
[275] GOUVEIA, Bruno Marcio. Octávio de Freitas e as crônicas médicas em Pernambuco. **Temporalidades**, v. 12, n. 2, p. 208-223, 2020.

contágio e prevenção; descoberta de novos casos; e assistência médica e social aos doentes cadastrados na instituição, principalmente os menos favorecidos".[276]

Segundo dados do relatório apresentado pelo Dr. Freitas, o Serviço de Profilaxia Contra a Tuberculose foi anexado ao Serviço de Profilaxia Rural após o aditivo ao acordo de Saneamento e Profilaxia Rural mencionado no Capítulo I. Esse serviço, que começou a ser executado em julho de 1923, foi entregue à LPCT antes de ser tutelado pelo serviço rural, dispondo de um baixo orçamento e de restrições a pequenas verbas, segundo o médico.

Como também mencionado no Capítulo I, Amaury de Medeiros sugeriu ao médico Plácido Barbosa um aditivo ao acordo de saneamento rural, que permitiu a utilização de verbas orçamentárias desse serviço nas ações de combate à tuberculose. Isso ocorreu porque as verbas estaduais estavam sobrecarregadas com a reforma. Além disso, segundo Medeiros, a Inspetoria de Tuberculose do DNSP apresentou interesse em colaborar com os estados nas campanhas de profilaxia, o que também viabilizou esse subsídio.

A proposta foi aceita pelo governo e pelo DNSP, em 30 de abril de 1923, quando lavrou-se o termo do aditivo. Desse modo, estabeleceram-se os serviços notificação obrigatória da tuberculose, a criação e reforma de dispensários para o tratamento dos doentes e a instalação de hospitais e/ou enfermarias especiais para tratá-los. Foi criado um serviço especial de enfermeiras visitadoras em Pernambuco, além da regulamentação do escarro e da educação higiênica da população.

Essas informações são pertinentes a essa pesquisa pois as primeiras menções aos serviços de visitadoras em Pernambuco envolveram os serviços de combate à tuberculose. Esta dissertação defende a hipótese de que esse foi o primeiro local de atuação dessas profissionais no estado, sobretudo nos dispensários, onde ofertavam assistência e educação à população doente, às mães e crianças no dispensário infantil. Segundo o termo, não seria necessária a criação de enfermeiras especiais para aquele serviço, já que essa função também poderia ser ocupada por enfermeiras gerais, desde que possuíssem conhecimentos específicos.[277]

O sistema de notificações compulsórias apresentado como uma obrigatoriedade em Pernambuco também foi implantado em outros estados brasileiros em períodos anteriores. Na Bahia, Maria Elisa Lemos destacou que a lei para tratar sobre questões sanitárias, que estabeleceu a notificação compulsória de doenças transmissíveis, foi sancionada em 1897,

---

[276] BRASILEIRO, Carolina da Fonseca Lima. **Arquitetura Antituberculose em Pernambuco:** Um estudo analítico dos Dispensários de Tuberculose do Recife (1950-1960) como instrumentos de profilaxia da Peste Branca. Dissertação (Mestrado em Arquitetura e Urbanismo) –, Faculdade de Arquitetura e Urbanismo de Pernanbuco, Recife, 2012. p. 56.
[277] MEDEIROS, 1926.

perdurando durante a gestão de J. J. Seabra (1912-1916), dando destaque à notificação da tuberculose, com restrição de alguns casos; à atuação da polícia sanitária, ao isolamento de doentes, especialmente em casos graves; à desinfecção, à vigilância e à obrigatoriedade do uso das escarradeiras.[278]

A utilização da visitadora sanitária no combate à tuberculose também ocorreu em outros países como Portugal, em especial após o ano de 1899, quando a monarca D. Amélia de Bragança criou a assistência nacional aos tuberculosos baseada na criação de novos cargos e instituições de saúde. Como exemplo, citam-se os sanatórios de montanha, destinados a tratamentos mais graves; hospitais marítimos; dispensários antituberculosos, nos centros das cidades do reino; hospitais de isolamento e a inserção de enfermeiras visitadoras no domínio das práticas de combate. Ter essas mulheres nos cargos de orientadoras da higiene foi uma medida implementada após a reforma estatuária, em 1912, na qual as autoridades médicas priorizaram a profilaxia social e a educação como forma de combate.[279]

Segundo Ismael Vieira, a utilização de um serviço regular de visitadoras também ocorreu nos Estados Unidos após o ano de 1899, especialmente no interior do dispensário que funcionou anexo ao *Johns Hopkins Hospital*. Suas ações se concentraram na educação e nos cuidados com os tuberculosos em domicílio, além de também atuarem em dispensários e escolas. Essa "intervenção educativa e profilática destinada a dar a conhecer medidas de minimização do risco de contágio, mas também estimular o doente a fazer uma cura domiciliária através duma boa alimentação, ar fresco e repouso à maneira dos sanatórios".[280] Assim, os processos formativos, o uso dos discursos para convencer a população sobre o tratamento da doença, e a oferta de orientações higiênicas e educativas no trabalho das visitadoras ocorreram em outros países, assim como no Brasil.

Em 20 de maio de 1925, o doutor José Octávio de Freitas compareceu ao DSA para assinar um acordo com Amaury de Medeiros referente à tutela dos dispensários Octávio de Freitas e Lino Braga, que passariam à superintendência do DSA. Segundo os termos do acordo, a LPCT manteria sob a superintendência imediata do DSA os dispensários Octavio de Freitas, construído por ela e inaugurado em 10 de janeiro de 1904, na rua Gervásio Pires; e o Dispensário Lino Braga, inaugurado em 21 de janeiro de 1912 também pela LPCT, que passaria

---

[278] SILVA, Maria Elisa Lemos Nunes da. **Do "centro" para o "mundo**": a trajetória do médico José Silveira na luta contra a tuberculose. Tese de Doutorado. Tese (Doutorado em História) –, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2009.
[279] VIEIRA, Ismael Cerqueira. O papel das enfermeiras visitadoras domiciliárias na profilaxia da tuberculose na primeira metade do século XX em Portugal. **Pensar Enfermagem**, *[S. l.]*, v. 1, pág. 19–30, 2015.
[280] VIEIRA, 2015, p. 25.

a funcionar anexo ao grupo escolar "Amaury de Medeiros", situado na rua São Miguel, em Afogados da Ingazeira. Antes disso, o dispensário funcionou na rua conselheiro Peretti (antiga rua da roda). O dispensário Octavio de Freitas foi destinado ao tratamento de adultos, enquanto o Lino Braga se concentrou em crianças, do nascimento aos sete anos de idade.[281]

O primeiro funcionou durante vinte anos e forneceu serviços médicos, remédios, alimentação e roupas à população. Nele, havia um visitador fiscalizava os domicílios. No segundo, que também funcionou como gota de leite (lactário), eram fornecidos leite pasteurizado a cerca de 30 crianças, diariamente, além de serviços de higiene pré-natal, sob os cuidados de um parteiro/ginecologista e de profilaxia antituberculosa, antissifilítica e antialcoólica para as mulheres que foram inscritas do dispensário durante a gravidez. [282] A criação desses dispensários, a partir do ano de 1904, e a sua posterior expansão foram passos importantes para o combate à doença no estado, tendo em vista que, antes da criação do dispensário Octávio de Freitas, a capital não contava com nenhum órgão público ou privado, uma vez que os atendimentos aos tuberculosos eram realizados em enfermarias gerais do Hospital D. Pedro II.[283]

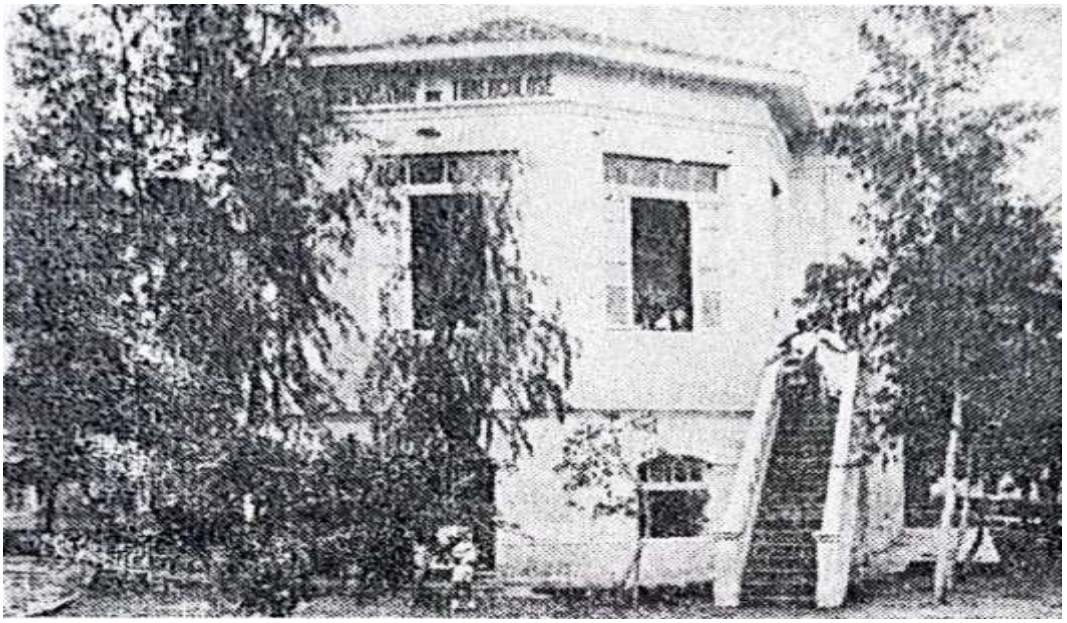
O desenvolvimento desses serviços foi sucedido por nomeações importantes como a do doutor Francisco Figueiredo, como médico clínico; e do Dr. Olívio Alvares como médico laringologista (Figura 17). As professoras Edmeé Barbosa, Maria Cândida de Farias, Claudina Silva Santos, Abigail Calvão Raposo e Maria do Carmo Monte foram nomeadas visitadoras nos dispensários. Por realizarem um intenso trabalho educativo, acredita-se que a nomeação de normalistas para esse cargo se justificou pelo bom desenvolvimento da educação sanitária. O dispensário Octavio de Freitas foi conhecido como dispensário-modelo (Figura 14). Sua estrutura, descrita por Medeiros, contou com dois pavimentos, um no térreo e outro no 1° andar.

> No primeiro se encontra uma sala de espera para os consultantes já receitados aguardarem suas formas medicamentosas, seus alimentos ou roupas que lhes são fornecidos pela Liga Pernambucana contra a tuberculose; um laboratório pharmaceutivo onde são confeccionados os medicamentos e um quarto do Raio X para exames dos doentes deles carecedores. No primeiro andar encontra-se a sala de espera onde os doentes aguardam ser chamados para as consultas; o gabinete de clínica de nariz, garganta e ouvidos; gabinete de clínica médica, o laboratório de analyses microscópicas, a sala das enfermeiras visitadoras e o gabinete do chefe dos serviços. Os tuberculosos, uma vez matriculados no serviço são detalhadamente inscriptos nas fichas apropriadas que ahi se encontram.[284]

[281] MEDEIROS, 1926.
[282] MEDEIROS, 1926.
[283] BRASILEIRO, 2012.
[284] MEDEIROS, 1926, p. 101.

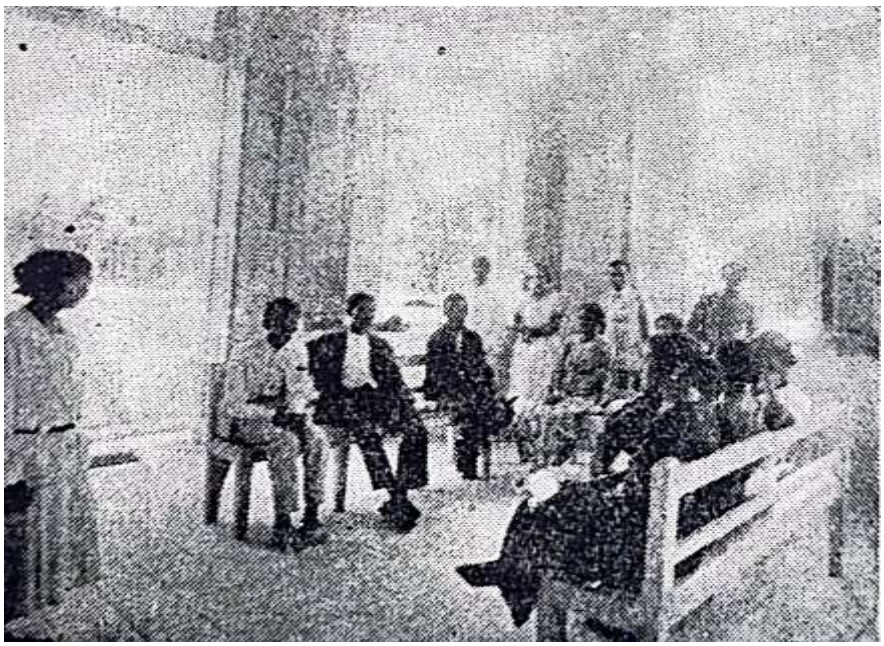
Como mencionado por Amaury de Medeiros, as visitadoras possuíam uma sala específica para a realização dos acompanhamentos aos tuberculosos. A ocupação de uma sala destinada a elas torna evidente a sua importância na assistência aos doentes. Naquele espaço, as visitadoras realizavam a matrícula dos enfermos (Figuras 16).

Figura 14: Vista do dispensário modelo para tuberculosos, anexo à sede do Departamento de Saúde e Assistência



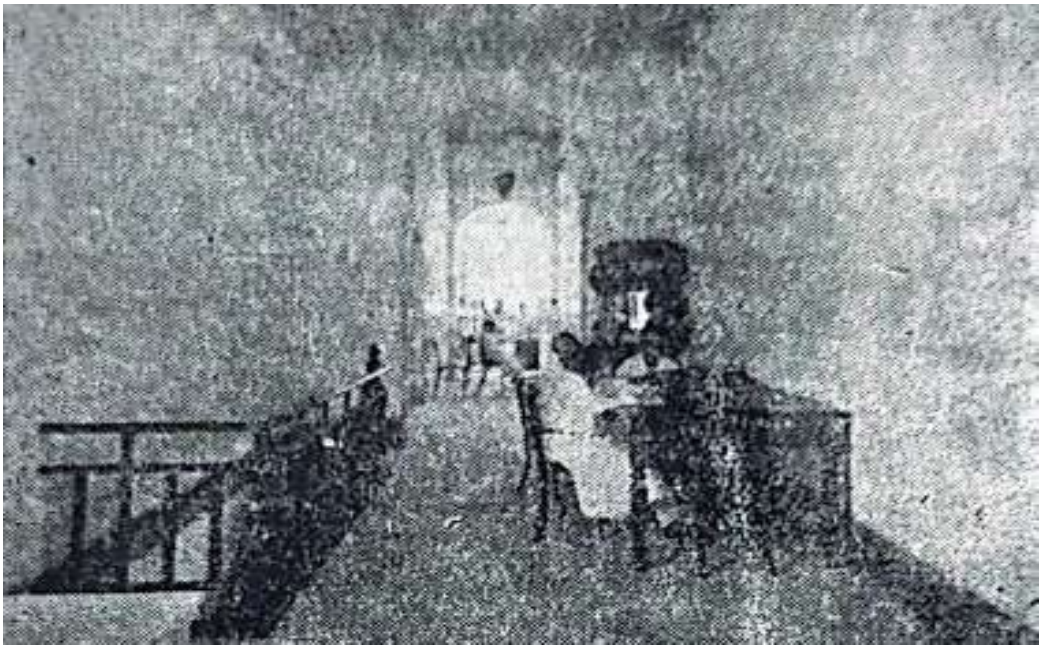
Fonte: Medeiros (1926, p. 105).

Figura 15: Sala de espera do Dispensário Octávio de Freitas onde uma visitadora realizou uma palestra sobre a tuberculose



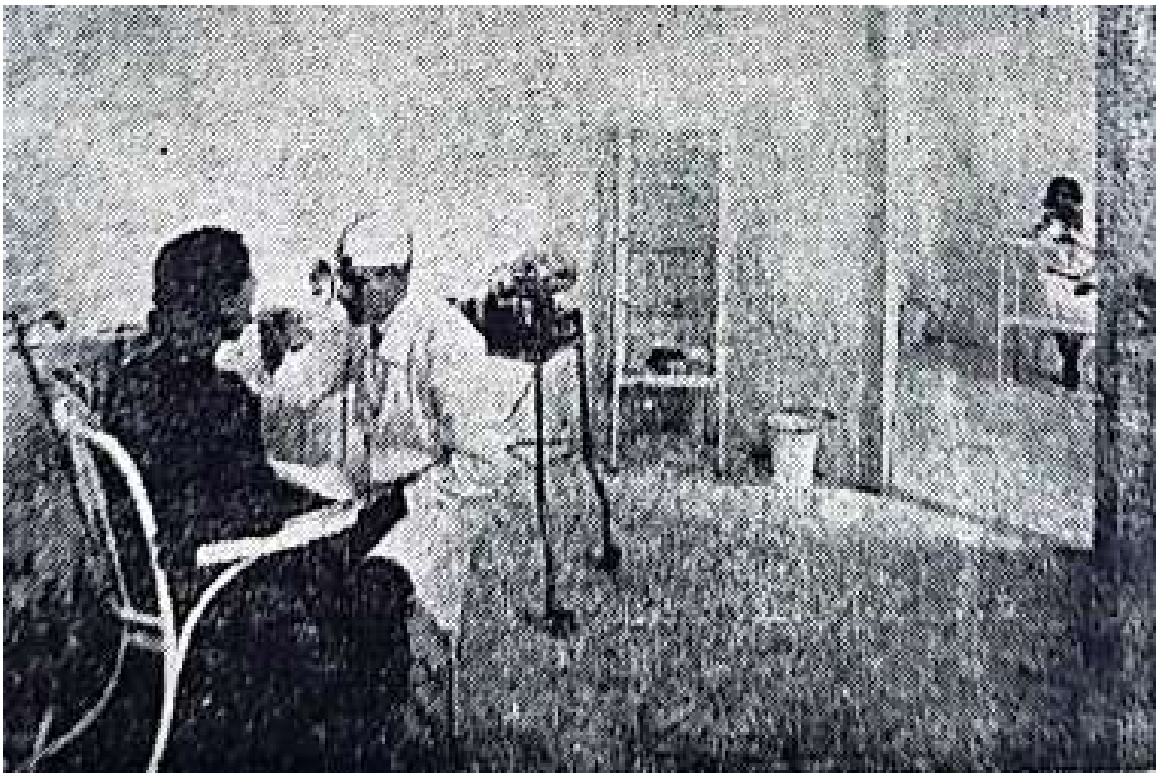
Fonte: Medeiros (1926, p. 105)

Figura 16: Sala de trabalho das visitadoras no dispensário Octávio de Freitas



Fonte: (Medeiros, 1926 p. 106).

Figura 17: Consulta com o dr. Olívio Alvares, laringologista do dispensário Octávio de Freitas. Ao fundo, avista-se uma visitadora



Fonte: Medeiros (1926, p. 106)

Nas imagens apresentadas, percebe-se a presença da visitadora em primeiro e segundo plano. Na Figura 15, a visitadora está posicionada de pé em frente a 13 pessoas. Segundo

Medeiros, essa fotografia foi retirada quando a profissional realizava uma palestra sobre educação sanitária e sobre os cuidados contra a tuberculose. Essa visitadora, em específico, não foi identificada nos relatos do médico.

Na Figura 16 é possível identificar a visitadora em primeiro plano, sentada em uma mesa. O local, segundo Medeiros, era sua sala de trabalho. Ao fundo da imagem é possível perceber um homem sentado em uma cadeira. Para realizar as matrículas, elas ficavam a 1,50 m de distância dos doentes. Esse distanciamento buscava evitar que as profissionais tivessem contato direito com eles, já que a tuberculose é uma doença infectocontagiosa transmitida através da tosse e das vias orais. A sala para a realização desses serviços estava alocada no primeiro andar do dispensário. Na Figura 17, a visitadora foi apresentada em segundo plano, sentada ao fundo da sala, enquanto o médico Olívio Alvares, laringologista do dispensário Octávio de Freitas, fazia uma consulta.

Essas fotografias nos permitem refletir sobre o papel exercido por essas mulheres nos serviços de saúde. Por realizarem os serviços de visita domiciliar e educação sanitária, elas exerceram forte influência no desenvolvimento das políticas de saúde no estado. Desse modo, perceber a visitadora em segundo plano na figura 17 auxilia a problematizar também a forma como essas mulheres foram vistas pelos médicos, pois, segundo Medeiros, embora necessárias, ainda eram consideradas auxiliares dos doutores.

Em 3 de janeiro de 1924, o *Diário de Pernambuco* publicou uma matéria sobre o combate à tuberculose e afirmou que um dos principais métodos para a combater, desde a infância, foi afastar as crianças e recém-nascidos do convívio com os doentes em suas residências. Assim que diagnosticado, o caso deveria ser notificado ao devido dispensário, de modo que o paciente fosse cuidado por médicos e visitadoras. Em casos nos quais o doente fosse impossibilitado do isolamento domiciliar, deveria ser encaminhado a um hospital especializado ou dispensário, evitando que a doença se espalhasse. O texto mencionou ainda os efeitos da doença na infância, afetando os ossos, glândulas e intestinos.

> Na infância, quando a infecção é considerável, a tuberculose manifesta-se sob as formas meningíticas e miliares, sempre mortais, ou atacando os ossos, as glândulas e os intestinos, de summa gravidade. Os que, com frequência adoecem e se libertam das investidas dos bacilos de Koch durante a infância, estão expostos, quando chegam á edade de adolescência, a soffrer de tuberculose pulmonar. Um bom estado de saúde não livra do contágio a creança recem-nascida ou de tensa edade e por isso, em todos os casos, a

> prudencia manda aconselhar o affastamento systemático de todas ellas do convivio com os tuberculosos.[285]

2.7 A Inspetoria de Higiene Infantil de Pernambuco e a atuação das visitadoras sanitárias na assistência às mães e crianças

Como parte da expansão dos seus serviços realizados em 31 de dezembro de 1923, o DNSP regulamentou a criação da IHI junto aos serviços de Higiene Industrial, Propaganda e Educação Sanitária. As ações da Inspetoria se concentraram inicialmente no combate à mortalidade infantil, tendo em vista os altos índices apresentados no país, além de ser uma política criada na maioria dos estados que estabeleceram acordos com o governo federal.[286]

A proposta para criar postos de profilaxia, onde também seriam ofertados os serviços de higiene infantil sob tutela de um médico especializado, foi uma das bases para o seu funcionamento. A nível nacional, essa inspetoria objetivou prestar assistência à primeira infância, mediando políticas de assistência e profilaxia, criando cargos para atuar nos dispensários, hospitais, lactários e escolas, como é o caso dos médicos e visitadoras sanitárias, além da criação de instituições de pesquisa voltadas para os problemas da mortalidade infantil, sobretudo ligados à alimentação e aos distúrbios gastrointestinais.

O artigo n.º 319 do decreto informou que a equipe da IHI do DSNP, que funcionou entre os anos de 1923 e 1934, contou com u, inspetor, 12 médicos, trabalhadores da escritura, material, arquivo, porteiros, guardas e serventes, além de seis auxiliares de dispensário, quatro guardas sanitários e visitadoras em número significativo, não mencionando a quantidade específica. Os capítulos V e VI também são pertinentes para esta pesquisa por discutirem sobre mulheres e maternidade.

Sobre o primeiro grupo, destacam-se as mulheres operárias, que passaram a ter garantia de 30 dias de repouso antes e, também, após o parto. Além disso, informou-se que as indústrias deveriam organizar caixas em favor das mães pobres, para que as mulheres não se prejudicassem em seu trabalho e se dedicassem aos seus filhos. O segundo tópico defendeu a criação de maternidades com o objetivo de fiscalizar o nascimento das crianças, não permitindo sua saída da instituição até completarem 15 dias de vida, oferecendo todos os cuidados necessários.[287]

---

[285] DIÁRIO DE PERNAMBUCO. **Combate à tuberculose**. 3 jan., 1924, Recife: Biblioteca Nacional, p. 1.
[286] BRASIL. **Regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública**: Decreto nº 16.300. Brasília, DF: Presidência da República, 1923.
[287] BRASIL, 1923.

Segundo Luiz Otávio Ferreira e Lidiane Ribeiro, o público-alvo da IHI inicialmente não foi a infância abandonada, e sim as mulheres operárias.[288] Isso justificou as medidas apresentadas pelo decreto, que também defendeu a criação de creches e câmaras de amamentação vinculadas à indústria para que as mulheres pudessem exercer a dupla função de nutriz e operária.[289] A Inspetoria foi criada por Fernandes Figueira, que em sua trajetória médica combateu a mortalidade infantil através da articulação de políticas em defesa da educação materna e do aleitamento, denunciando assim as más condições de alimentação apontadas por ele como um dos principais motivos para as altas taxas de mortalidade.[290]

Ao ofertar propostas para o melhor desenvolvimento da reforma sanitária empreendida na cidade do Rio de Janeiro, Figueira denunciou principalmente os problemas em torno da infância. Segundo Gisele Sanglard, o médico defendeu uma reforma nos serviços hospitalares da capital, especialmente quando relacionados a serviços de saúde para o público infantil, concentrando suas ações e discursos na reforma das Santas Casas da Misericórdia (SCM), espaços que ofertavam auxílio médico à população pobre e à infância abandonada.[291]

À frente de instituições de assistência à infância, Fernandes Figueira administrou a IHI a partir de 1923, ocupando também, durante 14 anos, o cargo de diretor da policlínica das crianças, instituição criada em 1909 e vinculada a SCM do Rio de Janeiro.[292] Segundo Ferreira e Ribeiro, o médico também defendeu os consultórios de higiene como espaços primordiais para a investigação de problemas nutricionais das crianças, principais motivos que as levavam à óbito. Além disso, notou a importância dos métodos de reeducação alimentar por meio de orientações feitas, às mães, pelos médicos e visitadoras.[293] Coube à visitadora "inspecionar as crianças em fase de amamentação, zelando para que os conselhos de higiene ministrados às mães nos consultórios fossem seguidos".[294]

Acompanhando o desenvolvimento das ações sanitárias de saúde e higiene infantil, o governo pernambucano, junto ao DSA, criou a IHI do estado por meio da lei n° 1.569 de 11 de maio de 1923, que funcionou com o trabalho das visitadoras sanitárias. Amaury de Medeiros

---

[288] FERREIRA, Luiz Otávio; RIBEIRO, Lidiane Monteiro. Entre a assistência e a higiene: saúde pública e infância no Rio de Janeiro e na Bahia (1921-1933). In: SANGLARD, Gisele (Org.). **Amamentação e Políticas para a Infância no Brasil**: a atuação de Fernandes Figueira (1902-1928). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2016. p. 101-118.
[289] SANGLARD, 2016.
[290] SANGLARD, 2016.
[291] SANGLARD, Gisele. A primeira república e a constituição de uma rede hospitalar no Distrito Federal. In: PORTO, Ângela et al. (Org.). **História da saúde no Rio de Janeiro:** instituições e patrimônio arquitetônico (1808-1958). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.
[292] SANGLARD, 2016.
[293] FERREIRA; RIBEIRO, 2016.
[294] FERREIRA; RIBEIRO, 2016, p. 106.

informou à comunidade pernambucana sobre a realização de uma avaliação para selecionar visitadoras aptas a trabalhar no SHI, utilizando a alta mortalidade infantil nos primeiros anos de vida como justificativa para formar cuidadosamente mulheres nos cuidados com as mães e crianças.[295] Após o concurso de efetivas para o Serviço, realizado no dia 6 de abril de 1925, das 22 mulheres que haviam sido aprovadas na primeira turma do curso de visitadoras, 16 foram selecionadas para o trabalho. Em seguida, durante um ano, elas realizaram um curso completo de aproveitamento no Departamento para trabalhar no SHI.

A ordem de classificação foi: 1° lugar – Olivia da Conceição Dowsley Coimbra; 2° lugar – Josepha Honorina Bessoni Monteiro Pessoa, Armiragy Breckenfeld e Eunice Argymira Breckenfeld; 3° lugar – Claudina Raposo da Silva Santos; 4° lugar – Thereza Wanderley Lins, Odette de Meira Travassos, Maria de Lourdes de Freitas Barboza, Maria Cândida de Farias, Abigail de Medeiros Galvão Raposo e Edmeé Barbosa de Medeiros; 5° lugar – Maria Orvalinha Monteiro Jacome e Regina América da Silva. Por fim, em 6° lugar – Umbellina Rodrigues Esteves, Rosa Emília de Oliveira Abreu e Laura Luiz Nunes.[296] Segundo Medeiros, a maioria das profissionais selecionadas possuíam o título de professora, formadas pela Escola Normal Oficial do Estado.

Ao discutir os conhecimentos adquiridos após a formação nos cursos normais, Barros, Carvalho e Dória afirmam que as professoras estariam aptas a ingressar em outros campos de atuação profissional ligado às orientações de normas e conhecimentos, a exemplo da enfermagem, "pois fazia parte da estratégia nacional formar outros sujeitos que viessem compor as forças que lutavam contra as mazelas da população".[297] Para Medeiros, as alunas mostraram qualidades excepcionais, que se explicavam à instrução anterior, por isso que, com exceção de duas parteiras e algumas farmacêuticas, todas eram professoras tituladas pela Escola Normal Oficial do Estado.

Sobre a organização da IHI, o médico informou que a equipe era composta por: um inspetor chefe dos serviços, um assistente encarregado do serviço de Puericultura, um assistente para o serviço pré-natal e para a inspeção das amas de leite, outro do serviço de assistência a infância, três médicos escolares, uma visitadora chefe, dezesseis visitadoras, três parteiras para o serviço pré-natal e assistência aos partos e suas dentistas.[298] Possuía também uma pequena secretaria com dois funcionários, um escriturário e um servente, um consultório para gestantes

[295] MEDEIROS, 1926.
[296] DIÁRIO DE PERNAMBUCO. **Concurso de visitadoras**. 17 abril., 1925. Recife: Biblioteca Nacional, p. 3.
[297] BARROS; CARVALHO; DÓRIA, 2017. p. 5.
[298] MEDEIROS, 1926, p. 163.

e amas de leite, um dispensário ou centro de cultura infantil, além das instalações necessárias para os médicos escolares e para as visitadoras.

No que tange à atuação das visitadoras nessa organização, os serviços ocorriam assim: o serviço de estatística, propaganda e educação sanitária acontecia por canais de divulgação de imprensa. As visitadoras sanitárias atuavam por meio da ação social e domiciliar, sobretudo nas áreas do Recife em que residia a população mais pobre. As profissionais buscavam convencer e encaminhar as mulheres grávidas ao serviço de pré-natal. No local, elas passariam por uma série de exames para atestar a sua saúde e do seu bebê. O procedimento possibilitaria, ainda, o conhecimento sobre possíveis doenças que causassem a mortalidade materna, mortalidade neonatal e abortos.

Para convencer as mães a realizarem a matrícula nos serviços de higiene infantil, o médico afirmou que foram entregues presentes (Figuras 18 e 19). Embora o conteúdo não fosse especificado, essa prática se inspirou nas campanhas contra a tuberculose organizada no Rio de Janeiro, onde os médicos atraíam os necessitados por meio da oferta de roupas e alimentos.[299]

Figura 18: Crianças nascidas sob as vistas do serviço vêm receber presentes no dia do 1° aniversário do dispensário

Fonte: Medeiros (1926, p. 161).

[299] MEDEIROS, 1926.

Figura 19: No dia de Natal as crianças matriculadas no Serviço de Higiene Infantil vieram receber presentes sanitários. Na foto, estão presentes o chefe do serviço e as visitadoras que organizaram a distribuição

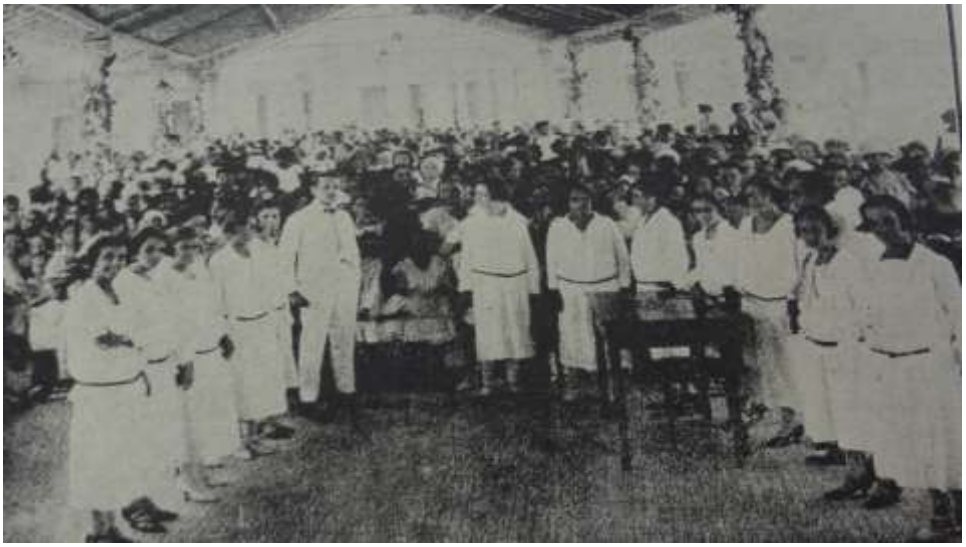


Figura 18: Medeiros (1926, p. 162).

Na Figura 18, as mães e crianças já inscritas nos serviços de pré-natal do DAS pousam para a fotografia, ao lado das visitadoras que realizavam o acompanhamento, em especial visitadoras parteiras. Havia bebês e crianças em idades mais avançadas, o que se acredita simbolizar tanto o estágio dos recém-nascidos, que passaram a ser acompanhados pelas visitadoras desde cedo, como a continuidade da matrícula e da assistência dada as mães até os filhos adentrarem a idade escolar.

Na Figura 19, por sua vez, é possível identificar em primeiro plano 13 visitadoras sanitárias e o chefe dos serviços. Ao fundo, estão dispersos vários homens, mulheres e crianças. Segundo a legenda, trata-se de uma festividade natalina ofertada pela IHI e o serviço pré-natal do DSA, destinada às famílias assistidas e acompanhadas. Nesse espaço, foram entregues "presentes sanitários" às mães e crianças.

Uma vez que a gestante se matriculava no serviço, a visitadora parteira ia até a sua habitação para verificar suas condições de moradia e, sobretudo, de higiene, além de realizar o acompanhamento cotidiano da mãe aos serviços mencionados. Em um primeiro momento, realizava-se coletas e exames de urina em prazos determinados. No momento do parto, a visitadora parteira ia até a residência em uma ambulância, portava o material para a realização do procedimento na própria casa e encaminhava a parturiente para o hospital apenas em casos necessários.

Essa informação chama atenção, pois, segundo Maria Lúcia Mott, a partir da década de 1920, os partos domiciliares já não eram tão comuns nas grandes capitais e centros urbanos,

mas ainda estavam presentes, sobretudo na região Nordeste e no interior dos estados onde havia intensa atuação das parteiras. Com a possibilidade de os nascimentos também ocorrerem em domicílio, os médicos passaram a exigir estruturas específicas para realizá-los de forma segura, estabelecendo, por exemplo, a necessidade de se ter água encanada nos quartos ou banheiros próximos, para uma melhor higienização das mãos do profissional, além de comportar utensílios como gazes, álcool e soro fisiológico.[300]

Em Recife, embora a documentação não apresentasse especificações sobre o parto realizado pela visitadora em residência, supõe-se que foram seguidos critérios semelhantes. É válido rememorar o trabalho das parteiras ao longo da história, que se destacaram em um período anterior ao desenvolvimento da prática obstétrica e da medicalização das formas de nascer.

As discussões sobre a criação das maternidades, onde os partos seriam realizados sob tutela médica, datam das últimas décadas do século XIX e início do século XX. Antes disso, os partos ocorriam comumente dentro das residências das parturientes com o auxílio das parteiras, também denominadas comadres. Essas mulheres foram subdivididas em duas categorias: as parteiras "ocasionais", que realizavam apenas alguns partos, não figurando como sua profissão principal ou secundária, e as de "ofício", que tinham a parturição como profissão, mesmo que ausente de formação profissional.[301]

Segundo Maria Renilda Nery Barreto, existiam três tipos de parteiras de ofício: as "leigas", "examinadas" e "diplomadas". As leigas possuíam os saberes empíricos, as examinadas "eram avaliadas por cirurgiões indicados pela fisicatura-mor, órgão responsável pela regulação e fiscalização dos profissionais das artes de curar" sendo, portanto, necessária a emissão de uma carta de autorização do exercício da parturição.[302] Por fim, destacam-se as parteiras diplomadas que se formaram nos cursos de obstetrícia ofertados pelas faculdades de medicina na Bahia ou do Rio de Janeiro, a partir do ano de 1832. Nos partos, cortavam o cordão umbilical, davam o banho e colocavam a vestimenta do recém-nascido, orientavam sobre a dieta alimentar da mãe e do filho, e prescreviam remédios comumente à base de ervas para as possíveis complicações puerperais.[303] "Estas, além da atenção ao parto, na maioria

[300] MOTT, 2002.
[301] MOTT, 2005, p. 119.
[302] BARRETO, 2008, p. 904-905.
[303] BARRETO, 2008.

das vezes cuidavam também da saúde da mulher, do pré-natal e puerpério, das doenças femininas, dos aconselhamentos e orientações quanto à fertilidade".[304]

Nos discursos médicos do século XIX, é possível identificar um forte repúdio ao exercício das parteiras "leigas". Essas mulheres, de conhecimentos seculares, foram inseridas na categoria de charlatãs pelos médicos que, por sua vez, alegavam a utilização de práticas empíricas e técnicas medicinais naturais como perigosas, por fugir do controle deles.[305] Para além disso, as comadres também foram culpabilizadas pela morte de mulheres e crianças nos partos, influenciadas pelas condições de insalubridade das residências e pela ausência de práticas, materiais e equipamentos presentes na medicina institucional.

Diante disso, houve um combate ao exercício das parteiras "leigas" e não diplomadas, acompanhado de uma campanha de valorização do parto medicalizado sob tutela médica e do Estado.[306] Na perspectiva dos médicos, o trabalho das parteiras leigas em nada se assemelhava ao das parteiras visitadoras que trabalhavam no DSA, por exemplo, pois, além de possuírem diplomas nos cursos de parto, passaram também pelos processos formativos especializados ofertados pelo Departamento.

De volta à discussão, quando a criança nascia, a visitadora realizava a matrícula no centro de cultura infantil e acompanhava o seu desenvolvimento durante a primeira infância. Amaury Medeiros descreve que o poder de persuasão da visitadora para com as mães ocorria eficazmente, em relação à ideia da função cuidadora, docilidade, gentileza e pureza da fala, apontadas por Heloísa Rocha no caso de São Paulo.[307] Por conseguinte, quando as crianças chegassem à idade escolar, as funções seriam transferidas para os médicos e para as visitadoras escolares e dentistas, se atendo ao desenvolvimento físico e à evolução dentária.

Para alcançar a efetividade dos efeitos mencionados, Medeiros informou que, inicialmente, o serviço de puericultura passou por ampliações, adotando um método de registro de informações das mães e dos recém-nascidos baseado em três cartões preenchidos pelas visitadoras de cada distrito de Recife, encaminhados a elas pela visitadora-chefe após a notificação dos nascimentos. O primeiro cartão era familiar, no qual se registrou os dados sobre

---

[304] PALHARINI, Luciana Aparecida; FIGUEIRÔA, Silvia Fernanda de Mendonça. Gênero, história e medicalização do parto: a exposição "Mulheres e práticas de saúde". **História, Ciências, Saúde – Manguinhos,** Rio de Janeiro. v. 25, n. 4, p.1039-1061, 2018. p. 1040.

[305] COSTA, Tonia; STOTZ, Eduardo Navarro; GRYNSPAN, Danielle; SOUZA, Maria do Carmo Borges de. Naturalização e medicalização do corpo feminino: o controle social por meio da reprodução. **Interface – Comunic., Saúde, Educ** [online]. São Paulo. v. 10, n. 20, p. 263-280, 2006.

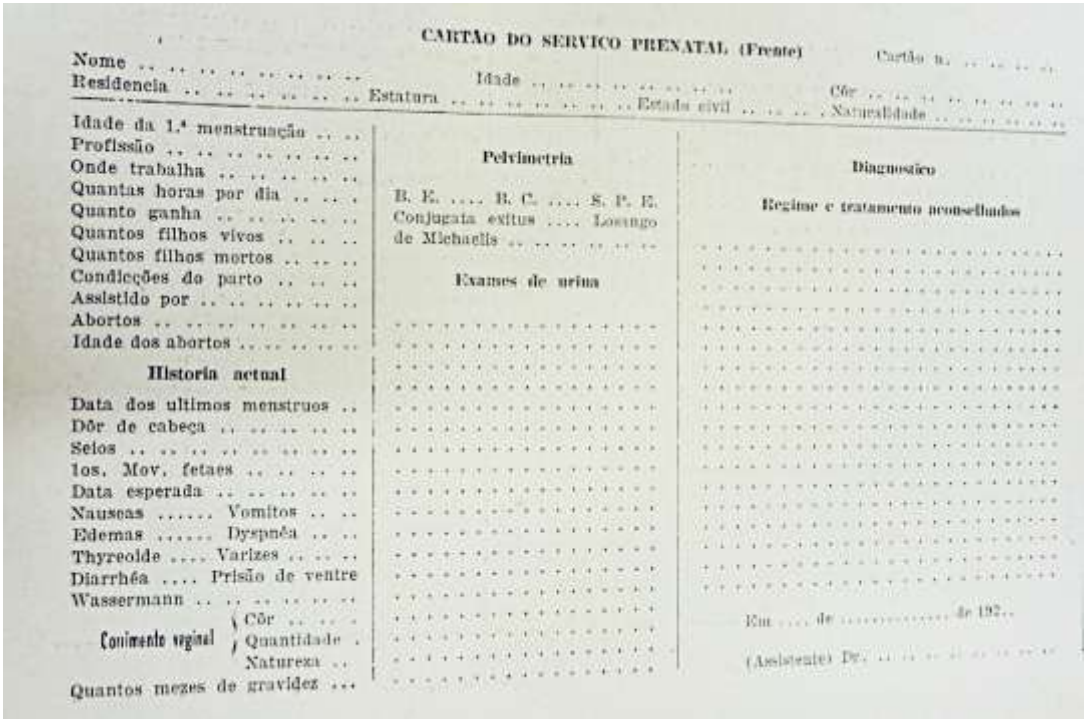
[306] MOTT, 2002.

[307] ROCHA, Heloísa Helena Pimenta. A educação sanitária como profissão feminina. **Cadernos Pagu**, p. 69-104, 2005.

a saúde dos pais, irmãos, sua alimentação e a saúde das pessoas que coabitavam com a criança, além das condições da habitação familiar ocupada. O segundo cartão foi destinado ao registro das condições da criança, seu desenvolvimento físico, alimentação, datas de vacinação e revacinação e resultados encontrados.

O último cartão foi um compilado de informações coletadas dos dois primeiros, ficando arquivado na IHI. Os registros fotográficos dos cartões em questão não foram expostos por Medeiros em seu relatório, ao alegar que "não há conveniência em estampar aqui os cartões dos serviços de puericultura, que pequenas diferenças têm daqueles do serviço do Rio, mostrarei apenas os do serviço pré-natal e do escolar que tem característicos".[308] Os demais cartões mencionados pelo médico referem-se à matrícula das mães no serviço de pré-natal, conforme Figuras 20 e 21.

Figura 20: Frente do cartão de registro no serviço de pré-natal



CARTÃO DO SERVIÇO PRENATAL (Frente)

Nome .. .. Cartão n. .. ..

Residencia .. .. Estatura .. .. Idade .. .. Estado civil .. .. Côr .. .. Naturalidade .. ..

Idade da 1.ª menstruação .. ..
Profissão .. ..
Onde trabalha .. ..
Quantas horas por dia .. .. ..
Quanto ganha .. ..
Quantos filhos vivos .. ..
Quantos filhos mortos .. .. ..
Condicções do parto .. .. ..
Assistido por .. ..
Abortos .. ..
Idade dos abortos .. ..

Historia actual

Data dos ultimos menstruos ..
Dôr de cabeça .. ..
Seios .. ..
los. Mov. fetaes .. ..
Data esperada .. ..
Nauseas ..... Vomitos .. ..
Edemas ..... Dyspnéa .. ..
Thyreoide .... Varizes .. .. ..
Diarrhéa .... Prisão de ventre
Wassermann .. ..
Corrimento vaginal { Côr .. .. .. / Quantidade . / Natureza ..
Quantos mezes de gravidez ...

Pelvimetria

B. E. .... B. C. .... S. P. E. Conjugata exitus .... Losango de Michaelis .. ..

Exames de urina

Diagnostico

Regime e tratamento aconselhados

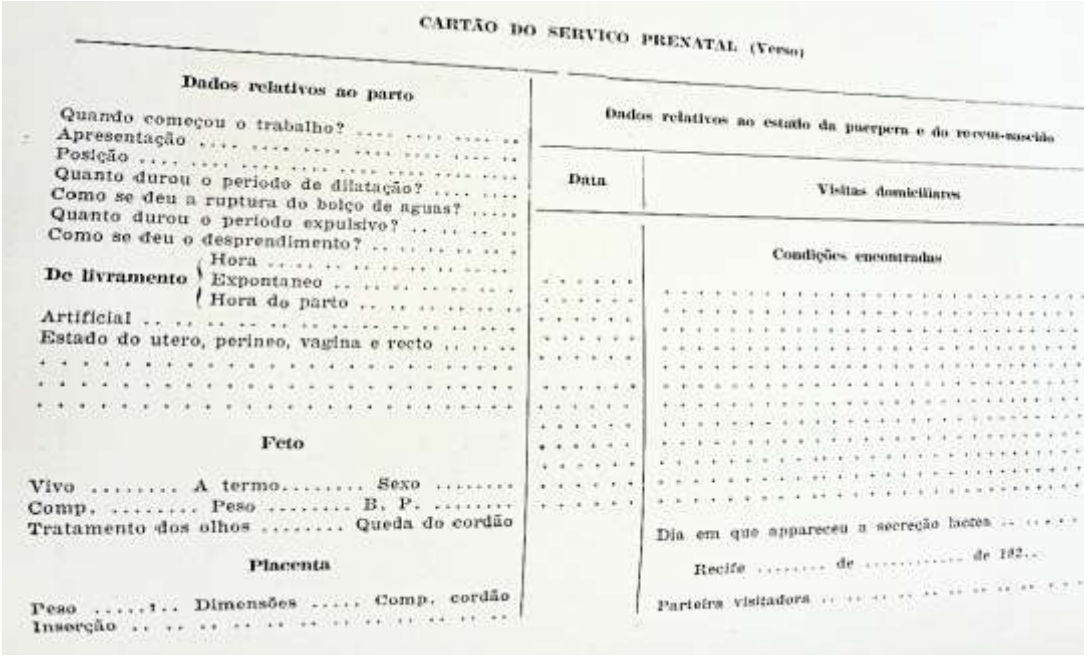
Em .... de ..... de 192..

(Assistente) Dr. .. ..

Fonte: Medeiros (1926, p. 177).

[308] MEDEIROS, 1926, p. 168.

Figura 21: Verso do cartão de registro no serviço de pré-natal



CARTÃO DO SERVIÇO PRENATAL (Verso)

Dados relativos ao parto

Quando começou o trabalho? ....
Apresentação ....
Posição ....
Quanto durou o período de dilatação? ....
Como se deu a ruptura do bolço de aguas? .....
Quanto durou o período expulsivo? .. ..
Como se deu o desprendimento? .. ..

De livramento { Hora .. ..
Expontaneo .. ..
Hora do parto .. ..

Artificial .. ..
Estado do utero, perineo, vagina e recto .. .. ..
. . . . . .
. . . . . .
. . . . . .

Feto

Vivo ..... A termo..... Sexo .....
Comp. ..... Peso ..... B. P. .....
Tratamento dos olhos ..... Queda do cordão

Placenta

Peso .....1.. Dimensões ..... Comp. cordão
Inserção .. ..

Dados relativos ao estado da puerpera e do recem-nascido

Data	Visitas domiciliares
	Condições encontradas
	. . . . .
	. . . . .
	. . . . .

discurso, o médico Amaury de Medeiros divulgou uma tabela na qual detalhou os serviços no ano de 1923, primeiro ano de funcionamento da IHI e, posteriormente, uma tabela com dados gerais sobre o serviço entre os anos de 1923 e 1926 (Tabela 6).

Tabela 6: Serviços da Inspetoria de Higiene Infantil entre 1923 e 1926

Inspectoria de Hygiene Infantil	1923	1924	1925	1926
1° - Infância				
Exames de amas de leite	2	5	-------	-------
Exames de leite	-------	2	-------	-------
Exames e urina	-------	40	201	78
Exame de fezes	-------	-------	134	72
Exame de sangue	-------	2	69	55
Carteiras fornecidas	1	1	-------	-------
Pesos tomados no acto da matricula	764	1568	1810	987
Fichas feitas	371	2061	2205	987
Fichas de família	373	793	1394	985
Conselhos distribuídos	54	3071	9974	7779
Consultas	71	3150	3924	1847
Pesos tomados nas consultas	255	793	1364	1364
Vacinações anti-variolicas	1380	577	1664	860
Revacinações anti-variolicas	878	349	2350	667
Auto-lactotherapia	-------	-------	566	305
Officios remetidos	33	84	96	54
Cartões de notificação	-------	-------	718	707
Visitas domiciliares	739	12308	18530	10334
Injecções	-------	-------	817	661
Inspectoria de Hygiene Infantil	1923	1924	1925	1926
2° - Infância: Inspecção medico- escolar				
Escolas públicas visitadas	971	3133	3181	1800
Collegios particulares visitados	276	420	453	138
Alumnos examinados	-------	3960	5774	1076
Crianças enviadas para o dentista	46	-------	-------	-------
Professores examinados	-------	1	-------	-------
Fichas escolares em organização	-------	5609	3057	1876
Fichas organizadas	816	553	772	1115
Intimações	-------	-------	-------	4
Escolas fechadas	-------	6	5	4
Vacinações anti-variolicas	1190	1475	726	329
Revacinações anti-variolicas	3088	3516	6475	1924
Fichas de prédios em organização	51	138	-------	-------
Fichas de prédios em organizadas	-------	20	-------	-------
Informações sobre prédios	80	56	72	47
Evicções de doentes	91	20	24	15
Evicções de communicantes	-------	10	36	15
Reacções a tuberculina	148	668	90	-------
Reacções verificadas	122	522	80	-------

Positivas	79	169	23	-------
Negativas	43	353	57	-------
Boletins de readmissão ás aulas	-------	24	31	8
Notificações recebidas	-------	10	16	8
Reacções de Schich	-------	-------	-------	-------
Pesquizas de verminoses	-------	-------	-------	-------
Boletins de cuidados médicos	-------	-------	68	11

Fonte: Medeiros (1926, p. 175).

A primeira questão evidenciada nos serviços da primeira infância se refere aos exames de amas de leite e das condições do seu leite materno. A prática dessas mulheres, muito comum no século XVIII e início do século XIX, foi denominado "aleitamento mercenário" e "referia-se àquele em que as mulheres amamentavam a criança mediante um pagamento previamente estipulado. No caso de uma ama de leite escrava, o dinheiro iria para o seu proprietário".[309]

No final do século XIX, os serviços sanitários da cidade de São Paulo registraram altas nas taxas de mortalidade infantil entre 0 e 5 anos, decorrentes de doenças do aparelho digestivo, gastroenterite e diarreias. Como forma de solucionar essa problemática, Maria Alice Ribeiro destacou que o serviço sanitário de São Paulo, criado pela lei n.º 43 de 18 de junho e 1892, criou e fiscalizou um serviço de amas de leite: "as mulheres que mediante pagamento amamentavam no seio uma criança na sua casa ou na casa do contratante, passaram a ser obrigadas a fazer registro junto ao Serviço Sanitário para poder exercer seu ofício".[310]

Segundo Ribeiro, a maioria das amas registradas no período foram imigrantes italianas, portuguesas e alemãs que utilizavam o trabalho de lactante para complementar a renda doméstica. Nas inspeções, tinham o seu leite avaliado nos quesitos "qualidade e quantidade", classificado como bom, sofrível ou mal. Sem a certificação para o trabalho, concedida mediante atestados clínicos e exames, pelos inspetores sanitários, a adoção de amas de leite foi combatida.[311]

Ao refletir sobre os congressos brasileiros de higiene, José Fernando Rocha e Heloísa Pimenta Rocha destacaram as discussões sobre a mortalidade infantil, acompanhadas das campanhas pelo aleitamento materno, já que se atestava que os problemas alimentares foram

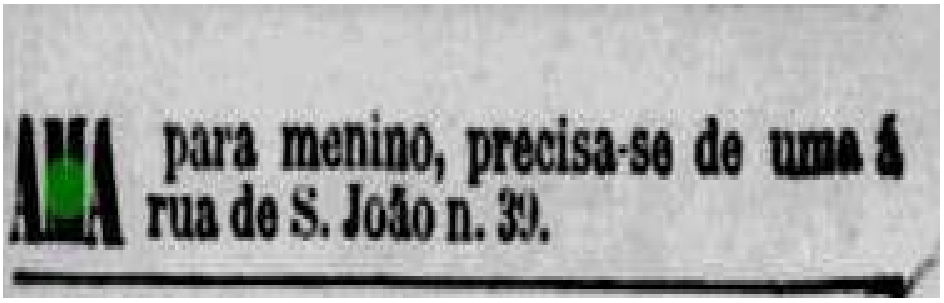
[309] CARULA, Karoline. Perigosas amas de leite: aleitamento materno, ciência e escravidão em A Mãi de Família. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.19, supl., dez.2012, p.199.
[310] RIBEIRO, Maria Alice Rosa. **Uma história sem fim**. Inventário da saúde pública – São Paulo, 1880-1930. São Paulo, Editora UNESP, 1991. p. 135.
[311] RIBEIRO, 1991.

as principais causas da morte de crianças na primeira infância.[312] Rememora-se o discurso sobre o trabalho das amas de leite, apontadas pelos médicos como perigosas pela transmissão de doenças como sífilis e tuberculose na amamentação.

Desse modo, "as amas são identificadas como ameaça, uma vez que, com suas práticas de cuidado das crianças, desafiavam o saber médico, fazendo uso de um saber popular e recorrendo à curandeiros, benzedeiras [...] na tentativa de curar as crianças doentes [...]".[313] No caso da IHI de Pernambuco, a presença das amas foi evidenciada nos relatórios de Amaury de Medeiros, mesmo que em pouca quantidade, sendo realizados exames e inspeções sanitárias para o seu exercício.

A procura pelo trabalho dessas mulheres esteve nas páginas do *Diário de Pernambuco* desde o início do século XIX. Em 8 de janeiro de 1920, o periódico pernambucano publicou quatro notas curtas, em uma sessão destinada à venda e aluguel de serviços na capital, que buscavam contratar os serviços de uma ama de leite (Figura 22). A primeira procurava uma ama cozinheira, ao destacar que "AMA. Precisa-se de uma perita cozinheira. Rua da Cadeia n. 18; hora official".[314] Na segunda, "AMA para serviço interno de casa de família, precisa-se de uma. A tratar na rua do Cabungá, n. 5, 1° andar, de 12 às 3 horas da tarde".[315] Na terceira, "AMA para menino, precisa-se de uma á rua de S. João, n° 39".[316] No último anúncio, buscava-se novamente por uma "AMA. Precisa-se de uma ama que cozinhe bem, para casa de pouca família, a tratar na praça Maciel Pinheiro, n. 8".[317]

Figura 22: Busca por serviços de ama de leite em Pernambuco



Fonte: Diário de Pernambuco (ed. 5, 8 jan., de 1910, p. 4).

[312] ROCHA, José Fernando Teles da; ROCHA, Heloísa Helena Pimenta. De criadeiras a fazedoras de anjos: as amas de leite e a criança desvalida sob o olhar da medicina. In: MOTA, André; MARINHO, Maria Gabriela S. M. C. (Org). **Práticas Médicas e de Saúde nos Municípios paulistas**: a história e suas interfaces. São Paulo: USP, Faculdade de Medicina: CD.G Casa de Soluções e Editora, 2011. p. 37-61.
[313] ROCHA; ROCHA, 2011, p. 45.
[314] DIÁRIO DE PERNAMBUCO. **AMA**. 8 jan., 1910. Recife: Biblioteca Nacional, p. 4.
[315] DIÁRIO DE PERNAMBUCO. **AMA**. 8 jan., 1910. Recife: Biblioteca Nacional, p. 4.
[316] DIÁRIO DE PERNAMBUCO. **AMA**. 8 jan., 1910. Recife: Biblioteca Nacional, p. 4.
[317] DIÁRIO DE PERNAMBUCO. **AMA**. 8 jan., 1910. Recife: Biblioteca Nacional, p. 4.

As notas do jornal evidenciam a busca pelo trabalho das amas de leite para fins domésticos e para trabalhar como cozinheira. Destacam também a busca por uma ama nutriz especificamente para um menino. Nelas, aparecem os endereços aos quais as mulheres deveriam se dirigir para se candidatar aos serviços. Nesse período não foram encontradas menções à inspeção das amas de leite.

Para exercer aquela função, a partir de 1923, a mulher estaria sujeita às ordens do gabinete de amas do DSA, do qual recebiam um documento atestando sua boa saúde e forma física após a realização dos exames necessários. Os critérios adotados pelo Departamento apontaram que elas deveriam ser sadias, ter o leite de qualidade, ser livres de doenças e já possuir filhos que foram amamentados por elas.[318] Segundo Bruno Nery Nascimento, embora a presença das amas de leite no cenário público fosse marcada nos registros do Departamento, essas mulheres também foram alvo de combate pela Inspetoria de Estatística, Propaganda e Educação Sanitária, com a publicação de panfletos e outros recursos textuais e imagéticos que incentivavam as mães a recusar o contrato de amas de leite, além de propagar entre a sociedade recifense uma ideia de maternidade ideal baseada no cientificismo.[319]

Além dos exames realizados com amas de leite, os dados da primeira infância apresentados pelo SHI, entre 1923 e 1926 (Tabela 6), demonstram a realização de exames de urina, fezes e sangue entre as crianças matriculadas. Mencionam a quantidade de carteiras fornecidas, pesagens, fichas (das crianças e familiares), conselhos dados pelas visitadoras para as mães, além de dados referentes à vacinação da criança e visitas domiciliares, ao acompanhar o serviço de pré-natal materno e o desenvolvimento dos filhos.

Também é necessário destacar os dados quantitativos dos serviços de vacinação e revacinação apontados na tabela 6, tanto para a primeira quanto para a segunda infância, com enfoque no combate à varíola entre as crianças e jovens. Segundo a tabela, entre 1923 e 1926, foram realizadas 4.481 vacinações antivariólicas e 4.244 revacinações. Já na 2ª infância, foram 3.470 vacinações e 15.003 revacinações, mediadas pelas instituições e grupos escolares junto aos órgãos de saúde, o que demonstrou uma forte preocupação com os casos da doença entre o público infantil.

A varíola, também denominada “bexiga” ou “púrpura varidosa” foi uma doença infecciosa transmitida por meio de gotículas de saliva ou secreções respiratórias ao entrar em contato com uma pessoa contaminada. Seu agente etiológico é o *Orthopoxvirus*, definido como

[318] MEDEIROS, 1926.
[319] NASCIMENTO, 2016.

um dos vírus mais resistentes conhecidos pelos cientistas. Ao atingir as vias aéreas, o vírus adentra a corrente sanguínea, atingindo-a e afetando também órgãos como baço, fígado e medula óssea e tem como principais sintomas febres altas, mal-estar, cefaléia, dores musculares, náusea e prostração. Fisicamente, uma pessoa diagnosticada com varíola cria em sua pele feridas com aparência de erupções, sobretudo nas mãos, rosto e pés, que se desenvolvem até formar bolhas purulentas.[320] Hipóteses científicas apontam que a doença se originou na Índia, se espalhando para os continentes asiático e africano, chegando no Brasil em 1555 quando colonos franceses aportaram no Rio de Janeiro para fundar vilas e povoados.

Anny Jackeline Silveira e Rita Marques apontaram a presença da doença no estado de Minas Gerais a partir 1873, acompanhado aos altos índices de mortalidade e infecção. Segundo as autoras, o estado infeccioso apresentado pelo doente dura cerca de 12 dias, período de incubação do vírus.[321] Nesse intervalo, a doença pode apresentar duas formas clínicas: *minor*, uma forma mais branda e com menos probabilidade de óbito; ou *majo*r, um estado mais crítico, com alto índice de mortalidade, a ocorrência de hemorragias, e possíveis dores abdominais e delírios.[322] Um ponto primordial para o controle da infecção é a vacinação. A vacina antivariólica surgiu no séc. XVIII, destacando aqui a criação do Instituto Vacínico do Império (1846) e da Junta de Higiene Pública (1850), órgãos responsáveis pelo serviço de vacinação na corte imperial, para conter seus avanços. Todavia, o cenário de calamidade, também identificado no estado de Pernambuco, só findou no ano de 1977, com a erradicação da doença.

No ano de 1904, Recife foi palco de uma epidemia de varíola que, segundo os quadros estatísticos publicados pelo Dr. Otávio de Freiras, resultou em 4.875 óbitos. Segundo Denise Monteiro, não havia explicações sobre as caraterísticas da doença e suas formas de contágio nas páginas dos jornais, sendo os relatórios médicos as únicas fontes de informação que circulavam naquele ano. A varíola foi apontada como uma das doenças de maior índice de contágio e óbito em Pernambuco, acompanhada da tuberculose e da malária.

Como uma das poucas instituições contra a proliferação das chamadas moléstias contagiosas, destaca-se o Hospital Santa Àgueda, destinado ao isolamento de doenças contagiosas. A autora destacou esse espaço como local do tratamento de varíola da epidemia, recebendo em seu biênio cerca de 300 enfermos.[323] Além disso, mencionou que, em decorrência

[320] GURGEL, Cristina Brandt Friedrich Martin; ROSA, Camila Andrade Pereira da. História da medicina a varíola no brasil colonial (Séculos XVI e XVII). **Revista de Patologia Tropical**, Goiânia, v. 41, n. 4, 2012.
[321] SILVEIRA, Anny Jackeline Torres; MARQUES, Rita de Cássia. Sobre a varíola e as práticas da vacinação em Minas Gerais (Brasil) no século XIX. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 2, p. 387–396, fev. 2011.
[322] GURGEL; ROSA, 2012.
[323] MONTEIRO, Denise Brito. **A epidemia da varíola e a vacinação obrigatória**: repercussões na sociedade

de problemas ocasionados pela falta de vacinação em massa, foram contabilizados, entre 1832 e 1903, cerca de 15 mil óbitos por varíola, agravados pela ausência de médicos para acompanhar os doentes.

Por muitos anos essa doença foi considerada pelos pernambucanos como fatal e incurável. Porém, após a criação do Instituto Vacinogênico do estado, em 1891, essa concepção se modificou, já que informações sobre o agente transmissor, os cuidados e as formas de tratamento começaram a ser socializados. Foi apenas no ano de 1911, com o médico Gouveia de Barros, que atuou como diretor de higiene no governo de Dantas Barreto, que se iniciaram as ações mais amplas de combate à varíola, com a inserção da vacina no meio social, diminuindo gradativamente os índices de contágio. Contudo, esse movimento não perdurou por muito tempo, o que Amaury Medeiros identificou como um caso de precariedade, já que, ao longo de sua gestão como diretor, vivenciou surtos da doença e populações ausentes de imunidade.[324]

Compreende-se que a varíola era uma preocupação por parte dos médicos e do estado. As campanhas de vacinação e revacinação eram necessárias para combatê-la, o que justifica os números apresentados na tabela do SHI do DSA, já que o público infantil tendia a ser acometido mais rapidamente pela doença. O aumento do número de vacinações também pode ter sido influenciado pelas reformas realizadas no Instituto Vacinogênico vinculado ao DSA.

As campanhas de vacinação para a primeira infância foram publicadas em revistas e jornais de Pernambuco durante o governo de Sérgio Loreto, como em uma publicação de 1925, na *Revista de Pernambuco*, que apresentou o registro de um bebê sendo vacinado contra varíola. Na fotografia a seguir (Figura 23) o Dr. Costa Ribeiro está posicionado à frente de um bebê e aplica a vacina antivariólica no que aparenta ser um grande salão. Acredita-se que o momento registrado foi uma campanha de vacinação em massa, tendo em vista a quantidade de mulheres e crianças.

recifense no início do século XX. Dissertação (Mestrado em História) –, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2005.

[324] MEDEIROS, 1926, p. 226.

Figura 23: Serviço sanitário de Pernambuco

Fonte: Revista de Pernambuco (1925, n° 12, s/p).

Os serviços de vacinação antivariólica em Pernambuco foram realizados entre 1923 e junho de 1926, totalizando 364.670 vacinados, com maior número em 1925, mesmo ano da fotografia apresentada. Naquele ano, a revista ainda publicou uma matéria sobre orientações higiênicas que deveriam ser repassadas pelas mães aos filhos, intitulada *Conselhos às creanças para serem lidos pelas mães aos seus filhos*. Nela, se apresentou uma mulher com duas meninas e um menino à sua volta, que aparentavam ser seus filhos, e erguiam a mão direita para cima como sinal de solicitação de explicação. Em seu texto, a matéria buscou apresentar métodos de combate a doenças como varíola, impaludismo, febre tifoide, ancilostomíase e desinterias. Sobre a primeira, o texto destaca a seguinte descrição:

> Os nossos meninos vão vêr como se deve fazer para afastar as possibiliddes de apanhar uma infecção, isto é, para impedir que o germen de uma dada doença penetre o seu corpo, o que é perigoso não só para as pessoas que adoecem, mas para as demais, por serem essas doenças das que pegam. Para a variola (bexiga) todos encontram defesa facil e certa na vaccina anti-variolica. Nada custa esta vaccina: quando muito, alguns dias de mal-estar; porém, o que é isto, em comparação com os padecimentos que soffrem os que apanham a bexiga? Os meninos não só devem estar convencidos da necessidade de se vaccinarem, mas por sua vez, devem ensinar aos mais ignorantes, que é este o único meio de evitar essa doença, tão perigosa. A vaccina deve ser acceita com satisfação, como um grande beneficio.[325]

Nos atendimentos voltados à primeira infância, as visitadoras auxiliavam os médicos em exames ginecológicos, obstétricos e partos, demonstrados também por meio de registros fotográficos (Figura 24) nos quais quatro mães aguardam o atendimento e uma mãe realiza a consulta com o médico, acompanhadas por duas visitadoras. Os dados indicados na Tabela 6

[325] REVISTA DE PERNAMBUCO. **Conselhos ás creanças para serem lidos pelas mães aos seus filhos**. Anno X, abril de 1925. s/p.

demonstraram que as mães procuravam o SHI, porém, em pouca frequência entre os anos de 1923 e 1924, ev apresentaram alta na procura no ano de 1925. Essa tabela ainda demostrou que as mães que aderiam aos serviços do pré-natal davam continuidade, matriculavam seus filhos e permitiam, assim, o acompanhamento do seu crescimento segundo os preceitos da puericultura e da filantropia médica divulgada no período, além da constante vigilância durante a segunda infância, a cargo dos médicos e visitadoras escolares.

Figura 24: Serviço de pré-natal. As gestantes são interrogadas antes dos exames obstétricos

Fonte: Medeiros (1926, p. 157).

A abertura das inscrições para uma nova turma do curso de visitadoras sanitárias foi divulgada em 25 de abril de 1925 nas páginas do *Diário de Pernambuco*, dando atenção para as mulheres que já ocupavam cargos de professoras titulares nos grupos escolares. A menção a esse critério, divulgado no periódico, indicou uma preocupação maior em especializar normalistas que atuavam na rede educacional de Pernambuco, evidenciada no findar do governo de Sérgio Loreto e no decorrer da gestão de Estácio Coimbra. A formação das monitoras sanitárias ocorreu nos anos seguintes. Foram mencionados critérios para a seleção, que pouco diferiam já adotados por Amaury de Medeiros na formação da primeira turma. Para essa seleção, as aulas estavam previstas para iniciar em 1 de junho daquele ano.

> São condições para matricula: a) Ser maior de 17 e menor de 35 annos; b) ser diplomada por uma escola normal, de pharmacia, odontologia, de parteiras ou

> de estudos equivalentes; c) Bôa conducta (referências); d) documento firmado por medico attestado; Vaccinação, robustez, ausencia de doenças contagiosas, desvio mental ou defeito physico (em caso de suspeição o Departamento de Saúde e Assistencia fará os exames e provas que julgar necessárias); e) pagamento de uma taxa de dez mil réis (10$000) no acto da matrícula. As aulas serão diárias e pela manhã, variando entre 9 1/2 às 12 horas.[326]

2.8 Breves reflexões sobre enfermeiras visitadoras pernambucanas formadas pela Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN)

No Brasil, o desenvolvimento da enfermagem moderna fez parte das novas políticas de saúde institucionalizadas pela Reforma Carlos Chagas, que direcionou o trabalho de mulheres treinadas para atuar no combate à tuberculose.[327] Como mencionado no início desta dissertação, Carlos Chagas solicitou à Fundação Rockefeller, que cooperou desde o início da reforma, a organização de um serviço de enfermagem no Brasil sob os moldes norte-americanos.

Como resultado dessa articulação, chegaram ao Brasil, no ano de 1921, cerca de 31 enfermeiras, 26 norte-americanas e cinco europeias, compondo a chamada Missão Parsons. A ação foi liderada por Ethel Parsons que, ao ocupar o cargo de Superintendente Geral do Serviço de Enfermeiras do DNSP, teve como propósito treinar as visitadoras sanitárias para exercer a função especialmente nos serviços de tuberculose, higiene infantil e doenças venéreas. Parsons ocupava o cargo de diretora do Departamento de Higiene Infantil em Austin, Texas, e chegou ao Brasil em setembro de 1921.[328] Segundo Barreira, no país, Parsons teceu críticas à organização de saúde encontrada, que nada se assemelhou ao sistema adotado em países anglo-saxões, além de afirmar que a enfermagem era realizada por homens e mulheres sem capacitação necessária.[329]

As ações adotadas pela Missão Parsons, junto ao DNSP, culminaram na criação da Escola de Enfermagem do DNSP, posteriormente denominada Escola de Enfermagem Anna Nery, produzindo assim um modelo de escola adotado a nível nacional, no qual:

> as características das escolas de enfermagem que seguem o sistema nightingaliano incluem o ensino de enfermagem em base técnico-científicas,

[326] DIÁRIO DE PERNAMBUCO. **Curso de visitadoras**. 26 mai., 1925. Recife: Biblioteca Nacional, p. 2.
[327] BARREIRA, 1997.
[328] PETERS et al., 2024.
[329] BARREIRA, 1997.

> realizadas em escola dirigida por enfermeira, exclusivamente para mulheres, em regime de internato e anexa a um hospital- escola.[330]

Essa instituição esteve sob direção das enfermeiras Claire Louise Kieninger (1923-1925), Loraine Geneviéve Dennhardt (1925-1928) e Berta Pullen (1928-1931). A gestão de Berta Pullen marcou uma extensão dos serviços da Missão Parsons no Brasil, tendo em vista que o contrato estava previsto para se encerrar no ano de 1928, mas foi prorrogado até 1931, período em que oficialmente se encerraram os trabalhos da missão no país.[331] A EEAN havia diplomado cerca de 73 enfermeiras quando findou a missão. Segundo Ieda Barreira, após esse período, a direção dos serviços de enfermeiras passou para Edith de Magalhães Fraenkel, considerada a primeira enfermeira brasileira a receber o diploma de enfermagem nos Estados Unidos, enquanto a direção da EEAN ficou com a enfermeira Rachel Haddock Lobo.[332]

Em 1922, após iniciar a missão, Parsons coordenou um grupo de visitadoras formadas por 44 mulheres e tutelou integralmente o ensino e a formação dessas profissionais. Elas não possuíam formação específica nos cursos de enfermagem e foram designadas a realizar trabalhos de visita domiciliar para propagar e educar os doentes acerca da profilaxia de doenças e medidas de higiene e saúde das habitações. Parsons considerou a formação recebida por elas falha, tendo em vista que se tratava de cursos formativos curtos com duração de 12 horas, oferecidos por médicos do DNSP sem o envolvimento de enfermeiras profissionais.[333]

Enquanto propunha a reforma e o aprimoramento do curso de visitadoras de higiene, Ethel Parsons inaugurou o curso para formação de visitadoras, com duração de dois anos, que funcionava sob os moldes sanitários anglo-americanos.[334] Peters e colaboradores destacaram que, para manter em funcionamento o trabalho dessas mulheres, Parsons criou cursos emergenciais com duração de 10 meses, com o objetivo de aprimorar a formação das visitadoras enquanto as primeiras enfermeiras diplomadas concluíam sua formação.

Em um estudo analítico sobre o perfil das alunas formadas pela EEAN, entre 1925 e 1931, Menezes, Baptista e Barreira apontaram que foram, em sua maioria, mulheres de classe média-alta, já diplomadas nos cursos normais ou equivalentes, oriundas de diversos estados brasileiros, critérios permitidos pela instituição. Das 118 alunas formadas no período

---

[330] PETERS et al., 2024, p. 72.
[331] SANTOS, Tânia Cristina Franco; BARREIRA, Ieda de Alencar; FONTE; Aline Silva da; OLIVEIRA, Alexandre Barbosa de. Participação americana na formação de um modelo de enfermeira na sociedade brasileira na década de 1920. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, p. 966-973, 2011.
[332] BARREIRA, Ieda de Alencar. Transformações da prática da enfermagem nos anos 30. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 52, p. 129-143, 1999.
[333] PETERS et al., 2024.
[334] PETERS et al., 2024.

mencionado, a maioria era natural da capital federal, de São Paulo e Minas Gerais.[335] Nas estatísticas apresentadas, as autoras destacaram também a presença de duas alunas naturais de Pernambuco, uma formada em 1927 e outra em 1928. Os estudos sobre as identidades das alunas da EEAN ainda estão em desenvolvimento, com o objetivo de traçar a trajetória dessas mulheres e as ações profissionais empreendidas por elas após os processos formativos.[336]

As alunas pernambucanas mencionadas nos dados apresentados foram Antonina de Hollanda Martins, farmacêutica, e Irene de Mello Cavalcanti, formada pela Escola Normal Oficial do Estado de Pernambuco. Informações sobre as visitadoras, bem como seu envio para a formação no curso de enfermagem da EEAN, em 1925, foram apresentadas por Amaury de Medeiros em uma correspondência à enfermeira Ethel Parsons.

> Quando em sua última viagem á capital do paiz, o dr. Amaury de Medeiros conseguiu dois logares no curso que alli se vem effectuando para formação de enfermeiras visitadoras. E foi de accordo com mrs. Ethel Parsons, diretora do alludido curso, que o dr. Amaury de Medeiros escolheu entre as alumnas do curso de visitadoras do DSA de Pernambuco, as senhoritas pharmaceutica Antonina Martins e Professora Irene Cavalcanti que, hontem, seguiram a bordo do "Itaberá" para o Rio de Janeiro. Apresentando-as, o director do Departamento de Saúde e Assistência endereçou a seguinte carta a referida mrs. Ethel Parsons: "Exma. sra. Ethel Parsons - Rio. Tenho o prazer de apresentar-lhe as senhoritas Antonina de Hollanda Martins e Irene de Mello Cavalcanti, a primeira farmaceutica e a segunda diplomada pela Escola Normal d'este Estado, alumna do "Curso de Visitadoras", deste departamento que vão fazer ahi o curso de enfermeiras visitadoras, occupando os dois logares que tão gentilmente concedeu ao DSA que lhe fica a dever este grande serviço. São portadoras dos documentos de inscripção que as habilitaram matricular-se no alludido curso e pelos quaes, mais ou menos, se pode avaliar a capacidade de cada uma dellas. Vão bem dispostas para o estudo e sentem enthusiasmo pela profissão; estou certo, pois, que com essas credenciaes ellas muito poderão fazer, e de retorno efficaz será o concurso que prestarão aos nossos serviços de Saúde e Assistência. Infelizmente não me foi possível mandar alumnas já diplomadas no curso que aqui mantenho por isso que condições especiaes de familia não permitiam a nenhuma dellas um tão longo afastamento como se faz mister. Espero que as portadoras correspondam a nossa expectativa e possam receber nos Estados Unidos aperfeiçoamentos necessários a tão alto mister. Queira exma. sra. Ethel Parsons acceitar os meus agradecimentos com os mais altos protestos de estima e consideração - (a.) Amaury de Medeiros.[337]

---

[335] MENEZES, Simone dos Santos; BAPTISTA, Suely de Souza; BARREIRA, Ieda de Alencar. O perfil das (os) alunas (os) de enfermagem da Escola Anna Nery: décadas de 20, 30 e 90. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, p. 34-48, 1998.

[336] Para enfermeiras diplomadas, conferir, por exemplo, FERREIRA, Luiz Otávio. Origem regional e enfermagem: mulheres baianas, fatores sociais e escolha pela profissão de enfermeira (1925-1958) In: FERREIRA, Luiz Otávio; BATISTA, Ricardo dos Santos; MARQUES, Rita de Cássia (Org.). **Enfermeiras, educadoras sanitárias e outras profissões**: estudos históricos. São Paulo: Hucitec, 2024.

[337] DIÁRIO DE PERNAMBUCO. **Visitadoras de Saúde Pública**. 21 ago., 1925. Recife: Biblioteca Nacional, p. 4.

No telegrama, Medeiros destacou que, na última viagem realizada ao Rio de Janeiro, estabeleceu contatos com o DNSP, e conseguiu duas vagas para alunas pernambucanas no curso de enfermeiras visitadoras na EEAN, sob coordenação de Ethel Parsons. O médico destacou que a escolha delas priorizou mulheres que ainda eram visitadoras em formação, alegando que as visitadoras já formadas possuíam família, o que impossibilitava a integral dedicação ao curso e à profissão de enfermeira.

A bordo do navio Itaberá, Antonina de Holanda e Irene Cavalcanti seguiram para o Rio de Janeiro, no dia 20 de agosto de 1925, com o intuito de se formar segundo os modelos adotados pela Anna Nery.[338] Nas palavras do médico, a seleção foi feita de forma minuciosa, e ele enviou alunas responsáveis e aptas a contribuírem para o desenvolvimento da enfermagem e da assistência aos doentes.

Antonina de Holanda Martins nasceu em recife no dia 10 de maio de 1906. Filha de Manoel José Martins e Felismina Maria de Carvalho Martins, formou-se em enfermagem pela EEAN, no ano de 1928, e sua trajetória na instituição ainda é desconhecida. Até o presente momento, sabe-se que ela foi admitida na instituição aos 19 anos de idade, era católica, tinha 1,51 de altura, pesava 51 kg, era solteira e não possuía filhos. Ao estudar EEAN, onde se formou, Antonina Martins foi uma das precursoras da enfermagem militar durante a Segunda Guerra Mundial (1939-1945), compondo o quadro de enfermeiras vinculadas a Força Aérea Brasileira (FAB) e a Força Expedicionária Brasileira (FEB).[339]

O período entre 1937 e 1945 marcou dois eventos importantes para esta discussão: o Estado Novo, no qual Getúlio Vargas esteve no poder, e a Segunda Guerra Mundial, em que o Brasil compôs o bloco dos aliados formado por EUA, Inglaterra e URSS. Acompanhando a criação do Ministério da Aeronáutica, em 20 de janeiro de 1941, e a criação do primeiro grupo de caça, em 18 de dezembro de 1943, urgiu a necessidade, por parte do governo brasileiro, de organizar o serviço de saúde que seria enviado para acompanhá-los.[340]

A organização do grupo de enfermeiras, solicitada por meio do decreto n.º 6.663 de 7 de julho de 1944, adotou os seguintes critérios: as enfermeiras deveriam ser brasileiras, entre

---

[338] BARREIRA, 1997; 1999; PETERS et. al., 2024.

[339] Agradeço ao professor Luiz Otávio Ferreira por compartilhar informações do seu banco de dados sobre as enfermeiras formadas na EEAN, especificamente as enfermeiras pernambucanas. OLIVEIRA, Alexandre Barbosa de; CESARIO; Mariane Bonfante; SANTOS, Tânia Cristina Franco Santos; ORICHIO, Ana Paula Carvalho; ABREU, Marcleyde Silva de Azevedo. Enfermeiras diplomadas para a aeronáutica: a organização de um quadro militar para a Segunda Guerra Mundial. **Texto & Contexto- Enfermagem**, v. 22, p. 593-602, 2013; LOURENÇO, Mariane Bonfante Cesário et al. A inclusão de enfermeiras aeronautas brasileiras na segunda guerra mundial: desafios e conquistas. **Escola Anna Nery**, v. 21, p. e20170008, 2017.

[340] OLIVEIRA et al., 2013.

20 e 45 anos, diplomadas em enfermagem pela Escola Oficial Padrão do Brasil ou por uma escola de enfermagem oficial, apresentar o histórico escolar, atestado de capacidade física e mental, além de atestados de honorabilidade assinados por oficiais das forças armadas em nome da candidata.[341]

No país, uma das escolas de maior renome no que tange à formação de enfermeira foi a EEAN. Lays Netto Reis, diretora da instituição no período, selecionou seis enfermeiras egressas da EEAN para serem treinadas e enviadas a campo: Antonina Holanda Martins, recifense enviada por Amaury de Medeiros em 1925, Izaura Barbosa Lima, Judith Arêas, Maria Diva Campos, Ociomara Moura Ribeiro e Regina Bordallo. Na equipe também estava o médico ortopedista Lutero Vargas, filho do então presidente Getúlio Vargas.[342]

As enfermeiras selecionadas realizaram treinamentos militares nos EUA entre julho e setembro de 1944. Em seguida, embarcaram para a Itália onde cuidaram dos pacientes do primeiro grupo de caça da FAB em dois hospitais de retaguarda, até o ano de 1945. Segundo Lourenço e demais autores, ao findar da 2ª Guerra Mundial, a enfermeira recifense, que também exerceu o cargo de chefe de enfermaria no Hospital da Força Aérea do Galeão, integrou o corpo docente da EEAN, em 1963.[343] Desse modo, Antonina de Holanda Martins é lembrada como uma das enfermeiras brasileiras que atuaram na FAB. Seu trabalho foi fundamental para o cuidado e recuperação dos soldados brasileiros durante a campanha na Itália. É de suma importância ressaltar a presença de uma enfermeira nordestina, natural de Recife, nesse campo de assistência, colaborando positivamente para a formação historiográfica da trajetória de enfermeiras no Brasil. Sobre a visitadora Irene de Mello Cavalcanti, não foram identificadas informações

Antonina Martins e Irene de Mello não foram as únicas pernambucanas a se formarem em enfermagem na instituição. Em 1922, Maria Sidônia Rodrigues Pacheco, natural de Olinda, foi admitida na EEAN, aos 37 anos de idade, e se formou em 1926. Também foi uma mulher católica, iniciada no curso para visitadoras sanitárias, e ingressou na instituição já com 2 anos de experiência profissional. Posteriormente, destaca-se Zélia Ribeiro Mattos, admitida em 1924, aos 21 anos, e formada em 1927. No ano de 1926, Almira Pessoa de Mello foi admitida na EEAN aos 28 anos, e se formou em 1930. Foi uma mulher católica, solteira, sem filhos e já possuía formação no magistério.[344]

---

[341] OLIVEIRA et al, 2013.
[342] OLIVEIRA et al, 2013; LOURENÇO et.al., 2017.
[343] LOURENÇO et.al., 2017.
[344] Informações fornecidas pelo banco de dados de enfermeiras da EEAN, do professor Luiz Otávio Ferreira.

Capítulo III – "Vigiar e defender os destinos da própria raça": educação, saúde e formação das educadoras sanitárias em Pernambuco

Durante a reforma sanitária empreendida em Pernambuco no governo de Sérgio Loreto, a educação sanitária foi adotada como um pilar para consolidar a higiene moderna. Nas palavras de Amaury de Medeiros, "a hygiene moderna começa a proteger o homem antes do nascimento, acompanha o recém-nascido no berço, segue a creança na escola, acompanha os adolescentes nas universidades, nas fábricas, nas officinas, segue, enfim, a humanidade por toda a parte e por toda a vida".[345]

Tendo em vista que essa dissertação apresenta as visitadoras como centro da discussão, é possível inseri-las como intermediárias da higiene moderna apresentada pelo médico. Este capítulo se dedica a investigar a formação e atuação das educadoras sanitárias pernambucanas, entre 1922 e 1930, também denominadas como "monitoras sanitárias" na gestão de Estácio Coimbra, e analisa a construção das escolas e instituições de ensino como espaços de educação higiênica dos corpos infantis, a atuação dos médicos escolares e a capacitação das normalistas pernambucanas para se tornarem propagadoras dos discursos higienistas.

3.1 Higienizando a infância: a prática da educação sanitária no Brasil e em Pernambuco

Na reforma sanitária empreendida no Brasil, no início do século XX, as escolas foram apontadas nos discursos médicos como espaços de formação higiênica, impulsionando os ideais de progresso social e eugênico. A medicina social, aqui apresentada como um movimento de proteção à infância, concentrou sua atuação nas instituições educacionais. Essas instituições propagaram práticas como asseio e limpeza corporal, higienização das mãos, olhos, bocas e ouvidos, bem como atividades físicas diárias e formas de conservação do corpo, consideradas necessárias no cotidiano familiar e infantil. Elas foram inseridas na escola e mediadas pela intervenção médica, que assumiu o controle das inspeções sanitárias e orientações sobre saúde, limpeza e alimentação.[346] Segundo Rosa Ballester, as funções do inspetor médico sanitário

[345] MEDEIROS, 1926 p. 156.
[346] BALLESTER, Rosa. Saúde e educação no contexto escolar. In: BERTUCCI, Liane Maria; MOTA, André; SCHRAIBER, Lilia Blima (Org.). **Saúde e educação**: um encontro plural. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017. p. 119-126.

foram discutidas no ano de 1903, no Congresso de Bruxelas, cujas discussões o responsabilizaram por:

> Impulsionar a higiene do próprio edifício e de todo o material escolar, desde as formas das carteiras ao tamanho e à distância das placas de piso, passando pelo controle da saúde de alunos e professores, até a atuação de carácter psicopedagógicos e orientações, como o cuidado com a higiene na aprendizagem escolar, o diagnóstico precoce de alterações sensoriais e o exame de crianças para determinar sua normalidade ou anormalidade.[347]

Se durante a reforma, a medicina científica foi concebida como instrumento para o controle dos corpos, pela exigência de práticas higiênicas para evitar doenças, esse processo se intensificou com a institucionalização da higiene escolar. O cotidiano das crianças passou a ser supervisionado pelas intervenções médico-sanitárias. Como mencionado no capítulo inicial, José Paranhos Fontenelle, inspetor sanitário do DNSP em 1909, defendeu a educação higiênica das crianças no Rio de Janeiro, que priorizou o trabalho conjunto entre inspetores, professoras primárias e educadoras sanitárias para inserir a higiene no cotidiano, sob influência de métodos norte-americanos.

Fontenelle chamou atenção para jogos e brinquedos como práticas educativas; premiações para bons hábitos sanitários como dormir de janela aberta; posicionar a mão sobre a boca ao espirrar e tossir, manter uma boa alimentação e consumo de água, considerados por ele comportamentos exemplares; e o uso de contos e histórias como forma de impor regras higiênicas. Além disso, propôs a circulação de materiais impressos: recomendou a criação de uma cartilha com imagens que ensinassem ao público infantil e a seus familiares noções básicas de higiene, fáceis de ser interpretadas.[348] A produção e circulação de livros, cartilhas e materiais didáticos, nesse período, foram importantes para ampliar o conhecimento da população sobre saúde e doença, já que ofereciam instruções e normais de higiene corporal e alimentar a serem adotadas e facilmente compreendidas tanto para professores em formação quanto para pessoas em suas residências.

No Brasil, o primeiro trabalho publicado sobre higiene escolar data do ano de 1902, intitulado *A hygiene na escola*, de autoria do médico Vieira de Mello, que ocupou o cargo de chefe da inspeção médico-escolar em São Paulo até o ano de 1911. Em seu texto, ele refletiu sobre a estrutura dos edifícios escolares, que deveriam ser localizados em espaços amplos, higiênicos e bem ventilados, além de abordar temas como higiene física e intelectual,

[347] BALLESTER, 2017, p. 222.
[348] ROCHA, 2022.

anormalidades intelectuais, doenças transmissíveis na escola, exames médicos e acompanhamentos diários. Propôs orientações e cartilhas. Textos sobre puericultura científica passaram a circular entre as mães e professoras primárias durante sua formação, com o objetivo de discutir temas como mortalidade infantil, amamentação, banho, higiene do corpo, doenças e vacinação na infância. Em São Paulo, o volume desses materiais se intensificou após 1892, com uma reforma na instrução pública que introduziu cartilhas, cartazes, contos e discussões acerca da educação sanitária na sociedade.[349]

Entre os anos de 1920 e 1930, Rocha, Viviani e Lima nominaram os exemplares de literatura escolar que mais circulavam em São Paulo: a *Cartilha de hygiene* (1936), de Almeida Júnior; *Rimas para a infância* (1927) de Sara Arruda; *Livro de Hércules: lições de hygiene, cívicas e Moraes* (1928) de Accacio Faria; e, com destaque na década de 1930, obras do eugenista Renato Kehl, como *A fada hygia: primeiro livro de hygiene e cartilha de hygiene: o alfabeto da saúde.*[350]

Em Pernambuco, a educação sanitária foi um tema central nos governos analisados neste trabalho. De acordo com as discussões apresentadas no capítulo inicial, o serviço de refeições populares criado em Santo Amaro como parte das políticas de remodelação dos espaços urbanos e retirada de pessoas em situação de rua, em maio de 1924, foi uma das primeiras ações de educação higiênica identificadas. Antes de se alimentarem, os grupos atendidos deveriam higienizar corretamente as mãos e rostos, além de zelar pela higiene da mesa, pratos e talheres utilizados. A criação da escola de visitadoras sanitária, em 1923, também se insere nessa discussão, como um meio de educar mulheres sobre a higienização dos corpos, desde o nascimento à fase escolar das crianças, sendo elas importantes propagadoras da educação sanitária.

De forma semelhante ao cenário paulista apresentado por Heloísa Rocha, Luciana Maria e Laura Godinho, o DSA adotou recursos como propagandas, cartazes, cartilhas, conferências e contos para a circulação da higiene entre a população, introduzida inicialmente pela propaganda falada e escrita nos jornais locais, e, posteriormente, numa cartilha de higiene distribuída em escolas, comércios, postos, centros de saúde e hospitais. A cartilha *fac-símile* do órgão de propaganda do DSA, intitulada *Saúde e Assistência* (Figura 25) foi criada com a justificativa da dificuldade de leitura dos materiais textuais existentes sobre educação e saúde,

[349] ROCHA; Heloísa Helena Pimenta; VIVIANI, Luciana Maria; LIMA; Ana Laura Godinho. In: BERTUCCI, Liane Maria; MOTA, André; SCHRAIBER, Lilia Blima (Org.). **Saúde e educação**: um encontro plural. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017. p. 305-326.
[350] ROCHA; VIVIANI; LIMA, 2017.

por se tratarem de relatórios sanitários e estatísticos densos, ainda sim considerados indispensáveis para entender o modelo de assistência adotado em Pernambuco.

Figura 25: *Fac-símile* do órgão de propaganda do Departamento de Saúde e Assistência

Fonte: Medeiros (1926, p. 115).

Na documentação encontrada, a cartilha é apresentada em formato aberto, identificando apenas o conteúdo da capa e da última folha. As informações contidas na parte frontal confirmam que se tratava de um documento oficial do órgão de propaganda do Departamento, seguida de uma ilustração. Nela, há um homem alto, com longas barbas brancas, com um chapéu arredondado com uma cruz vermelha. Ele simbolizava um Papai Noel aliado às ações do DSA, posicionado à frente de seis crianças que seguravam edições da cartilha distribuída. Além disso, as cartilhas aparentam voar das mãos daquele que as entrega, o que pode simbolizar a ideia de alcance desse material entre a população mais ampla. O texto diz:

> Aprendei a crear o vosso filho! A creança é um ser muito frágil exposto a uma infinidade de riscos. A cifra formidável da mortalidade infantil basta para demonstrar que a falta de preparo das mães causa verdadeiras hecatembes. As creanças são geralmente vítimas da ignorância! [...] sem princípios exactos sobre o assumpto, a mãe preenche mal a sua função. Não são precisos grandes conhecimentos, bastam algumas noções. Instrui-vos se amais o vosso filho!

> Se não quereis perdel-o. Na inspetoria de hygiene infantil encontrarias os conselhos necessários. Departamento de Saúde e Assistência.[351]

Como observado, o material tinha como objetivo atingir especialmente as mães, consideradas pilares para a formação moral e higiênica das crianças, desde que acompanhadas pelos serviços de higiene infantil empreendidos no estado. Havia discursos que as culpabilizam pelos índices de mortalidade infantil, como uma forma de persuadi-las a seguir as orientações do Departamento. Caso contrário, essas mulheres deveriam temer pela vida e saúde dos filhos. As pretensões de Amaury de Medeiros, em seu livro, indicaram que a educação sanitária deveria alcançar as classes mais abastadas e cultas, cuja publicidade impulsionaria a circulação dos materiais. O médico acreditava que esse método traria benefícios, embora talvez não gerassem resultados imediatos.

Medeiros defendeu o uso dos cartazes como meio importante de orientações higiênicas, mas, também, as conferências sanitárias dedicadas a propagá-las, com o auxílio de funcionários do DSA. A esse respeito, podemos destacar a atuação das visitadoras sanitárias nos dispensários de tuberculose, visto que as fotografias analisadas evidenciaram a realização de palestras sobre tratamento e combate à doença entre adultos e crianças. E sobre o uso de cartazes, Medeiros ainda informou que o Departamento inaugurou um serviço de publicação literária, sem nenhum aspecto oficial, destinado à circulação da educação sanitária por meio de contos.

No projeto higienista adotado no Brasil, com destaque para Pernambuco, a literatura foi considerada um mecanismo pedagógico para a circulação da higiene nos mais variados espaços. Para além de descrições científicas ou representativas, os textos adotavam estratégias de persuasão, tentando moldar comportamentos, formas de pensamento e perspectivas sobre temas variados, buscando "civilizar" e moralizar a sociedade.[352] Como exemplo disso, Maria Helena Bastos e Maria Stephanou apresentaram a obra *Aventuras no mundo da higiene*, um livro direcionado para crianças, pais e educadores, com o objetivo de propagar orientações higiênicas no cotidiano da criança e sua família "em uma época de normatização de condutas no contexto de uma sociedade em processo crescente de urbanização".[353] Também é possível destacar obras como *A feira das Letras*, escrita na década de 1920, por Cecília Meireles em colaboração com o médico Josué de Castro.

---

[351] MEDEIROS, 1926, p. 115.
[352] BASTOS, Maria Helena Câmara; STEPHANOU, Maria. Infância, Higiene e Educação. **28ª Reunião Anual da Anped. Caxambu**. Rio de Janeiro: Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Educação, 2005.
[353] BASTOS; STEPHANOU, 2005, p. 4.

Os contos divulgados pelo serviço de propaganda do DSA foram apresentados por Amaury de Medeiros como textos informais, enviados ao departamento sem nenhuma nota explicativa para serem publicados nos jornais, e os que mais chamaram sua atenção constavam no relatório que produziu. O primeiro texto foi intitulado *Belleza Morta,* escrito por Humberto Carneiro*,* que apresentou a história de uma mulher considerada a mais bela da sua família. Frequentemente, a família recebia visitas de um médico, amigo de todos, que insistia em vacinar a moça, por quem apresentava afeto e simpatia. Ao questionar os pais da jovem sobre o porquê de não a vacinar, foi informado que seus braços eram tão belos que não poderiam ficar marcados por cicatrizes de agulhas ou de quaisquer procedimentos de saúde. Contudo, a cidade em que residiam foi impactada por um surto de varíola, a jovem contraiu a doença, oscilando entre a vida e a morte. Devido à urgência das condições de saúde, sua família autorizou a vacinação, mesmo que ela já estivesse coberta por marcas da varíola, considerada agora uma mulher deformada e sem encantos.[354]

Ao se deparar com os discursos da população sobre esse conto, Medeiros afirmou que testemunhou uma:

> quantidade de pessoas, sobretudo de moças, que foram aos postos do Departamento procurar vaccina, para que sua beleza não morresse... Foram naturalmente vários dias de festa para o pessoal do Departamento e em especial para os vacinadores que tiveram uma clientella particularmente interessante.[355]

Ele demonstrou satisfação nos resultados positivos obtidos com a circulação desse recurso que, em suas palavras, impulsionou medidas de combate à varíola em Pernambuco. Além disso, Medeiros destacou outro texto literário publicado, que teve como tema de discussão os males gastrointestinais.

O conto, que não teve sua autoria identificada, foi intitulado *A mosca e a Borboleta*, e narrou a presença de crianças num campo florido. Em um momento, uma borboleta pousou no braço de uma das jovens, que seguiu para sua residência chorando, com medo de que aquilo a deixaria doente. Ao chegar em casa, deparou-se com a mesa da sala de jantar repleta de moscas sobre pratos e comidas. Ao questionar sobre o possível perigo causado pela borboleta, um adulto lhe informou que o verdadeiro perigo estaria nas moscas sob os alimentos, que poderiam criar larvas. Quando a família se alimentasse, sujeiras e microrganismos deixados pelas moscas

[354] MEDEIROS, 1926, p. 117.
[355] MEDEIROS, 1926, p. 117.

seriam digeridos, resultando em males do estômago. A partir desses relatos, fica evidente a utilização da literatura como aliada às ações de educação sanitária entre a população, sobretudo crianças.

3.2 Arquitetura escolar e ensino higiênico nos grupos escolares de Pernambuco

Os grupos escolares, termo que designou as instituições educativas de ensino primário, foram criados no Brasil nos anos 1890 – em transformações na organização do ensino –, adotados como modelo de escolas modernas e com uma estrutura complexa, que classificou os alunos em agrupamentos conforme idade e nível de conhecimento. Sediados em edifícios amplos e subdivididos, esses grupos adotaram divisões de trabalho docente, séries e conteúdos distribuídos em programas curriculares padrões.[356]

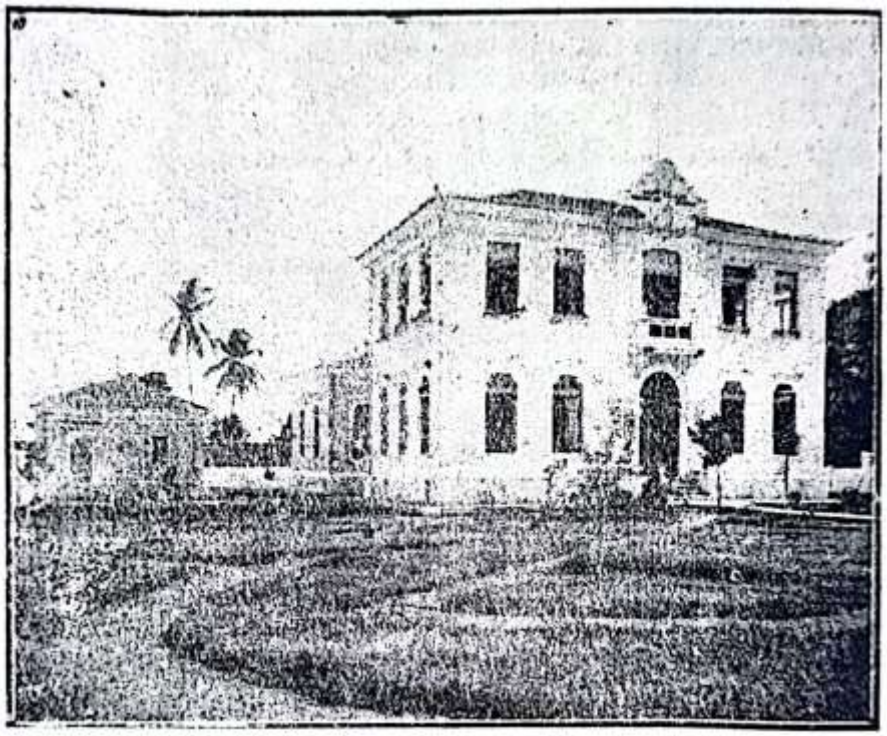
Em São Paulo, essa instituição foi adotada em 1893, no contexto de reformas da instrução pública e das instituições normais, destinadas à formação dos professores primários. Renovavam-se os modelos de ensino, que se concentraram na criação de escolas noturnas, escolas isoladas e nos grupos escolares, consolidando assim um tipo de instituição educativa e "adotando a mesma ordenação administrativa e didático–pedagógica das escolas graduadas, tornando-se a referência a ser seguida pelas escolas agrupadas designadas 'grupos escolares'".[357] Após isso, essas instituições cresceram no estado, com um número de 297 grupos em 1929. A soma dos quantitativos da capital e do interior era 4.249 classes.

No relatório dos serviços do DSA, Amaury de Medeiros informou a criação de um grupo escolar modelo em Pernambuco (Figura 26), situado no município de Afogados da Ingazeira, que serviu como modelo para a construção de escolas após o ano de 1922, tendo em vista que não seria possível criar grupos-modelo em todos os municípios do estado. Em suas palavras, o modelo adotado seguiu todos os modernos padrões pedagógicos empreendidos no Brasil, sobretudo no que se referia às práticas higiênicas.

---

[356] SOUZA, Rosa Fátima de; FARIA FILHO, Luciano Mendes. A contribuição dos grupos escolares para a renovação da história do ensino primário no Brasil. In: VIDAL, Diana Gonçalves (Org.). **Grupos escolares**: cultura escolar primária e escolarização da infância no Brasil (1893-1971). Campinas: Mercado de Letras, 2006.
[357] SOUZA; FARIA FILHO, 2006, p. 20.

Figura 26: Grupo escolar modelo em Afogados da Ingazeira - PE



Fonte: Medeiros (1926, p. 123).

O grupo escolar modelo seguiu as orientações previstas no regulamento sanitário estadual, contando com uma completa estrutura demonstrada na fotografia pelo seu amplo prédio central, iluminação em todas as salas, ventilação, pinturas recém feitas, além de bebedouros, lavatórios e instalações adequadas para cada faixa etária. O grupo foi construído anexo ao edifício em que funcionou o serviço médico do estado, prédio que aparece em segundo plano, e possuía instalações de banho. Segundo Amaury de Medeiros, essa última característica foi adotada para que alunos pobres, que não possuíssem banheiro em suas residências, higienizassem seus corpos. O prédio também contou com lavatórios baixos, para o uso das crianças do jardim de infância, latrinas especificas para eles e demais elementos que atestavam o rigor higiênico adotado em colaboração com o médico Annibal Fernandes, secretário da Instrução Pública; o governo de Sérgio Loreto; os médicos inspetores e as educadoras sanitárias.

Além do grupo escolar modelo, o Grupo Escolar Martins Júnior foi um dos primeiros criados no estado, por meio do ato n.º 271 de 24 de maio de 1922, situado na Praça da Torre e dirigido por José Vicente Barbosa. Nele, as atividades cotidianas englobavam as inspeções físicas, higiênicas e pedagógicas pelos médicos escolares e pelas educadoras sanitárias do DAS; e a organização de fichas com informações sobre as condições de higiene das crianças. O 2°

grupo, chamado João Barbalho e criado em 2 de junho de 1922, funcionou na rua do Conde da Boa Vista. O terceiro foi o grupo Maciel Pinheiro, no bairro da encruzilhada.[358]

Em junho de 1924, a *Revista de Pernambuco* publicou uma matéria intitulada *Grupo Escolar João Barbalho*, apresentado como um modelo de estabelecimento de ensino, construído onde antes funcionou a sede da Repartição de Higiene do Estado. Especializada nas práticas educativas da primeira infância, a instituição adotou o método de ensino Montessori, ministrado no Jardim de Infância Virgínia Loreto, anexo ao grupo.[359] O método Montessoriano foi criado por Maria Montessori, nascida em 1870 e conhecida como a primeira mulher da Itália a obter diploma em medicina.

Seus estudos, inspirados nas ideias de Froebel, Pestalozzi e nas teorias da biologia de Nageli e Vries, se concentraram em um método de ensino para crianças, baseado na autonomia, autoeducação e desenvolvimento sensorial a partir de um ambiente preparado. Esse método estabeleceu que as crianças deviam desenvolver uma consciência sanitária, introduzindo em seu cotidiano práticas de cuidado e higiene corporal e limpeza do espaço, capacidades a serem construídas com o auxílio dos professores.[360]

Nesse contexto, após a realização da reforma educacional de 1923, mediada por Ulysses Pernambucano, a presença dos médicos escolares e visitadoras, a formação dos professores no campo da higiene e a inserção de métodos de ensino se intensificaram. Segundo Adlene Silva Arantes, a reforma de 1923 introduziu a psicologia nos grupos escolares em Recife:

> As crianças eram classificadas psicologicamente, por meio de testes de inteligência, antropometricamente, (segundo a classificação de Viola, da Escola Italiana) e racialmente, seguindo a classificação de Roquete-Pinto (leucodermos (brancos), faiodermos (brancos x negros), xantodermos (brancos x índios) e melanodermos (negros), baseando-se nos atributos de cor/raça ligados à noção biológica de raça, que levava em consideração a cor da pele, tonalidade dos olhos e características do cabelo.[361]

Ulysses Pernambucano estabeleceu, em sua reforma, que as crianças em idade escolar seriam submetidas a exames psíquicos para averiguar as condições de desenvolvimento intelectual e a existência de possíveis deficiências. Esse tema será abordado de forma mais específica na análise do **Relatório de Higiene Escolar** de 1930. Todavia, é notório afirmar que

---

[358] ARANTES, Adlene Silva. Discursos e práticas higiênicas em grupos escolares (Pernambuco, décadas de 1920 e 1930). **30° Simpósio Nacional de História**. Recife: Anpuh, 2019.
[359] REVISTA DE PERNAMBUCO. **Grupo Escolar João Barbalho**. ano 1, junho de 1924. s/p.
[360] COSTA, Magda Suely Pereira. Maria Montessori e seu método. **Linhas Críticas**, *[S. l.]*, v. 7, n. 13, p. 305–320, 2002.
[361] ARANTES, 2019, p. 3.

as condições psíquicas e raciais integraram as novas políticas educativas, na gestão de Sérgio Loreto, marcadas por classificação racial dos alunos.

Rozélia Bezerra afirmou que João Barbalho Uchoa Cavalcanti, que nomeou o grupo escolar João Barbalho, foi pioneiro nas discussões sobre higiene na escola, após o ano de 1873, quando ocupou o cargo de inspetor da instrução pública da província de Pernambuco, por 16 anos. Natural do município de Sirinhaém, interior de Pernambuco, João Barbalho nasceu em 13 de junho de 1846, foi aluno do Ginásio Pernambucano e do Colégio de Artes de Pernambuco. Em 1863, formou-se em Direito pela Faculdade de Direito de Recife, tornando-se Bacharel em Ciências Jurídicas e Sociais em 1873. Em seu trabalho como inspetor, denunciou as precárias condições sanitárias encontradas nas repartições educacionais e nas escolas públicas, que poderiam originar casos das chamadas doenças escolares.[362]

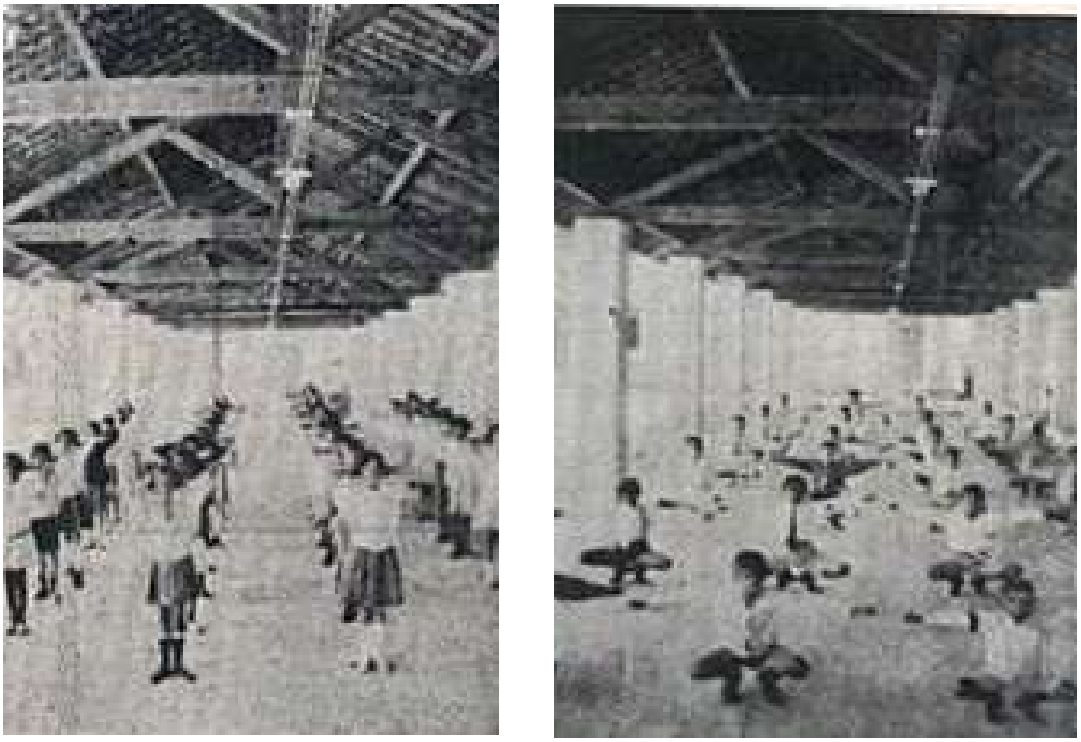
Ao analisar os relatórios enviados ao presidente da província, em 30 de janeiro de 1875, Rozélia Bezerra destacou que o inspetor questionou que os prédios públicos poderiam servir como local para a construção de escolas, além de denunciar os problemas que a falta de salubridade acarretaria à saúde infantil. Assim, João Barbalho foi considerado precursor de educação e higiene escolar, desenvolvidas nas gestões analisadas nesta dissertação e aprimoradas em decorrência das reformas sanitárias postas em prática.

Entre as atividades desenvolvidas pelas crianças pernambucanas para o melhoramento físico estava a ginástica, incluída no currículo do ensino primário. Segundo Edivaldo Góis Júnior, os exercícios físicos foram recomendados em teses médicas, no final do século XIX, como na do médico mineiro João da Matta Machado, defendida na FMRJ, em 1874, e intitulada *Educação physica, moral e intelectual da mocidade do Rio de Janeiro e sua influência sobre a saúde*. Nesse trabalho, o autor defendeu a prática regular dos exercícios físicos entre os escolares, realizada sob supervisão dos médicos e condicionadas a uma boa alimentação.[363] Em Pernambuco, as fontes demonstraram a utilização de práticas de ginástica sueca (Figura 27),[364] como apresentado nas fotografias a seguir, em que alunas e alunos do Grupo Escolar João

[362] BEZERRA, Rozélia. **A higiene escolar em Pernambuco**: espaços de construção e os discursos elaborados. Tese (Doutorado em Educação) –, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.
[363] GÓIS JÚNIOR, Edivaldo. Ginástica, higiene e eugenia no projeto de nação brasileira: Rio de Janeiro, século XIX e início do século XX. **Movimento**, p. 139-159, 2013.
[364] Diferentes "escolas" de exercícios físicos foram propostas na Europa, notadamente na Alemanha, Suécia e França, com o intuito de definir uma ginástica mais eficiente e de base científica. A ginástica sueca foi constituinte desse movimento ginástico europeu que emergiu desde fins do século XVIII, orientado por uma abordagem de corpo ancorada nos discursos científicos e higiênicos e que almejava adestrar os gestos e controlar as vontades. Cf. BAÍA, Anderson Cunha; Bonifácio, Iara Marina dos Anjos; MORENO, Andrea. Tratado prático de gymnastica sueca de L. Kumlien: itinerários de um manual no Brasil (1895-1933). **Revista Brasileira de História da Educação**, v. 19, 2019.

Barbalho realizam movimentos e exercícios físicos, subdivididos entre grupos de mulheres e de homens.

Figura 27: Alunos do Grupo Escolar João Barbalho praticando Ginástica Sueca



Fonte: **Revista de Pernambuco,** ano I, junho de 1924. s/p

A coordenação pedagógica e o corpo docente do grupo escolar eram formados por mulheres, sendo Helena Rêgo a diretora, e Júlia Tavares Cordeiro, Eunice Gama Marques, Aspásia Cavalcanti, Noemi de Góes Cavalcanti e Maria das Dores Klutzeuchell professoras na instituição. O médico Deoclécio César de Lima atuou como inspetor médico-sanitário.[365] Segundo Adlene Arantes, as próprias professoras apresentavam as noções de higiene junto aos médicos e às visitadoras, em orientações básicas como a limpeza das mãos, cortes das unhas, escovação de dentes, pentear e cuidar dos cabelos para evitar piolhos, e coleta de lixo.

De acordo com Rozélia Bezerra, a reforma de Antônio Carneiro Leão foi responsável por transferir a inspeção médico-escolar para a tutela da diretoria técnica de saúde, criar um corpo de visitadoras assistentes para a inspeção escolar, organizar a assistência dentária, além de mediar a criação de um serviço de distribuição regular de merenda escolar e de leite. Esses

[365] ARANTES, Adlene Silva. Grupo Escolar João Barbalho: espaço de divulgação de uma educação nos moldes higiênicos (Pernambuco, 1922-1931). **Cadernos de História da Educação**, v. 18, n. 3, p. 601-620, 2019.

procedimentos se juntaram à prática de educação física, às escolas ao ar livre e às colônias de férias. Segundo a autora:

> a escola ao ar livre visava ministrar educação adequada as crianças com debilidade física. Elas tinham um regime normal de aulas, mas recebiam acompanhamento médico na avaliação do quadro físico e higiênico [...] a colônia de férias era destinada aos escolares pré-tuberculosos o em estado de fraqueza maior".[366]

Após a reforma dos grupos escolares e das escolas isoladas, os alunos do ensino primário passaram a cursar disciplinas de higiene e educação física, como demonstrado anteriormente, acompanhado das disciplinas tradicionais como aritmética, álgebra, linguagens, francês, geografia, música, desenho e educação cívica. O escotismo também foi inserido como parte das atividades diárias, com o objetivo de praticar a solidariedade, as atividades manuais e o nacionalismo. Os estudantes portavam diários de higiene que ficavam sob posse da professora, utilizados pelos diretores e médicos escolares para verificar as condições de saúde e as atividades realizadas individualmente. Além disso, Rozélia Bezerra afirmou que o incentivo ao monitoramento de higiene era praticado entre os próprios alunos, já que formavam "pelotões de higiene", constituídos por 15 crianças de mesma idade, gênero e boas condições físicas, comumente ocupando as turmas de 3° e 4° anos do ensino primário, para acompanhar essas atividades entre os colegas.[367]

Ao destacar os programas de ensino, alguns aspectos chamaram atenção. Até o 4°ano, a disciplina "Higiene" instruía as crianças sobre os banhos, uso de copo e toalha, higiene nasal, orientações sobre a transmissão de doenças como sarampo, catapora e tifo, além de métodos para a vacinação e revacinação e orientações dadas para as suas famílias. No 5° ano, os alunos recebiam lições de eugenia e puericultura, introdução a pré-natal e casamentos consanguíneos. No 6° ano, enfermagem e primeiros socorros, e no 7° ano higiene mental e aspectos sobre degeneração.

No grupo escolar modelo e outros citados ao longo desse trabalho, eram realizadas palestras preparadas pelos inspetores e educadoras sanitárias. Em seu livro, Amaury de Medeiros rememorou uma delas, ministrada pelas visitadoras, a qual ele ajudou a preparar:

> Chega à visitadora na aula, onde todas as crianças estão quietas, atentas em suas carteiras. A professora apresenta-a: "Esta é a visitadora do Departamento de Saúde que vem conversar com vocês". As creanças olham-n'a, e ella

[366] BEZERRA, 2010, p. 159.
[367] BEZERRA, 2010.

> imediatamente pergunta: “Qual de vocês quer ser bonita?” As creanças, em geral, riem umas das outras, agitam os braços, e nada dizem. Se nenhuma se manifesta, a visitadora insiste: “Quem quiser ser bonita levanta o dedo!” Todos levantam. “Se vocês querem ser bonitas é muito fácil: Basta que tenham saúde e para que tenham saúde é preciso que vocês sigam todos os conselhos que lhes vou dar hoje e darei toda a semana, quando aqui vier ver como vocês passam. Por exemplo: “vocês não acham feia uma pessoa que tem a pelle toda marcada de bexigas?” (é assim que chama o povo á varíola). “Vocês não tendo bexiga, ficam bonitas, e, para não ter bexiga, devem vacinar-se”. E dá todas as explicações sobre vaccina, mostrando que não doe, etc., etc.[368]

No trecho, Medeiros informou que as visitadoras chegavam às escolas e eram apresentadas pelas professoras, para que as crianças se interessassem em ouvi-las. Após isso, questionavam os estudantes sobre o desejo de serem “belos”, que nas falas do médico estava condicionado a uma boa saúde, alcançada caso as crianças seguissem as orientações da profissional. Ao mencionar que os conselhos eram feitos semanalmente às crianças, acredita-se que a visitadora escolar estava frequentemente nas instituições, orientando sobre higiene corporal e medidas de combate a doenças, como a varíola, conforme apresentado no trecho.

Na fonte, Medeiros ainda destacou o processo de formação dado as visitadoras escolares, sobretudo quanto à forma de tratar e responder às possíveis indagações dos escolares. A tuberculose também foi identificada como tema das palestras, utilizando-se de a metáfora sobre uma residência sem janelas. Ao final, defendeu-se a necessidade janelas para que os espaços domiciliares fossem arejados e os “bons ares” circulassem.

[368] MEDEIROS, 1926, p. 128.

Figura 28: O inspetor de higiene infantil Dr. Arthur de Sá realizando uma palestra sobre higiene entre alunos

Fonte: Medeiros (1926, p. 174).

A Figura 28 retratou uma sala de aula composta por alunos, meninos e meninas, em primeiro plano e, em segundo plano, evidencia um médico e uma professora. O médico em questão, assim como mencionado, é o doutor Arthur de Sá, em uma palestra sobre higiene. No relatório não foram apresentadas informações sobre quem era a professora e sobre a instituição na qual o registro foi feito. Porém, trata-se de um exemplo visual da inserção dos médicos e inspetores no interior da sala de aula, objetivando educar os jovens e formar cidadãos nos preceitos da saúde pública e da higiene infantil.

Para a realização da inspeção higiênica dentro das escolas, os médicos e visitadoras preenchiam cartões formulados pela IHI do DAS (Figura 29). Em seu cabeçalho, o cartão solicitava informações base como o sexo do aluno/a, nome completo, idade, município de nascimento e endereço residencial, dados dos pais e irmãos, informações sobre a existência de comorbidades na primeira infância, dados da vacinação e seus resultados, que atestariam a boa saúde da criança. O primeiro exame realizado entre os escolares eram as pesagens, métrica da estatura física, da força muscular, do tamanho toráxico, além de características da pele, cabelo, arcaria dentária, olhos, ouvidos, nariz, garganta, esqueleto e condições de saúde dos órgãos como o coração, pulmão, do sistema nervoso, existência de verminoses, alimentação e atenção ao desenvolvimento físico e intelectual conforme a idade apresentada por cada estudante.

Figura 29: Frente do cartão do Serviço de Higiene Escolar

(Cartão do serviço de hygiene escolar — Frente)

DEPARTAMENTO DE SAUDE E ASSISTENCIA

Inspectoria de Hygiene Infantil

Serviço de Hygiene Escolar

Alumno .. ..
Nome .. ..
Idade .. .. Nascido em .. .. á .. ..
Residencia .. ..
Pae .. .. Mãe.. .. .. .. Irmãos vivos .. .. I. mortos
Antecedentes morbidos .. ..
Vaccinado em .. .. Resultado .. ..

PRIMEIRO EXAME

Peso .. .. Estatura .. .. F. Muscular ....
Perimetria thoraxica. Maxima .. .. Minima .... Dif .
Aspecto geral .. .. Hemoglobina .. ..
Pelle .. ..
Couro cabelludo .. .. Cabellos .. ..
Bocca-Dentes .. ..
Olhos .. .. Od .. .. Oe .. ..
Ouvidos .. .. Od .. .. Oe ..
Nariz — Garganta .. ..
Esqueleto e articulações .. ..
Coração .. ..
Pulmões .. ..
Syst. lymphatico .. ..
Syst. nervoso .. ..
Verminoses .. .. H. S. .. ..
Reacção á tuberculina .. .. Reacção de Schick .. ..
Primeira alimentação .. ..
Observações .. ..
Desenvolvimento Physico rel. idade .. ..
Desenvolvimento intellectual rel. idade .. ..

Recife, ... de .. .. de 192 .. .. Dr. .. ..

N. B. — Esta ficha será confiada exclusivamente á guarda do medico escolar

Fonte: Medeiros (1926, p. 181).

O verso do cartão demonstrou a existência de segundo e terceiro exames, que repetiam os dados já solicitados no primeiro momento. No relatório, Medeiros não informou a frequência desses procedimentos, mas acredita-se ser um acompanhamento anual, conforme avançava-se a idade dos escolares, tendo em vista a repetida solicitação das inspeções.

O ano de 1926 foi marcado por uma reforma da instrução pública, regulamentada pelo ato n.º 1.017 de 30 de julho de 1926, que estabeleceu novas normas do ensino público. O documento informou que a organização dos ensinos primário, secundário e profissional ficava sob tutela do governo do estado por intermédio do Secretário da Justiça e Instrução Pública e do Conselho de Educação. No tocante ao ensino primário, a fiscalização esteve a cargo de três inspetores escolares, professores de quarta entrância que tivessem exercido o magistério por no mínimo seis anos, e fossem m designados pelos órgãos responsáveis. A esses grupos competia: visitar as escolas primárias, averiguando a estrutura dos espaços e condições de trabalho dos professores; observar os materiais didáticos adotados; observar as dinâmicas entre professor e

alunos, orientando o comportamento e a frequência do alunado; apresentar relatórios anuais sobre as condições de ensino etc.[369]

A inspeção médico-escolar é apresentada na documentação como um anexo do DSA, inserida em todos os estabelecimentos de ensino públicos e particulares da capital e do interior. Esses profissionais objetivavam oferecer tratamento gratuito para os estudantes doentes e que apresentassem sintomas de doenças nos olhos, nariz, garganta e ouvidos, dando atenção para as crianças pobres de escolas públicas, que não possuíam recursos para consultar médicos particulares. Além disso, deveriam examinar cotidianamente os professores e funcionários; vacinar e revacinar todos os que frequentam as instituições de ensino; verificar as condições higiênicas do prédio e averiguar o bom funcionamento do regulamento sanitário do estado.[370]

Como resultados dessa reforma, o *Diário de Pernambuco* divulgou, em janeiro de 1929, duurante o governo de Estácio Coimbra, a assinatura de um ato de nomeação de Marcionilla Theresa Beserra, Maria José da Silveira Antunes, Iracy de Mello Pereira, Maria Thereza Bezerra, Elvira Lianza, Maria José Flores Rangel, Elisa da Anunciação Carvalho e Deborah Martins Pereira, para exercerem os cargos de visitadoras escolares dos municípios de 4° entrância.[371]

3.3 A feminilização da educação sanitária: normalistas e o trabalho educativo-higiênico em Pernambuco

Em um estudo que investigou as características socioculturais, econômicas e religiosas das mulheres que se diplomavam em enfermagem nas escolas de orientação católica, entre 1940 e 1960, Luiz Otávio Ferreira e Renata Brotto identificaram que, após a criação da EEAN, a obtenção de certificado de conclusão em cursos secundários foi considerada um critério obrigatório para a seleção nos cursos de enfermagem. Afirmaram, ainda, que as escolas em funcionamento concediam privilégios para as candidatas que possuíssem formação no magistério primário e que desejassem se profissionalizar para exercer a enfermagem. Isso contribuiu para que a grande maioria das enfermeiras em formação fossem normalistas, egressas das Escolas Normais Oficiais de seus respectivos estados. Logo, "as normalistas foram

[369] PERNAMBUCO. **Reforma da instrucção**. Acto n. 1.017, de 30 de julho de 1926. Recife: Governo do Estado de Pernambuco, 1926.
[370] PERNAMBUCO, 1926.
[371] DIÁRIO DE PERNAMBUCO. **Várias**. ed. 13, 16 jan., 1929. Recife: Biblioteca Nacional, 1929, p. 3.; O termo "entrância" foi apresentado na documentação em referência aos distritos de atuação das visitadoras escolares. Todavia, o significado do termo para a época não foi identificado.

precursoras de um movimento sistemático de ingresso de mulheres no espaço público por meio da formação intelectual e atuação profissional".[372]

Ao discutir a formação das educadoras sanitárias e enfermeiras, na primeira metade do século XX, Luiz Antônio de Castro Santos e Lina Faria categorizaram as educadoras sanitárias como normalistas que passavam por treinamentos em cursos de saúde pública ofertados pelos serviços de higiene do estado, diferenciando-as das enfermeiras, que já possuíam diploma específico nos cursos de enfermagem no Brasil. Segundo os autores, houve um embate entre as duas categorias, no qual as enfermeiras consideravam a profissão de educadora sanitária incompleta e defendiam que os cursos de enfermagem eram mais eficazes para a formação de mulheres e sua profissionalização na saúde pública.[373]

Os centros e postos de saúde foram os primeiros espaços de trabalho de visitadoras e educadoras, após cursos de duração média de 2 anos. Elas se dedicavam à assistência aos doentes em localidades ameaçadas por endemias como a ancilostomíase, no meio rural, e epidemias como a de febre amarela no espaço urbano: "a mulher educadora e enfermeira se consagrava como a mestra do cuidado imprescindível nas atividades da prevenção".[374]

Em São Paulo, o primeiro curso para a formação de educadoras sanitárias ocorreu em 1925, coordenado pelo Instituto de Higiene, o que intensificou o cenário de competição entre as alunas da escola de enfermagem da USP. Nomes como o de Maria Antonieta de Castro, considerada uma das primeiras educadoras sanitárias do Brasil, e Ruth Sandoval Marcondes, são notórios na trajetória profissional feminina no campo da saúde e educação. A primeira integrou o primeiro curso para educadoras sanitárias ofertado pelo Instituto de Higiene de São Paulo, enquanto a segunda foi responsável por organizar o primeiro curso de educação no estado, realizado na Faculdade de Saúde Pública da USP.[375]

Esses cursos objetivavam aprimorar a formação das professoras primárias para que exercessem o papel de agentes de saúde, intercedendo pela higienização da infância dentro das escolas.[376] Os critérios para seleção e ingresso englobavam: posse do diploma na escola normal; atuação no magistério por mais de 6 meses; serem mulheres de classe média com idade entre 18 e 30 anos; e comprovação de boa saúde por meio de exames médicos.

---

[372] FERREIRA, Luiz Otávio; BROTTO, Renata Batista. Nordestinas e normalistas: um estudo sobre as características socioculturais das alunas de uma escola católica de enfermagem no Brasil (1940-1960). **História Unisinos**, v. 22, n. 4, p. 579-591, 2018. p. 585.
[373] CASTRO SANTOS, Luiz Antonio de; FARIA, Lina. As ocupações supostamente subalternas: o exemplo da enfermagem brasileira. **Saúde e Sociedade**, v. 17, p. 35-44, 2008.
[374] CASTRO SANTOS; FARIA, 2008, p. 42.
[375] FARIA, Lina. Educadoras sanitárias e enfermeiras de saúde pública: identidades profissionais em construção. **Cadernos Pagu**, p. 173-212, 2006.
[376] FARIA, 2006.

Para Castro Santos e Faria, “as educadoras tiveram uma vantagem pelo manejo de ‘situações de ensino-aprendizagem’ que os médicos não possuíam”.[377] Para além da capacitação nos cursos de formação, acredita-se que a introdução aos temas de saúde e higiene nos currículos das Escolas Normais corroboraram positivamente para uma maior profissionalização dessas mulheres no campo da saúde, assim como ocorreu em Pernambuco, onde os grupos de visitadoras e educadoras sanitárias atuantes foram, em sua maioria, mulheres formadas pela Escola Normal do estado. Elas já possuíam formação de cunho educativo e se especializaram nos cursos para formação de visitadoras e educadoras sanitárias ofertados pelo DSA.

As três primeiras escolas normais oficiais criadas no Brasil foram fundadas no Rio de Janeiro (1835), na Bahia (1836) e em São Paulo (1846), se expandindo para Alagoas, Piauí e Pernambuco em 1864, sendo a última fundada como eminentemente masculina. Flávia Peixoto considerou a abertura para o ingresso de mulheres na instituição como uma das primeiras oportunidades para a sua profissionalização no estado, tendo em vista que as atividades de jornalismo e direito, comuns na época, eram frequentadas apenas por homens. O plano para a criação da escola, que começou a funcionar em janeiro de 1866, foi apresentado por Armínio Tavares, integrante da comissão de instrução pública na qual defendeu a construção de um curso inicial com duração de dois anos. Incialmente, as aulas foram realizadas em um prédio situado no cais da alfândega, transferidas no ano seguinte para um palacete na Rua da Praia. Seu primeiro diretor foi um cônego chamado Francisco Brito de Medeiros, transferido para a tutela de Álvaro Barbalho Uchoa Cavalcanti, em 1870, pai de João Barbalho Uchoa Cavalcanti.[378]

Anterior à sua admissão na Escola Normal, muitas mulheres se inseriam nas atividades do curso normal criado pela Sociedade Propagadora da Instrução Pública, que se tornou a Escola Pinto Júnior, no ano de 1893, aberta ao público feminino.[379] Segundo Peixoto, a sociedade médica e política associou o magistério primário a uma extensão das atividades maternas, em que cada aluno deveria ser visto como um “filho espiritual”, sob os cuidados de mulheres dedicadas, vigilantes e virtuosas.

A escola passou a admitir mulheres após o abandono da carreira de professor por parte dos homens, influenciados pelas questões salariais. Para a autora, a mudança na admissão resultou em transformações nas normas institucionais, com a adoção da idade mínima de 13

[377] CASTRO SANTOS; FARIA, 2008, p. 40.
[378] PEIXOTO, Flávia Maria. **A escola normal oficial de Pernambuco**: a inserção das mulheres. Dissertação (Mestrado em Educação) –, Universidade Federal de Pernambuco. 2006. 135 f.
[379] PEIXOTO, 2006.

anos para alunas mulheres, e de 15 anos para homens. Além disso, em 5 de janeiro de 1875, foi estabelecido um regulamento que delimitou a grade curricular teórica e prática do curso normal pernambucano, com duração de 3 anos, em que foram inseridas disciplinas destinadas especificamente às mulheres, como economia doméstica.

No primeiro ano, as alunas estudavam noções de gramática, natureza, ortografia, doutrina cristã e demais temas de linguagens; no 2° ano, na primeira cadeira: gramática e filosofia, e na segunda cadeira noções de física, lógica, agricultura e desenho. As disciplinas estudadas no 3° ano do curso chamam atenção pela presença da higiene, sendo que na 3° cadeira eram estudadas história natural, fisiologia e medicina doméstica, higiene, primeiros socorros e vacinação.[380] Na segunda metade do século XIX, a higiene na escola era um tema presente, com atenção à formação das normalistas que viriam, posteriormente, se especializar nos cursos de visitadoras sanitárias e escolares ofertados em Pernambuco após da década de 1920.

Disciplinas como fisiologia, saúde, doenças, higienização dos espaços, emprego do tempo e educação sanitária foram inseridas em escolas normais de outros estados, como no Distrito Federal, em 1889, na antiga Escola Normal da Corte, criada em março de 1880 pelo decreto n° 7.684. Estas disciplinas estavam situadas no 3° ano dos cursos, período no qual as normalistas já dominariam os temas básicos.[381]

Em 1923, após a reforma empreendida por Ulysses Pernambucano, que ocupava o cargo de diretor da Escola Normal, foi instalado um serviço médico escolar anexo ao prédio da instituição escolar, considerado por Amaury de Medeiros um modelo de casa de educação, cuja estrutura externa demonstrou o grande investimento do governo na formação do magistério e das agentes responsáveis por propagar a educação higiênica, junto aos profissionais médicos e educadoras sanitárias, sob regulação do DSA.

[380] PEIXOTO, 2006.
[381] PAIVA, Tamires. **Noções para persuadir e educar***:* os discursos médico-higiênicos na formação e ofício do professorado primário (1914-1928). Rio de Janeiro: Proped/UERJ, 2013.

Figura 30: Práticas de higiene na Escola Normal Oficial do Estado

Fonte: Medeiros (1926, p. 169).

Com a instalação do serviço médico escolar, também disponibilizaram bebedouros e pias em todos os pavimentos e corredores da instituição para que as alunas higienizassem as mãos e o rosto antes da distribuição da merenda escolar (Figura 30). É possível destacar duas alunas da escola na fotografia, cujas identidades não foram mencionadas. Tratava-se de mulheres brancas, de cabelos acima do ombro. Uma se hidratava no bebedouro e a outra higienizava as mãos no lavatório. Ambas vestiam uniformes padrões compostos por camisetas que cobriam do pescoço aos pulsos, saias abaixo do joelho, meias cumpridas e sapatilhas na cor branca. A imagem indica que temas de higiene e saúde corporal não estiveram presentes apenas nos currículos, mas também na prática, com o propósito de formar uma consciência sanitária nas futuras profissionais, que seria repassada para seus alunos.

Para além da formação educacional higiênica realizada na Escola Normal, também foram ofertados cursos de aperfeiçoamento para as professoras já atuantes, assim como ocorreu em Pernambuco, em 1925. Como exemplo, destaca-se que as visitadoras realizaram um curso de férias no prédio do DSA, destinado às professoras primárias das escolas no estado. A programação contou com uma lição inaugural sobre transmissores de moléstias, ministrada por Amaury de Medeiros; estudos sobre parasitas intestinais como ancilóstomos, ascarídeas e tênias, pelo médico Ageu Magalhães; doenças bacterianas como a difteria, febre tifoide, tuberculose, lepra e tétano, pelo doutor Octavio de Freitas; doenças transmitidas por vírus, como

raiva e varíola, por Francisco Clementino; e soluções pedagógicas e intoxicações como alcoolismo, cocainismo e morfinismo, ministrado pelo médico Ulysses Pernambucano.

No governo de Estácio de Albuquerque Coimbra, as matrículas continuaram a serem ofertadas para o curso de visitadoras, com um edital publicado em 31 de abril de 1926, destacando a abertura de uma nova turma. O *Diário de Pernambuco* informou a realização de provas orais do concurso para visitadoras de higiene. A banca examinadora foi composta pelos médicos Amaury de Medeiros, Octavio de Freitas e Antônio Ignacio. Inscreveram-se as seguintes alunas: Maria Pereira Porto de Figueiredo, Francisca Santiago, Eulalia Senna Pereira, Noemia Bessoni, Margarida Vieira, Martha Carvalho, Iracema Santiago, Maria Umbelina Leal e Mareionilla Bezerra.[382] Em março de 1927, outra turma foi aberta mediante publicação de edital no *Diário Oficial do Estado*. Todavia, esse edital foi diferente dos anteriores, já que a grade curricular passou por reformas, sob a supervisão do doutor Gouveia de Barros, então chefe dos serviços sanitários de Pernambuco.

Essa reorganização propôs a seguinte grade curricular: História Natural médica, ministrada pelo professor Aggeu Magalhães; Noções de Anatomia e Fisiologia, pelo doutor Avelino Cardoso; Noções de microbiologia, ministrada por Octavio de Freitas; Higiene aplicada aos conhecimentos da técnica do DSA, pelo médico Arthur de Sá; Estética e educação sanitária, cujo docente não foi possível identificar devido a rasuras na documentação; Ciência administrativa, pelo doutor Antônio Ignácio; Prática Pediátrica, por Costa Ribeiro; Prática cirúrgica, com o doutor Barros Lima; Prática obstétrica, pelo médico Caldas Bivar e, por fim, prática administrativa também por Antônio Ignacio.[383] Foi determinado o prazo de oito meses para a realização das aulas, pelas alunas, além de dois exames: um parcial, ao findar do quarto mês de frequência, e outro definitivo para a classificação no cargo.

A gestão de Estácio Coimbra realizou mudanças importantes no trabalho das visitadoras sanitárias, tendo em vista que o governador, juntamente ao doutor Gouveia de Barros, transformou a antiga escola de formação para visitadoras em uma Escola de Educação Sanitária, inaugurada em 6 de abril de 1927 e anexa à sede do DSA. Segundo uma matéria publicada no *Diário de Pernambuco*, em 1927, a Escola de Educação Sanitária tinha como objetivo melhorar a formação das visitadoras de higiene e admitir em seu curso as alunas dos estabelecimentos de ensino normal oficial e equiparados. A inauguração da Escola de Educação Sanitária foi realizada às 20 horas no DSA. A prioridade da nova administração foi a formação de monitoras

[382] DIÁRIO DE PERNAMBUCO. **Concurso para visitadoras**. 21 out. 1926. Recife: Biblioteca Nacional, p. 2.
[383] DIÁRIO DE PERNAMBUCO. **Curso de Visitadoras**. 14 abr. 1927. Recife: Biblioteca Nacional, p. 6.

sanitárias, mulheres que atuariam especificamente nas escolas e na assistência à segunda infância das crianças.

3.4 A formação educacional das monitoras sanitárias durante o governo de Estácio Coimbra

Em 1930, o Congresso Legislativo de Pernambuco decretou, pela lei n.° 1.897, a criação da Escola de Educação Sanitária, anexa à diretoria de Estatística, Propaganda e Educação Sanitária do DSA, destinada ao preparo das monitoras sanitárias e dos demais profissionais técnicos do Departamento. Coube aos médicos vinculados à inspetoria criar o currículo do curso, que contou com disciplinas teóricas e práticas, essas últimas realizadas em laboratórios, museus e hospitais anexos. Gouveia de Barros, enquanto diretor do DSA, foi responsável pela nomeação de professores, além de escolher os funcionários técnicos. Segundo o programa do novo curso, o diploma emitido pela instituição permitiu que as monitoras exercessem dupla função, tanto no magistério, quanto nas atividades administrativas, seja na capital ou nos municípios interioranos. Além disso, a certificação atribuiu preferência na nomeação para o magistério público. Logo, a normalista que também fosse monitora sanitária teria benefícios em contratações.[384]

O currículo contou com as seguintes disciplinas e docentes: Patologia geral, ministrada pelo médico Aggeu Magalhães, na qual foram estudadas causas gerais de doenças, heranças mórbidas, parasitismos, infecções, avitaminoses e perturbações da nutrição; Noções de farmacologia e matéria médica, pelo doutor Antônio Ignácio, matéria que foi subdividida em duas partes: na primeira, estudava-se sobre medicamentos de origem vegetal, mineral e animal, medicamentos do sistema nervoso, anestésicos, analgésicos, neuro estimulantes, medicamentos cardiovasculares, diuréticos e vasculares. Na segunda parte, as aulas se concentravam nos medicamentos do aparelho respiratório, digestivo, urinário, medicamentos de nutrição geral, antiparasitários e antissépticos. Também havia Noções de microbiologia, pelo doutor Octávio de Freitas, com conceitos teóricos sobre micróbios, uso do microscópio e seus acessórios e métodos de esterilização; e História Natural Sanitária no que interessava à Zoologia de Pernambuco, pelo médico Lessa Andrade. Nesse curso, as alunas estudavam percevejos, piolhos, pulgas, moscas e transmissores de doenças como a febre amarela.[385]

---

[384] PERNAMBUCO. **Programa da Escola de Educação Sanitária**: Lei n° 1.897. Recife: Governo do Estado de Pernambuco, 1930.
[385] PERNAMBUCO, 1930, p. 5-9.

Além disso, havia Noções de Anatomia, fisiologia e patologia dos órgãos dos sentidos, ofertada pelo doutor Gilberto Fraga Rocha, na qual seriam estudados os órgãos dos sentidos, suas funções de relação e funções sensoriais; Anatomia do aparelho visual; Fisiologia do aparelho visual; Exame semiológico do aparelho visual; refração, astigmatismo, agudeza visual; moléstias e higiene do aparelho visual do recém-nascido e do adolescente; Higiene escolar, inspeção médico-escolar e profilaxia do tracoma; Moléstias e higiene do aparelho visual do adulto; Aparelho nasal, tato e gosto; Estatística e educação sanitária no que se relaciona com a nosologia e nosografia de Pernambuco, pelo doutor José de Barros Filho, com ensinamentos sobre a importância da demografia nos serviços de saúde pública, movimento da população (recenseamento, nupcialidade, natalidade, mortalidade e natimortalidade; Natalidade, seus coeficientes e estudos comparativos com outras cidades do pais e do estrangeiro.[386]

Essa última disciplina englobou estudos sobre mortalidade infantil e suas causas; a função da monitora nos serviços de propaganda e educação sanitária nesse particular, estudos comparativos da mortalidade infantil; Mortalidade geral, classificação de Bertillon, coeficientes, medidas diárias da mortalidade geral; Necessidades da uniformização das estatísticas da mortalidade; morbilidade e mortalidade por doenças transmissíveis, porcentagens da mortalidade por doenças transmissíveis sobre a mortalidade geral, importância da monitora nos serviços de propaganda e educação sanitária nesse particular; Propaganda e educação sanitária, serviços da monitora; Noções de estatística sobre a coqueluche e a difteria, serviço da monitora na profilaxia dessas doenças e na propaganda e educação sanitária; varíola, vacinação antivariólica e outros processos de profilaxia da varíola, noções de estatística sobre varicela, sarampo, escarlatina; noções de estatística sobre a tuberculose e função da monitora na luta contra a tuberculose.[387]

No currículo, houve ainda a disciplina de Dietética, ofertada pela farmacêutica Antonina de Holanda Martins, que ensinava às alunas sobre fundamentos de química, aleitamento natural, amamentação, suas dificuldades, vantagens e impedimentos; alimentação mercenária, o problema da ama, higiene da nutriz, alimentação mista e desmame, alimentação artificial, escolha do leite, necessidades alimentares das lactantes, bebês débeis e prematuros; regime durante o 2° ano, regimes nas diversas idades, generalidade sobre as perturbações nutritivas dos lactantes; reconhecimento das farinhas e produtos caseiros, leite em pó, seu

[386] PERNAMBUCO, 1930, p. 11.
[387] PERNAMBUCO, 1930, p. 13.

preparo simples com adição de farinhas, leite aluminoso (2 processos), dosagem, misturas lácteas acidificadas, preparo de mingaus simples, mingaus de manteiga M. B. F; mucilagens, sopas, caldos vegetais, caldo de amêndoas, a importância da dietética infantil, técnicas de preparação de alimentos, mamadeira, bicos e limpeza.[388]

A disciplina Administração e organização sanitária, oferecida pelo doutor Oscar de Britto foi subdividida entre teoria e prática. Na primeira, se estudou considerações gerais dos métodos e programas de saúde pública, inquérito sanitário; evolução dos serviços sanitários em Pernambuco e centros de saúde; "atual" administração e organização sanitária em Pernambuco, leis, orçamentos, pessoal, higiene escolar; serviços de saneamento rural em Pernambuco, higiene rural, programa, divisão, funções, pessoal, custeio e eficiência. Na segunda, visitas de observações e instruções a diferentes tipos de organização sanitária de Recife, hospitais regionais e postos do serviço de saneamento rural próximos a Recife; apresentação de trabalhos escritos dos métodos e atividades das organizações sanitárias visitadas. [389]

Havia também a disciplina Obstetrícia, ofertada pelo doutor Caldas Bivar, em que o médico discutiu as funções sociais da monitora sanitária: ter conhecimento da anatomia da bacia e órgãos de reprodução da mulher, diamétrica da pélvis; estudo do ciclo de reprodução, menstruação, ovulação e fecundação; gravidez, sinais da gravidez, estudos do útero, placenta, anexos e líquido amniótico, modificações intimas do organismo (glândulas mamarias, tireoide); cuidados à gestante, asseio, vestuário, alimentação, trabalho, exercício e repouso; Evolução da gravidez normal, parto prematuro, época provável de parto, predeterminação do sexo; sinais do trabalho de parto, suas fases, cuidados especiais `parturiente (quarto, leito, a parteira); esterilização em geral, assepsia das mãos, perigos e cuidados à puérpera (o quarto, a posição do leito, alimento, temperatura, pulso).[390]

Nessa grade, as monitoras em formação também estudavam sobre a realização dos primeiros cuidados com o recém-nascido, ligadura do cordão umbilical, inspeção do recém-nascido, profilaxia da oftalmia gonocócica, os caracteres do feto, respiração, movimentos, choro, pele e pelos, evacuação; pesagem, temperatura, medicação, banho, vestimenta, berço, o quarto; os soluços, vômitos, descamação epitelial, a turgência das mamas, hemorragias, infecção, hernias umbilicais, queda do cordão umbilical; cuidados especiais com bebes prematuros, asfixia; primeiro aleitamento do recém-nato, aleitamento natural ou materno, horários, perigos do aleitamento mercenário; aleitamento artificial e misto, obstáculos ao

[388] PERNAMBUCO, 1930, p. 15.
[389] PERNAMBUCO, 1930, p. 16.
[390] PERNAMBUCO, 1930, p. 17.

aleitamento natural; estudos comparativos entre o leite materno e outros leites, leites pasteurizados, condensados e secos, meios de conservação; estudo da curva do peso, desenvolvimento normal do lactante, dentição, estatura, musculatura, função digestiva, desenvolvimento físico. [391]

Por fim, a disciplina de Puericultura e higiene infantil, ministrada por Jorge Bittencourt, na qual se aprendiam: introdução geral do estudo de higiene infantil, higiene pré-nupcial, pré-natal, cuidados com os recém-nascidos, feto, assistência, prematuros e débeis congênitos e suas características; aleitamento, dietética infantil, desenvolvimento infantil, mortalidade infantil e suas causas, coeficientes de morbilidade infantil, notificação compulsória do nascimento, consultório de higiene infantil, higiene infantil em domicílio (trabalho da visitadora), higiene pré-escolar, higiene escolar, educação física e educação higiênica para as crianças. Como visto, o programa da escola de formação para monitoras sanitárias adotou um amplo currículo concentrado nas ações, saberes e práticas aplicadas desde a fase do pré-natal até a idade escolar das crianças, além de noções de higiene, profilaxia de doenças infectocontagiosas, conhecimentos anatômicos do corpo humano e demais saberes necessários para a sua profissão.

3.5 As percepções do Dr. Waldemir Miranda e a análise do Serviço de Higiene Escolar pernambucano na década de 1930

No fim do seu governo, Estácio Coimbra designou o médico Waldemir Miranda para avaliar os serviços de higiene escolar empreendidos durante a sua gestão. Em específico, as ações da Inspetoria Médico-Escolar, trabalho realizado sem a conceção de quaisquer orçamento ou remuneração. Nessa investigação, Miranda deveria apresentar um relatório completo das condições do serviço, além de oferecer sugestões para sua melhoria. Esta seção busca refletir e sintetizar as ações em torno da educação sanitária e da inspeção profissional dos médicos e visitadoras através do relatório publicado e entregue ao governador.[392]

Para Waldemir Miranda, a presença dos médicos e do Estado na vida infantil foi necessária para os ensinamentos de boa higiene e para a defesa da saúde pública, condicionada ao aprimoramento do corpo e da mente no interior das instituições de ensino. Aquele era o espaço onde seriam criados hábitos higiênicos, tendo em vista a ausência da prática cotidiana

[391] PERNAMBUCO, 1930, p. 19.
[392] PERNAMBUCO. **Relatório de Hygiene Escolar**: Acto n° 294, de 29 de novembro de 1930. Recife: Governo do Estado de Pernambuco, 1930.

em algumas habitações, sobretudo as mais empobrecidas. Logo, "[...] cabe ao serviço médico-escolar resolver os destinos da raça, velando a cultura das novas gerações sob o tríplice aspecto do desenvolvimento physico, espiritual e moral". [393]

Ao refletir sobre a estrutura do serviço, o médico destacou as seguintes atividades: inspeção dos prédios, mobiliário e material escolares; observação do desenvolvimento e da cultura física da criança baseada no exame individual e obrigatório do escolar e na organização de uma ficha sanitária; profilaxia das doenças contagiosas na escola; educação sanitária dos professores e alunos; Tratamento dos escolares enfermos; e assistência aos débeis e anormais. Segundo ele, essas ações foram divididas duas seções: uma de tratamento, a clínica escolar, e outra de higiene, constituída por oito inspetores e oito visitadoras.

No ano que antecedeu a divulgação do relatório, o *Diário de Pernambuco* divulgou uma matéria afirmando que o Secretário da Justiça determinou que as visitadoras escolares dos municípios de quarta entrância fossem alocadas da seguinte forma: 1° distrito: Deborah Martina Pereira; 2° Distrito: Maria José da Silveira Antunes; 3° Distrito: Iracy de Mello Ferreira; 4° Distrito: Maria Luisa Bezerra; 5° Distrito: Elvira Lianza; 6° Distrito: Maria José Flores Rangel; 7° Distrito: Marcionilla Thereza Bezerra; 8° Distrito: Elisa da Annunciação Carvalho. Além disso, também ocorreram nomeações para o cargo de médico escolar, determinando a seguinte distribuição: 1° Distrito: Dr. Octavio Leite Moreira; 2 ° Distrito: Dr. Waldemar de Oliveira; 3° Distrito: Dr. José Pacífico Pereira; 4° Distrito: Dr. José Romagueira, 5° Distrito: Dr. Gil Garcia de Campos; 6° Distrito: Dr. Leonel Baptista de Carvalho; 7° Distrito: Dr. Luiz de França Loureiro; e 8° Distrito: Dr. Armando Augusto de Britto Macedo.[394] Assim, acredita-se que esses foram os profissionais aos quais Waldemir Miranda se referiu.

Ao refletir sobre os prédios e móveis escolares, o médico caracterizou Pernambuco como um estado ausente de construções e mobílias que seguissem os critérios da vigilância médico-escolar adotados em países europeus considerados mais avançados. Ele teceu críticas ao Grupo Escolar Sérgio Loreto, construído na gestão do antecessor de Estácio Coimbra, e denunciou que a instituição não possuía espaço suficiente para a recreação infantil, que deveria seguir o critério de cinco metros por cada aluno que a frequentava. Além disso, estava situado em uma área industrial, com barulho intenso, criminalidade e insalubridade. Esse cenário foi avaliado pelo médico como ignorância e abandono às políticas de proteção à infância.

[393] PERNAMBUCO, 1930, p. 4.
[394] DIÁRIO DE PERNAMBUCO. **Várias**. ed. 21, 25 de jan., 1929. Recife: Biblioteca Nacional, 1929, p. 3.

O governo de Coimbra adotou uma legislação específica para a estrutura das escolas, que deveriam ser arejadas e ventiladas, especialmente em locais de altas temperaturas. Logo, coube ao inspetor médico-escolar atuar como vigilante, investigando e atestando a efetividade desses critérios nos grupos escolares em funcionamento. Para tornar alcançar o esperado, o médico elaborou um plano de adaptação e remodelação das condições existentes nas escolas, que deveriam seguir as normas da puericultura científica. Foram criadas fichas para coletar os dados dos prédios, que contavam com detalhes das: 1 – condições de instalação, escola do terreno, vizinhança, disposição e orientação dos pavilhões e materiais de construção utilizados; 2 – abastecimento de água e instalações sanitárias; 3 – condições de iluminação e arejamentos das salas de aulas, secretarias e arredores; 4 – posse ou não de áreas cobertas, vestuários e espaços recreativos e, por fim, detalhes acerca das condições do material e mobiliário escolar, caracterizados como reformas mais urgentes.[395]

Segundo Miranda, cada aluno deveria possuir uma cadeira adaptada à sua estrutura corporal, pois considerou que o uso da carteira inadequada resultaria em problemas de saúde para as crianças e na "macabra creação do typo de homem de sciencia – de óculos pesados, thorax deformado, columna vertebral desviada (cyphose escoliose), bacia inclinada, pulmões de elasticidade reduzida, coração em gotta, órgãos ocos e atônicos [...]".[396]

Nos documentos e regulamentos escolares estudados, as atividades físicas foram apontadas como indispensáveis ao cotidiano dos alunos, consideradas um fator para impedir as chamadas doenças do crescimento. No relatório, Miranda destacou que a presença do médico era necessária para acompanhar o desenvolvimento infantil no ensino da ginástica, porém, apontou que havia poucos indícios da sua realização entre os jovens pernambucanos, o que chamou a atenção do governo do estado. Os exercícios físicos foram apontados como benéficos para o bom funcionamento do estômago e do intestino, além de auxiliar no fortalecimento muscular e no sistema respiratório

Como estímulo, o médico apontou a realização dos jogos infantis, que possibilitavam o movimento dos corpos e o prazer nas atividades físicas. Coube às escolas, então, desenvolver programas de cultura física, controladas pelos médicos escolares e registradas mediante a utilização de fichas sanitárias, de modo a distinguir o alunado entre grupos de "normaes e débeis". O médico destacou o preenchimento de 6.755 fichas higiênicas no findar de 1930, o que demonstrou o trabalho dos médicos no acompanhamento da ginástica infantil.

---

[395] PERNAMBUCO, 1930, p. 5-6.
[396] PERNAMBUCO, 1930, p. 6.

Esses documentos não eram simples registros, pois serviam como um relatório individual sobre as condições de saúde de cada criança, com detalhes sobre seu estado físico, psicológico e patológico. Ao analisar os dados dispostos nas fichas construídas, Miranda identificou falhas no trabalho médico, ao suspeitar do pequeno número de diagnósticos de tuberculose (2 casos), acompanhados da solicitação de apenas 2 exames de escarro. Para ele, esses dados não correspondiam ao real, uma vez que avaliou a existência de casos de tuberculose laringiana e pulmonar entre os professores.

As falhas identificadas no serviço médico escolar deveriam ser solucionadas. Para isso, defendeu a seleção de um chefe, responsável por fiscalizar os serviços e o cumprimento do regulamento sanitário, realizar a subdivisão correta dos médicos e visitadoras de acordo com as necessidades de cada grupo escolar, mantendo reuniões semanais com as equipes profissionais para diagnosticar falhas e obter êxito no serviço, além de fomentar a construção de relatórios anuais com dados estatísticos a serem encaminhados para a diretoria técnica da instrução. Ademais, Waldemir Miranda teceu críticas ao trabalho das visitadoras escolares, ao alegar a realização do preenchimento indevido das fichas de higiene, além da realização de exames, como oftalmológicos, apontados por ele como atividades para os médicos.

Ao discutir a profilaxia das doenças contagiosas nas escolas, destacou que os corpos infantis eram mais suscetíveis à exposição dos patógenos por possuírem pouca resistência imunológica. Segundo ele, a presença de estudos, critérios e menções às doenças, sobretudo infectocontagiosas, apontadas nos concursos e processos formativos de médicos escolares e visitadoras, se dava pela necessidade de sua identificação entre os escolares. O relatório informou que, no ano de 1930, os serviços alcançaram 434 vacinações e 7.678 revacinações antivariólicas. Para tanto, medidas severas foram adotadas para combater a tuberculose, com o afastamento de funcionários, professores e alunos diagnosticados, para evitar o contágio.

Segundo o relatório de higiene escolar, as medidas seguintes foram adotadas: fiscalização da higiene individual, realização e vacinações e soroterapias preventivas, capacitação médica para reconhecer a doença em seus estágios iniciais, determinar condições para a readmissão de professores e funcionários afastados para tratamento, além de ordenar a realização da desinfecção e fechamento de instituições em casos de epidemia.

No tocante à educação dos alunos e professores, Waldemir Miranda frequentemente associou a prática da higiene individual e coletiva à proteção e o melhoramento da raça, temas discutidos em palestras realizadas pelos inspetores. Em 1930, foram realizadas 155 palestras

higiênicas e distribuição de 4992 impressos pelos médicos e visitadoras. A higiene foi instituída como uma "obrigação" a ser repassada e apropriada pelas crianças.

Na parte sobre enfermidades das crianças, o médico defendeu a criação de uma clínica para o tratamento dos alunos doentes que não possuíam recursos para assistência médica. A clínica escolar foi uma atividade realizada em 17 de julho de 1930. Ela funcionou em três seções, em um pequeno laboratório e um gabinete dentário. O médico destacou a inviabilidade da continuação do tratamento dos alunos doentes acompanhados, devido às precárias condições de salubridade de suas habitações. Eles podiam sofrer com uma má alimentação e a exposição a verminoses em seus lares. As habitações populares eram vistas como uma dificuldade para a resolução dos problemas higiênicos, presente na capital pernambucana. Para oferecer uma assistência melhor à saúde para as crianças, Miranda indicou a anexação da clínica escolar às dependências do DSA, de modo a garantir o conforto e a posse de instrumentos e profissionais necessários para a realização de seus serviços.

Após instalada no DSA, a clínica passaria a funcionar em seis seções: clínica de moléstias internas; clínica de ouvidos, nariz e garganta; clínica de olhos; clínica de pele e sífilis; gabinete de fisioterapia e clínica odontológica anexa. Além disso, afirmou-se que o campo de recreação e o pavilhão anexos ao Departamento estariam disponíveis para os pacientes da clínica. O público-alvo do estabelecimento eram os alunos pobres. Para isso, critérios deveriam ser adotados, como a coleta de dados familiares, profissão dos pais, número de pessoas e condições do local no qual a criança morava, além de informações sobre as condições de saneamento básico próximo à sua residência; "compete ao médico escolar, registrada a inspeção, notificar aos paes que o aluno necessita de tratamento, utilizando-se como simplificação do serviço de um cartão-modelo".[397]

Ao discutir as categorias de doenças identificadas em sala de aula, doutor Waldemir Miranda classificou a miopia como doença escolar das mais frequentes. Para ele, suas causas principais eram a leitura e as características hereditárias, podendo ser influenciada pelas condições de iluminação ou ausência dela, em sala de aula: "a hygiene da vista comprehende além das questões especializadas de iluminação, mobiliário escolar (atitude do aluno na carteira), distancia da leitura, escripta vertical [...]".[398]

Na seção intitulada "Assistência aos débeis e anormais: a cruzada da infância desamparada" o médico apontou a necessidade de classificar grupos de crianças segundo sua

[397] PERNAMBUCO, 1930, p. 15.
[398] PERNAMBUCO, 1930, p. 16.

idade psicológica, denominando como “débeis orgânicos” aqueles cuja idade psicológica não correspondia 1a idade cronológica. Ou seja, que apresentavam algum tipo de atraso no seu desenvolvimento e que, portanto, não podem seguir nos cursos regulares junto às crianças consideradas “normais”. Destacou ainda que essa categoria correspondia à de “anormaes temporários”, que também incluíam características de desenvolvimento intelectual tardio.

O médico os classificou como “infelizes” e propôs, em seu discurso, a criação de escolas especiais para esses indivíduos, afirmando ser parte do projeto de “assistência aos necessitados” que se iniciou com as políticas de alimentação. É possível rememorar o serviço de refeições populares criado no governo de Sérgio Loreto, além da distribuição de leite e sopa nas escolas, vista como uma forma de “salvação do escolar pobre cuja alimentação escassa e de má qualidade não permite o desenvolvimento das suas aptidões physicas, tornando-o também retardado sobre o ponto de vista da formação intelectual”.[399]

As caixas escolares novamente foram pautadas como solução para os problemas infantis – agora associados à alimentação na escola – que poderiam auxiliar na distribuição e no financiamento da merenda escolar. Para tanto, atestou-se que o auxílio recebido pelas caixas também possibilitaria a compra de passes para o transporte dos alunos pobres até a clínica escolar, para a realização de exames. O médico ainda mencionou que “para completar a obra de assistência escolar, deverão ser creados preventórios, colônias de férias ou escolas ao ar livre cujo papel na lucta social contra a tuberculose não é preciso salientar”.[400]

Miranda rememorou a existência de escolas ao ar livre, bem como o funcionamento do Sanatório D. Amélia no Rio de Janeiro que, por mediação da Liga Contra a Tuberculose, cedeu parte do espaço à prefeitura, destinado às crianças “necessitadas de ar marinho”, ou ar livre à beira mar. Ele apresentou como possibilidade para resolução desse problema, em Pernambuco, o contato entre o Departamento, o governo do estado e a LPCT, para um preventório, à beira mar, que serviria como colônia de férias e como espaço educacional para os “débeis”, alegando ainda que o estado não possuía recursos privados suficientes para financiar essas obras, necessárias para a preservação da infância.

As “perturbações visuais e auditivas” eram consideradas resultado de um “estado de miséria orgânica”, tornando as crianças preguiçosas e má desenvolvidas. A preguiça também foi classificada no relatório como uma possibilidade de doença. Na classificação dos tipos de “anormaes mentaes”, constatou-se a existência de três grupos: débeis, imbecis e idiotas,

[399] PERNAMBUCO, 1930, p. 17.
[400] PERNAMBUCO, 1930, p. 17.

considerando esse último grupo como não interessante aos assuntos escolares, por serem "ineducáveis".

A seção do relatório sobre as visitadoras escolares é a penúltima: um tópico curto em comparação aos demais analisados. Já no início, o médico utilizou o termo "auxiliares da inspecção médica", afirmando que pouco tinha a dizer, já que "os serviços por ellas prestados esão na dependência directa do médico a cujo districto a visitadora serve".[401] Ao comparar o trabalho da visitadora escolar no Brasil com a visitadora escolar nos Estados Unidos, Waldemir Miranda destacou que, em Nova York, o trabalho dessas mulheres se iniciava na fase matinal da rotina infantil, quando posicionavam as crianças em filas, antes de entrar nas salas de aula para realizar uma inspeção que separava os casos considerados duvidosos e observava o asseio do corpo e das roupas.

Nessa discussão, pouco se foi apresentado sobre a visitadora escolar em Pernambuco além do papel exercido por elas nas seguintes atividades: zelar pela saúde do escolar; conduzir os casos necessários para exame nas clínicas escolares; realizar visitações às famílias dos escolares para informar sobre o estado de saúde das crianças; educar higienicamente esses familiares, ensinando-os hábitos sadios; auxiliar os médicos na preparação das fichas escolares e por fim, servir como enfermeira na clínica escolar. Ao passo que aponta esse trabalho como "servil", no qual a visitadora escolar submetia-se às ordens dos médicos escolares, considerados as verdadeiras autoridades, o Dr. Waldemir Miranda notou a necessidade de mais atividades práticas em enfermagem, "para melhor servirem como enfermeiras na clínica escolar". [402]

Sobre os serviços dentários, o médico apontou que o trabalho dos dentistas escolas foi considerado uma "obra de preparo da raça", combatendo os perigosos focos sépticos da boca para a saúde geral do corpo. Segundo ele, "tratar da cárie dental não é somente restaurar o aparelho da mastigação, mas, sobretudo, eliminar uma infecção local que põe em constante perigo a saúde, podendo tornar-se ponto de partida de uma doença geral".[403] Para isso, o trabalho do dentista escolar foi apontado como necessário para as seguintes atividades: realizar a inspeção dentária, corrigir deformidades, realizar a higiene bocal e eliminar focos de infecções e cáries dentárias. Naquele ano, havia quatro gabinetes dentários em funcionamento, com serviços divididos entre oito distritos escolares. Para cada dois distritos havia um dentista, o que avaliou ser uma quantidade pequena comparado a demanda de alunos.

[401] PERNAMBUCO, 1930, p. 19.
[402] PERNAMBUCO, 1930, p. 19.
[403] PERNAMBUCO, 1930, p. 20.

O médico ainda mencionou que a localização do grupo escolar na qual o gabinete funcionava demarcava a quantidade de serviços que seriam realizados. Como exemplo, destacou que no grupo escolar José Maria, cujo bairro não foi informado, foram realizadas apenas 277 extrações e 206 obturações, em comparação a outro gabinete, que também não foi nominado, onde foram realizados 621 extrações e 677 obturações. Acredita-se que essa variação numérica foi influenciada pela disposição geográfica das clínicas dentárias, que poderia ser mais acessível para alguns grupos de alunos, em comparação aos alunos pobres.

Ao final do relatório, o médico constatou que os serviços de higiene escolar realizados demonstraram os esforços empregados pelo Departamento de Saúde, embora apresentasse falhas como o aumento no número de médicos-escolares, de gabinetes dentários mais próximos às regiões pobres e uma maior capacitação das profissionais visitadoras. Uma crítica foi realizada à restrição dada à capital pernambucana na realização dos serviços de assistência infantil e escolar, o que tornou o discurso de Estácio Coimbra contraditório, já que defendeu em sua gestão o processo de interiorização das ações sanitárias. Essa foi uma crítica feita por ele à própria gestão de Sérgio Loreto que, nas palavras do governador, concentrou suas ações em Recife.

Conclusão

A Reforma Sanitária empreendida no Brasil, na década de 1920, chamou a atenção para as condições de saúde da população, cujo cenário de abandono e descaso governamental foram apontados por médicos e higienistas. Através dos relatórios encaminhados após as expedições médico-científicas realizadas no Nordeste do país, foi identificada a presença de doenças como a ancilostomíase, tuberculose, sífilis, malária e febre amarela, associando estados e municípios localizados ao Norte e Centro-oeste do país como doentes e aversos ao progresso. Desse modo, a criação do DNSP sugeriu uma maior organização e distribuição dos serviços sanitários através de ações profiláticas, campanhas de conscientização e educação sanitária, além da formação profissional de médicos, visitadoras, educadoras e enfermeiras, sendo a profissionalização feminina considerada uma pauta para as novas políticas em ascensão.

Intensificada no período pós-primeira guerra, a expansão do campo profissional feminino demonstrou, de forma gradual, o combate aos discursos que as limitavam à esfera privada, onde se dedicavam a atividades domésticas e cuidados com os filhos. Como visto ao longo desse trabalho, o magistério foi considerado como uma das primeiras profissões ocupadas pelas mulheres, embora considerado socialmente uma extensão das atividades domésticas e uma atividade em que as mulheres praticavam características de zelo e docilidade.

Assim como no ensino, as primeiras décadas do século XX demonstraram a inserção da mulher no campo da saúde pública, destacando aqui a profissão de visitadora sanitária. Mulheres que passavam por cursos formativos de curta duração para realizar serviços de visitação domiciliar, com a propagação de orientações higiênicas entre a população sobre doenças e medidas de higiene, dedicação ao acompanhamento das mães antes, durante e após o período do puerpério, acompanhamento cotidiano e participação na rotina das crianças em idade escolar.

Este trabalho buscou demonstrar que as ações empreendidas pela reforma sanitária no Brasil também se fizeram presente em estados fora do eixo sul/sudeste, como foi o caso de Pernambuco. No estado, a organização da saúde pública e privada passou por mudanças após a posse do governador Sergio Loreto, em 1922. Com o médico Amaury de Medeiros, ele fomentou um processo de remodelação dos espaços públicos, sobretudo em Recife, sua capital, reorganizando também os serviços de higiene já existentes. As reformas das antigas repartições de higiene implementadas no governo anterior, bem como a ampliação dos serviços e das equipes de trabalho apresentados ao longo dessa pesquisa evidenciam a efetivação das políticas

propostas pelo juiz pernambucano no que diz respeito à necessidade de interceder pela saúde da população, de modo a construir um estado civilizado e modelo para o resto do país.

O serviço de visitadoras sanitárias foi introduzido na reforma graças à experiência de Amaury de Medeiros, adquirida na formação do curso no Rio de Janeiro, que teve apoio da Fundação Rockefeller e de profissionais enfermeiras norte-americanas. Em Pernambuco, o combate à tuberculose se destacou como um dos primeiros espaços de atuação dessas mulheres, que se capacitaram para atuar nos dispensários, domicílios e instituições educacionais.

Para além do combate às doenças por meio da educação sanitária, as visitadoras integraram os serviços da IHI, criada como uma forma de sanar os problemas da mortalidade infantil, distribuindo conselhos às mães, realizando partos, serviços de vacinação e revacinação, preenchendo relatórios que diagnosticavam as condições de saúde domiciliar, além de atuar ativamente acompanhando o desenvolvimento das crianças nos grupos escolares, realizando atendimentos odontológicos e orientando o trabalho das professoras primárias no tocante a higiene e educação.

No governo de Estácio Coimbra, a atuação das educadoras sanitárias, cujo grupo profissional foi formado por normalistas que realizavam os cursos para um maior aperfeiçoamento e capacitação, foi intensificada após a criação de uma Escola de Educação Sanitária, com o objetivo de formar monitoras sanitárias para averiguar as condições dos grupos escolares e acompanhar o desenvolvimento das crianças dentro das instituições de ensino. Embora os médicos as considerassem apenas auxiliares do trabalho exercido por homens a frente dos órgãos e serviços públicos e privados, este estudo apresentou a importância dos seus serviços para a efetivação das ações sanitárias discutidas ao longo do texto, destacando áreas como a tuberculose, higiene infantil e escolar.

Conclui-se, portanto, que a inserção de normalistas, enfermeiras, visitadoras, dentistas, farmacêuticas e demais profissões ocupadas, sobretudo nos campos da medicina e da ciência, considerados por muito tempo como predominantemente masculino, são frutos dos movimentos de luta e defesa pela profissionalização e inserção de mulheres no trabalho, que buscaram desassociar a imagem feminina de características como fragilidade, docilidade e incapacidade de exercer determinadas funções, ressaltando o trabalho de visitadora e educadora como o *lócus* profissional em Pernambuco entre os anos de 1922 e 1930.

Arquivos e fontes

Mensagens governamentais – Sérgio Loreto (1922-1926)

BRASIL. Estado de Pernambuco. **Mensagens dos Governadores de Pernambuco**. ed. 00001. Recife: Oficinas Gráficas da Penitenciária do Recife, 1923. p. 12.

BRASIL. Estado de Pernambuco. **Mensagens dos Governadores de Pernambuco.** *6 mar. 1924.* Recife: Oficinas Gráficas da Penitenciária do Recife, 1924. p. 11.

Mensagens governamentais – Estácio Coimbra (1926-1930)

PERNAMBUCO**. Mensagens dos Governadores do Estado de Pernambuco**. ed. 0002. 17 jun. 1927. Recife: Tipografia Oficial. 1927, p. 7.

PERNAMBUCO. **Mensagens dos Governadores do Estado de Pernambuco**. ed. 0002, 1927, p. 12. Recife: Tipografia Oficial, 1927.

PERNAMBUCO. **Mensagens dos Governadores do Estado de Pernambuco**. ed. 0002. Recife: Tipografia Oficial, 1927, p. 27.

PERNAMBUCO. **Mensagens dos Governadores do Estado de Pernambuco**. ed. 0001. Recife: Tipografia Oficial, 1928.

PERNAMBUCO. **Mensagens dos Governadores do Estado de Pernambuco**. ed. 0001. Recife: Tipografia Oficial, 1929.

PERNAMBUCO. **Mensagens dos Governadores do Estado de Pernambuco**. ed. 0001, 1930. Recife: Tipografia Oficial, 1930. p 40.

Revistas

MEDEIROS, Amaury de. **Cruzada sanitária**: discursos. Recife: s.n. 1924.

REVISTA DE PERNAMBUCO**. Serviço de refeições populares**. ed. 00002. 18 out. 1924. s/p.

REVISTA DE PERNAMBUCO. **Grupo Escolar João Barbalho**. ano I, junho de 1924. s/p.

REVISTA DE PERNAMBUCO. **A necessidade do Registro Civil**. Anno XI, maio de 1925. s/p.

REVISTA DE PERNAMBUCO. **Conselhos ás creanças para serem lidos pelas mães aos seus filhos**. Anno X, abril de 1925. s/p.

Livros

MEDEIROS, Amaury de. **Saúde e Assistência**. Doutrinas, Experiências e Realisações *(sic.)*. Recife: s/ed. 1926. APEJE.

Arquivo Público Estadual Jordão Emerenciano (APEJE)

PERNAMBUCO. **Reforma da instrucção**. Acto n. 1.017, de 30 de julho de 1926. Recife: Governo do Estado de Pernambuco, 1926.

PERNAMBUCO**. Organização da educação no Estado**: Justificação apresentada ao Exmo. Sr. Dr. Gennaro Guimarães, secretário da Justiça e Negócios Interiores, em dezembro de 1928, por Carneiro Leão. Recife: Governo do Estado de Pernambuco, 1928.

PERNAMBUCO. **Regulamento da educação normal de Pernambuco e cursos annexos pós reforma Carneiro Leão**: divisão do curso normal em dois ciclos – geral e profissional. *Acto n. 238,* de 8 de fevereiro de 1929. Recife: Governo do Estado de Pernambuco, 1929.

PERNAMBUCO. **Programa da Escola de Educação Sanitária**: Lei n° 1.897. Recife: Governo do Estado de Pernambuco, 1930.

PERNAMBUCO. **Relatório de Hygiene Escolar**: Acto n° 294, de 29 de novembro de 1930. Recife: Governo do Estado de Pernambuco, 1930.

Jornais

DIÁRIO DE PERNAMBUCO**. AMA**. 8 jan., 1910. Recife: Biblioteca Nacional, p. 4.

DIÁRIO DE PERNAMBUCO. **A cruz vermelha e a enfermeira**. 2 mar. 1923. Recife: Biblioteca Nacional, p. 1.

DIÁRIO DE PERNAMBUCO. **Instituto de assistência e proteção à infância.** 30 jun., 1923. Recife: Biblioteca Nacional, p. 3-4.

DIÁRIO DE PERNAMBUCO. **Curso de visitadoras escolares**. 6 abr. 1923. Recife: Biblioteca Nacional, p. 3.

DIÁRIO DE PERNAMBUCO. **Variadas.** 6 març., 1923. Recife: Biblioteca Nacional, p. 3.

DIÁRIO DE PERNAMBUCO. **Combate à tuberculose**. 3 jan., 1924, Recife: Biblioteca Nacional, p. 1.

DIÁRIO DE PERNAMBUCO. **Serviços Sanitários em Pernambuco**. 24 abr. 1925. Recife: Biblioteca Nacional, 1925, p. 1.

DIÁRIO DE PERNAMBUCO. **Manifestações**. 8 mar. 1925, Recife: Biblioteca Nacional, p. 6.

DIÁRIO DE PERNAMBUCO. **Concurso de visitadoras**. 17 abril., 1925. Recife: Biblioteca Nacional, p. 3.

DIÁRIO DE PERNAMBUCO. **Curso de visitadoras**. 26 mai., 1925. Recife: Biblioteca Nacional, p. 2.

DIÁRIO DE PERNAMBUCO. **Visitadoras de Saúde Pública**. 21 agost., 1925. Recife: Biblioteca Nacional, p. 4.

DIÁRIO DE PERNAMBUCO. **Concurso para visitadoras**. 21 out. 1926. Recife: Biblioteca Nacional, p. 2.

DIÁRIO DE PERNAMBUCO. **Curso de Visitadoras**. 14 abril., 1927. Recife: Biblioteca Nacional, p.6.

DIÁRIO DE PERNAMBUCO. **Centro de Saúde n° 1 e Escola de Educação Sanitária**. 7 jun., 1927. Recife: Biblioteca Nacional, p.7.

DIÁRIO DE PERNAMBUCO**. Diário de Pernambuco**. ed. 00002. Recife: Biblioteca Nacional, 1927, p. 9.

DIÁRIO DE PERNAMBUCO. **Várias.** ed. 13, 16 jan., 1929. Recife: Biblioteca Nacional, 1929, p. 3.

DIÁRIO DE PERNAMBUCO. **Várias**. ed. 21, 25 de jan., 1929. Recife: Biblioteca Nacional, 1929, p. 3.

DIÁRIO DE PERNAMBUCO. **V Congresso Brasileiro de Higiene**. **ed. 00242,** 20 out. 1929. Recife: Biblioteca Nacional, 1929, p. 3.

DIÁRIO DE PERNAMBUCO. **Homenagem a Estácio Coimbra**. ed. 00148, 29 jun de 1929. Recife: Biblioteca Nacional, 1929, p. 5.

JORNAL DO COMMERCIO. **Pernambuco Imortal**: a História Atual. n. 13. Recife: Jornal do Commercio, 1995. 14 p.

O PEQUENO. **A saúde pública em Pernambuco**. Recife, 1923, n. 233, 10 out. 1923. Hemeroteca Digital Brasileira. Biblioteca Nacional: 1923, p.1.

Regulamentos

BRASIL. **Regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública**: Decreto nº 16.300. Brasília, DF: Presidência da República, 1923.

Teses

MEDEIROS, Amaury de. **Das feridas penetrantes pleuro-pulmonares**. 1915. Tese (Doutorado em Medicina) – Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1915.

Bibliografia consultada

ABRÃO, Fátima Maria da Silva. **Primórdios da enfermagem profissional na cidade do Recife - Pernambuco**: raízes da pré-institucionalização da formação do campo organizacional (1922-1938). Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 2006.

ABREU JÚNIOR, João Batista de; FERREIRA, Marieta de Morais. **Diário de Pernambuco**. Rio de Janeiro: Fundação Getulio Vargas, Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil (CPDOC), s/d.

AMARAL, Marivaldo Cruz do. **Da comadre para o doutor:** Maternidade Climério de Oliveira e a nova medicina da mulher (1910-1927). Dissertação (Mestrado em História Social) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2005. 161 pág.

ARANTES, Adlene Silva. **Discursos e práticas higiênicas em grupos escolares** (Pernambuco, décadas de 1920 e 1930). ANPUH-Brasil 30° Simpósio Nacional De História - Recife, 2019.

ARANTES, Adlene Silva. Grupo Escolar João Barbalho: espaço de divulgação de uma educação nos moldes higiênicos (Pernambuco, 1922-1931). **Cadernos de História da Educação**, v. 18, n. 3, p. 601-620, 2019.

ARAÚJO, Cristina. A Reforma Antônio Carneiro Leão no final dos anos de 1920. **Revista Brasileira de História da Educação**, v. 9, n. 01, p. 119-136, 2009.

ARIÈS, Philippe. **História social da criança e da família**. Trad. Dora Flaksman. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1986.

AYRES, Lílian Fernandes Arial; AMORIM, Wellington Mendonça de; PIVA, Teresa Cristina de Carvalho; PORTO, Fernando Rocha. As estratégias de luta simbólica para a formação da enfermeira visitadora no início do século XX. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v. 19, n. 3, jul.-set. 2012, p. 861-881.

AZEVEDO, Nara; FERREIRA, Luiz Otávio. Modernização, políticas públicas e sistema de gênero no Brasil: educação e profissionalização feminina entre as décadas de 1920 e 1940. **cadernos pagu**, p. 213-254, 2006.

BAÍA, Anderson Cunha; Bonifácio, Iara Marina dos Anjos; MORENO, Andrea. Tratado prático de gymnastica sueca de L. Kumlien: itinerários de um manual no Brasil (1895-1933). **Revista Brasileira de História da Educação**, v. 19, 2019.

BALLESTER, Rosa. Saúde e educação no contexto escolar. In: BERTUCCI, Liane Maria; MOTA, André; SCHRAIBER, Lilia Blima (orgs.). **Saúde e educação**: um encontro plural. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2017. p. 119-126.

BARREIRA, Ieda de Alencar. Os primórdios da enfermagem moderna no Brasil. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**, p. 161-76, 1997.

BARREIRA, Ieda de Alencar. Transformações da prática da enfermagem nos anos 30. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 52, p. 129-143, 1999.

BARRETO, Maria Renilda Nery. Assistência ao nascimento na Bahia oitocentista. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos** [*online*]. Rio de Janeiro. v. 15, n. 4, p. 901-925, out.- dez, 2008.

BARRETO, Maria Renilda Nery. Pro Matre: arquivos e fontes para a história da maternidade no Rio de Janeiro. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**. v.18, p. 295-301. Dez. 2011.

BARROS, Ângela Maria Melo Sá; CARVALHO, Lucas de Oliveira; DÓRIA, Mary Barreto. Normalistas à serviço da saúde brasileira. Aracaju: Educon. **XII Colóquio Internacional "Educação e Contemporaneidade"**. v. 11, n. 01, p. 1-7, set/2017.

BASTOS, Maria Helena Câmara; STEPHANOU, Maria. **Infância, Higiene e Educação**. 28ª Reunião Anual da Anped. Caxambu. Rio de Janeiro: Associação Nacional de PósGraduação e Pesquisa em Educação, 2005.

BATISTA, Ricardo dos Santos; FERREIRA, Luiz Otávio. Haydée Guanais Dourado e criação da Escola de Enfermagem da Bahia (1946-1947): conexões locais, nacionais e internacionais. In: BATISTA, Ricardo dos Santos (org). et al. **História da Saúde**: relações de gênero, educação, personagens e instituições. 1 ed. Salvador: Devires, 2023. p.61-76.

BATISTA, Ricardo dos Santos; SILVA, Maria Elisa Lemos Nunes da. A atuação de Antônio Luis Cavalcanti e Albuquerque de Barros Barreto na Reforma Sanitária da Bahia (1924- 1930). **Revista Brasileira de História**, v. 40, n. 84, p. 313-337, 2020.

BATISTA, Ricardo dos Santos. Educação e propaganda sanitárias: desdobramentos da formação de um sanitarista brasileiro na Fundação Rockefeller. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, out.-dez. 2019, p. 1189-1202.

BATISTA, Ricardo dos Santos. Higiene Escolar e Saúde Pública em Salvador (1925- 1930). **Educar em Revista**, v. 39, 2023.

BATISTA, Ricardo dos Santos. **Sífilis e reforma da saúde na Bahia** (**1920-1945**). Salvador: Eduneb, 2017a.

BATISTA, Ricardo dos Santos. Um laboratório da Fundação Rockefeller: interação médica e produção de conhecimento científico na saúde internacional. **História (São Paulo)**, São Paulo, v. 41, 2022.

BATISTA, Ricardo dos Santos. Uma Escola de Enfermagem no estado do Rio de Janeiro: interesses (inter)nacionais para a educação feminina brasileira (1943-1948). **Revista Brasileira de História da Educação**, v. 24, p. e315, 2024.

BATISTA, Rosa; PASSOS, Joana Célias; SCHMIDT, Leonete Luzia. Crianças belas, sadias e robustas: o futuro da raça brasileira nas políticas de proteção à infância em Santa Catarina nos idos de 1940. **Perspectiva**, *37*(2), 2019. p. 453–479.

BEZERRA, Rozélia. A higiene escolar em Pernambuco: espaços de construção e os discursos elaborados. TesE (Doutorado em Educação). Universidade de São Paulo: USP, 2010.

BRASILEIRO, Carolina da Fonseca Lima. **Arquitetura Antituberculose em Pernambuco:** Um estudo analítico dos Dispensários de Tuberculose do Recife (1950-1960) como instrumentos de profilaxia da Peste Branca. Dissertação (Mestrado) – Curso de Arquitetura e Urbanismo, Faculdade de Arquitetura e Urbanismo de Pernanbuco, Recife, 2012.

CAMPOS, Paulo Fernando de Souza; OGUISSO, Taka. A Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e a reconfiguração da identidade profissional da Enfermagem Brasileira. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, p. 892-898, 2008.

CARULA, Karoline. Perigosas amas de leite: aleitamento materno, ciência e escravidão em A Mãi de Família. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.19, supl., dez.2012, p.197-214.

CASTEL, Robert. **As metamorfoses da questão social**: uma crônica do salário. Tradução de Iraci D. Poleti. 9. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

CASTRO SANTOS, Luiz Antonio de; FARIA, Lina. As ocupações supostamente subalternas: o exemplo da enfermagem brasileira. **Saúde e Sociedade**, v. 17, p. 35-44, 2008.

CASTRO SANTOS, Luiz Antônio de. FARIA, Lina Rodrigues de. **A Reforma Sanitária no Brasil**: ecos da Primeira República. Bragança Paulista: Edusf, 2003.

CASTRO SANTOS. Luiz Antônio de. Reabrindo o debate sobre Nagle, a educação e a saúde na historiografia brasileira. In: CASTRO SANTOS. Luiz Antônio; FARIA. Lina Rodrigues de. **Saúde e história**. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 19-31.

COSTA, Magda Suely Pereira. Maria Montessori e seu método. **Linhas Críticas**, *[S. l.]*, v. 7, n. 13, p. 305–320, 2002.

COSTA, Tonia; STOTZ, Eduardo Navarro; GRYNSPAN, Danielle; SOUZA, Maria do Carmo Borges de. Naturalização e medicalização do corpo feminino: o controle social por meio da reprodução. **Interface – Comunic., Saúde, Educ** [online]. São Paulo. v.10, n 20, p. 263-280, jul/dez, 2006.

DIAS, Lucas de Paiva; Dias, Marcos de Paiva. Florence Nigthingale e a História da Enfermagem. História da Enfermagem: **Revista ELETRÔNICA** (HERE), [S. 1.], v. 10, n. 2, p. 47-63, 2019.

FARIA, Lina. Educadoras sanitárias e enfermeiras de saúde pública: identidades profissionais em construção. **cadernos pagu**, p. 173-212, 2006.

FERREIRA FILHO, Alberto Heráclito. **Quem pariu e bateu que balance!**: mundos femininos, maternidade e pobreza: Salvador, 1890-1940. Salvador: CEB, 2003.

FERREIRA, Luiz Otávio; BROTTO, Renata Batista. Nordestinas e normalistas: um estudo sobre as características socioculturais das alunas de uma escola católica de enfermagem no Brasil (1940-1960). **História Unisinos**, v. 22, n. 4, p. 579-591, 2018. p. 585.

FERREIRA, Luiz Otávio; FREIRE, Maria Marta de Luna. Medicina, filantropia e infância na Bahia: um hospital para crianças (1920-1930). In: SOUZA, Christiane Maria Cruz de; BARRETO, Maria Renilda Nery (Org.). **História da saúde na Bahia**: instituições e patrimônio arquitetônico (1808-1958). Barueri: Minha Editora, 2011.

FERREIRA, Luiz Otávio; RIBEIRO, Lidiane Monteiro. Entre a assistência e a higiene: saúde pública e infância no Rio de Janeiro e na Bahia (1921-1933). In: SANGLARD, Gisele (org.). **Amamentação e Políticas para a Infância no Brasil**: a atuação de Fernandes Figueira (1902-1928). Rio de Janeiro: COC/Fiocruz, 2016. p. 101-118.

FERREIRA, Luiz Otávio. As guardiãs da saúde: representações e características socioculturais de enfermeiras domésticas do Rio de Janeiro, 1880-1910. **Revista Mundos do Trabalho**, v. 12, p. 1-17, 2020.

FERREIRA, Luiz Otávio. Assistência à saúde e sanitarismo no estado do Rio de Janeiro (1935-1945). In: FERREIRA, Luiz Otávio; SANGLARD, Gisele; BARRETO, Renilda (Org.). **A interiorização da assistência**: um estudo sobre a expansão e a diversificação da assistência à saúde no Brasil (1850-1945). Belo Horizonte: Fino Traço, 2019. p. 145-176.

FERREIRA, Luiz Otávio. Origem regional e enfermagem: mulheres baianas, fatores sociais e escolha pela profissão de enfermeira (1925-1958) In: FERREIRA, Luiz Otávio; BATISTA, Ricardo dos Santos; MARQUES, Rita de Cássia (Org.). **Enfermeiras, educadoras sanitárias e outras profissões**: estudos históricos. São Paulo: Huictec, 2024.

FONSECA, Cláudia. Ser mulher, mãe e pobre. In: DEL PRIORE, M. (org.). **História das mulheres no Brasil**. 10. ed. São Paulo: Contexto, 2018. p. 510 – 577.

FONSECA, Cristina M. Oliveira. **Saúde no governo Vargas (1930-1945):** dualidade institucional de um bem público. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.

FRAGA FILHO, Walter. **Mendigos, moleques e vadios na Bahia do século XIX**. São Paulo, Hucitec; Salvador: Edufba, 1996.

FREIRE, Maria Martha de Luna; LEONY, Vinícius da Silva. A caridade científica: Moncorvo Filho e o Instituto de Proteção e Assistência à Infância do Rio de Janeiro (1899-1930). **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.18, supl. 1, dez. 2011, p. 199- 225.

FREIRE, Maria Martha de Luna. A Puericultura Em Revista. **Physis: Revista De Saúde Coletiva** [online]. Rio De Janeiro. v. 24, p. 973-993, 2014.

GÓIS JÚNIOR, Edivaldo. Ginástica, higiene e eugenia no projeto de nação brasileira: Rio de Janeiro, século XIX e início do século XX. **Movimento**, p. 139-159, 2013.

GOUVEIA, Bruno Marcio. Octávio de Freitas e as crônicas médicas em Pernambuco. **Temporalidades**, v. 12, n. 2, p. 208-223, 2020.

GURGEL, Cristina Brandt Friedrich Martin; ROSA, Camila Andrade Pereira da. História da medicina a varíola no brasil colonial (Séculos XVI e XVII). **Revista de Patologia Tropical / Journal of Tropical Pathology**, Goiânia, v. 41, n. 4, 2012.

HOCHMAN, Gilberto. **A era do saneamento**: as bases da política de saúde pública no Brasil. 3°. ed. São Paulo: Hucitec, 2012. 253p.

HOCHMAN, Gilberto. Logo ali, no final da avenida: Os sertões redefinidos pelo movimento sanitarista da Primeira República. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. V, n. suplemento, p. 217-235, 1998.

HOCHMAN, Gilberto. Regulando os efeitos da interdependência: sobre as relações entre saúde pública e construção do Estado (Brasil 1910-1930). **Revista estudos históricos**, v. 6, n. 11, p. 40-61, 1993.

LE GOFF, Jacques. **História e memória**. Trad. Bernardo Leitão. Campinas: Editora da UNICAMP, 1990.

LOBATO, Monteiro. **Jeca-Tatuzinho**. Fontoura, São Paulo, ed. 33, p. 1-16, 1966.

LOPES, Raimundo Hélio. Amauri de Medeiros: dep. fed. PE (1927-1928). Rio de Janeiro: FGV CPDOC, s.d. Disponível em: https://cpdoc.fgv.br/sites/default/files/verbetes/primeira-republica/MEDEIROS,%20Amauri%20de.pdf. Acesso em: 04 dez. 2025.

LOURENÇO, Mariane Bonfante Cesário; PINTO, Cecília Maria Izidoro; JUNIOR, Osnir Claudiano da Silva; LOURENÇO, Lúcia Helena Silva Corrêa; PAES, Graciele Oroski; Oliveira, Alexandre Barbosa. A inclusão de enfermeiras aeronautas brasileiras na segunda guerra mundial: desafios e conquistas. **Escola Anna Nery**, v. 21, p. e20170008, 2017.

LUZ, Alana Souza.; TUCHINSKI DOS ANJOS, Joarez. Joaquim. Financiamento e usos da caixa escolar nos jardins de infância de Brasília (1960-1970). **Revista Entre ideias:** educação, cultura e sociedade, *[S. l.]*, v. 11, n. 3, 2022.

LUZ, Noemia Maria Queiroz Pereira da; NASCIMENTO, Alcileide Cabral do. O debate em torno da emancipação feminina no Recife (1870-1920). **cadernos pagu**, n. 42, p. 341-370, 2014. p. 350.

MALUF, Marina; MOTT, Maria Lúcia. Recônditos do mundo feminino. In: SEVCENKO, Nicolau. (org.). **História da vida privada no Brasil República**: da Belle Époque à era do Rádio. São Paulo: Companhia das Letras, 1998. v. 3.p. 367-421.

MARCÍLIO, Maria Luiza. **História social da criança abandonada**. São Paulo, Hucitec, 1998.

MARQUES, Rita de Cássia. Mulheres do cuidado: do anonimato ao protagonismo das enfermeiras em Belo Horizonte (1899-1938). In. FERREIRA, Luiz Otávio; BATISTA, Ricardo dos Santos; MARQUES, Rita de Cássia (orgs). **Enfermeiras, educadoras sanitárias e outras profissões**: estudos históricos. 1° ed. São Paulo: Hucitec, 2024. p. 107-134.

MARTINS, Ana Paula Vosne. A filantropia feminina e a assistência à saúde na cidade do Rio de Janeiro no começo do século XX: a trajetória da feminista e filantropa Jeronyma Mesquita. In: BATISTA, Ricardo dos Santos; SOUZA, Christiane Maria Cruz de; SILVA, Maria Elisa Lemos Nunes de (org.). **Quando a história encontra a saúde**. São Paulo: Hucitec Editora, 2020.

MASCARENHAS, Nildo Batista; MELO, Cristina Maria Meira de; SILVA, Lívia Angeli. Gênese do trabalho profissional da enfermeira no Brasil (1920-1925). **Escola Anna Nery**, v. 20, p. 220-227, 2016.

MAUAD, Ana Maria. Através da imagem: fotografia e história interfaces. **Tempo, Rio de Janeiro**, v. 1, n. 2, p. 73-98, 1996.

MENEZES, Simone dos Santos; BAPTISTA, Suely de Souza; BARREIRA, Ieda de Alencar. O perfil das (os) alunas (os) de enfermagem da Escola Anna Nery: décadas de 20, 30 e 90. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**, p. 34-48, 1998.

MONTEIRO, Denise Brito. **A epidemia da varíola e a vacinação obrigatória**: repercussões na sociedade recifense no início do século XX. 2005. Dissertação (Mestrado) — Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2005.

MORAES NETO, Benedito Rodrigues de. Maquinaria, taylorismo e fordismo: a reinvenção da manufatura. **Revista de Administração de empresas**, v. 26, p. 31-34, 1986.

MOREIRA, Regina da Luz. COIMBRA, Estácio. Rio de Janeiro: Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil – FGV, [s.d.]. Disponível em: https://cpdoc.fgv.br/. Acesso em: 09 dez, 2025.

MOTT, Maria Lucia de Barros. Assistência ao parto: do domicilio ao hospital (1830-1960). Projeto História Corpo & Cultura: **Revista do Programa de Pós-Graduação em História e do Departamento de História – PUC**. São Paulo. p. 197-219, 2002.

MOTT, Maria Lucia de Barros. Parteiras: o outro lado da profissão. **Revista Gênero**. v.6, n.1, p.117-140, 2005.

MOTT, Maria Lucia et al. 'Moças e senhoras dentistas': formação, titulação e mercado de trabalho nas primeiras décadas da República. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 15, p. 97-116, 2008.

MOURA, Vera Lúcia Braga de. **A invenção da infância:** as políticas públicas para a infância em Pernambuco (1906-1929). Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em História, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2011.

NASCIMENTO, Alcileide Cabral do. **A sorte dos enjeitados**: o combate ao infanticídio e a institucionalização da assistência às crianças abandonadas no Recife (1789-1832). São Paulo: Annablume; FINEP, 2008.

NASCIMENTO, Alcileide Cabral; DA SILVA MELO, Alexandre Vieira. Melindrosas em revista: gênero e sociabilidades do início do século XX (Recife, 1919-1929). **História Revista**, v. 19, n. 3, p. 6-20, 2014.

NASCIMENTO, Bruno Nery do. **Entre a "Mendigópolis" e o "Recife Novo":** reforma urbana, higiene e políticas de saúde para as mulheres no governo de Sérgio Loreto (Pernambuco, 1922 – 1926). Recife: Dissertação (mestrado) – Universidade Federal Rural de Pernambuco. História, 2016.

NASCIMENTO, Bruno Nery do. **Mulheres, trabalho e relações de gênero no recife (1922-1926):** conquistas e desafios. ANPUH – XXX Simpósio Nacional de História. Recife, 2019.

NASCIMENTO, Dilene Raimundo do. **As Pestes do Século XX**: tuberculose e Aids no Brasil, uma história comparada. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

NASCIMENTO, Dilene Raimundo. A doença e o poder público ou o poder das doenças: elementos para uma análise em torno do estado no combate à tuberculose. **Revista de história regional**, [s. L.], v. 2, n. 1, 2007.

OLIVEIRA, Alexandre Barbosa de; CESARIO; Mariane Bonfante; SANTOS, Tânia Cristina Franco Santos; ORICHIO, Ana Paula Carvalho; ABREU, Marcleyde Silva de Azevedo. Enfermeiras diplomadas para a aeronáutica: a organização de um quadro militar para a Segunda Guerra Mundial. **Texto & Contexto- Enfermagem**, v. 22, p. 593-602, 2013.

OLIVEIRA, Julia Vieira Tocchetto de; BERTUCCI, Liane Maria. Para o interior, a partir da capital: a Educação Sanitária em Santa Catarina, 1910-1920. In: ECAR, Ariadne Lopes; BATISTA, Ricardo dos Santos; MOTA, André (Orgs). **Educação Sanitária**: fontes, ambientes escolares, ações estatais e intelectuais mediadores. São Paulo: Hucitec Editora, 2022. p. 167-185.

PAIVA, Tamires. **Noções para persuadir e educar***:* os discursos médico-higiênicos na formação e ofício do professorado primário (1914-1928). Rio de Janeiro: Proped/UERJ, 2013.

PALHARINI, Luciana Aparecida; FIGUEIRÔA, Silvia Fernanda de Mendonça. Gênero, história e medicalização do parto: a exposição "Mulheres e práticas de saúde". **História, Ciências, Saúde – Manguinhos,** Rio de Janeiro. v.25, n.4, p.1039-1061, out.-dez, 2018.

PEIXOTO, Flávia Maria. **A escola normal oficial de Pernambuco:** a inserção das mulheres. Dissertação (Mestrado em Educação). Universidade Federal de Pernambuco. 2006. 135p.

PEIXOTO, Patrícia Bermudes. **Até que a Eugenia nos separe**: Raça, Saúde e a proposta do Exame Médico Pré-Nupcial no BRASIL (1918- 1936). Dissertação. Departamento de História. Universidade Estadual Paulista, 2017.

PERES, Maria Angélica de Almeida; PADILHA, Maria Itayra C. S. Uniforme como signo de uma nova identidade de enfermeira no Brasil (1923-1931). **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 112-121, 2014.

PETERS, Ângela Aparecida; PERES, Maria Angélica de Almeida; SILVA, Camila Pureza Guimarães; PAIM, Lygia. Enfermagem anglo-americana: traços no mdelo da missão Parsons (1921-1925). In. FERREIRA, Luiz Otávio; BATISTA, Ricardo dos Santos; MARQUES, Rita de Cássia (orgs). **Enfermeiras, educadoras sanitárias e outras profissões**: estudos históricos. 1° ed. São Paulo: Hucitec, 2024. P. 70-83.

RAGO, Margareth. Trabalho feminino e sexualidade. In: DEL PRIORE, Mary; PINSKY, Bassanezi Carla (Orgs.). **História das mulheres no Brasil**. São Paulo: Contexto, 2018, p. 578-606.

RIBEIRO, Lidiane Monteiro. **Da educação sanitária à proteção social**: planos, disputas e ações da política de assistência materno infantil no Brasil, 1934-1945. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) - Fundação Oswaldo Cruz/Casa de Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2020.

RIBEIRO, Lidiane Monteiro. **Filantropia e assistência à saúde da infância na Bahia**: a Liga Baiana contra a mortalidade infantil, 1923-1935. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) - Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011.

RIBEIRO, Maria Alice Rosa. **Uma história sem fim**. Inventário da saúde pública – São Paulo, 1880-1930. São Paulo, Editora UNESP, 1991.

ROCHA, Heloísa Helena Pimenta. "Instruir as crianças nos princípios da Higiene": Notas sobre viagens, livros e conexões entre Brasil e Estados Unidos. In: ECAR, Ariadne Lopes; BATISTA, Ricardo dos Santos; MOTA, André (Orgs). **Educação Sanitária**: fontes, ambientes escolares, ações estatais e intelectuais mediadores. São Paulo: Hucitec Editora, 2022. p. 43-58.

ROCHA, Heloísa Helena Pimenta. A educação sanitária como profissão feminina. **Cadernos Pagu***,* 2005. p. 69-104.

ROCHA, Heloísa Helena Pimenta. **A higienização dos costumes:** Educação escolar e saúde no projeto do Instituto de Higiene de São Paulo (1918-1925). Campinas/São Paulo, Mercado das Letras/ FAPESP, 2003.

ROCHA, José Fernando Teles da; ROCHA, Heloísa Helena Pimenta. De criadeiras a fazedoras de anjos: as amas de leite e a criança desvalida sob o olhar da medicina. In: MOTA, André; MARINHO, Maria Gabriela S. M. C (Orgs). **Práticas Médicas e de Saúde nos Municípios paulistas**: a história e suas interfaces. São Paulo: USP, Faculdade de Medicina: CD.G Casa de Soluções e Editora, 2011. p. 37-61.

ROCHA, Luana Bezerra da; BARREIRA, Ieda de Alencar. A enfermagem e a condição feminina: figuras-tipo de mulheres no Estado Novo**. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 6, n. 2, p. 195-210, 2002.

ROCHA; Heloísa Helena Pimenta; VIVIANI, Luciana Maria; LIMA; Ana Laura Godinho. In: BERTUCCI, Liane Maria; MOTA, André; SCHRAIBER, Lilia Blima (orgs.). **Saúde e educação**: um encontro plural. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2017. p. 305-326.

RUSSEL-WOOD, Anthony John R. **Fidalgos e Filantropos**: a Santa Casa da Misericórdia da Bahia, 1550-1755. Brasília, DF: Ed. UnB, 1981.

SÁ, Dominich Miranda. Uma interpretação do Brasil como doença e rotina: a repercussão do relatório médico de Arthur Neiva e Belisário Penna (1917-1935). **História, Ciência, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1. P. 183-203, jul. 2009a.

SANGLARD, Gisele. A primeira república e a constituição de uma rede hospitalar no Distrito Federal. In: PORTO, Ângela et al. **História da saúde no Rio de Janeiro:** instituições e patrimônio arquitetônico (1808-1958). Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2008.

SANGLARD, Gisele. Fernandes Figueira e a política de assistência à infância: Estado, filantropia e aleitamento materno. In: SANGLARD, Gisele (org.). **Amamentação e Políticas para a Infância no Brasil**: a atuação de Fernandes Figueira (1902-1928). Rio de Janeiro: COC/Fiocruz, 2016. p. 57-81.

SANTOS, Allan Ferreira dos., et al. A imagem do ser enfermeira/enfermeiro em filmes de longa metragem à luz da história da enfermagem. **Revista Memorare**, v. 7, n. 2, p. 249-265, 2020.

SANTOS, Chacauana Araújo. “**Medidas sanitárias de que a Bahia precisa**”: as Delegacias de Saúde, o Hospital de Isolamento e a Reforma Sanitária em Salvador (1921-1930). Dissertação (Mestrado em História). Universidade do Estado da Bahia (UNEB), Alagoinhas, Bahia. 2018.

SANTOS, Márcia Guedes. Educação Sanitária da criança Pré-escolar. In: ECAR, Ariadne Lopes; BATISTA, Ricardo dos Santos; MOTA, André (Orgs). **Educação Sanitária**: fontes, ambientes escolares, ações estatais e intelectuais mediadores. São Paulo: Hucitec Editora, 2022. p. 104-123.

SANTOS, Tânia Cristina Franco; BARREIRA, Ieda de Alencar; FONTE; Aline Silva da; OLIVEIRA, Alexandre Barbosa de. Participação americana na formação de um modelo de enfermeira na sociedade brasileira na década de 1920. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, p. 966-973, 2011.

SILVA, Jorge Fernandes da. Amaury de Medeiros. In: SILVA, Jorge Fernandes da. ***Vidas que não morrem***. Apresentação de Creuza Maria Gomes Aragão. Prefácio de Roberto Magalhães. Recife: Departamento de Cultura, 1982.

SILVA, Maria Elisa Lemos Nunes da. **Do" centro" para o" mundo"**: a trajetória do médico José Silveira na luta contra a tuberculose. Tese de Doutorado. Tese (Doutorado) -Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Pernambuco. Recife, 2009.

SILVA, Maria Elisa Lemos Nunes. O dispensário Ramiro de Azevedo e a constituição de políticas de enfrentamento da tuberculose na Bahia na década de 1920. In: SILVA, Maria Elisa Lemos da; BATISTA, Ricardo dos Santos. **História e saúde**: políticas, assistência, doenças e instituições na Bahia. Salvador/BA: Eduneb, 2018. p. 69-102.

SILVEIRA, Anny Jackeline Torres; MARQUES, Rita de Cássia. Sobre a varíola e as práticas da vacinação em Minas Gerais (Brasil) no século XIX. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 2, p. 387–396, fev. 2011.

SOARES JÚNIOR, Azemar dos Santos; SOUZA, Vitória Diniz de. A escola doméstica e o “aperfeiçoamento da mãe de família”: práticas discursivas de controle da feminilidade (natal, 1911-1914). **Atos de Pesquisa em Educação**, v. 17, n. 1, 2022.

SOUZA, Christiane Maria Cruz de. **A epidemia de gripe espanhola na Bahia**: saúde, política e medicina e tempos de epidemia. Rio de Janeiro, ed. FIOCRUZ; Salvador: Edufba, 2009.

SOUZA, Christiane Maria Cruz de. Enfermeiras para a Bahia: educação e trabalho feminino no campo da enfermagem na primeira metade do século XX. In. FERREIRA, Luiz Otávio; BATISTA, Ricardo dos Santos; MARQUES, Rita de Cássia (orgs). **Enfermeiras, educadoras sanitárias e outras profissões**: estudos históricos. 1° ed. São Paulo: Hucitec, 2024. p. 29-46.

SOUZA, Christiane Maria Cruz de. Notas sobre a enfermagem na Bahia, da segunda metade do século XIX à segunda década do século XX. In: BATISTA, Ricardo dos Santos (org.). et al. **História da Saúde**: relações de gênero, educação, personagens e instituições. 1 ed.Salvador: Devires, 2023. p.17-42

SOUZA, Rosa Fátima de; FILHO, Luciano Mendes Faria. A contribuição dos grupos escolares para a renovação da história do ensino primário no Brasil. In: VIDAL, Diana Gonçalves (org.). **Grupos escolares**: cultura escolar primária e escolarização da infância no Brasil (1893-1971). Campinas, SP: Mercado de Letras, 2006.

SOUZA, Vanderlei Sebastião de. Em nome da raça: a propaganda eugênica e as idéias de Renato Kehl nos anos 1910 e 1920. **Revista de História Regional**, *[S. l.]*, v. 11, n. 2, 2007.

SOUZA, Vanderlei Sebastião de. Eugenia, racismo científico e antirracismo no Brasil: debates sobre ciência, raça e imigração no movimento eugênico brasileiro (1920- 1930). **Revista Brasileira de História**, v. 42, p. 93-115, 2022.

STEPAN, Nancy Leys. **A hora da eugenia**: raça, gênero e nação na América Latina. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2005.

TEIXEIRA, Sonia Fleury (org.). **Reforma Sanitária em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Abrasco. 1989

VIEIRA, Ismael Cerqueira. O papel das enfermeiras visitadoras domiciliárias na profilaxia da tuberculose na primeira metade do século XX em Portugal. **Pensar Enfermagem**, *[S. l.]* , v. 1, pág. 19–30, 2015.

ZACARIAS, Audenice Alves dos Santos. Primeira república em Pernambuco: flagelos da representação política (1904-1911). **Clio: Revista de Pesquisa Histórica (01024736)**, v. 37, n. 1, 2019.