JÚNIA SALES PEREIRA

HISTÓRIA DA PEDIATRIA NO BRASIL

DE FINAL DO SÉCULO XIX A MEADOS DO SÉCULO XX

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS

Abril/2006

JÚNIA SALES PEREIRA

HISTÓRIA DA PEDIATRIA NO BRASIL

DE FINAL DO SÉCULO XIX A MEADOS DO SÉCULO XX

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Departamento de História da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito à obtenção do título de Doutora em História.
Orientadora: Betânia Gonçalves Figueiredo

Universidade Federal de Minas Gerais

Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas

Abril/2006

BANCA EXAMINADORA

Tese apresentada em 03 de abril de 2006.

Profa. Dra. Betânia Gonçalves Figueiredo – UFMG/MG (Orientadora)

Profa. Dra. Maria Amélia Dantes – USP/SP

Prof. Dr. Luiz Antônio Teixeira – Casa de Oswaldo Cruz/ FIOCRUZ/RJ

Profa. Dra. Rita de Cássia Marques – Faculdade de Enfermagem /UFMG/MG

Prof. Dr. Bernardo Jefferson de Oliveira – Faculdade de Educação/UFMG/MG

Agradecimentos

À minha orientadora, Betânia Gonçalves Figueiredo. Respeitosa, competente e compreensiva, Betânia manifestou cumplicidade num processo de descoberta e aprendizagem, partilhando comigo suas concepções de ciência e de história. A ela devo o exemplo de que a orientação é um processo de diálogo permanente, repleto de experiências formativas.

Aos professores da Pós-Graduação em História da UFMG e aos profs. Dr. Mauro Lúcio Condé e Dra. Cynthia Greive Veiga que integraram a banca de qualificação de meu doutoramento.

Às instituições de pesquisa e guarda documental, nas quais pude realizar todo o levantamento documental e bibliográfico. De todos os seus funcionários e coordenadores, fica a minha gratidão e admiração pela colega Rita de Cássia Marques, que não poupou esforços para organizar alguns dos acervos que beneficiaram minha trajetória de pesquisa acadêmica, do mestrado ao doutorado.

Agradeço ao Prof. Edison José Correia, neonatologista e pró-reitor de extensão da UFMG, pela cessão de entrevista e pelo empréstimo de valioso material sobre história da pediatria.

Aos colegas de trabalho das Faculdades Pedro Leopoldo e Faculdades Femm, que compreendem os desafios impostos a quem enfrenta um doutoramento e os rigores do mercado profissional da docência no Brasil contemporâneo.

Aos amigos, agradeço pelo carinho. Aos meus alunos, pela aprendizagem que me proporcionam. Aos meus familiares, eu desejo que tenham sempre dias melhores.

Para Gisnaldo, Hércules e Péricles

RESUMO

A história da pediatria no Brasil foi elaborada a partir da história das outras especialidades emergentes entre o século XIX e XX. Contudo, a pediatria surge não como uma medicina voltada para uma doença ou uma parte do corpo (como a oftalmologia e a ortopedia, por exemplo), mas para uma idade da vida. Nesse sentido, a pediatria é compreendida como uma especialidade especial porque ela não segmenta o corpo, mas pensa o corpo infantil em sua singularidade e diferença em relação ao corpo adulto. Ela o faz a partir do pressuposto de que o corpo infantil é inconcluso, está em desenvolvimento e em crescimento e é "em processo de ser", residindo nisso a singularidade do tempo da infância segundo a pediatria. Ao se voltar para uma idade da vida, a pediatria, nesse sentido, contribuiu para estabelecimento de uma forma de demarcação geracional e de concepção da infância como tempo singularizado de vida. A atuação pediátrica foi forjada, nesse processo de institucionalização da pediatria, para atendimento exclusivo, pelo médico, de crianças doentes. Ao demarcar esse terreno da doença infantil como exclusividade do pediatra (em relação aos demais especialistas), a pediatria contribuiria para que os pediatras tributários dessa tradição conceitual, teórica e prática tivessem um olhar clínico sobre a infância, confundida como infância doente. A infância concebida pela pediatria, nesse processo de demarcação de terreno em relação às demais especialidades, tornar-se-ia a infância doente e o desdobramento histórico desse processo é que ainda hoje os pediatras clínicos têm dificuldade de pensar a infância saudável, ou mais, pensar e conceber a doença como parte da realidade da vida e da saúde. No limite, a pediatria na história não fala da morte infantil, porque excluiu de seu campo de formação e de prática o enfrentamento reflexivo e a simbologia dos limites de seu saber. Para refletir sobre a constituição desse saber pediátrico foram avaliados alguns relatórios de prática médica do início do século no Brasil e as primeiras fichas de saúde da criança. Foi possível perceber o estabelecimento - arbitrado - de padrões normais de crescimento e desenvolvimento da

criança. Foi possível também perceber como a idéia de normalidade foi crucial à pediatria nascente: afinal, era preciso dizer da normalidade para estabelecer critérios de atendimento pediátrico - crianças saudáveis (a serem cuidadas por quaisquer pessoas e profissionais) e crianças doentes (a serem cuidadas exclusivamente por pediatras). Nesses critérios e procedimentos figuraram com centralidade as curvas de crescimento e desenvolvimento infantis, com previsão de parâmetros determinados de normalidade. Ao compreender os parâmetros de normalidade como historicamente datados, foi possível refletir sobre a construção sócio-histórica da medicina e sobre o enfrentamento de embates na definição de critérios de validade no movimento de institucionalização da especialidade... A medicina pediátrica, nessa análise histórica, surge não como um campo em que os dados e informações são neutros, mas como um campo em que a seleção de normas, regras, procedimentos e critérios de verdade é mediada pelo valor que uma comunidade de pares atribui a essas mesmas regras, procedimentos, verdades.... um campo de consentimentos, recortado por tensões, disputas e acordos tácitos, que pareciam mais adequados aos profissionais. Dessa maneira, a medicina pediátrica é compreendida como campo de partilha de uma comunidade de referendo, que, especialmente no momento de sua institucionalização como especialidade, regras e procedimentos tidos como canônicos podem determinar toda a história de práticas profissionais desse mesmo campo, a despeito do esforço transformador de sujeitos e sociedades profissionais posteriores. De alguma forma, foi possível avaliar também o peso da tradição profissional, que informava determinadas práticas como válidas e canônicas, estrategicamente repetidas em grande medida na atualidade na pediatria.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO

Apresentação do tema 11

Problemas de pesquisa 14

Pressupostos 16

Apresentação das fontes e dos recortes 20

Apresentação da tese e de sua organização 23

1 – PEDIATRIA: NARRATIVAS E ESPECIFICIDADES

1.1. Roteiros da História da Pediatria no Brasil: obras, abordagens e perspectivas 27

1.2. A pediatria é uma especialidade especial 50

1.3. Relações entre pediatria e puericultura: curar ou prevenir? 64

2. PROCESSOS DE INSTITUCIONALIZAÇÃO DA PEDIATRIA BRASILEIRA: PRÁTICAS E REPRESENTAÇÕES

2.1. Pediatria como dispositivo da Paidéia dos modernos 70

2.2. A representação da morte na pediatria nascente 71

2.3. A representação da criança doente na pediatria nascente 75

2.4. A representação da mulher na pediatria nascente 80

2.5. A representação do médico na pediatria nascente 84

2.6. Ser médico e ser doente no Brasil entre final do século XIX e início do século XX 89

2.7. Da clínica de recém nascidos à Clínica Infantil ou Clínica e Policlínica cirúrgica de crianças.....95

3. EVOLUÇÃO, CRESCIMENTO INFANTIL E NORMALIDADE EM PEDIATRIA

3.1. A ontogenia recupera a filogenia 111

3.2.Evolução como passagem progressiva do simples ao complexo 121

3.3.Pensamento evolutivo e difusão de ícones canônicos sobre crescimento infantil.....125

3.4. Crescimento infantil na perspectiva da pediatria 129

3.5.A definição de padrões de normalidade em medicina 133

3.6.Eugenia e cuidados com a infância 137

4 – SAÚDE E ROBUSTEZ: PADRÕES DE SAÚDE E DE BELEZA ESTÉTICA DA CRIANÇA BRASILEIRA NA PEDIATRIA

4.1. Saúde e robustez: idealizando padrões infantis de saúde e beleza.....154

4.2. Alimentação, robustez e saúde 165

CONSIDERAÇÕES FINAIS 188

FONTES E REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 197

ANEXO 1 - Relação de anúncios Nestlé na Imprensa Brasileira – século XIX/ início século XX 211

Instituições de pesquisa

Arquivo Público Mineiro, Belo Horizonte

Arquivo da Cidade de Belo Horizonte, Belo Horizonte

Arquivo Nacional – Rio de Janeiro

Academia Nacional de Medicina – Rio de Janeiro

Biblioteca Nacional – Rio de Janeiro

Biblioteca da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro

Biblioteca da Faculdade de Medicina de Belo Horizonte

Biblioteca da Fundação Ezequiel Dias – Belo Horizonte

Memorial da Medicina – Universidade Federal da Bahia, Bahia

Biblioteca Central – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte

Biblioteca da Academia Nacional de Medicina – Rio de Janeiro

Biblioteca da Fiocruz, Fundação Osvaldo Cruz, Manguinhos, Rio de Janeiro

Biblioteca da Sociedade Brasileira de Pediatria – Rio de Janeiro

CIESP – Centro Internacional de Pesquisas sobre a Infância, Rio de Janeiro

Memorial da Pediatria – Sociedade Brasileira de Pediatria – Rio de Janeiro

CEMEMOR - Centro de Memória da Medicina – Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais – Belo Horizonte

Biblioteca Histórica da Fundação Ezequiel Dias – Belo Horizonte

Universidade Santa Úrsula, Rio de Janeiro

Sociedade Brasileira de Pediatria, Rio de Janeiro

Lista de Figuras

Figura 1 - Crescimento normal. *Arquivos de Pediatria*, maio 124

Figura 2 Ideal de robustez infantil - *A medicina germânica*, jul 1941.....140

Figura 3 Uma raça que se afirma. R*evista da Semana*, 1922.….....144

Figura 4 Vencedora do Concurso de Eugenia. *Boletim de Eugenia*, jan.1929.. 145

Figura 5 Ficha de matrícula – Instituto de Proteção e Assistência à Infância n Rio de Janeiro, Dispensário Moncorvo.....161

Figura 6 Verso da Caderneta Sanitária da Criança. *Archivos de Pediatria,* maio 1940. 162

Figura 7 Capa da Caderneta Sanitária da Criança, *Archivos de Pediatria*, maio 1940.....163

Figura 8 Sirva-se das revistas médicas; só se apresenta quem tem valor. *Arquivos de Pediatria*, julho de 1944 169

Figura 9 Propaganda de Creme de Arroz do Plasnon. *Arquivos de pediatria*, 1930 171

Figura 10... Quais vitaminas? *Arquivos de Pediatria*, out 1945. 173

Figura 11 Ingesta, Farinha Láctea Phosphatada e Vitaminada. *Pediatria Prática*, jul-ago 1929.....174

Figura 12 Creme de Arroz Colombo. *Arquivos de Pediatria*, abr. 1945, p. 33. 175

Figura 13 Gaduzan. *Revista Brasileira de História da Medicina*. 1959.....176

Figura 14 A criança normal. SMA. *Arquivos de Pediatria*, nov. 1947. 177

Figura 15 Mamadeiras condenadas entre final do século XIX e início do século XX.....181

Figura 16 Pupileira, construída sob os auspícios da Nestlé, *Anais Nestlé,* 1950. 182

Figura 17- Confiança, propaganda Nestlé aos trabalhadores de saúde. In: Brady; Brady, 2004…...183

Figura 18 – Relação de propagandas Nestlé em periódicos brasileiros. 211

INTRODUÇÃO

Apresentação do tema

O advento de percepções científicas a respeito da infância, esta como tempo específico da vida, não pode deixar de ser interpretado como um processo do qual participa também a medicina. Esse advento corresponde ao aparecimento da medicina de crianças e à enunciação de uma "idade infantil" em termos clínicos.

A pediatria teria surgido no Ocidente, como dispositivo da Paidéia dos modernos (ARIÈS, 1981), em que não faltaram alusões a problemas físicos, morais e sexuais da infância. O nascimento da pediatria seria, dessa forma, o resultado de anseios socialmente difundidos na sociedade ocidental, especialmente nas sociedades urbanas, por explicar e responder aos "problemas" da infância num contexto de crescente privatização da vida e de vivência da modernidade. Nesse sentido, a pediatria compartilha do processo de enunciação de promessas de controle, de cura e de ampliação da longevidade no mundo moderno.

No Brasil, sobretudo entre finais do século XIX e meados do século XX, elabora-se um complexo quadro de referências científicas sobre as singularidades da infância, as especificidades das doenças infantis e sobre a peculiaridade das respostas infantis aos tratamentos médicos.

Nesse período, observa-se, no Brasil, também, um processo de profissionalização da medicina especialmente voltada para o atendimento e cuidado de crianças. Diferentemente de todas as outras especialidades emergentes no período, a pediatria voltar-se-ia para um

tempo específico da vida humana – em sua complexidade – diferindo-se das demais que viriam a dedicar-se a uma terapêutica específica, um órgão ou uma doença em particular.

Esse processo, que levaria à formulação e institucionalização da pediatria brasileira, pode ser entendido, em alguma medida, como decorrente de novas percepções a respeito das relações saúde-doença e das representações do corpo doente, da constituição de argumentos e justificativas no movimento de criação do arcabouço técnico-científico de saberes e práticas para o cuidado com a infância e de novas representações a respeito das alterações geracionais.

É um processo que também se compreende, embora com menor relevância para esse trabalho, a partir da oferta de novas perspectivas médicas para o cuidado com a infância advindas de progressos científicos e médicos (o que fomentaria a divulgação social do que passa a ser considerado aumento do poder de resolutibilidade[1] da pediatria) e de transformações sociais, políticas e econômicas pelas quais viveria o país.

Essa tese pretende avaliar as narrativas e os fundamentos da argumentação construídos na história e constituição da pediatria no Brasil, compreendendo, portanto, reflexões sobre aspectos ontológicos e epistemológicos. A análise centra-se nos principais pressupostos eleitos nos processos de **seleção, justificação, fundamentação e difusão** de

[1] Para o caso da pediatria, compreende-se que, no período estudado, ocorre uma ampliação efetiva da possibilidade de resposta a problemas de saúde da infância (em especial relacionados à digestão de alimentos e ao combate a doenças), decorrendo disso a perspectiva de redução da mortalidade infantil. A idéia de resolutibilidade é aqui utilizada como referência a essa capacidade que a medicina pediátrica anuncia de ampliação de sua capacidade de resposta e apresentação de saídas eficazes aos problemas da população infantil. Quanto a esse aspecto, poderíamos enunciar algumas questões consideradas fundamentais para ampliação dessa capacidade, como a vigilância asséptica no momento do parto, o controle de infecções e tétano do umbigo do recém-nascido, a aplicação da assepsia de ambientes e higienização de mamadeiras, o uso de medicação em doses corretas à infância e dirigida a doenças específicas, a possibilidade de atendimento médico de urgência, o advento da neonatologia, o uso de estufas e incubadoras, a possibilidade de aplicação de soro intravenoso, dentre outros. (BALLABRIGA, 1991, p. 1-22).

pressupostos desse campo profissional, bem como nas **narrativas históricas de emergência e constituição** da pediatria como nova e diversa especialidade[2].

A idéia de campo aqui utilizada ancora-se nas perspectivas propostas por Pierre Bourdieu (2003; 2004)[3]. Bourdieu entende o campo como a arena no interior da qual ocorrem interações, práticas e representações produzidas no movimento das relações entre os agentes desse mesmo campo (sujeitos autodeclarados possuidores de uma investidura social, científica, artística ou profissional). O lugar ocupado pelos agentes de produção e difusão cultural nesse campo simbólico é elucidativo do jogo que se estabelece nesse mosaico de trocas.

Para compreender esse campo em que ocorrem trocas simbólicas, Bourdieu aconselha refletir sobre algo mais do que a ação de sujeitos "determinados por seu meio" ou, ainda sobre como as ações derivam da vontade desses sujeitos (FERREIRA, BRITTO, 1994,

---

[2] Em uma de suas conferências, Weber (1979) analisa a natureza do trabalho científico e os dilemas experimentados pelo cientista/intelectual em um mundo em crescente racionalização. O processo de racionalização, segundo essa perspectiva, não indicaria somente e necessariamente um conhecimento maior e mais amplo das condições de vida. Essa reflexão alerta para o fato de que, embora a pediatria de fato tenha garantido o advento de procedimentos mais eficazes do que aqueles até então disponíveis decorrendo-se disso o que comumente se denomina como "progresso da medicina", não se tratou, no bojo dessa reflexão proposta, de tornar evidentes essa eficácia e esse tal avanço médico-científico. O que moveu a reflexão foi a idéia de que o processo de emergência e institucionalização da pediatria implicou, no seu decurso, a difusão e afirmação da **crença na possibilidade desse mesmo conhecimento**, ancorada em determinados argumentos e percepções negociadas entre pares e na sua relação com a sociedade. A compreensão do processo de emergência dessa especialidade é aqui realizada pela análise dos argumentos, das crenças e fundamentos que sustentaram a pediatria como especialidade no interior da prática médica e perante a sociedade brasileira.

[3] Para análise comparativa e crítica das perspectivas teóricas de Pierre Bourdieu, Bruno Latour, Tomas Kuhn e Knorr-Cetina, vide HOCHMAN, 1994. Levadas à radicalidade, as análises de Bourdieu a respeito da comunidade científica são determinadas, na perspectiva de Hochman, a partir da compreensão dos mecanismos de funcionamento do mercado (capitalista) e pela estrutura social. Nessa medida, a teorização enunciada por Bourdieu, embora se proponha à compreensão dos processos e procedimentos adotados e vivenciados pelas comunidades científicas, de acordo com Hochman, não escaparia do determinismo de um pensamento condicionado por uma perspectiva de análise movida pela percepção de campo como mercado, em que valores e normas não seriam tão preponderantes na organização das práticas científicas quanto os interesses em jogo nas trocas simbólicas. O que chamamos a atenção é que o próprio Bourdieu convidaria a pensar que as trocas simbólicas e os processos de valoração do conhecimento somente ocorreriam **quando da interação** e não de forma anterior e exterior a esse movimento. (BOURDIEU, 2004). Para uma análise comparativa e reflexiva do pensamento de Bourdieu e Manheim, vide FERREIRA; BRITTO, 2004. Nesse artigo, os autores chamam a atenção para a contribuição de Bourdieu para reflexão dos mecanismos de desenraizamento e autarquização do intelectual nos movimentos de singularização de campos, em que a educação escolar e o aprendizado seriam pedras de toque dos interesses dispostos de maneira relacional no interior do campo social.

p. 141). Para Bourdieu, o que é mais relevante é a compreensão da posição que ocupam os sujeitos no interior do campo e em que medida desse posicionamento – que é relacional – resultam determinadas escolhas, pressupostos e arbítrios. (BOURDIEU, 2004) que não são, pois, ocasionais ou naturais.

Como veremos, as diversas formas de enunciação do discurso pediátrico foram sustentadas por práticas profissionais, crenças e representações num processo histórico povoado por escolhas e por deslocamentos profissionais em que não faltariam contradições, rupturas e continuidades.

Problemas de pesquisa

O surgimento e consolidação da pediatria como especialidade não foi decorrente "natural" de um processo linear de desenvolvimento da medicina. Foi o resultado de experiências sociais, culturais e políticas vivenciadas no país entre finais do século XIX e primeiras décadas do século XX, em diálogo com as transformações pelas quais já vinha passando a medicina européia e em confronto com as experiências pelas quais passariam as instituições de formação e de atuação do médico no Brasil. Seria, sobretudo, o resultado do confronto de avaliação entre pares e sociedade, um diálogo compreendido por argumentos, critérios de validação e seleção de um corpo de conhecimentos técnico-científicos tornados exclusivos da especialidade.

Elegendo a consulta como centralidade, a medicina de crianças, no país, seria fortemente marcada pela intervenção contra a doença infantil, a partir dos recursos da medicina clínica, com ênfase em problemas orgânicos (CANGUILHEM, 2002). Seu perfil,

naquele momento de emersão, estaria mais próximo daquilo que Canguilhem convencionou chamar de medicina de doenças (CANGUILHEM, 2002, p.43-66).

Nesse processo não seria ocasional a afirmação da singularidade do desenvolvimento biológico específico do organismo infantil, o que viria a justificar a necessidade de um conjunto de saberes e práticas profissionais diferentes daqueles voltados para o organismo adulto, como praticava a medicina até aquele momento.

A proposição de singularidades da infância seria um dos argumentos utilizados nesse processo, em que seriam valorizados parâmetros especialmente eleitos para definição de crescimento e desenvolvimento da criança com preponderância do peso sobre os demais.

As idéias a respeito do crescimento e desenvolvimento da infância viriam a corroborar o conhecimento pediátrico, a atuação profissional para o cuidado especializado com crianças e a propalação de ideais de perfectibilidade e de normalidade de uma infância a ser valorizada e idealizada no seio da sociedade.

A pediatria, no percurso de combate à mortalidade infantil (e de justificação de sua pertinência e necessidade), traria inscrita uma concepção de infância como tempo-devir, tempo de fragilidade e imperfeição. Apresentar-se-ia como prática profissional capaz de garantir uma adultez propalada como tempo de saúde, completude e perfectibilidade.

Não faltam, então, representações sobre o bebê ideal – aquele robusto – considerado capaz de livrar-se de perigos anunciados a grande parte das crianças: a doença e a mortalidade. Os nascentes pediatras reclamariam para si o papel de protetores da vida, aqueles capazes de livrar as famílias do estigma da mortalidade e, sobretudo, consentâneos do ideal de condução da prole a um suposto destino de saúde, robustez e vitalidade.

O mote do combate à mortalidade infantil – um dado real sobre o qual a pediatria tinha o que dizer – assumiria a centralidade da ação e, porque não dizer, da formação

pediátrica. À doença infantil dirigia-se a maior parte das energias de formação e prática médico-pediátrica e os fantasmas da desnutrição, da magreza, do raquitismo e da inanição povoaram largamente o imaginário daqueles primeiros profissionais.

A pediatria seguiria o percurso de um campo de conhecimentos, de formação e de atuação profissional que obedeceriam aos padrões recomendados para países em desenvolvimento, não ocasionalmente saberes e práticas que valorizariam, durante longo período, a robustez como expressão de saúde. A atuação médica, como prática de consulta, seria realizada de maneira pouco reflexiva, não preventiva e em que a doença infantil seria assumida como centralidade do saber e da atuação profissional.

Pressupostos

Os primeiros "médicos de crianças" do Brasil, embora estivessem em contato permanente com a produção das clínicas e academias européias, sobretudo francesas e alemãs[4], não atuaram como meros reprodutores dos saberes produzidos no exterior, agindo, freqüentemente, no sentido de tornar disponíveis recentes descobertas, além de acenarem, com freqüência, para especificidades percebidas e documentadas no exercício da medicina no país.

[4] De acordo com Rivoredo, os primeiros pediatras brasileiros vivenciaram influência da pediatria francesa e traziam consigo uma visão clínica e familiar do paciente, tendo sido marcante nas décadas finais do século XIX e primeiras décadas do século XX, quando passa a conviver com os pressupostos da medicina alemã. A escola alemã de pediatria centrava-se em questões alimentares e educacionais e não devemos pensar que houve uma linearidade, uma mera superposição ou, ainda, uma substituição automática de um pensamento por outro no Brasil. A influência posterior, mais forte a partir dos anos 40 (mas já presente por volta dos anos 20, com a presença da Fundação Rockfeller no Brasil) é a influência norte-americana. A pediatria norte-americana é marcada pelos modelos de assistência, penetrada pelo pressuposto da superespecialização e pela idéia de Medicina Preventiva e Integral. (RIVOREDO, 1995, p. 92-100).

Esse movimento – de avaliação das teses européias à luz das práticas e soluções encontradas nos trópicos – não pode ser lido como anticientífico e pouco experimental[5].

Afirmando as peculiaridades das idades da vida, a pediatria elabora e difunde uma representação da criança como **sujeito a ser cuidado por profissionais**. Nesse movimento de justificação da função social do médico de crianças, não se pode desconsiderar o poder simbólico exercido pelo recurso da associação entre infância e doença.

Não obstante essa associação entre paciente e doente não se dê especificamente no caso da medicina de crianças (CANGUILHEM, 2002; HERZLICH, 2001, p 70-87), o que se percebe é que essa associação, na pediatria, será mediada pela enunciação de peculiaridades da criança em situação de tratamento. Não são ocasionais as singularidades enunciadas pelos primeiros pediatras para falar de crianças doentes – sua incapacidade de falar e de descrever precisamente os sintomas, sua dependência funcional em relação a adultos e respostas diferenciadas do organismo infantil aos tratamentos convencionalmente dedicados aos adultos.

Essa enunciação é acompanhada, já em finais do século XIX, pela difusão de imagens de crianças tidas como saudáveis e perfeitas, expressivamente escolhidas por atender a critérios tecnicamente controlados de normalidade - sua robustez e vitalidade – e por terem superado a mortalidade que passava a ser vista como problemática pelas autoridades médicas e políticas.

As opções historicamente feitas pela medicina de crianças têm relação, contudo, não somente com a necessidade de combater a mortalidade infantil e responder a problemas

[5] Ver, a respeito da história da medicina imperial, o balanço historiográfico realizado por EDLER, 1998. Além de outras questões, o autor destaca que a historiografia só recentemente começou a se desvencilhar do pressuposto de que a medicina imperial seria pré-científica e especulativa, tendo sido superada pela medicina pastoriana (esta, considerada científica), introduzida no país por Oswaldo Cruz.

sociais emergentes, mas com todo um processo de singularização da criança como um outro distinto do adulto.

A criança passa, então, a ser descrita como sujeito indefeso e frágil, carente de cuidados especializados e profissionais, em especial quando da ocorrência de um desvio da pretendida normalidade enunciada pelo saber médico no período em análise (CANGUILHEM, 2002, p. 144).

As idéias acerca de "comportamento normal" e de "funcionamento normal" do organismo infantil balizarão, então, a elaboração de um conjunto de saberes e práticas anunciados como capazes de zelar pela saúde e atuar sobre manifestações "indesejáveis". O que se supõe é que desse processo não se pode desprezar o movimento cultural de transformação de crianças em sujeitos **a serem cuidados.** Esse cuidado teria relação com um movimento mais abrangente de transformação dos sujeitos infantis em sujeitos civilizados (ELIAS, 1993).

A pediatria procuraria se justificar pela promessa de supressão dos males infantis, apresentando, à sociedade, a perspectiva da normalidade fisiológica, que traria, dentre outros, os valores da saúde e da longevidade[6]. A pediatria brasileira apresentava-se, naquele momento, como saber capaz de promover a viabilidade de uma infância sadia e bela, em que a idéia de robustez seria apresentada como padrão e referência de perfectibilidade.

Contudo, a sociedade brasileira não passaria a acionar automaticamente o pediatra pelo fato de haverem debates a respeito de uma nova especialidade médica no interior das academias ou ainda em oferta em consultórios particulares. O recurso à medicina alopática não representaria para a população a opção primeira e a única fórmula para resolução de

[6] Isso será acompanhado por uma experiência cultural de segmentação da infância em tempos cada vez mais esquadrinhados, descritos e singulares. Evidentemente que esse movimento também ocorre em decorrência de uma percepção a respeito do que é ser adulto na modernidade, em distinção ao que é ser criança, jovem, idoso.

problemas de saúde. A história das práticas de cura no Brasil apresenta um conjunto de atores sociais que, em maior ou em menor grau, competiria no mercado de oferta de práticas de saúde.

Então, a análise do processo de institucionalização da pediatria como especialidade médica é acompanhada da visibilidade da complexidade da história do atendimento médico, das forças estabelecidas no interior do mosaico de práticas curativas e a partir de dinâmicas que circunstancialmente se estabeleceram para definição dos contornos profissionais no país.

Segundo Bourdieu, a constituição de um campo intelectual e, ao mesmo tempo, a constituição de um corpo de agentes correspondente, a de intelectuais em oposição aos leigos, é comumente acompanhada de tendências à unificação e produção de explicações que justificam a autonomia e relevância desse mesmo campo (BOURDIEU, 2004, p. 99). A institucionalização que se observa na pediatria (que não é vista, nessa perspectiva, nem como um processo natural nem tampouco como gradual e linear) resulta na constituição do que Bourdieu classificou de corpo de produtores de bens simbólicos (os médicos de crianças) cuja profissionalização resulta de um reconhecimento de um certo imperativo técnico exclusivo e de normas autônomas que passaram a ser reconhecidas como definidoras de condições de acesso à profissão e de participação nesse grupo e nas bordas dessa arena. (BOURDIEU, 2004, p. 100).

Esse corpo de produtores trataria de elaborar narrativas de origem e desenvolvimento desse mesmo campo intelectual, elegendo marcos fundadores e reconhecendo fatos, acontecimentos e processos como definidores de legitimidade e de parâmetros de apreciação de sua capacidade técnica. Esse processo contribui, no campo da pediatria, para elaboração de narrativas historiográficas em que figuram cenários e atores que

atendem, veremos, ao pressuposto da profissionalização e do fechamento da "arena de pares"[7] (BOURDIEU, 2004, p. 105).

O que se supõe é que os conflitos epistemológicos enfrentados naquele momento de emersão[8] da especialidade são, também e ao mesmo tempo, conflitos políticos (BOURDIEU, 2003, p. 114), em que comparecem opções e preferências de grupos profissionais, narrativas e criação de instituições, bem como um processo específico e fundamentado de formulação de determinadas representações sociais.

Apresentação das fontes e dos recortes

A pesquisa tem por foco de análise o pensamento médico-pediátrico enunciado entre finais do século XIX e meados do século XX, num momento de surgimento dos primeiros movimentos favoráveis à adoção da formação acadêmica para a especialização médico-pediátrica e que coincide, também, com a oferta de consultórios particulares e criação de instituições especialmente voltadas para oferta de serviços médicos à infância. É um momento de formulação e proposição de um campo de atuação profissional e de enunciação de saberes, práticas e representações sobre a infância e sobre o papel do pediatra.

[7] De acordo com Bourdieu (2004), no campo científico, os sujeitos configuram relações tais que quanto maior a pretensão pela autonomização desse campo em relação aos demais e à sociedade de maneira geral, mais exclusivo se torna o saber técnico a que os produtores têm acesso, transformando-se a arena num campo de difícil acesso, exclusivo daqueles que dominam o universo de saberes, práticas e procedimentos somente pertencentes a esse grupo. Além disso, esse mesmo grupo cria os próprios critérios de validação de seu conhecimento, dispensando o julgamento de outros sujeitos alheios ao campo, configurando-se, pois, numa arena fechada, com critérios produzidos, referendados e aplicados pelo mesmo universo de atores que compartilha dos códigos dessa arena.

[8] O termo emersão é aqui utilizado como processo de surgimento de um conjunto de saberes, práticas e procedimentos num campo profissional, em que ocorrem estratégias de convencimento de pares e da sociedade de sua validade e possibilidade.

No interior desse marco temporal compreendemos o destaque mais evidente ao período dos anos 30 a 50 do século XX, quando a pediatria, já demarcada como disciplina acadêmica e singularizada como especialidade profissional no interior da medicina, conheceria a proliferação de sua produção científica e de difusão social.

Durante a pesquisa, foi possível perceber e levantar uma produção pediátrica elaborada a partir do final dos anos 90 do século XIX, embora de maneira fragmentária e pouco sistemática. O auge dessa produção parece ter ocorrido por volta dos anos 30 a 40 do século XX. Boa parte da produção pediátrica utilizada, em especial aquela que circulou em periódicos, foi localizada nesse período. Contudo, não dispensamos os indícios e registros encontrados nos períodos anteriores (entre 1880 e 1930) e em períodos imediatamente posteriores (após os anos 50). Esse procedimento se justifica pelo fato de que o objeto de pesquisa não se restringia à compreensão da trajetória de um periódico, de uma instituição, de um grupo ou de um indivíduo, mas, antes, à compreensão da constituição de uma especialidade médica, um campo de saberes, práticas e procedimentos num contexto de busca de afirmação perante seus pares e a sociedade.

Nessa medida justifica-se a utilização de documentação produzida nas últimas décadas do século XIX (mesmo que lacunares, dispersas e por vezes pouco coerentes), bem como documentação de períodos subseqüentes. A documentação produzida nos anos 60 por pediatras, mesmo que não discutida na tese, serviu como indicativo das principais transformações pelas quais a especialidade passaria, oferecendo elementos para compreensão dos argumentos e das estratégias até então utilizadas.

As fontes de pesquisa foram localizadas principalmente em acervos de instituições médicas do país. Dentre elas, foram compulsados alguns periódicos pediátricos. Esses periódicos representam principal canal de difusão de pressupostos, inovações e conceitos em

pediatria, sendo alguns deles destinados aos especialistas e outros também à difusão social. Os periódicos consultados integralmente foram *União Médica, Annaes Nestlé, Gazeta Médica da Bahia, Revista Brasileira de Pediatria, Boletins de Eugenia, A Mãi de Família, Pediatria Prática, Jornal de Pediatria* e *Archivos de Pediatria.*

Avaliamos também produções de alguns dos primeiros médicos de crianças como Moncorvo de Figueiredo, Moncorvo Filho, Martagão Gesteira e José Martinho da Rocha [9].

Também foram utilizadas algumas teses médicas, textos de reformas médicas, artigos e comunicações científicas realizadas em Congressos médicos.

Tem-se na produção médica, voltada para o formulação e institucionalização da própria medicina pediátrica, o *corpus* documental privilegiado. Isso se justifica pelo fato de que parece ser esse não apenas um momento de tentativa de afirmação social do médico de crianças, mas, também, um momento de convencimento dos pares a respeito da **necessidade e possibilidade** de criação de uma nova especialidade profissional. Também estarão em foco análises voltadas para compreensão dos fundamentos e vinculações ao pensamento ocidental civilizatório das práticas, saberes e representações pronunciados nesse movimento de emersão.

[9] Evidentemente que há outros vários profissionais cuja produção acadêmica só viria a enriquecer a compreensão de todo o processo estudado. Contudo, nossa pretensão não era a de realizar um levantamento exaustivo dessa produção individual, mas, antes, compreender-lhe as linhas gerais para apreciação da natureza, história e pressupostos do conhecimento produzido num campo de relações. Note-se que essa opção, contudo, seguiu não somente a lógica da disponibilização da produção científica de cada um dos autores, mas, também uma determinada dispersão regional (Rio de Janeiro e Bahia, principalmente) e sua pluralidade de influências (francesa e alemã, principalmente). Evidentemente que há pediatras singularizados nesse movimento de pesquisa. Contudo, a análise de sua contribuição não se presta à reificação de um ou outro sujeito na história, mas, antes, à compreensão das opções realizadas num campo de relações. O trabalho de levantamento da produção individual de pediatras brasileiros pode ser motivo de outra pesquisa, que terá, creio, outros pressupostos.

Apresentação da tese e de sua organização

O texto seguiu o seguinte percurso: análise da produção historiográfica sobre pediatria, reflexão sobre a natureza da especialidade médica, entendimento de linhas gerais do processo de institucionalização da pediatria, problematização das representações, na literatura médica do período estudado, de paciente e do papel do médico e debate das principais concepções e dos pressupostos que fundamentaram a institucionalização da pediatria brasileira.

O texto está organizado em quatro capítulos.

No primeiro capítulo apresenta-se uma análise da historiografia brasileira sobre a pediatria com destaque para duas tendências assumidas por essa produção. Num primeiro momento uma historiografia que ressalta o caráter triunfalista e salvacionista da medicina pediátrica em seu contexto de emergência e num segundo momento uma historiografia que virá destacar as relações entre pediatria e sociedade, ressaltando mecanismos de compreensão da pediatria a partir de transformações sociais e culturais pelas quais vinha passando o país. Nesse capítulo também ocorre a problematização das especificidades dessa especialidade médica e profissional, bem como das relações estabelecidas entre a pediatria e a puericultura.

O pressuposto para elaboração desse capítulo é a idéia de que faz parte do surgimento da pediatria a eleição de narrativas consideradas suficientemente autorizadas, pela comunidade de pares, para figurar como significativas para a história desse campo. É interessante pensar que a escolha de “discursos de origem” e a representação simbólica da trajetória de um campo profissional são partes dessa mesma realidade social, sendo essa atividade de simbolização constituinte da realidade desse mesmo campo. (MICELI, 2004, p. LX). Nessa medida justifica-se a relevância de promoção de reflexões sobre a historiografia,

movimento que pode colocar em evidência os parâmetros, pressupostos e marcos eleitos no processo de simbolização de sua tentativa de singularização como especialidade.

No segundo capítulo são discutidas as representações de criança (doente, frágil e propensa à morte), de médico e de mulher [alvo do discurso pediátrico, descrito como um corpo de leigos (MICELI, 2004, p. LVIII)], na pediatria nascente, no Brasil entre final do século XIX e início do século XX.

A análise dessas representações permitiu avaliar em que medida a pediatria brasileira é tributária de tradições que singularizaram a infância como tempo de vida marcado por inferioridade, animalidade e primitivismo, em que o papel do médico como profissional suficientemente preparado para salvá-la da morte e das doenças é descrito em oposição ao papel atribuído, nesse imaginário, a mães relapsas, despreparadas e desprovidas de conhecimentos técnicos e científicos que somente os pediatras teriam.

Apresenta-se também uma reflexão sobre o percurso de transformação da chamada clínica de recém nascidos à Clínica Infantil ou Clínica e Policlínica cirúrgica de crianças até a especialidade pediatria. Privilegia-se análise da prática médica de Moncorvo de Figueiredo, considerado, por boa parte da historiografia pediátrica, como o “primeiro pediatra brasileiro”, com vistas à reflexão de pressupostos da pediatria nascente, dos mecanismos de ação do médico e dos fundamentos de sua área de atuação.

A análise de sua produção oferece elementos para compreensão da prática de um pediatra no final do século, mediada pelas demandas sociais e expectativas profissionais, em que se estabelece determinada relação com o conhecimento disponível sobre a infância e sobre as possibilidades e limites do saber e da prática médica no momento.

O terceiro capítulo discute concepções que fundamentaram a elaboração do discurso pediátrico no bojo de formulação do pensamento ocidental civilizatório. Apresenta

reflexões sobre o papel desempenhado pela idéia de crescimento infantil, anátema da ação pediátrica, acenando para as relações tecidas no processo de formulação de uma concepção evolucionista de infância, concebida como momento singular de uma linha progressiva que conduziria à condição de adultez, tomada, nesse discurso pediátrico, como concretização de um ideal a ser efetivado no decurso do processo civilizatório do qual faz parte também a pediatria.

Comparecem a esse processo as idéias de normalidade e de média que norteariam a elaboração de um arcabouço teórico-prático que fundamentaria a concepção de degenerescência em pediatria. O ideário eugenista[10] é então discutido a partir de ações implementadas por médicos envolvidos com ações que visavam à condução da infância a um destino pressuposto.

O quarto capítulo se propõe à discussão do valor atribuído à robustez e à utilização/propagação de padrões e tipos ideais. Promove-se uma reflexão sobre produtos voltados à saúde da infância, divulgados em periódicos pediátricos, todos eles produtos a serem recomendados às mães pelos pediatras e considerados capazes de garantir saúde, vitalidade e crescimento.

Como se pode ver, no terceiro e no quarto capítulos a perspectiva de análise não objetivou trazer à baila um conjunto de acontecimentos que teriam sustentado e justificado a pretendida eficácia e resolutibilidade da pediatria emergente. Diferentemente, o que se perseguiu foi a percepção de como, nesse processo de emersão, os pediatras brasileiros se apropriaram de determinados saberes, procedimentos e práticas que mais lhes pareciam capazes de afirmar a possibilidade de seu conhecimento.

---

[10] Como veremos, os procedimentos eugenistas trariam à pediatria e à medicina em geral o paradoxo da afirmação da pureza racial que resultaria na difusão de cuidados e representações médicas que impedissem as taras, desvios e doenças infantis.

Nas considerações finais são apresentadas linhas gerais de desdobramentos vivenciados pela especialidade médica, com destaque para modificações sofridas em períodos posteriores, em que a pediatria, como campo de formação acadêmica, seguirá perfil mais afinado com pressupostos da medicina preventiva, constatando-se, contudo, que, no mercado de atuação profissional, os pediatras ainda continuariam a reproduzir as práticas (e concepções) que fundamentaram e delinearam a tônica dos momentos de emergência da especialidade, traduzindo-se em uma medicina eminentemente curativa, concebida como prática de consultório, exercida de maneira isolada, pouco reflexiva e em que ainda fariam muito sentido a associação entre criança e doença e a representação do pediatra como profissional capaz de conduzir a infância ao seu devir.

CAPÍTULO 1 –PEDIATRIA: NARRATIVAS E ESPECIFICIDADES

1.1. Roteiros da História da Pediatria no Brasil: obras, abordagens e perspectivas

No processo de formulação de uma história da pediatria brasileira, diversos autores elegeram marcos temporais, apontando contribuições consideradas mais significativas e constituíram, cada um a seu modo, narrativas para a pediatria e sua história. A escrita da história desempenha papel decisivo, pois definidora de escolhas, percursos e valores a serem positivados e eleitos como válidos.

Esses autores são, todos eles, médicos ou pesquisadores sob influência de uma demanda médico-institucional, um público crítico, mas ao mesmo tempo cúmplice e portador de uma "marca de distinção", constituindo o que Bourdieu classificou de "sociedade de admiração mútua", pertencente, pois, a uma arena fechada (BOURDIEU, 2004, p. 99-140). Essa sociedade viria a eleger marcos fundadores, elaborando determinadas narrativas e referendando um campo de conhecimento do ela seria pertencente, produzindo narrativas autorizadas e avaliadas com critérios de censura eleitos por pares e não por um público "alheio à profissão".

A escrita da história, dessa perspectiva, atende à demanda por re-elaboração simbólica a que todo campo em constituição reclama, compreendendo narrativas e perspectivas e, conseqüentemente, expurgando outras. Essa re-elaboração simbólica que os discursos historiográficos sobre a pediatria efetivam é parte dessa realidade social que, entendemos, é determinada fortemente por essa mesma atividade de simbolização (MICELI, 2004, p. IV).

Essa historiografia é aqui entendida como parte integrante da realidade da pediatria, definindo contornos que essa especialidade tem e terá, projetando, pela via da narrativa em retrospectiva, a "costura" mais autorizada por participantes desse mesmo universo de produtores, os pediatras. Os fios, os alinhaves e arremates, dessa forma, também integram o tecido sob o qual a pediatria fala de si e se realiza. Compreendida dessa maneira, a escrita da história atualiza pressupostos que a pediatria elege, cria e refunda ao fazer-se pediatria e ao narrar-se pediatria.

A apreciação dessas obras permite entender as matrizes que informaram o imaginário dos autores e possibilita refletir em que medida as matrizes eleitas nessas narrativas podem ser avaliadas à luz de outras formas interpretativas e de outras escritas de história... Porque não dizer, a partir de outras percepções sobre o processo histórico de constituição da pediatria brasileira.

As obras podem ser reunidas em dois grupos. O primeiro grupo, representando, na análise, por dois pediatras considerados "pioneiros" que foram Moncorvo Filho e José Martinho da Rocha. Eles são precursores do que se poderia chamar de uma Historiografia da Pediatria no Brasil, vindo a influenciar praticamente todas as obras posteriores sobre a trajetória da pediatria brasileira (e suas interfaces, como a puericultura, a higiene e a nutrição infantil, por exemplo).

As obras *Histórico da Proteção à Infância no Brasil*", de Moncorvo Filho, 1926 e "*Introdução à História da Puericultura e da Pediatria no Brasil*", de José Martinho da Rocha, 1947, apresentam a história da pediatria brasileira como advinda de um processo histórico de ruptura com os saberes tradicionais e de afirmação legítima da pediatria como ciência de iluminados num país ignorante, pouco afeito ao rigor e às práticas de higiene e ao sanitarismo.

Reforçando o perfil salvacionista da pediatria, essa historiografia informaria o advento da medicina de crianças num contexto de luta contra a suposta ignorância e a magia reinantes no Império.

O segundo grupo de autores é representado, na análise, por Orlando Orlandi (*Teoria e prática do amor à criança; introdução à pediatria social no Brasil*) e Carlos R.S. Rivoredo (*Cuidar e tratar de criança; breve história de uma prática*). Em ambas, figura a proposta de entendimento dos pressupostos que fundamentaram a pediatria no Brasil a partir do entendimento das relações entre ciência, medicina e sociedade, com destaque para as contribuições da pediatria num contexto de alta mortalidade infantil e em que a ampliação de seu poder de resolutibilidade faria todo sentido.

a) A Pediatria num país de ignorantes

Provavelmente, a primeira obra substantiva que tenha se dedicado à história da Proteção à Infância no Brasil, com ênfase considerável em História da Pediatria, tenha sido escrita por Moncorvo Filho, publicada em 1926, 383 páginas: *Histórico da proteção à infância no Brasil,* edição comemorativa do Centésimo Ano da Independência do Brasil. Subseqüentemente temos a obra de José Martinho da Rocha, publicada em 1947[11], sob o título de *Introdução à história da puericultura e pediatria no Brasil*, 88 páginas.

Como já se afirmou, Moncorvo Filho avalia a história da proteção à infância no Brasil e, para isso, privilegia acontecimentos e atos voltados eminentemente para a infância empobrecida. O autor divide a história da proteção à infância no Brasil em três períodos, a saber:

[11] Edição patrocinada pela Nestlé. Em nota introdutória assinada pela Companhia Industrial e Comercial de produtos Alimentares Nestlé, assinala-se o vínculo entre a Nestlé e os pediatras: “do propósito de produzir cada vez mais e melhor, desde o produto lácteo-farináceo inicial até as várias especialidades atuais nasceu naturalmente a colaboração – que se alicerçou e ampliou com o decorrer do tempo – entre a Nestlé, de um lado, os pediatras e puericultores de outro” (ROCHA, 1947, p. 7).

> 1.° período (antigo) – de 1500 a 1874 – período em que a criança brasileira teria vivenciado abandono por parte das autoridades públicas, sendo amparadas por instituições religiosas e caritativas.
> 2.° período (médio) – de 1874 a 1889 – fundação da pediatria e cultivo da especialidade
> 3.° - período (moderno) – de 1889 a 1922 – época em que começou intensa a propaganda sobre higiene infantil e o interesse geral pela criança como fator social. Medidas oficiais protetoras.
> (MONCORVO FILHO, 1926, p.15-16)

A se seguir o percurso da obra, a pediatria seria resultante de um processo gradativo e lento de amadurecimento de instituições para o cuidado e proteção à infância, que teria começado com o "Brasil Primitivo", chegando ao seu ápice com a criação de instituições de amparo a crianças desvalidas e o estabelecimento de medidas públicas de assistência ao abandono e à miséria.

O primeiro período inicia com "A sorte da criança no Brasil primitivo" e apresenta, através da recuperação de viajantes europeus, cuidados nativos com crianças, tidos como primitivos, exóticos e pré-científicos. Nos períodos subseqüentes apresenta-se a pediatria, tanto em seu momento de fundação quanto em seu momento de propaganda e difusão social.

Essa narrativa histórica pode ser compreendida também através do diálogo com a obra de José Martinho da Rocha, que, alimentando-se dessa narrativa, elabora também um panorama interessante sobre parâmetros em que teria se sustentado a história da pediatria.

Analisemos mais atentamente a obra de José Martinho da Rocha, para procedermos à análise comparativa entre essas duas produções.

A obra de José Martinho da Rocha também é composta por três partes. Na primeira, *Da tipóia ao berço*, são avaliados aspectos dos cuidados indígenas com a infância e as primeiras iniciativas de proteção à infância abandonada no período colonial. Na segunda, o autor realiza levantamento das contribuições do que convencionou classificar como *Pioneiros da Pediatria*,

para, na terceira parte, apresentar o momento de *Criação do Ensino da Pediatria no Brasil*, com Carlos Arthur Moncorvo de Figueiredo.

O plano da obra de Martinho da Rocha é marcado pela concepção que atribuía ao final do século XIX, sobretudo por influência da obra de Moncorvo de Figueiredo, o advento da chamada pediatria científica, considerando-se, por conseguinte, todo o período anterior como espontaneísta e pouco científico. Momento em que, segundo diz o autor, ainda não se poderia pensar em uma "verdadeira medicina", tampouco em "Pediatria". De acordo com o autor, no período que antecede à medicina classificada de científica teriam dominado o mercado de oferta de curas os chamados "curandeiros e mais tarde os feiticeiros africanos, de mistura com alguns licenciados da Metrópole e raríssimos médicos formados quase que só na bisonha Universidade de Coimbra" (ROCHA, 1947. p. 38).

Em ambas as obras se vê o movimento de retorno ao período colonial para apreciação dos primeiros cuidados com crianças brasileiras. Moncorvo de Figueiredo descreve esse período de maneira negativa, ressaltando a falta de ação pública e de conhecimentos higiênicos das famílias, em outras palavras, das mães indígenas. Através da narrativa de viajantes europeus, ressalta costumes exóticos no cuidado com a criança, não raro selecionando trechos em que os autores falam desses costumes como atrasados e inadequados.

Nas vinte primeiras páginas da obra de Martinho da Rocha dedica-se o autor também ao estudo dos cuidados indígenas com suas crianças, através de uma coletânea realizada pelo próprio autor e também compilada da mesma obra de Moncorvo Filho de relatos europeus advindos de viagens realizadas entre os séculos XVI e XIX, além da literatura jesuítica, produção de cronistas e relatos oficialmente relacionados à administração portuguesa. Iniciando-se por Pero Vaz de Caminha, passa por Pigaretta em seu relato da viagem de Fernão de Magalhães Claude d'Abbeville, Gabriel Soares de Souza, Gandavo, Brandão, Cardim, Suimão de

Vasconcelos, Frei Vicente de Salvador, Padre José de Anchieta, Staden, Jean de Lery, Koch-Grueneberg, Sigaud, Ramon Pardal, entre outros. Recorre também a autores como Capistrano de Abreu, Gilberto Freire e Afrânio Peixoto.

Os indígenas brasileiros são descritos em Martinho da Rocha como selvagens e primitivos e, ao mesmo tempo, como precursores de maneiras rudimentares de cuidar de crianças: "Pouco sabemos dos cuidados dos índios na prenhez das mulheres e nos primeiros tempos de vida com seus filhos, mas ainda assim isso constitui interessante registro dos primitivos exemplos de proteção e assistência à maternidade e à infância" (ROCHA, 1947, p. 27).

Vigora nessa parte da obra de Martinho da Rocha uma avaliação relativamente positiva de hábitos indígenas, sobressaindo-se avaliações do hábito do banho frio (considerado profilático), do asseio corporal considerado esmerado e da ausência de cueiros na pequena infância, favorecendo-se a liberdade corporal da criança indígena desde cedo. "Impressionou-se Guilherme Piso com a ausência de cueiros, aliada ao hábito de os selvagens conservarem as crianças nuas ao ar livre e dar-lhes banhos frios, como processos de enrijamento" (ROCHA, 1947, p. 28).

Não faltam alusões à boa aparência física, força, perfeição física e beleza nativas: "Nossos índios, segundo afirmam vários de seus apreciadores nos primeiros séculos, eram todos de boa aparência física, fortes e harmoniosos, não se encontrando entre eles aleijados" (ROCHA, 1947, p. 24). Aliás, em outros momentos do texto o autor retoma a literatura européia de viagem para referir-se à falta de doenças ou a alguma disfunção entre os que convencionou chamar de brasilíndios:

> é uma gente bonita de corpo e de feição – escreveu Hans Staden – 'tanto os homens como as mulheres, iguais à gente daqui' ... 'não são maiores nem mais gordos do que os europeus' – relatou Léry sobre os Tupinambás – 'porém mui fortes, mais robustos, mais entroncados, mais bem dispostos e menos sujeitos a moléstias, havendo entre eles muito poucos coxos, disformes, aleijados ou

> doentios. Apesar de chegarem muitos a 120 anos (sabem contar a idade pela lunação) poucos são os que na velhice têm cabelos brancos ou grisalhos. (ROCHA, 1947, p. 24-25).

Todas as menções aos cuidados maternos com crianças indígenas são elogiosas, diferentemente do que acontece na obra de Moncorvo Filho, que elenca costumes indígenas na medida de seu exotismo e curiosidade, não por algum valor positivo no que se refere aos cuidados e à preservação da vida.

Segundo Martinho da Rocha, "são todos uniformes [os viajantes, cronistas e missionários dos séculos XVI e XVII] ao descrever o trato amoroso das índias com seus filhos. Carinhosa e vigilante, a primitiva mãe brasiliense cingia sempre o filhinho ao seio, com faixa de algodão fiada por suas mãos" (ROCHA, 1947, p. 13).

Dos cuidados com crianças, destaca José Martinho da Rocha os hábitos higiênicos, a alimentação da criança indígena, as relações com os filhos, sua iniciação sexual e o tratamento de doenças, constatando uma série de fatores que concorria favoravelmente para uma baixa taxa de mortalidade infantil entre indígenas e também para um quadro "pobre" de doenças da infância. Tais fatores seriam, segundo informa, a inexistência de doenças autóctones, a excelência da amamentação ao seio materno, as decorrências da vida ao ar livre e abluções frias, dentre outros.

Destaca também algumas formas indígenas de segmentação dos tempos de vida humana recuperados por europeus, com destaque para a associação, feita pelo autor, entre esses sistemas classificatórios e os contemporâneos: "curioso de assinalar é que até cerca de 1 ano de idade não distinguiam os selvagens os dois sexos por diferentes vocábulos, nesta espécie de idade neutra do homem para eles, como para certos autores contemporâneos" (ROCHA, 1947, p. 26).

A despeito de serem considerados positivos os cuidados indígenas com a criança, fala-se, sobretudo, de cuidados dedicados pela mãe indígena. São amplamente condenados os

cuidados gerais destinados à saúde infantil ministrados por pajés, ressaltando-se uma certa "ingenuidade" dos indígenas frente aos seus pajés: confiavam, porém, acima dos remédios, cegamente, nos tradicionais pajés, feiticeiros espertalhões que sobretudo se valiam de suas estranhas atitudes no modo de viver, a fim de usufruir vantagens, asseguradas pelo pavor que sabiam infligir, dada a sua intimidade com os diabos (ROCHA, 1947, p. 35).

Evitando-se qualquer leitura alusiva à associação entre medicina e magia, **não** seriam, segundo essa narrativa, os pajés os precursores dos primeiros pediatras, mas, antes, as mães indígenas. Elas seriam precursoras das primeiras formas de cuidar de crianças por terem praticado e difundido uma sabedoria primitiva, natural e espontânea, sem pretensões.

Esse movimento – de localização dos pajés no campo da magia e do charlatanismo, contribui para que, no plano da argumentação, a origem da pediatria situe-se, mais à frente, não num lugar de magia ou de experimentalismo, mas, antes, no plano do amadurecimento social para cuidar de crianças, resultante do advento do rompimento com práticas e saberes do senso comum e como desdobramento das atividades científicas. Promove-se, nesse percurso de narrativa da história da Pediatria, o expurgo de uma provável associação entre a pajelança e qualquer forma de inserção de suas práticas no interior do campo científico em análise.

Fundando uma determinada imagem do campo da medicina científica, José Martinho da Rocha traria à arena principal os saberes a serem autorizados e tidos como verdadeiros[12] (mesmo que espontâneos) e os saberes a serem combatidos, tidos por não autorizados e de nenhuma maneira recomendáveis: "Presunção naturalmente admissível é que, entre os pajés, muitos julgassem entender de puericultura e clínica infantil... à sua moda!" (ROCHA, 1947, p. 36).

[12] Bourdieu interroga-se a respeito das condições sociais para que se instaure um jogo social em que prevaleça uma idéia como idéia verdadeira, "pois os que dele participam têm interesse na verdade, em vez de ter, como em outros jogos, a verdade de seus interesses" (BOURDIEU, 2003, p. 130).

Martinho da Rocha colocaria em destaque o recurso muito freqüente da ação curativa oferecida pelos jesuítas, que teriam recorrido ao que classificaria como “empirismo indígena”. Em certa medida, contudo, os jesuítas também seriam dispostos, nessa narrativa, ao lado dos pajés: “não faltavam milagres sanativos para aumentar-lhes a auréola de sacros esculápios, concorrendo, como queriam, com os prestigiosos feiticeiros nativos, onde não bastava a sua reação cristã contra a luxúria a cobiça e a crueldade dos colonos, para creditá-los junto aos índios” (ROCHA, 1947, p. 36). Em outro momento, o autor os classificaria de pedagogos e primeiros pediatras do Brasil, especialmente quando o assunto da narrativa dissesse respeito à obra educacional (não às funções curativas, diga-se):

> preferiram os jesuítas catequizar primeiro os meninos, por ser mais fácil e seguro na cativação dos pais, misturando por isto os órfãos portugueses com os curumins indígenas, em seus colégios de cunho recreativo, com cânticos e danças, à maneira rudimentar dos nossos atuais jardins de infância, representando, sem dúvida, para as crianças, tanto o papel de pedagogos como de primeiros pediatras **improvisados**[13] do Brasil (ROCHA, 1947, p. 37-38).

Quando o autor se propõe a falar, então, de medicina colonial, inicia a narrativa com uma advertência ao leitor de que não haveria “medicina especializada de crianças em nosso meio, nos tempos coloniais primitivos” (1947, p.38), repetindo, sobre o período, a impressão do bispo do Pará, Dom Frei Caetano Brandão de que era prática corrente “curar-se a gente [da colônia] com um tapuia do sertão, que observa com mais desembaraçado instinto, do que com médico de Lisboa” (1947, p.39).

Movimento diferente realiza Carlos Moncorvo Filho, que, ao se referir aos jesuítas, ressalta suas obras caritativas e seu conhecimento evangélico, mas evita tecer comentários a respeito de sua contribuição para o campo da medicina.

[13] grifo meu.

Ambas as obras elegeriam a vida e a obra de Moncorvo de Figueiredo como marcos do que se poderia chamar de pediatria científica, antecedido por pioneiros, profissionais que teriam contribuído para surgimento de primeiras iniciativas institucionais que resultariam na consolidação do campo da pediatria brasileira. José Martinho da Rocha elencaria três médicos, um cirurgião-mór do Reino, um jurista, uma parteira e publicações (livros e periódicos) como pioneiros do que viria a se chamar pediatria, precursores do que viria a ser, segundo o autor, o ensino especializado da pediatria no Brasil.

De acordo com Moncorvo Filho e de maneira mais radical, teria havido uma ruptura entre o período anterior a Moncorvo de Figueiredo e as gerações anteriores. A pediatria teria nascido, a se seguir sua narrativa, de um corte radicalmente impresso nas práticas de cura, instituindo-se uma forma "científica, respeitada e fundamentada" de cuidado e proteção à infância, advinda apenas com Moncorvo de Figueiredo.

Martinho da Rocha procura traçar um quadro de influências anteriores a Moncorvo de Figueiredo e começa a narrativa sobre o surgimento da pediatria com Francisco de Mello Franco, mineiro de Paracatu, formado em Coimbra e então domiciliado em Lisboa, autor do *Tratado da Educação Física dos Meninos*[14], 1790, o "primeiro livrinho verdadeiramente útil à criação das crianças" (ROCHA, 1947, p.42), dedicado ao uso da Nação Portuguesa. É a única obra datada ainda do período colonial, uma demonstração, segundo o autor, de que, de científico, "nada haveria de ter sido produzido no período".

A segunda referência de Martinho da Rocha é à iniciativa de José Bonifácio de Andrada de reconhecimento do "valor econômico à criança", ao propor o artigo 18 da

[14] Começa a obra o capítulo "Porque modo se deve reger uma mulher pejada". Nesse capítulo, vê-se a recomendação acerca de maneiras de seccionar o cordão umbilical e adverte-se sobre a influência dos ventos frios nos recém-nascidos. Seguem-se recomendações sobre alimentação do recém-nascido, desmame, sono, berço, vestuário e exercícios físicos da criança. FRANCO, 1790. (BN, microfilme).

Constituição nos trabalhos da Assembléia Constituinte de 1824, que previa que “a escrava durante a prenhez e passado o 3.° mês não será obrigada a serviços violentos e aturados; no 8.° mês só será ocupada em casa; depois do parto terá um mês de convalescença, e passado este durante um ano não trabalhará longe da cria” (In: ROCHA, 1947, p.44).

Seguem, na narrativa, o Cirurgião-mor José Corrêa Picanço, que teria instigado o príncipe D. João à criação do ensino da medicina no Brasil e o primeiro professor de Anatomia, cirurgia e partos do Império, Joaquim da Rocha Mazarém, que viria a publicar, em 1826, o *Quadro Sinóptico das doenças das mulheres, dos partos e dos recém-nascidos*.

Segundo José Martinho da Rocha, contudo, teria sido somente com Francisco Júlio Xavier, professor da cadeira de *Partos, Moléstias de Mulheres Pejadas e Paridas e de Meninos Recém-Nascidos*, Rio de Janeiro, criada com a reforma que deu autonomia às Faculdades na diretoria de 1832, que, em primeiro lugar teria sido focalizada “a patologia da criança (...) tendo defendido tese intitulada ‘Considerações sobre os cuidados e os socorros que se devem prestar aos meninos na ocasião do seu nascimento e sobre as vantagens do aleitamento natural’, 1833” (ROCHA,1947, p.45-46). Cita, então, uma série de trabalhos acadêmicos que, com a regência de cátedra por Xavier teriam sido produzidos. É a primeira vez que aparece na obra de Martinho da Rocha a expressão “Clínica Pediátrica”.

A seguir, há indicação da atuação de Maria Josephina Mathilde Durocher, primeira parteira diplomada pela nova Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, “mais tarde o primeiro e único até agora membro titular feminino da Academia Imperial de Medicina” (ROCHA, 1947, p. 46). Ressalte-se o destaque concedido a Durocher por ser diplomada e também por ser membro titular da AIM. O comentário feito à parteira é elucidativo: “São acordes todos, contemporâneos e pósteros, em exaltar as elevadas virtudes profissionais desta curiosa personalidade, cuja fisionomia severa e varonil, aliada ao seu traje masculinizado, mascarava uma delicada

sensibilidade feminina servida por vigorosa cultura científica" (ROCHA, 1947, p. 46-47). Além do destaque à sua formação científica, que parece ser, ao fim e ao cabo, o motivo de sua eleição para figurar entre os Pioneiros, destaca-se a alusão a uma suposta avaliação de seus contemporâneos de que Durocher teria sido "a mais abalizada e caritativa profissional do seu tempo" (idem, p. 47). Certificação, reconhecimento dos pares, cultura científica vigorosa e reconhecimento profissional social seriam, então, os valores de Durocher para que pudesse figurar nessa galeria dos chamados precursores da pediatria.

O último profissional destacado por Rocha seria José Pereira Rego, o Barão de Lavradio. Classificado pelo autor como higienista e pediatra, Pereira Rego foi por longos anos diretor do Ambulatório de Clínica de Crianças da Santa Casa do Rio de Janeiro. Viria a utilizar-se da estatística para classificar a mortalidade infantil no Rio de Janeiro como um problema, contribuindo, dessa forma, para a sua desnaturalização. Seus trabalhos estatísticos, segundo Rocha, "constituem fonte indispensável de consulta para o conhecimento da patologia infantil da época" (idem, p. 48).

Rocha termina o capítulo do livro com a indicação, ao leitor, dos primeiros livros de Puericultura e os Guias Maternos, como a "*A Mãe de Família*", em 1879[15].

Essa série de escolhas evidencia uma opção clara de José Martinho da Rocha pelo papel da formação científica como chave de acesso à prática da medicina de crianças, em que têm destaque a estatística como instrumento de rigor, a diplomação como credenciamento profissional e a publicação de artigos científicos como estratégias de legitimação do papel do médico como um cientista naquela sociedade.

[15] Esse parece ter sido um recurso interessante utilizado pelo autor para difusão social do conhecimento pediátrico.

Mais que isso, salta aos olhos o destaque ao papel salvacionista da pediatria emergente num contexto que é descrito como ignorante e místico, espontaneísta, leigo e pouco instruído.

O percurso da obra possibilitará apresentar Carlos Arthur Moncorvo de Figueiredo como autor da "verdadeira fundação da Pediatria científica entre nós" (1947, p.52), ou "fundador do ensino da pediatria no Brasil em 1882" (idem, ibidem). Sua biografia é apresentada pelo autor:

> (...) nascido no Rio de Janeiro em 31 de agosto de 1846 e falecido em 25 de julho de 1901, após fecunda existência como clínico, autor de numerosos trabalhos científicos e sócio das mais dignificantes associações de medicina, nacionais e estrangeiras. (...) os dois marcos mais importantes, entretanto, da existência de Carlos Arthur Moncorvo de Figueiredo, (...), são a fundação da Policlínica Geral do Rio de Janeiro, em 1881, onde também deu o primeiro curso da especialidade em 1882, mantido até pouco antes da sua morte, e sua proposta de criação, ao ministro Rodolfo Dantas, em 25 de fevereiro de 1882, nas Faculdades de Medicina Brasileiras, de uma cadeira de Clínica de Moléstias de Crianças, fato que, porém, só se realizou em 30 de outubro do mesmo ano. (ROCHA, 1947, p.53).

A pediatria teria nascido no Brasil, segundo essa narrativa, de dois movimentos: da criação de uma instituição que ofereceu curso regular de formação para o cuidado médico com crianças e da proposta de criação de uma cadeira acadêmica que separaria a clínica de crianças da clínica de mulheres pejadas e paridas.

Moncorvo Filho também destacaria a relevância de Moncorvo de Figueiredo nas sucessivas reformas do currículo médico, especialmente sua contribuição para separação entre "clínica de partos" e "clínica de moléstias de crianças", além de sua contribuição institucional, com a criação de institutos voltados para atendimento médico e ensino da especialidade. Assim posta, a pediatria teria sua origem efetivamente nas reformas médicas e nasceria como campo de conhecimento científico quando os médicos diplomados nas Faculdades da Bahia e do Rio de Janeiro houvessem de ter disciplinas e práticas que não mais estudassem a questão da infância

atrelada às questões da gravidez e de parto. Esse é um momento em que a medicina passaria a ver a vida da criança como diferenciada desde a vida uterina e, após o nascimento, a perceber a saúde da criança como diferenciada da saúde materna.

O roteiro do discurso de Martinho da Rocha favorece o entendimento de que teria ocorrido uma vivência do cuidado da criança, desde o período colonial, mas que todos os cuidados anteriores ao final do século XIX teriam sido pouco ou nada válidos para os períodos subseqüentes, por excesso de espontaneísmo e por carência de técnica e preparo científico. Não é ocasional que esse autor tenha escolhido a mãe indígena como portadora de um conhecimento leigo (BOURDIEU, 2004), em oposição ao conhecimento científico em emersão.

A se seguir as narrativas das duas obras, o final do século XIX teria conhecido o ensino especializado e a criação de instituições científicas de formação para a prática médica, com destaque para a trajetória de um único médico do Rio de Janeiro. A pediatria introduzida por Moncorvo de Figueiredo viria, então, a apresentar-se como a forma científica e especializada para o cuidado de crianças, em contraponto às formas indígenas, que, se por um lado seriam positivadas por Martinho da Rocha, em determinados momentos de sua obra figurariam, na trajetória da escrita, como exóticas, primitivas e nada sistematizadas, despossuídas de qualquer mecanismo de formalização, registro e sistematização, confinadas a um quadro de saberes leigos a serem explorados na medida da curiosidade (à semelhança do que também fez Moncorvo de Figueiredo), não no de seu valor para a formação de futuras gerações médicas interessadas no cuidado com crianças.

A eleição da puericultura indígena possibilitaria a essa narrativa a localização do advento da ciência, anunciando o ponto de ruptura entre a ignorância e a iluminação, entre a insegurança e a certeza.

Os precursores do saber pediátrico, no caso da obra de Martinho da Rocha, não seriam os indígenas, mas, antes, os cirurgiões, a parteira diplomada, os médicos formados em Lisboa e os médicos que se dedicariam à divulgação do conhecimento e dos cuidados com crianças aconselhados às mães. Ou seja, aqueles que possuíam trajetórias institucionais, que tinham vivenciado um tempo de formação e de preparação sistematizada e científica.

No decorrer da obra, toma-se a prática nativa como mote para afirmação de um campo científico que viria a se institucionalizar, e, a se seguir a narrativa do autor como roteiro, isso teria ocorrido com o advento de uma Policlínica, com a reforma do ensino médico e com a obra de esclarecimento social promovida pelos médicos emergentes.

O percurso da narrativa elege, então, o **momento fundador**, destacando, dentre os demais, um sujeito – Moncorvo de Figueiredo – tomado de maneira singularizada e solitária (não há qualquer alusão ao seu grupo de influência e de relações) e localiza algumas ações como marcos de uma nova fase marcadamente diferente das anteriores, sobretudo pelo seu poder de superação da ignorância e sua capacidade de proceder à institucionalização da especialidade pediátrica pelo compromisso com a formação profissional de médicos.

Destaca-se, além disso, a opção explícita pelo Rio de Janeiro, tomando-se o Rio de Janeiro pelo Brasil – movimento comum não somente nesses dois autores contemplados. Se os títulos das obras sugerem o Brasil, seu conteúdo, para aquilo que se propõe, faria uma opção clara pela pediatria praticada na capital.

Há que se ressaltar que o percurso seguido por José Martinho da Rocha é o mesmo de Moncorvo Filho, na obra *Histórico da proteção à Infância no Brasil*, de 1926, especialmente o de localizar, na ação de “Moncorvo pai”, o ponto de ruptura entre práticas espontâneas de cuidados infantis e uma prática classificada como “verdadeiramente científica e profissional”, que seria a pediatria praticada em hospitais, em clínicas e em dispensários.

A se tomar como parâmetro essa narrativa da história da pediatria, o advento da especialidade teria sido resultante, também do expurgo "legítimo" de todos os outros agentes de cura, especialmente daqueles advindos das tradições práticas, consideradas não científicas, primitivas e místicas.

A obra de José Martinho da Rocha (e o percurso que ela inaugura para a história da Pediatria no Brasil) seria fonte de inspiração para muitas obras subseqüentes que se proporiam a narrar e difundir a história da pediatria. Uma história que seria escrita principalmente por médicos pediatras e/ou encomendada pelas sociedades/instituições pediátricas[16].

O movimento proposto nesse texto é de rejeição de uma narrativa teleológica e autoreferenciada, aquela que perpetua uma imagem de ciência como desprovida de contribuições sociais ou como resultante de uma ampliação progressiva, acumulativa e ascendente do conhecimento médico, que teria resultado, naturalmente, no processo de especialização. A medicina é concebida como prática social, mediada por valores e concepções em processo na sociedade brasileira. A institucionalização da pediatria é vista como resultado de ações não exatamente lineares e preconcebidas... mas como desdobramento de ações relacionais – engendradas pelos próprios pediatras emergentes e associadas ao advento de outras percepções a respeito da infância e seu cuidado, aliadas também às possibilidades de atuação no mercado de trabalho médico que viriam a corroborar tentativas de legitimação do pediatra frente a outras ofertas de cura e de promoção da saúde.

Olhar diferentemente para a história da pediatria brasileira pode suscitar reflexões a respeito da formulação e institucionalização de um campo erudito (BOURDIEU, 2004) e de que

[16] Como, por exemplo, a obra de Glauco Carneiro: *Um compromisso com a esperança*; história da Sociedade brasileira de Pediatria, 2000, bem como seria também seguida como roteiro para organização de parte substantiva do discurso apresentado no *Memorial da Sociedade Brasileira de Pediatria***,** 2004, Rio de Janeiro.

forma, ao fundar um discurso para si – em retrospectiva – esse mesmo discurso traria elementos para compreensão de suas pretensões, suas crenças e seus limites.

Narrado como país de ignorantes, o Brasil estaria carente de cuidados médicos, pouco afeito ao exercício de racionalidade no cuidado com crianças, “essas desamparadas e desvalidas” (MONCORVO FILHO, 1926). Nesse percurso narrativo e, mesmo, no próprio percurso como campo de saber, a pediatria veicularia uma imagem social da mãe como sujeito a ser tutelado pelo médico (não é ocasional que a mãe indígena – leiga - tenha sido escolhida para figurar como aquela que cuidava de crianças na colônia) e que houvessem sido os jesuítas (e não os pajés, concorrentes desautorizados e portadores de um saber anti-científico), então, sido eleitos os precursores da pediatria.

Como veremos, o nascimento da pediatria como campo médico-profissional seria fortemente marcado por um ideal civilizacional, em que seriam produzidas representações a respeito do que é ser criança e do que é ser adulto, leigo ou profissional de ciência.

No presente trabalho, então, embora em alguma medida também sejam cotejados alguns dos mesmos atores e instituições já mencionados pela historiografia, não se toma como centralidade o pressuposto de que a institucionalização da pediatria teria sido resultado “natural e necessário” de uma ruptura com saberes e práticas socialmente elaborados. Assume que a institucionalização da pediatria foi realizada porque ocorreram escolhas num universo de escolhas possíveis e, problematiza argumentos que levariam a pediatria a se afirmar como conhecimento e prática “mais autorizados” do que outros. A partir disso, também tematiza as escolhas feitas num processo em que não faltaram rupturas e continuidades.

A narrativa proposta tampouco pretende reproduzir uma representação de ciência como ciência de iluminados, mas ciência como campo de disputas, em que foram eleitos saberes, práticas e representações que, a despeito de serem ou não as melhores para aquela sociedade,

teriam sido postas em prática porque compreendidas como as que melhor convinha ao grupo de agentes emergente num contexto de crença na auto-afirmação social, profissional e política.

Além disso, não pretende reproduzir uma idéia de que as práticas de cura anteriormente acionadas antes do século XIX seriam pré-científicas ou coisa que o valha, devendo ser expurgadas legitimamente pela então ciência nascente.

O que se busca é problematizar em que medida e porque razões esse discurso de desautorização das práticas e saberes sociais voltados ao cuidado com crianças são colocados, pela medicina pediátrica em formação, como saberes a serem superados.

As razões dessa escolha de desautorização dos saberes antepassados parecem estar relacionadas à tentativa de eleição de um momento fundador em que a legitimação social do médico é conquista cara aos próprios profissionais da medicina, demarcando o nascimento da ciência no interior do próprio campo científico, atribuindo aos próprios médicos as origens e matrizes de seu pensamento.

A escolha da ruptura faz sentido para corroborar uma concepção de momento fundador que poderia prescindir dos saberes sociais anteriores e externos à própria medicina, reproduzindo a idéia de que a medicina é um campo de conhecimentos e práticas que dispensa contribuições sociais e diálogo com outras áreas do conhecimento.

O entendimento do percurso dessas narrativas históricas permitiu compreender a elaboração de um discurso de fundação que irá influenciar, também, na difusão da própria imagem da pediatria como campo de saber, um saber erudito que não prescinde do rigor estatístico, do controle do experimento laboratorial e do registro médico como fundamentos da ação profissional. Um saber que compreende a ampliação de seu conhecimento e da competência profissional a partir do diálogo com pares estrangeiros, esses últimos, muitas vezes, os pares autoreferenciados como autoridades no credenciamento da confiabilidade desse mesmo saber.

b) Uma história social da pediatria

O segundo grupo de autores compreende a história da pediatria inserida no que se poderia chamar de uma história social da ciência e da infância. Aborda a história da pediatria compreendendo a medicina como prática social, não desprovida de condicionantes políticos, sociais e ideológicos. Essa historiografia contribuirá para desmistificar a narrativa de origem da pediatria a partir de seu perfil salvacionista e messiânico, colocando, na centralidade da reflexão sobre as origens e desenvolvimento da pediatria, questões como a mortalidade infantil e a transformação social da representação de mulher e mãe, bem como do papel do profissional de saúde.

Orlando Orlandi propõe-se a refletir sobre as relações entre esses dois campos profissionais e problematiza os programas materno-infantis oficiais que foram, muitas vezes, instrumentos de lutas de classes não sendo, portanto, neutros ou inocentes como podem parecer à primeira vista. O argumento central do autor é que a pediatria social teria sido institucionalizada no Brasil em decorrência de uma série de fatores, dentre os quais o fato de que a sociedade brasileira teria aprendido a exercer, gradativamente, a prática do amor à criança, toda e qualquer criança, independentemente de sua origem social, étnica e religiosa.

A obra segue um percurso que visa à reflexão sobre as diferenças teóricas e práticas entre puericultura (medicina da promoção da saúde de crianças) e pediatria (medicina de doenças de crianças). A partir desse momento, o autor discute a criação de instituições assistenciais e as ideologias que fundamentaram a criação dos programas materno-infantis no país. Segue discutindo as práticas e propagandas pelo aleitamento materno, para, ao fim, compreender a relevância social da pediatria e da puericultura no combate à mortalidade infantil no país.

Não obstante opere o autor ainda com uma concepção de ciência como advinda eminentemente do período pós Pasteur [“a puericultura só veio a se tornar científica a partir da era pasteuriana” (ORLANDI, 1985, p.17)], a obra traria contribuições à reflexão sobre a influência de novas percepções sociais acerca das idades da vida no nascimento da pediatria. Além disso, o percurso da obra permite apreciar o nascimento da pediatria social num contexto de combate à mortalidade infantil em que a elaboração de programas de atendimento materno-infantil teria seguido padrões eleitos, à época, como mais convenientes, não sendo, necessariamente, as melhores escolhas, mas as escolhas mediadas por razões políticas em jogo.

A narrativa da história da pediatria acontece à medida da relevância da reflexão sobre a importância da criança na sociedade brasileira, mas não deixa de obedecer a interesses políticos, profissionais e de determinados grupos em disputa. Vista como campo de disputas, a pediatria figura, na narrativa, a partir de suas finas e por vezes perigosas relações com o mundo dos produtos industrializados (leites, farinhas, papas... brinquedos, roupas, revistas) e com o mundo dos interesses políticos que contribuíram para consolidar práticas profissionais nem sempre consideradas, sob olhar crítico, como as mais convenientes para as famílias. A narrativa é tecida de modo a desmontar o argumento da neutralidade da pediatria e da puericultura, trazendo à baila as opções e preferências profissionais.

A obra apresenta como pano de fundo o argumento de que é preciso ensinar o amor à criança, toda e qualquer criança, para que se efetive uma chamada verdadeira puericultura e verdadeira pediatria no Brasil. Pretende o autor, com esse recurso, opor-se às gerações de pediatras que se voltaram durante várias décadas à divulgação de conhecimentos e práticas de cuidados com crianças junto a mães burguesas, como se as verdadeiras mães fossem apenas as mães das classes mais abastadas do Brasil.

A obra traz contribuições para uma revisão da condição materna no país tal como apontada pela historiografia anterior, contribuindo para resignificar as relações entre médicos e pacientes. Contudo, acaba o autor por colocar como argumento central o pressuposto de que o médico e o puericultor deveriam por princípio amar a todas as crianças e ensinar as mães burguesas a amar não somente os seus próprios filhos, mas os filhos das classes menos favorecidas. Nessa medida, o percurso da narrativa conduz o leitor ao entendimento de que a pediatria só teria se tornado científica na medida da promoção do amor incondicional às crianças, fundamento, para o autor, da promoção da medicina social.

A resolução do problema profissional acaba por se dar, nessa perspectiva, num plano extraprofissional, figurando o amor na centralidade do encaminhamento proposto. Se a obra é rica em discussões políticas e ideológicas que permeiam o campo da medicina de crianças, ela perde, contudo, na argumentação e proposição de encaminhamentos futuros para a profissão e, mesmo, na fundamentação desse saber.

Carlos Rivoredo, no livro *Cuidar e tratar de criança*, propõe-se a estudar a história da pediatria a partir de entrevistas com pediatras de formação. Tomando a história oral como suporte, a obra problematiza concepções e pressupostos médico-sociais voltados à infância.

O autor toma como foco de análise o processo que denominou de “instituição social da família e seus componentes, a mãe, o pai e a criança modernos” e pretende, então, realizar “um levantamento da história social destes personagens, com ênfase para a questão da saúde como instrumento de socialização e controle social”. (RIVOREDO, 1995, p.39).

Tributário da contribuição de George Rosen à história da medicina, o autor postula que o surgimento da medicina pediátrica teria contribuído para promoção de transformações sociais, figurando o médico como técnico intermediário dessas mesmas transformações sociais. O

autor investiga também as influências estrangeiras sofridas pela formação e prática médico-pediátrica no país, com ênfase nas influências francesa, alemã e norte-americana.

A obra contribui para colocar em pauta concepções sociais a respeito do cuidado e tratamento da criança que podem ter influenciado na consolidação de uma formação e prática médico-pediátrica no Brasil, com destaque para a representação social do papel do pediatra. Contudo, a análise sugere que a medicina nascente teria sido automaticamente aceita pela sociedade: “As indicações dos médicos e dos técnicos em geral eram tidas quase como ordens, que regrariam não só a saúde das pessoas, mas sua vida como um todo” (RIVOREDO, 1995, p.91-92).

Essa acepção – de atribuição de uma aceitação imediata da pediatria pela sociedade brasileira no contexto de emergência da especialidade – levaria o fio da narrativa à afirmação de que essa mesma sociedade requeria o médico como único sujeito capaz de imprimir racionalidade às práticas de cura, atribuindo a ele o papel de técnico de uma transformação social que essa mesma sociedade estaria a requerer. Ao assumir a narrativa de origem do discurso da medicina como “a narrativa”, a obra viria a cair na mesma armadilha da historiografia que ela pretende rever: reificação da pediatria como campo de saber mais autorizado e mais legítimo do que outros para o cuidado e tratamento de crianças.

Além disso, mesmo tendo contemplado uma historiografia que pretende rever a condição feminina na história, o autor não deixa de explicitar um certo lamento em relação à desmistificação sociológica do mito do amor materno.

Ao analisar as influências de escolas médicas estrangeiras, o autor supõe que “a transferência de novas idéias é imediata” (RIVOREDO, 1995, p.89), sendo a Europa (principalmente) “o celeiro de idéias para a sociedade brasileira e os médicos os intermediários dessa transferência” (idem, p.89). Da mesma forma, ao reproduzir a imagem de que a pediatria

praticada no país teria sido o espelho da pediatria européia, o autor teria perdido a oportunidade de produzir reflexões mais relacionadas às especificidades da pediatria brasileira.

O autor procede à análise do processo de ampliação da resolutibilidade do ato pediatra, tido como decorrência das transformações tecnológicas agregadas ao ato médico. A análise do autor contribui para reflexão a respeito dos limites dessa tecnificação e da relativa relevância que se deve dar, no processo de formação médica, à tecnologia no tratamento de crianças.

A obra contribui, também, para promoção de reflexões sobre o processo de organização de serviços públicos no Brasil, que teriam (e, ao que parece, ainda têm) ênfase eminentemente puericultora[17], ao passo que a atuação pediátrica teria gradativamente ficado restrita aos consultórios particulares em que se acentua um determinado perfil curativo do ato médico, reduzindo-o a uma prática de cura de doenças. “Tratar dos males do corpo parece ser objetivo único dentro da pediatria” (RIVOREDO, 1995, p.105).

A análise dessa questão do perfil da atuação do profissional de pediatria no Brasil, em especial de seu perfil curativo, requer, contudo, uma reflexão mais ampliada de quais foram as opções feitas pela pediatria desde sua origem.

Segundo nos parece, a pediatria teria sido fundada sob signo de uma prática médica eminentemente voltada para uma ação curativa e individualizada e essa fundação viria a influenciar fortemente a trajetória desse campo profissional. Ao atribuir ao sistema público de saúde a opção pela puericultura, nos parece que o autor teria evitado enfrentar questões ontológicas que seriam marcantes na pediatria, sendo-lhe, no caso do Brasil, muito caras. Esse

[17] Nessa parte da obra, refere-se o autor aos Serviços de Medicina Comunitária, que teriam segregado, por sua ação puericultora e preventiva, o ambiente do consultório pediátrico ao ato curativo, marcado, muitas vezes, pela intervenção cada vez mais crescente de recursos tecnológicos em detrimento de uma atuação médica mais abrangente e humanizadora. (RIVOREDO, 1995, p.106-109).

parece ter sido o caso da associação entre prática médico-pediátrica e ação curativa em que as concepções de saúde foram, durante décadas, recortadas por um ideal de robustecimento da sociedade pela perspectivação da infância como “forte, saudável e bela”.

Rivoredo compreende o advento da especialidade como resultado máximo de uma crescente ampliação da capacidade técnica e científica para cuidar e tratar de crianças, tendo sido iniciada em família e desdobrada gradativamente para campos profissionais[18].

Esse mesmo percurso traria à sua narrativa o paradoxo de contraste entre uma concepção evolucionista de história (aquela assumida como progresso linear e gradativo) e o enfrentamento de uma série documental lacunar, compulsada pelo autor, que traria à baila concepções contrastantes e por vezes descontínuas do processo histórico vivenciado pela pediatria brasileira.

Essa historiografia, não homogênea e produzida de maneira nem sempre coerente, deixa à mostra alguns aspectos que convidam à reflexão: no primeiro grupo, a idéia de uma fundação salvacionista de pediatria frente a uma sociedade inculta e incapaz de curar-se de maneira racional, na segunda, a percepção de que a medicina pediátrica afirmou-se como recurso científico, descrito como legítimo e socialmente aceito de controle de famílias, com explicitação de críticas ao sistema de saúde e à manutenção, na pediatria, do modelo de atendimento em consultório privado, marcado pelo uso crescente da tecnificação em detrimento da humanização.

Em ambas, a narrativa do processo histórico é realizada através de um viés de cumplicidade autoral e de pertencimento à área, o que contribui para transformar seu percurso

[18] O autor procede à coleta de depoimentos orais de pediatras brasileiros de longa carreira, tendo nas narrativas orais o corpus documental privilegiado de seu trabalho. O documento oral é, contudo, apropriado pelo autor como suporte de verdade, narrativa de uma história vivenciada tal como narrada. A principal decorrência dessa operação parece ter sido, na obra, a de conceber-se a narrativa do progresso técnico-científico como suficientemente capaz de promoção da adesão social ao atendimento médico. A mesma narrativa resultaria na ênfase na idéia da capacidade de cura que a pediatria teria assumido, vista como especialidade inquestionável por sua potencialidade de transformação e intervenção social.

numa teleologia em que pouco se diz das opções e escolhas feitas, tomadas, quase sempre, como naturais decorrências do avanço técnico, da ampliação do conhecimento ou, mesmo, da ampliação do poder de resolutibilidade científica.

Ainda comparece a essa semelhança, uma imagem mitificada do pediatra, singularizado como profissional cuja formação, prática e carreira se constróem de maneira isolada, não sendo resultado, segundo essa narrativa, de desdobramentos históricos que a profissão médica sofreu no país, nem tampouco do desfecho de escolhas e procedimentos eleitos no processo de "autonomização" da especialidade pediatria no país. A formação pediátrica no país é vista quase sempre como resultado de um esforço individual de alguns poucos pediatras, de influências estrangeiras (tomadas quase sempre como naturais escolhas dos pediatras brasileiros) ou, ainda como decorrente de processos mais gerais vivenciados no bojo da consolidação de outras especialidades médicas no país.

Com raras exceções, essa literatura é tributária de uma concepção de ciência em que progresso científico e avanço técnico seriam vistos como prerrogativas suficientes e imediatas para aceitação social de seu saber, um saber construído sem fraturas, no consenso entre pares.

1.2. A especialidade pediatria - Uma especialidade "especial"

O advento da especialidade pediatria no Brasil deve-se a uma série de fatores, nem sempre conectados nem mesmo vivenciados de maneira articulada. As narrativas a respeito desse processo são também divergentes e, por vezes, lacunares.

Alguns autores argumentam que no último quartel do século XIX ocorre um movimento de problematização da atuação do clínico generalista, movimento de resposta ao mercado de trabalho médico em que a segmentação especializada funcionaria como elemento inibidor da concorrência profissional. Outros reforçam a linha de argumentação que destaca uma ampliação da necessidade profissional de aumento da resolutibilidade médica num contexto em que a mortalidade infantil passa a ser vista, cada vez mais, como algo a ser combatido, prevenido e expurgado.

Nesse processo de especialização, a pediatria obedeceria a padrões próprios, o que nem sempre a historiografia sobre a medicina percebeu. Estudada no bojo do movimento de especialização médica, a pediatria perdeu, muitas vezes, especificidades e foi vista, quase sempre, como uma resposta sistêmica a uma falência natural do perfil generalista e altruísta de medicina.

Edmundo Campos Coelho argumenta que em fins dos anos 80 do século XIX as especializações médicas já teriam adquirido um contorno bastante definido no mercado de oferta de serviços médicos, especialmente no Rio de Janeiro: o Almanak Laemmert para 1877 teria registrado, na capital, 13 médicos oculistas, 39 operadores, 1 especialista das moléstias das cavidades nasais, 4 especialistas em medicina das mulheres, 4 em medicina da garganta, 11 do útero, 10 da pele, 14 de sifilíticos e 21 especialistas em moléstias de crianças. Argumenta o autor que a especialização segmentava o mercado de serviços médicos, expandindo o limite de "tolerância" do ambiente à entrada de novos profissionais no mercado de trabalho.

> Os nossos treze 'oculistas' não disputavam a mesma clientela com os vinte e um 'especialistas de crianças', nem estes com os onze especialistas em moléstias do útero, e por isso todos podiam comodamente admitir a entrada de novos colegas em suas respectivas especialidades, sem demasiado risco de saturação do mercado desde que as taxas de crescimento da população não declinassem (COELHO, 1999, p. 87).

Nessa perspectiva, a especialização médica teria sido um processo resultante de uma segmentação do mercado de profissionais da medicina, favorecendo a inserção de recém-formados sem que isso significasse efetivamente uma concorrência mais acirrada[19].

Coelho argumenta também que o fortalecimento profissional na medicina teria ocorrido tanto como resultado da força de um Estado que viria regulamentar o desempenho profissional dos médicos quanto em decorrência de uma ampliação do domínio de um saber especializado que os qualificasse e os distinguisse no interior da corporação médica, perante a sociedade e o Estado.

Contudo saibamos que o Estado procuraria regulamentar o exercício das profissões, sabemos que a criação de especialidades e sub-campos no interior da medicina cabia, em grande medida, à própria deliberação dos pares e não a uma regulação externa à própria corporação. Não obstante vejamos a prática de atendimento pediátrico em finais do século XIX a despeito do reconhecimento formal das Academias médicas dessa especialidade, sabemos que a institucionalização efetiva da pediatria dependeria do grau de convencimento dos pares e não meramente de uma disponibilização de serviços especializados à sociedade ou mesmo de uma regulação extra-profissional.

O que se argumenta, nesse caso, é que a pediatria passaria pelo processo de busca de institucionalização e reconhecimento utilizando-se, é claro, do argumento do apelo social e demanda por serviços especializados, mas, também e, sobretudo, do acionamento de argumentos

[19] De acordo com Bourdieu, a despeito do fato de que a especialização tenda a reduzir o universo dos concorrentes pela divisão em sub-campos cada vez mais estreitamente especificados, observa-se que, à medida que os recursos científicos acumulados aumentam e que o capital necessário para realizar a invenção se torna mais larga e uniformemente distribuído entre os concorrentes pela ampliação do direito de entrada no campo, a luta científica tende a tornar-se cada vez mais intensa. (BOURDIEU, 2003, p. 133). Dessa forma, é interessante refletirmos sobre os desdobramentos pelos quais vem passado a pediatria brasileira e a existência, ainda hoje, da polêmica e disputa entre “pediatras especialistas’ e entre médicos de outras especialidades que também atendem a essa faixa etária, como, por exemplo, o ortopedista que atende crianças.

científicos e técnicos no interior de um universo de pares, em que a autoridade, a validade dos métodos e a comprovação de resultados seriam critérios de análise e apreciação mais valorativos do que propriamente o fato de que a sociedade ou o Estado "reclamavam" por profissionais especializados.

Parece-nos, além disso, que se existiu apelo pela profissionalização do cuidado com a infância, ele ocorreu também e fortemente como retórica médica no movimento de auto-afirmação profissional dos médicos de crianças.

Fatores a serem considerados nesse processo são os argumentos enunciados por médicos de moléstias de crianças quanto ao seu papel social e às prerrogativas que os pediatras reclamavam como exclusivas de seu exercício. A análise das representações sobre o papel do pediatra, sobre a infância e sobre a relação entre doença e cura poderá suscitar um rico mosaico de argumentos acionados nesse contexto de busca de afirmação e de legitimação da especialidade.

No caso do exercício médico, as posturas médicas em situações de atendimento e os argumentos apresentados em congressos em prol ou contrariamente à especialização trazem à baila novos elementos que contribuem para detalhar melhor como se comportaram médicos com diferentes perfis e práticas profissionais.

Martagão Gesteira apresenta argumentos dessa dificuldade em que o ensino da especialidade pudesse prosperar em associação à prática de atendimento hospitalar[20],

[20] No início do século, em Belo Horizonte, com a criação da Faculdade de Medicina de Belo Horizonte (1911), a antiga Santa Casa tornar-se-ia Hospital das Clínicas da mesma faculdade, pois se considerava importante, no projeto de criação da Faculdade, contar-se com todas as especialidades contempladas no currículo do curso. "Assim a Maternidade seria também um campo de atuação de acadêmicos (...) era preciso formar especialistas e superar os chamados 'médicos de senhoras', que, na maioria dos casos, se anunciavam como cirurgiões, clínicos gerais, pediatras etc" (MARQUES, 2003, p. 109).

especialmente em decorrência da dificuldade de reconhecimento social das finalidades da instituição:

> Depois desta tentativa, só sabemos de uma proposta, por escrito, feita pelo nosso diretor Sr. Dr. Carlos Arthur Moncorvo de Figueiredo, ao Sr. Conselheiro Sabóia, Diretor da Faculdade de Medicina desta Corte, para criação e manutenção, à custa do proponente, de uma policlínica infantil, à semelhança da Dr. Gilbert, do Havre, do que acima me ocupei: o único meio, dizia o Dr. Moncorvo, de poderem-se obter, nesta cidade, crianças doentes para o ensino da especialidade, na Faculdade de Medicina, atenta à pobreza de casos interessantes que oferece o Hospital da Misericórdia, devida à dificuldade com que neste país consente as mães, ainda mais pobres em recolher seus filhos ao Hospital (ARAÚJO, 1882, p. 19).

Além da questão do ensino e da institucionalização pela criação de hospitais especializados em atendimento infantil, outras questões colocadas entre finais do século XIX e primeiras décadas do século XX seriam as da autoridade e da competência médica, quase sempre apresentadas como formas de qualificação profissional distantes dos modelos preservados na clínica geral. Os deslocamentos profissionais que resultaram na criação de especialidades médicas sinalizavam para tentativas de responder à questão da autoridade, questionada, também, nas outras arenas de interação.

Em nota publicada na *Revista União Médica,* o editor acena para um dos argumentos favoráveis à especialização: “No artigo programa n.1 dos Archives de Neurologia, devido à pena do Sr. Chacot, vê-se claramente a necessidade em que se acham os médicos de especializar-se, se querem alcançar a competência entre os seus colegas e a confiança de seus clientes” (*União médica,*1887,p.499). Nesse caso, a especialização seria uma necessidade diante de situações de validação da competência profissional e, mesmo, uma tentativa de resposta às prováveis desconfianças dos clientes.

Em artigo datado de 1929, o médico V. Baptista indicava que o movimento de especialização estava, à época, mais relacionado às capitais do que ao interior do país. Expressa a

crítica, então bastante freqüente entre os especialistas, voltada à permanência do atendimento clínico geral, em especial os problemas relacionados ao atendimento da infância. Da forma como apresentada, as áreas urbanas teriam sido as precursoras do processo de especialização, em razão da desconfiança técnica em relação à medicina generalista, considerada pouco eficaz e pouco fundamentada.

> Nas capitais já se estende o 'espírito de especialização". Vai-se alastrando uma surda desconfiança ao clínico geral, em parte injusta, quando atinge o médico honesto, mas por outra parte justíssima quando se volta para as taboletas de metro e meio: Médico, operador e parteiro. Com vasta prática de laboratório, doenças das senhoras (e secretas). Trata doenças cirúrgicas sem operação. Cura tudo. Aplica raios misteriosos e prevê o futuro. Especialista em doenças de crianças (BAPTISTA, 1929, p.220).

Propondo-se a discutir a organização institucional e os modelos de formação adotados pela medicina no século XIX no Brasil, em especial no Rio de Janeiro, Luiz Otávio Ferreira, Maria Rachel Fróes da Fonseca e Flávio Coelho Edler argumentam, sobre o processo de especialização, que:

> A tendência à especialização, como forma da divisão técnica da prática médica, tendeu a reforçar-se pelo aparecimento de formas de trabalho referentes a parcelas cada vez menores, embora não menos significativas, da totalidade do processo de diagnóstico e terapêutica. A diferenciação e complementaridade das especialidades clínicas emergentes, relacionadas a novos objetos – certas patologias, áreas limitadas do organismo humano e faixas etárias específicas – estiveram relacionadas à mudança das condições institucionais sob as quais se exerciam a formação e a prática médicas. (FERREIRA, FONSECA E EDLER, 2001, p.60)

A análise dos autores indica que foram significativas e determinantes as transformações institucionais que garantiriam especialização da formação e da prática médicas.

A se seguir a análise acima, a especialização em pediatria teria sido, tal como as demais, resultado de uma diminuição do processo de diagnóstico e terapêutica com vistas à ampliação de eficácia. A seleção de uma faixa etária figura, nesse argumento, como indicativo

suposto de justificação da especialidade e do processo vivenciado na especialização pediátrica tal como teria ocorrido com a seleção de patologias, áreas do organismo humano etc.

Os argumentos de pediatras indicam que, em seu momento de afirmação profissional e social, ao fazer uma opção por uma faixa etária, a pediatria não estaria reduzindo o objeto de estudo e ação prática a uma parcela menor da totalidade dos processos de diagnóstico e de terapêutica. Pelo contrário, estaria anunciando uma nova semiologia, uma nova terapêutica e novos objetos na formação médica, ao trazer à baila o que seriam as peculiaridades da infância frente às doenças e o que seriam as posturas diferenciadas dos médicos (de crianças e não de adultos) em situações de atuação profissional.

Os cuidados médicos com crianças, até finais do século XIX, voltavam-se em especial para recém-nascidos. A então chamada medicina de mulheres pejadas e paridas e meninos recém-nascidos era praticada em momentos imediatamente “durante e após” o parto, dedicando-se cuidados e recomendações apenas aos primeiros momentos de vida.

A infância era, assim concebida, como o período que compreendia apenas os primeiros meses de vida, sendo que, a partir daí, previa-se a existência apenas do médico de adultos. Dessa forma, a clínica, a cirurgia e as terapêuticas eram, em grande medida, meses depois do nascimento, consideradas as mesmas para os adultos, com o indicativo de mera redução de peso e tamanho.

A pediatria vai procurar se afirmar utilizando exatamente o argumento de que o tempo da infância é mais distendido do que o período imediatamente após o nascimento e, mais, que o período que compreende a infância tem peculiaridades que a clínica de adultos não compreende e não satisfaz.

Vejamos alguns argumentos acionados por pediatras para difusão das peculiaridades dessa especialidade médica no período em análise.

No artigo “Preliminares ao estudo das moléstias das crianças”, publicado sem autoria na *Gazeta Médica da Bahia*, em 31 de outubro de 1868, seu autor resenha o livro *Lectures on the diseases of infancy and childhood*, Dr. Charles West em que chama a atenção para as peculiaridades da pediatria. Inicia ressaltando o fato de que cerca de um terço de todos os doentes em atendimento clínico eram, à época, crianças. Indica que “suas moléstias são tão graves que de cinco crianças, morre uma dentro de um ano de nascidas e de três uma antes de cinco anos”.

Aponta ainda o fato de que as crianças teriam não somente um corpo mais frágil mas também um corpo em desenvolvimento: “muitas conseqüências importantes resultam de ser o período da *infância de incessante desenvolvimento*[21]” (p.68). Ressalta que “não é mera hipérbole dizer-vos que tendes de estudar uma semiologia nova e de aprender nova patologia e terapêutica”. (p.69).

Praticamente todos os argumentos apresentados acima são também utilizados em 1915 por Martagão Gesteira, Bahia, trazendo algumas questões novas ao debate sobre a nascente especialidade.

Martagão Gesteira, em sua *Lição de Abertura do Curso de Clínica Pediátrica Médica,* em 1915, chamava a atenção para essa questão que, afinal, não deixa de ser paradoxal: “a pediatria não é menos do que a clínica médica de adultos acrescida da parte especial à infância”. Naquela oportunidade, Gesteira, recém-empossado professor de Clínica médica e higiene infantil na Faculdade da Bahia, falava aos alunos a respeito da importância da cadeira no curso de formação em medicina, refletindo sobre “até que ponto se deve considerar a clínica pediátrica como uma especialidade e em que se fundamenta a conservação no curso médico de uma cadeira especial de moléstia de crianças” (GESTEIRA, 1915, p. 58).

[21] grifos do autor.

Segundo Gesteira, a pediatria nascia sob um signo diferenciado das demais especialidades. Enquanto estas se fundavam no pressuposto da segmentação do saber e sua verticalização (em um órgão ou patologia), aquela, a pediatria, fundava-se no pressuposto do atendimento a toda e qualquer necessidade de atendimento e acompanhamento médico de uma parcela da população que, segundo relata o próprio autor, representava cerca de 1/3 dos doentes da clínica geral naquele contexto.

Por diversas razões, para Gesteira, "a pediatria é uma das especialidades mais difíceis, antes de tudo porque o pediatra para se considerar perfeito tem necessidade de uma instrução médica muito vasta e muito profunda. (...) é pouco concebível um pediatra cujo saber não repouse sobre as mais largas bases da medicina geral. A fisiologia e a patologia a higiene e a medicina geral constituem as bases sobre que deve ser fundada toda a experiência particular que pode fazer do médico um pediatra" (GESTEIRA, 1915, p. 76).

Seguindo essa argumentação, o pressuposto fundamental da pediatria, diferentemente de outras especialidades de época como a oftalmologia, a ginecologia e a ortopedia, seria o atendimento particularizado a um grupo populacional e etário. O argumento utilizado, nesse caso, é que, diferentemente de outros ramos e especialidades médicas, a pediatria não se constituiu como campo voltado ao estudo de doenças específicas ou de órgãos ou partes do corpo humano, mas a partir das peculiaridades de uma faixa etária, o que não implica, nesse caso, uma redução do campo, mas uma alteração de enfoque visando diferenciação do atendimento a um público até então concebido de maneira difusa no interior das práticas clínicas e cirúrgicas.

O argumento apresentado nesse momento da argumentação é de que a pediatria diferiria "de outras especialidades, pois seu interesse transcende[ria] quer um sistema orgânico, quer um grupo de patologia, quer uma gama de terapêuticas, sem que tudo isto deixe também de ser de seu interesse" (SANTORO JR, 1992, p. 148).

A pediatria nasceria, pois, a despeito da tendência observada pela historiografia a respeito do surgimento de outras especialidades, marcada pela tentativa de afirmar-se como especialidade pretendendo cuidar de todas as necessidades de atendimento e assistência de uma faixa etária da população – que não seria menor numericamente e que suscitaria formação para plena atenção terapêutica, cirúrgica e clínica especialmente voltadas para essa faixa etária.

Mas esse processo não ocorreria sem que divergências e conflitos emergissem.

Em 1929 alguns eugenistas manifestaram-se contrários a que os pacientes se dirigissem diretamente aos especialistas, fundamentalmente porque o suposto da medicina eugenista informava as causas de origem hereditária como centralidade do diagnóstico, a que, em sua acepção, somente os eugenistas estariam aparelhados para compreender.

> O conhecimento do fator hereditário é de importância indubitável. Infelizmente as famílias de perfeita boa fé, informam freqüentemente muito mal o médico sobre a sua hereditariedade/ o médico de família, cuidando por sua vez os ascendentes, pais e filhos, tios e sobrinhos, é o único em condições de tal estudo sobre os fatores hereditários familiares. A necessidade de procurar médicos especialistas (as senhoras os ginecologistas, as crianças os pediatras etc) tem feito cm que se ponha simplesmente de lado o critério hereditário, muitas vezes de primeira ordem. Nestes casos o médico de família deveria ser ouvido porque, ninguém melhor do que ele poderá dar ao especialista uma “impressão de conjunto” sobre a patogenia dos estados mórbidos. (KEHL, 1929, p.2)

No caso acima, as peculiaridades do pensamento médico eugenista levariam à contraposição da proposta de especialização pediátrica, argumentando-se perda da perspectiva da influência que fatores hereditários teriam na apreciação de condições de saúde de pacientes, a que, à época, segundo esse pensamento, somente a eugenia teria condições de responder. Essa polêmica seria dirimida, pelo menos no seio do debate público, com a admissão de especialistas, dentre eles os pediatras, no rol de eugenistas da Sociedade Brasileira de Eugenia, em 1933.

O debate a respeito do significado do movimento pela especialização médica, no Brasil, naquele momento, já era intenso. Em 1924 ocorreria o Congresso Nacional dos Práticos,

em que, dentre outras questões, seriam discutidos o perfil do médico, possibilidades de atuação do profissional e o significado da crescente especialização médica.

Até o início do século XX, o perfil hegemônico de prática médico-profissional vinculava as condutas clínicas às morais, sendo que preponderava, na relação médico-paciente, o atendimento individualizado (PEREIRA NETO, 2001, p.29) em que tinham significativo valor os atributos de sensibilidade e de intuição. Por ocasião do Congresso Nacional de Práticos, 1922, ocorreria importante debate a respeito da formação médica e do sentido de ser médico no Brasil. Segundo Pereira Neto, estavam em confronto três perfis profissionais[22]: generalista, especialista e higienista. No perfil generalista enquadravam-se os médicos preferencialmente ligados à clínica privada e seu consultório era freqüentemente instalado na própria residência do médico, ao estilo liberal. Esse perfil tinha como marcas os ideais de altruísmo e de sacerdócio. No perfil especialista figuravam médicos que afirmavam a supremacia da técnica e da racionalidade científica, contrapondo-se à idéia de talento e de valorização da sensibilidade e da intuição do médico. O perfil higienista diferencia-se dos anteriores por defender uma medicina preventiva (e não essencialmente curativa), voltando-se para uma prática profissional de sentido coletivo (diferentemente da prática de consultórios) (PEREIRA NETO, 2001, p. 43-61).

Esse confronto observado por Pereira Neto, contudo, não parece se aplicar inteiramente ao perfil dos especialistas em pediatria no contexto de emergência dessa prática médica e desse saber profissional. Os especialistas em medicina de crianças, como se verá adiante, a despeito de se apresentarem à comunidade de pares e à sociedade como detentores de um saber específico e exclusivo, não dispensavam os atributos da intuição e da sensibilidade, justificados, segundo seu argumento, pelas peculiaridades da infância.

[22] O autor chama a atenção para o fato de que havia hibridismos e que essa classificação, embora se preste à compreensão das possibilidades de formação de perfis profissionais para o médico do início do século XX, não era necessariamente estanque, além de não ter havido sempre confronto entre os três perfis.

Com vistas à ampliação de sua organização profissional, os pediatras brasileiros começaram a fundar Sociedades de Pediatria já no início do século e temos notícia de Sociedades Regionais no período em São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Bahia e no Rio Grande do Norte.

No Rio de Janeiro criou-se a Sociedade Brasileira de Pediatria[23] e, em sua fundação, a organização profissional propunha-se a ser uma "associação científica para se dedicar ao estudo dos problemas e patologias infantis" (Memorial da Pediatria,, 2005).

Contudo, até 1951 a Sociedade Brasileira de Pediatria manteve-se como uma sociedade eminentemente local, quase carioca, uma vez que, por exigência estrutural, seus sócios efetivos teriam que necessariamente ser domiciliados no Distrito Federal ou em municípios limítrofes. À época de sua fundação, em 1910[24], contava com 67 sócios, número ampliado em 1940 para 87. Sua nacionalização ocorreu em 1951, após extensas discussões durante a 1a Jornada de Puericultura e Pediatria (realizada em 1947) que resultaria, não sem resistências, na filiação das Sociedades e Departamentos Estaduais de Pediatria à Sociedade Brasileira de Pediatria.

Esse processo não se deu sem conflitos, pois implicou a transferência de prerrogativas que os Departamentos Estaduais de Pediatria haviam alcançado a uma Sociedade Nacional, por vezes distante e considerada alienígena aos interesses específicos das corporações estaduais,

[23] Digno de nota o fato de que a Sociedade Brasileira de Pediatria manteve e ainda mantém relações estreitas com a Nestlé. A Nestlé, desde a criação da SBP, viria a patrocinar o Prêmio de Pediatria, concedido a pediatras que publicassem contribuições ao campo da pediatria. Além disso, a Nestlé também seria patrocinadora especial dos Congressos de Pediatria, realizados anualmente, bem como de publicações sobre História da Pediatria, além do Memorial da Pediatria, na sede da SBP.

[24] Reunindo-se inicialmente na Academia Nacional de Medicina, fixou sede na Sociedade de Medicina e Cirurgia em 1929, onde funcionou por muitos anos. Em 1960 foi inaugurada a primeira sede própria, à Av. Franklin Roosevelt, 33. A sede foi transferida para Botafogo (1979) e para Copacabana em 1995, sede atual. (In: *Memorial da Pediatria*, 2005). A se seguir o percurso da obra de Glauco Carneiro (2000), a pediatria teria surgido como campo profissional especialmente a partir da criação da Sociedade Brasileira de Pediatria, em 1910, somente quando os pediatras viriam a se organizar em uma entidade (nesse caso, diga-se, no Rio de Janeiro).

outras vezes pouco operante e pouco informada dos problemas e interesses que moviam as diferentes sociedades.

No mais, uma das mais fortes polêmicas em torno da unificação das Sociedades estaduais à Sociedade Brasileira giraria em torno da liderança carioca da entidade (que, por sinal, também seria marcada por divergências quanto ao papel da Sociedade Brasileira de Pediatria), a que membros de outras sociedades regionais se opunham. Segundo narrou um de seus fundadores, "não foi fácil para nós organizarmos reuniões com membros de diferentes grupos, pois havia muitas animosidades e incompreensões entre vários dos chefes de Serviços Cariocas" (AGUIAR, 1983, p. 260).

Dessa forma, o período que se estende até meados do século XX pode ser considerado decisivo para consolidação de uma estrutura institucional de organização profissional dos pediatras, coincidindo esse fator com a regulamentação profissional no interior do campo médico e com ação estatal que atuaria no sentido de dirimir dissensos profissionais, regulamentando o mercado e o exercício da medicina[25].

É momento prolífico em que surgem instituições, periódicos, livros,Congressos e eventos.

Em 1934 foi lançado o primeiro número da Revista *A Pediatria* (SBP), posteriormente Jornal da Pediatria e, em 47, a Primeira Jornada Brasil de Pediatria. Dos anos 40 data a publicação do primeiro número dos *Anais Nestlé,* que viria a organizar, juntamente com a Sociedade Brasileira de Pediatria, o Primeiro Concurso Nestlé de Pediatria.

[25] Especificamente no caso da regulação da especialidade médica pediátrica, o processo tenderia a seguir os desdobramentos advindos das disputas travadas no interior da arena profissional, configurando-se um percurso de disputas que se arrastaria durante todo o período Vargas (diferentemente do que ocorreu com as profissões de engenheiro e advogado, por exemplo), vindo-se a criar os Conselhos de Medicina, pela ação do Estado, apenas em 13 de setembro de 1945, decreto lei 7.955. O movimento de reconhecimento de especialidades ocorre apenas a partir de 1931, com a Reforma Francisco Campos, em que se regulamenta a oferta de cursos de especialização para formação de especialistas em vários ramos da medicina.

De acordo com Bourdieu, esse processo de multiplicação e diversificação das instâncias de consagração do saber e das práticas profissionais (a que podemos relacionar o surgimento das sociedades, corporações, academias, bem como o aparecimento de periódicos e congressos) integra, juntamente com a constituição de um corpo de produtores de bens simbólicos e com o surgimento de um grupo de consumidores, o que se poderia definir como autonomização de um campo intelectual (BOURDIEU, 2004, p. 100).

1.3. Relações entre pediatria e puericultura: curar ou prevenir?

O "*Almanaque del lexico etimologico*[26]" chama a atenção para o fato de que o termo pediatria, ou medicina de crianças, incorpora, em sua raiz etimológica, a idéia de que o cuidado profissional dedicado a crianças deve ser oferecido sobretudo quando a criança possuir condição de enferma. Indica que a puericultura associa-se, por outro lado, a uma concepção de prevenção da saúde.

Esclarece o mesmo verbete (Pediatria) que esse processo – de determinação de que a especialidade médica Pediatria se afirmaria na medicina científica enquanto que a Puericultura seria relegada a enfermeiras, técnicas auxiliares e a jardins de infância – teria sido o resultado de uma interposição do colégio de médicos no momento de profissionalização da medicina francesa no século XIX.

[26] ARNAL, 2004.

Entre 1892 e 1893, foram aprovados, na França, os decretos cerceadores da atuação profissional do cirurgião parteiro. Disso decorreria uma mudança da formação de parteiros/as, deslocados para os cuidados puericulturais (BRENES, 1996, p.114).

A puericultura teria sido alvo de disputa na França entre obstetras e parteiros, em 1905, por ocasião do Primeiro Congresso Internacional de Gotas de Leite, realizado em Paris. Nesta ocasião,

> discípulos de Pinard clamaram para os *accoucheurs* (parteiros) os direitos da supervisão da alimentação do lactente, apoiados na prioridade que deveria ser dada ao encorajamento da amamentação materna. Contrapondo argumentos, os pediatras Variot e Escherich alegaram que a alimentação artificial, em muitos casos, era uma necessidade imperiosa e que, nestas circunstâncias, a supervisão médica deveria obedecer ao desenvolvimento moderno da especialização na prática médica, sendo matéria para pediatras e não para parteiros (MARQUES, 2000, p.42).

A polêmica fundamental a esse debate assenta-se na oposição entre natural e científico, alocando-se os parteiros no campo da natureza e os obstetras no campo da ciência.

Os serviços de saúde tenderiam a consolidar estratégias de garantia de condições de exclusividade do atendimento à criança, interditando a possibilidade de atendimento e acompanhamento de crianças doentes por outros profissionais que não fossem os médicos especializados em doenças de crianças.

No processo de singularização de seu saber, a pediatria, ao fazer opção pela medicina de doenças, o faria num contexto de demarcação de um território em que o saber técnico não poderia atributo de outros agentes sociais. Esse recurso permitiu à pediatria reservar a doença infantil a um território de saber exclusivo de pediatras, transformando em leigos os outros agentes sociais e disponíveis no mercado de cura, como os parteiros/as, enfermeiros/as e obstetras, bem como todos os outros médicos, não especialistas.

Nesse processo de divisão de territórios e competências, a puericultura seria atribuída a outros profissionais de saúde que, organizados "em torno" (FREIDSON, 1978) da ação médico-pediátrica, comporiam o mosaico da oferta de práticas de saúde. Essa opção, pela atribuição exclusiva da pediatria no campo do atendimento, diagnóstico, acompanhamento e cura de doenças infantis daria a pediatria uma tonalidade eminentemente curativa e emergencial, que traria desdobramentos peculiares à especialidade.

A pediatria, dessa forma, faria concessões aos outros profissionais em disputa no mercado profissional, alocando a saúde no plano da natureza e a doença infantil no âmbito da ação científica.

Esse movimento seria vivenciado por alguns médicos não sem lástima. Por ocasião do primeiro Congresso Brasileiro de Hygiene, M.J. Ferreira, Inspetor de Higiene Pública do Estado do Rio de Janeiro, proporia uma divisão de tarefas no tocante aos cuidados gerais do recém-nascido, combatendo recomendações feitas por “extraprofissionais”, como curiosas, aparadeiras e comadres (FERREIRA, 1926, p. 166). Proporia, então, que fosse organizado um serviço de parteiras formadas e acompanhadas por médicos, instruídas com especialidade no tocante aos cuidados gerais e alimentares do recém-nascido (FERREIRA, 1926, p. 166). Para tanto, proporia a criação de um Centro de Higiene Infantil, em que se daria a atuação “importante e indispensável” das enfermeiras visitadoras, que, segundo argumenta “ela, somente permite uma interferência direta dentro da vida íntima da família, tornando possível, assim que as causas misteriosas dos erros de higiene, para o médico de impossível contraste no gabinete de exame, para ela seja fácil de verificar, porque conhece o que se passa atrás dos bastidores”(idem, p.126).

Dessa maneira, proporia a criação de organizações de higiene infantil composta por profissionais que visassem “manter sadia a criança sadia” (idem, p. 126).

Nesse mesmo sentido, a organização de crianças doentes seria atribuída às iniciativas particulares, como veremos explicitar o mesmo médico: “as instituições de assistência à infância doente ou anormal, de caridade e socorro, de utilidade aliás inconteste, devem ficar entretanto a encargo da iniciativa privada, ou pelo menos não devem ser incluídas dentro do programa oficial da higiene infantil” (idem, p. 126).

No mesmo Congresso, G. H. de Paula Souza, diretor geral do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo, lamentaria o fato de que os serviços de atendimento à infância estavam organizados a partir de perspectivas curativas[27]. Segundo relata:

> o que mais tem sido curado na nossa organização de proteção à infância é que diz respeito aos cuidados às crianças doentes ou anormais, que constituem a maioria das que procuram o dispensário. É entretanto sabido que só se consegue realmente influenciar na redução da mortalidade infantil quando se organiza perfeito serviço que cuide igualmente , em grande escala, da assistência às crianças sãs e normais (SOUZA, 1926, p. 70).

A realização dos serviços de higiene ficaria sob incumbência de parteiras e enfermeiras visitadoras credenciadas e a coordenação das atividades de formação e educação seria exclusividade de médicos.

Ainda por ocasião do mesmo Congresso, Samuel Libânio, Diretor de Higiene do Estado de Minas Gerais, ao falar sobre a organização sanitária dos municípios brasileiros, defenderia, para a Educação: “Essa incumbência é reservada ao médico, chefe do serviço, ao secretário e aos fiscais, o médico fará conferências públicas, no mínimo duas vezes por mês, versando sobre assunto de higiene de interesse imediato para o município” (LIBÂNIO, 1926, p. 244).

---

[27] Defende, à época, a clínica pré-natal: “os cuidados devidos à infância devem preceder mesmo ao nascimento, prevenindo os desastres evitáveis de gestações descuidadas, como a debilidade congênita, as avarias da sífilis, os partos prematuros, etc. É a necessidade das clínicas pré-natais. (SOUZA, 1926, p. 69).

Dividiam-se as tarefas, responsabilidades e prerrogativas, submetendo-se os serviços de higiene e prevenção ao controle do médico que seria que, ao fim e ao cabo, seria o responsável pela difusão do conhecimento higiênico e pelo atendimento direto de crianças doentes. A prevenção, assim alocada, seria tarefa de instituições e profissionais de higiene e puericultura, a quem caberia o contato com as famílias, a popularização do saber e a difusão social de preceitos de saúde.

Clemente Ferreira, organizador do Congresso, projetaria o que considerava tarefa máxima da pediatria, que não dispensaria as faces preventivas e de pesquisa, além daquela curativa, já em evidência. Lamenta, ao longo de sua comunicação, a face eminentemente curativa da pediatria em detrimento de sua potencialidade preventiva e da assistência dos "infantes sãos". Segundo diz,

> na pediatria do futuro, três tipos de pediatras serão indispensáveis: 1.º - o investigador, que deverá ser um chefe *full-time* de um departamento ou uma escola médica universitária; 2.º o homem que aplique a nossa melhor ciência ao tratamento das crianças doentes, no domicílio, no dispensário e no hospital; 3.º - o pediatra de saúde pública que organizará e dirigirá este departamento especial em um Estado ou cidade ou serviço de saúde municipal. É impossível dizer qual deles é mais importante, todos parecem igualmente essenciais. (FERREIRA, 1926, p. 153).

No mesmo artigo, contudo, Clemente Ferreira procura justificar a tônica curativa assumida pela pediatria do momento, em detrimento dos pressupostos da puericultura. Segundo argumenta,

> nos países ainda pobres em organismos de assistência à criança débil e doente, como o Brasil e outros, importa completar ou pelo menos ampliar o nosso armamento destinado a cuidar e tratar das crianças enfermas e fracas, instituindo paralelamente as peças e aparelhos de higiene e conservação das primeiras idades, articulando-os de modo metódico e com o máximo de rendimento possível (idem, p. 156).

Clemente Ferreira terminaria sua comunicação científica naquele congresso de maneira significativa:

> as necessidades demográficas, as exigências do povoamento, os reclamos da eugenia, agora mais do que nunca, impõem a todos os países civilizados o dever indeclinável de reduzir as devastações causadas por uma elevada mortalidade infantil, de conservar e melhorar a vida de milhares de crianças, que constituem a humanidade de amanhã e que devemos querer sã, robusta e vigorosa. (FERREIRA, 1926, p. 156).

CAPÍTULO 2. PROCESSOS DE INSTITUCIONALIZAÇÃO DA PEDIATRIA BRASILEIRA: PRÁTICAS E REPRESENTAÇÕES

2.1. Pediatria como dispositivo da Paidéia dos modernos

Segundo Philippe Herzlich (2001), nas sociedades industriais atuais, a regressão das moléstias infecciosas (e seu controle) e a predominância das doenças crônicas e degenerativas não transmissíveis (como as doenças cardiovasculares ou o diabetes) reforçariam (no nosso caso, ao longo do século XX) a individualização do tratamento médico – voltado cada vez mais para o indivíduo doente do que para as comunidades). "Se, durante as epidemias, reinavam o terror do contágio e a conseqüente rejeição generalizada ao doente, as doenças modernas não preocupam a todas as pessoas à sua volta indistintamente, mas talvez apenas as pessoas mais íntimas" (HERZLICH, 2001, p.24).

O processo de "privatização" da infância pode ser pensado a partir de como a vivência da doença teria passado por transformações nas sociedades modernas e de que forma essa nova configuração da relação entre médico e pacientes contribuirá para a individualização do atendimento do paciente. Ao mesmo tempo, fazia sentido, entre finais do século XIX e início do século XX, que o atendimento médico se especializasse, dentre outras, para cuidar de crianças, sujeitos cada vez mais diferenciados[28] dos adultos.

A necessidade e mesmo a possibilidade historicamente dada de prolongamento da vida das crianças seriam fatores que contribuiriam para que fosse sutilmente alterado o

[28] Norbert Elias chega a dizer que o processo civilizador traria como característica central uma profunda discrepância entre o comportamento dos chamados adultos e das crianças. Formado ao longo dos séculos, esse processo traria em seu bojo o controle da vida instintiva e uma pressão crescente pela adoção de comportamentos típicos da civilidade burguesa. (ELIAS, 1994, p.145-147).

sentimento diante da morte – de resignação e mesmo de "quase alegria" para um sentimento de medo e repulsa diante da morte infantil, já que ela poderia estar sob controle e vigilância de profissionais cada dia mais especializados, em que se incluem os pediatras.

A enunciação de uma descontinuidade nas estatísticas de mortalidade infantil passaria a representar, no pensamento em questão, uma das perspectivas e promessas da pediatria que se apresentava à sociedade como campo científico suficientemente capaz de garantir a transformação pretendida, anunciando-se como especialidade capaz de promover uma infância robusta, sadia e bela, promessa de um porvir em que estariam expurgadas a morte, a finitude e a incompletude.

A criança que, segundo explicita um pediatra brasileiro no início do século XX, "com seu explícito direito de viver, de ser forte e sadia, merece cuidados especiais, mesmo antes de vir ao mundo, para garantia do futuro da nossa raça e para a grandeza de nossa Pátria querida" (BARBOSA[29], 1930, p. 311).

Naquele contexto, as doenças infantis viriam a se constituir como obstáculos a serem vencidos para que normalidade pretendida estivesse restaurada. Calcada nesses pressupostos, a medicina de crianças faria parte de um cenário em que os ideais de civilidade fossem cultivados e a vida saudável fosse um projeto a ser alcançado, sendo a morte expurgada[30].

2.2. A representação da morte na pediatria nascente

[29] Palestra de abertura do curso de Clínica Pediátrica Médica e Higiene Infantil da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, proferida pelo catedrático Luiz Barbosa aos alunos do 5.º ano.

[30] De acordo com Norbert Elias, a morte é empurrada mais e mais para os bastidores da vida social durante o impulso civilizador (2001, p.19), o que contribui para difusão idéias e práticas voltadas ao cuidado com a infância, tempo preparatório, a antecâmara para a vida adulta. Essa temática é também discutida por Ariès, 1982.

O debate a respeito da morte infantil, na literatura médica do período, é mediado pelas estatísticas de mortalidade infantil do país e das regiões. Os textos médicos compulsados permitem apreciar um roteiro de abordagem para a mortalidade infantil: primeiramente são apresentadas as estatísticas de mortalidade do país (ou região) em contraste com dados de outros países, para, em seguida, afirmar-se a necessidade de ampliação do atendimento médico especializado. A ausência de tratamento médico é indicada, nessa literatura, como uma das causas da mortalidade infantil e figura, nessa retórica, no mesmo patamar que doenças e hábitos alimentares.

No século XIX, sobretudo a partir de meados do século, a estatística figura como elemento da retórica oficial na composição de relatórios, documentação pública e discursos políticos. Na medicina, a estatística, em especial a estatística de doenças e de mortalidade, viria a ancorar uma série de proposições de intervenção social e que previam mudanças nos perfis profissionais. Mais que isso, a estatística também colaboraria, naquele contexto, para criar novas percepções da realidade, evidenciando dados que, até então, não eram conhecidos, nem valorizados ou, mesmo, desconsiderados nos universos médicos. Esse parece ser o caso da mortalidade infantil, tida por vezes como dado natural, mas transformada, no decurso do século XIX, pelo menos na linguagem médica, em problema contra o qual a sociedade deveria reagir.

A Academia Imperial de Medicina do Rio de Janeiro reuniu-se no dia 18 de junho de 1846 para discutir questões relativas à mortalidade infantil. As perguntas colocadas pelos membros da academia foram as seguintes: “1- a que se deve atribuiu tão grande mortandade nas crianças nos seis primeiros anos de vida? 2- Quais são as moléstias mais freqüentes nas crianças?”

As respostas construídas por aquela academia foram bastante significativas:

> o hábito de mergulhar crianças em água mais ou menos quente; modo de cortar o cordão umbilical empregando sobre ele substâncias irritantes; compressão sobre a cabeça das crianças pelas parteiras ou pelas amas quando estão dormindo; aleitamento mercenário; aperto das vestimentas; maus costumes das amas-de-leite transmitindo sífilis, escrófulas, etc; abuso de anti-helmínticos; ausência de tratamento médico no princípio das moléstias; vermes intestinais; variações de temperatura; umidade da nossa atmosfera (AIM, 1846 apud COSTA, 1989, p. 163)

No elenco, figuram questões eminentemente relacionadas aos hábitos familiares, em que não faltam julgamentos morais, condenação de práticas sociais voltadas ao cuidado com a infância, condenação de práticas curativas adotadas por não-profissionais de medicina, influências climáticas, além do indicativo de que a ausência do tratamento médico (no início das moléstias) seria também responsável pelas elevadas estatísticas de mortalidade infantil.

Dessa maneira considerada, a mortalidade é resultante de práticas familiares que desconheciam preceitos higiênicos e morais, acrescida da ignorância com relação à relevância do médico no momento inicial da doença infantil.

O discurso, nesse caso, elabora uma explicação fundamentada no pressuposto da culpabilização da família (em especial da mãe, por não amamentar e não cuidar pessoalmente da criança), localizando o médico numa condição privilegiada, considerado único profissional que, segundo consta na resposta, estaria autorizado a impedir a morte, desde que acionado precocemente.

O papel do médico é evidenciado dessa maneira como imprescindível para garantia da sobrevivência das crianças. Figura a ausência do médico, no plano do discurso, lado a lado a precários hábitos familiares e péssimas condições climáticas.

Contudo, a literatura pediátrica relativa à prática e à formação médica é lacunar no tocante à morte infantil, processo a que Jacques Revel e Jean-Pierre Peter chamariam de “esvaziamento do medo e da morte” (1995, p. 145) na medicina, um mecanismo de resolução do

paradoxo da falibilidade de seu saber e do questionamento da inteligibilidade do mundo a que os médicos se diziam portadores.

A morte é, então, um dado estatístico e um mal a ser combatido. Mas não um dado sobre o qual o saber e a prática médica teriam algo a dizer, a não ser quando do seu impedimento. É sobre a interdição da morte que o médico tem algo a dizer, não sobre a experiência da morte ou, mesmo, sobre os limites de seu saber. A experiência mórbida, assim, faz vacilar o sentido. (REVEL; PETER, 1995, p. 145).

A medicina pediátrica transformaria o corpo infantil num registro objetivado pela estatística, um corpo sem palavra (infante), visto por suas necessidades e pelos efeitos mórbidos. Como objeto de uma palavra controlada pelo médico, o corpo infantil é reduzido a um objeto, do qual a pediatria teria o que falar, transformando a criança em sujeito falado, sujeito de estudo, objeto (idem, p. 146). Objeto de uma palavra erudita, desprovido de fala própria.

A morte é dessa forma concebida em sua definição fisiológica. Um mal absoluto que transformaria os médicos em anunciantes de uma sociedade sem males, controlada e vigilante com a sua infância. Uma sociedade concebida como cuidadosa na medida da observância da tutela da família pelo médico.

Nesse sentido, explica-se porque e em que medida o discurso médico-pediátrico dirigir-se-ia eminentemente à doença, essa fantasmagoria social que rondaria o imaginário de adultos responsáveis por crianças.

No mais, o discurso pediátrico apreciado não traria uma só consideração a respeito da morte vivenciada por crianças, de uma compreensão da morte como processo, acerca da falibilidade de seu saber profissional diante da morte infantil e, porque não, também, a respeito da morte de crianças que estavam submetidas a atendimento médico-pediátrico.

2.3. A representação da criança doente na pediatria nascente

O corpo infantil não raro foi descrito como *tábula raza*, marca do sem marca, presença numa ausência (KOHAN, 2003, p. 33). A associação entre momento da vida e condição de fragilidade seria não raro acompanhada da atribuição de um estado de doença à condição da infância, como se uma fosse sinônima da outra.

A literatura médica européia, especialmente desde o século XVII, é rica em metáforas e associações que expressam uma relação quase automática entre o período da infância e a condição de doença. “Na Europa setecentista, não se pode desconsiderar o peso de concepções que atrelavam a infância a um tempo de disposição particular para a doença e em que doenças eram comumente consideradas formas de um processo de regeneração” (BALLABRIGA, 1989, p.2).

Muitos médicos setecentistas estão persuadidos de que a maior parte das doenças hereditárias era transmitida pela mãe, durante a gestação: “o tratado do médico inglês Harris sobre as doenças de crianças, que foi uma referência para toda a Europa, continua a defender, nos últimos anos do século XVII, os mesmos pontos de vista” (BERRIOT-SALVATORE, 1991, p. 430).

Corpo em formação, em processo, descrito por sua condição de fragilidade e susceptibilidade a doenças e, por tudo isso, carente de cuidados. “O corpo, entretanto não é só mais frágil na infância do que nas épocas posteriores da vida, como também são mais extensas e delicadas as simpatias entre suas diferentes partes” (*Gazeta Médica da Bahia*, 1868, p. 68[31]).

[31] *Gazeta Médica da Bahia*, 31 out. 1868, n. 54, ano III, p. 68.

No Brasil, a pediatria nascente difundiria a idéia de que qualquer doença seria capaz de provocar efeitos generalizados no corpo infantil: “raras vezes um órgão sobre só; até os efeitos das moléstias locais se estendem a todo o sistema e de tal sorte desordenam o seu trabalho que muitas vezes não é fácil determinar a sede da afecção original” (idem, ibidem).

O corpo infantil também seria descrito como incompleto – tomando-se o adulto como parâmetro de completude:

> no adulto a estrutura do corpo é completa, e suas funções são as mesmas hoje que eram ontem; porém a criança aprende sucessivamente a respirar, a sentir e a pensar; e seu corpo experimenta diariamente modificações que o apropriam às novas funções, assim como diariamente cresce em força e tamanho (*Gazeta Médica da Bahia*, 1868, p. 68).

A doença infantil deveria ser vista, segundo essa ótica, à luz da noção de desenvolvimento: “muitas conseqüências importantes resultam de ser o período da infância de incessante desenvolvimento” (...). Ou, ainda, “a moléstia, portanto, não perturba meramente o presente, mas sua influência alcança o futuro; não só interrompe a presente função do órgão que é afetado, mas impede por algum tempo o maquinismo geral do corpo” (idem, p. 68-69).

A condição enferma da criança (que, muitas vezes é uma condição biológica de fato) é com freqüência acompanhada por representações – por exemplo, da família e responsáveis – a respeito das origens e do melhor tratamento a ser ministrado em cada caso.

Pais e responsáveis seriam, nessa perspectiva, os primeiros e imediatos responsáveis pela criança, a quem cabe decidir cuidar (ou não) da saúde infantil. A afirmação da autoridade médico-pediátrica teria sido submetida, desde o momento de sua institucionalização, ao crivo de familiares e responsáveis pela criança, muitas vezes aqueles que descreveriam os sintomas **pela** criança ao médico e decidiriam ou não seguir as recomendações prescritas. A condição enferma em crianças trazia, então, um elemento diferenciado: os doentes seriam considerados incapazes de usar a razão em situação de consulta e tratamento, sendo, portanto, tutelados por seus pais e

responsáveis que, ao fim e ao cabo, decidiriam seguir ou negligenciar as recomendações médicas[32].

Essa reflexão sobre a condição da criança na literatura pediátrica remete-nos ao universo das práticas sociais, ao uso da fala adulta para nomear e descrever doenças infantis, à sua tutela e dependência funcional e à força do discurso médico para se impor à autoridade de outros sujeitos e agentes de cura.

Ao tratar a enfermidade como um conceito social, Freidson coloca em perspectiva as influências do percurso da profissão médica (nos Estados Unidos) na definição de escolhas para o que seria ou não considerado enfermidade. Considera que a enfermidade foi concebida como desvio social, um estado social que um ser humano pode assumir, mas não estritamente e somente biológico, como comumente apresenta a história da medicina e que precisa ser revisto. Indica que "a profissão de Medicina utiliza critérios normativos para selecionar o que lhe interessa, e que seu trabalho constitui uma realidade social que é distinta (e às vezes virtualmente independente) da realidade física" (FREIDSON, 1978, p. 210). Por outro lado, afirma que a conduta de ser enfermo também varia de uma cultura a outra, podendo freqüentemente tornar-se independente da enfermidade e constituir-se numa realidade em si mesma (FREIDSON, 1978, p. 211).

Essa perspectiva contribui para reflexão sobre a construção social da doença infantil pela pediatria e sobre os argumentos apresentados para validação de seus conhecimentos e pressupostos.

[32] A pediatria nascente difundiu um ideário de desqualificação dos saberes e práticas maternas de cuidado com bebês e crianças em geral, concentrando no médico a potencialidade e a capacidade para dizer o que fazer e o que não fazer na educação e cuidado com a prole. No Jornal "*A Mai de família*" é freqüente a referência à necessidade de consulta periódica e sistemática ao pediatra e a recomendação de que a mãe verdadeiramente boa e preocupada com seu filho não age sem previamente se aconselhar com o pediatra.

Na literatura pediátrica, a criança doente é comumente representada como aquela que não brinca, é triste, é digna de sentimentos de compaixão, é vitimizada, não se alimenta e não tem vigor.

Segundo Jacques Revel e Jean-Pierre Peter, o corpo doente é bem o produtor soberano de fantasmagorias (1995, p.147). Poderia ser o corpo enfermo infantil produtor de fantasmagorias dos adultos, especialmente de seus pais e dos pediatras?

O ideal de civilidade traria, em seu bojo, a afirmação de ciências e de atividades profissionais que possibilitassem uma vivência dos novos costumes e garantissem a sua execução. Ao ser descrita como a medicina das **moléstias da infância**, a pediatria traria, como marco fundador, um padrão que pretendia responder ao ideal de civilidade então difundido. A criança doente seria mais uma face da menorização do tempo da infância como tempo distinto do adulto e reforçaria a necessidade de cuidados e atenções de seus pais, dos profissionais de saúde e dos adultos em geral – sujeitos considerados capazes de prolongar-lhe a vida, garantindo-lhe a longevidade anunciada.

Evidentemente, podemos pensar que essa opção – pela doença e não pela saúde – parece ser um movimento que a medicina, como campo profissional mais amplo, viria a fazer[33]. No entanto, o surgimento da especialidade pediatria exatamente no contexto em que ocorre e com os contornos assumidos, no caso do Brasil, também atenderia aos apelos sociais pela redução da mortalidade infantil (em todas as classes sociais), pela institucionalização de formas de cuidar de crianças e de formas de idealizar padrões comportamentais a serem perseguidos pelas famílias,

[33] Ver HERZLICH, 2001.

em que não estavam ausentes representações ligadas à robustez, aos dotes morais dos pais e à suposta superioridade eugênica de crianças sem doença[34].

Ao descrever as singularidades da clínica de crianças, Martagão Gesteira (1946) indicaria, dentre outras, a freqüência diferenciada com que as diversas doenças se mostram nas primeiras idades em relação às demais, a existência de respostas diferenciadas do organismo infantil ao agente morbígeno, e os aspectos diferenciados da patologia infantil, compondo quadros clínicos por vezes bastante variados e imprevisíveis.

> No que concerne às doenças agudas, três particularidades merecem ser mencionadas: 1.- a grande intensidade e a extrema difusão das reações mórbidas no menino; 2. – a freqüência e gravidade das septicemias; 3. – a habitual e intensa participação do sistema linfático. Veremos, ao seu tempo, como essas três particularidades deformam o quadro clínico e desnorteiam, por vezes, o profissional inesperto (GESTEIRA, 1946, p. 17).

Lançando mão do recurso da diferenciação infantil por seu estado de crescimento e desenvolvimento (o que, segundo essa tradição, contribuiria para difundir as reações mórbidas, impedindo o médico de localizar seus sintomas), Martagão Gesteira concluiria, para as doenças crônicas, que também "oferecem um aspecto muito especial na criança, no entrave que elas trazem ao processo de crescimento e à marcha do desenvolvimento, **cuja azáfama domina toda a fisiologia dessa época da vida**"(GESTEIRA, 1946, p. 17, grifos meus).

Assumidas como azáfama da fisiologia infantil, as noções de crescimento e desenvolvimento trariam cores singulares à pediatria nascente, justificando-a, imprimindo-lhe a marca do combate à doença, a doença que, ao fim e ao cabo, impediria o curso "natural" das coisas, ou seja, o percurso evolutivo e progressivo da infância à adultez. Ao se firmar como medicina de moléstias de crianças, a pediatria traria a justificativa de sua função na preservação

[34] Como veremos, nos anos 40, o Governo Getúlio Vargas viria a publicar legislação eugenista voltada às famílias brasileiras em que se previa a concessão de um pecúlio a nubentes. Nos termos da lei, o casal que tivesse filhos saudáveis e que permanecessem vivos até um ano de idade, ao completarem quatro filhos teria sua dívida quitada com o Estado saldada. Para entender melhor, vide PEREIRA, 1999.

do esperado desenvolvimento e crescimento da criança a ser alçada à sua condição futura. A pediatria traria elementos para reflexão sobre tempos de vida e suas singularidades, contribuindo, ao mesmo tempo, para eleição de critérios de demarcação geracional e etária naquela sociedade.

Como veremos, a seleção de padrões de normalidade e condutas médicas para promoção de médias de crescimento e desenvolvimento da infância obedecerão a critérios escolhidos num contexto de perspectivação de ascensão infantil à civilização adulta pretendida.

2.4. A representação da mulher na pediatria nascente

A literatura médico-pediátrica elaborou discursos voltados para a mulher, representada, com freqüência, por parteiras, amas de leite e mães. Configurou-se, nessa literatura, uma inferiorização das práticas sociais de cuidado infantil, condenando a mulher, considerada responsável pela transmissão, geração após geração, de tais práticas descritas como crendices a serem expurgadas, sendo necessária sua substituição pelo saber médico.

A mulher é comumente associada, nessa produção, à mãe. Transformada em mãe, a mulher, é descrita a partir de sua potencialidade para gerar filhos de quem os pediatras poderiam e deveriam cuidar.

Comparecem a essa representação do binômio mãe-mulher algumas descrições negativas a respeito do exercício da maternidade tal como realizado pelas mães, seja a mãe pobre, seja a mãe abastada.

A literatura médica descreve a mãe pobre como incapaz de cuidar de sua prole, por ignorância e por carência material. Os pediatras recomendam que fossem amparadas apenas as mães pobres que, a despeito de sua condição, procuravam trabalho e não ficavam no ócio. A mãe

desamparada é compreendida pelo viés moralizador. O médico K. Vinelli, no Jornal "A mãe de família", explica que "a creche é um estabelecimento de beneficência, que tem por fim todos os dias úteis e durante horas de trabalho, atender crianças de dois anos de idade para baixo, cujas mães **são pobres, de boa conduta e trabalham fora do domicílio**" (VINELLI, 1879, p. 3, grifos meus).

No caso da mãe abastada, a literatura médica a descreve como egoísta, despreparada e pouco afeita às prendas do lar, a que deveria se dedicar. Ao descrever a mãe ideal, essa literatura favorece a difusão da representação da mãe dedicada, amorosa, compreensiva e sempre disponível.

O Jornal "*A mãe de família*", foi criado em 1789 objetivando atingir mães brasileiras de famílias abastadas, descritas como ignorantes de seu real papel no seio da família e perante a sua prole: "(...) fundamos este jornal, que, ao alcance de todos, gravará, estamos certos, nos bem formados corações das mães de famílias brasileiras, a firme convicção de que muita coisa elas ignoram para que possam fazer a felicidade de seus filhos" (COSTA, 1879, p.7).

A mãe é eleita como representante leigo de um campo de cuidados com a infância, transformada, por isso, em alvo do discurso médico pediátrico que encontra-se em fase de consolidação e busca de legitimidade. Esse é um processo que acompanha a autonomização desse mesmo campo, pois instaura, indiretamente, um corte social com o mundo profano dos leigos (BOURDIEU, 2003, p. 134), ao reclamar inteiramente para o interior da prática médica o direito exclusivo e a prerrogativa de cuidar da infância.

A mãe é colocada, portanto, sob a tutela do pediatra, a quem deveria confiar inteiramente suas dúvidas e a quem deveria recorrer sempre em caso de perigo, doença, dor ou mesmo em momento de anseio por aconselhamento.

O mesmo jornal "A mãe de família" traria uma seção intitulada "*Pharmacia domestica*" em que seriam difundidos alguns conhecimentos relacionados ao uso de medicamentos e alimentos da primeira infância. Contudo, ao longo do jornal observa-se que o farmacêutico Melo Oliveira, que assina a todas as seções durante o tempo de circulação do jornal, teria o cuidado de enunciar, ao leitor, a recomendação de que as mães não tratassem, por conta própria, as doenças das crianças e não as medicassem sem prévia autorização e fiscalização médica. "Nesses casos, o melhor conselheiro é o pediatra" (OLIVEIRA, 1890, p. 7).

O movimento nesse caso parecia o de proceder-se à conscientização da mãe sem, contudo, conceder-lhe autonomia de ação no cuidado de seus filhos.

Pelo menos até primeiras décadas do século XX, quando a pediatria não teria ainda ocupado a arena profissional de cuidados médicos da infância brasileira, essa tarefa seria realizada por parteiras e obstetras, que dividiram por longa data a função de aconselhamento de famílias no tocante aos primeiros e principais cuidados infantis.

As parteiras não-diplomadas seriam alvo profissional não somente de obstetras, mas também de pediatras, vistas como concorrentes não autorizadas, em nada portadoras de um saber técnico e pouco afeitas aos rigores da prática médica.

É significativa a história da primeira parteira diplomada do Brasil, Madame Durocher. A parteira portava-se como sujeito masculinizado, vestia-se de preto, mantinha cortes de cabelo tipicamente masculinos e não raro era descrita como "varonil e emasculada". Dessa forma, a partilha de peculiaridades do mundo dos homens[35] seria uma das condições de acesso ao exercício da prática de partejar e, por que não dizer, também de aconselhamento materno no tocante aos primeiros cuidados com a infância.

[35] A própria Mdme Durocher viria a descrever como perfil recomendável à arte de partejar "mulheres de organização e caráter varonil", viúvas ou órfãs de médicos, cirurgiões e farmacêuticos, divorciadas e ainda aquelas que reunissem dignidade e respeito, dedicação e preservação da moralidade familiar. (DUROCHER, 1871 a, b e c).

Esse discurso pediátrico, pois, tornaria as mulheres as interlocutoras privilegiadas, alvos tanto de acusação quanto de súplica (MARQUES, 2000, p. 34). A prática de acusação viria a ser difundida não raro pela veiculação de narrativas da ignorância e da incapacidade de mães, descritas como despreparadas e débeis para cuidar de sua prole. Quanto a esse aspecto é significativa a indicação do papel do pediatra no exercício permanente da tutela materna e de seu aconselhamento.

A prática da súplica também faria parte desse imaginário em que às mães se exortavam solicitações clamorosas de que seguissem o aconselhamento médico em qualquer situação em que o cuidado com a criança fosse o assunto privilegiado.

Dessa forma, a pediatria nascente desqualificaria os saberes sociais, alocando-os em patamares inferiorizados, contribuindo para difusão da idéia de que a mulher (nesse caso, reduzida à condição de mãe) era um sujeito incapaz de promoção social do cuidado à infância, devendo ser tutelada, aconselhada e policiada.

A inserção do saber médico na educação escolar seria outra via pela qual os pressupostos da pediatria seriam difundidos às mulheres. A difusão de saberes a respeito da saúde infantil e da prevenção de doenças, especialmente pela via da escolarização e da educação de mães (determinadas mães, particularmente aquelas “senhoras do lar”), teria sido uma via de contenção da automedicação e do autocuidado que a própria difusão do saber médico poderia causar num contexto de institucionalização social dos cuidados médicos com a infância.

A medicina pediátrica teria estabelecido filtros para difusão dos conhecimentos a respeito dos cuidados com a infância, reduzindo aos círculos médicos os cuidados com doenças e moléstias da infância e levando às famílias preceitos a respeito dos cuidados com a alimentação, o vestuário, o banho e outros, cuidados estes considerados necessários à manutenção da saúde e da vida da criança. Dessa forma, a puericultura seria um saber a ser ensinado às moças nas

escolas e a ser praticado pelas mães, e a pediatria seria o saber especializado, atributo do médico e daquele profissional de ciência, conselheiro da mãe e da professora. Portanto, o que se vê, como desdobramento social, nesse caso, é uma divisão de saberes perpassada por uma divisão de gênero.

Quando demonstrassem algum saber prático ou teórico para o cuidado com a infância, as mulheres seriam classificadas, na literatura pediátrica, de maneira pejorativa, denominadas de "mexeriqueiras, curandeiras, comadres, beatas e aparadeiras" (COSTA, 1879, p.6), a quem se dirigia o movimento de desqualificação profissional impetrado por pediatras, no mesmo período e a partir dos mesmos pressupostos, a outros agentes de cura, como os índios, "caboclos, espíritas, boticários", etc. O saber reservado às mulheres, nesse caso, seria aquele restrito ao exercício de sua condução de mãe.

2.5. A representação do médico na pediatria nascente

No campo das representações, aquele que atuaria para salvar vidas – o médico – traria à sua profissão um sentido adicional – salvar vidas de crianças – aquela promessa das futuras gerações, o que socialmente costuma-se denominar como "esperança de um mundo melhor". O prolongamento da vida, promessa inequívoca da medicina ocidental, então, seria acompanhado por uma enunciação de garantia de que as crianças pudessem chegar à adultez e à velhice, vivenciando todas as fases da vida. A cura da doença infantil e a possibilidade de salvaguarda da mortalidade precoce (esse também um conceito historicamente elaborado!) seriam, em última análise, a contribuição a que reclamaria para si a medicina nascente de crianças no Brasil.

Um artigo publicado entre outubro e novembro de 1868, a *Gazeta Médica da Bahia* divulgaria uma tradução de trechos da obra *Lectures on te diseases of infancy and chilchood*, Charles West.

Intitulado *Preliminares ao estudo das moléstias das creanças*, o artigo trata de como deveria ser feita a abordagem médica com crianças doentes e quais seriam as posturas a serem assumidas pelo médico para conseguir aferir o maior número de dados para compor o diagnóstico. O artigo contribuiria para difusão de uma determinada representação de infância, de doença infantil, enfim, de uma idéia de singularidade da infância que justificaria dizer que a medicina de crianças tratar-se-ia, então, de uma nova semiologia, uma nova patologia e uma nova terapêutica (*Gazeta Médica da Bahia*, 1868, p. 69[36])

O médico oitocentista falava da medicina de moléstias de crianças como uma outra língua, um território desconhecido e completamente novo, dizendo de "sons de uma língua estranha", "um livro fechado" "um novo alfabeto" (*Gazeta Médica da Bahia,* 1868, p. 69).

A anamese na medicina de crianças seria diferenciada, pois o paciente não fala, não sendo considerado capaz de rememorar seu estado clínico e sua condição e sintomas. O paciente nesse caso seria considerado incapaz de utilizar-se da linguagem convencional, restando-lhe signos muitas vezes indecifráveis ao médico.

A anamese seria processo mediado por terceiros, responsáveis pela criança e portadores de relatos adultos. Essa fala terceira compreenderia as manifestações físicas atribuindo-lhes os significados que melhor lhe pareciam explicar a situação da criança. O médico estaria diante, portanto, da fala alheia, uma fala terceira, adulta e comumente articulada a determinadas concepções de saúde e doença e a representações a respeito do papel do médico.

[36] *Gazeta Médica da Bahia*, 31 out. 1868, n. 54, ano III, p. 69.

Martagão Gesteira, médico de clínica de crianças na Faculdade da Bahia assim se manifestou com relação a essa questão da anamnese nessa especialidade:

> Imagine como a dificuldade requinta, como se emaranha o problema quando o paciente é uma criança, que ainda não fala, que não pode traduzir seus sofrimentos e diante da qual o médico privado quase do recurso preciosíssimo da anamese, mal orientado por sinais físicos de colheita difícil e interpretação embaraçosa, se vê desnorteado pela feição anômala do quadro clínico, que se mostra carente de certos traços preciosos para a elucidação de outros fatores desvirtuados por elementos dependentes do modo especial de comportar-se do organismo infantil em face da moléstia. (GESTEIRA, 1915, p.75-76).

O mesmo médico Martagão Gesteira, por ocasião da instalação do Instituto de Puericultura da Universidade do Brasil, repetiria aquela mesma concepção de que:

> No que concerne à clínica da primeira infância, para que tenham uma idéia da sua importância, basta atentar no cunho especial que reveste essa época da vida, para cujo estudo, nos seus vários aspectos – anátomo-fisiológico, biológico, clínico, social etc – criou Ernesto Cacece o termo *nepiologia*, do grego *nepios*, o que ainda não fala, para designar o conceito duma ciência nova, hoje acolhida e cultivada em todos os países onde se encara com carinho o problema da criança (GESTEIRA, 1946, p. 15).

A medicina de crianças era apresentada – por isso – como uma nova semiologia. E como o problema da diagnose, o da prognose e o da terapêutica, daquele decorrentes e por ele orientados, também não menos põem à prova a sagacidade do clínico" (GESTEIRA, 1915, p. 76).

Diversos relatos médicos estudados apresentam a criança como aquela que não fala, não tem voz ou, ainda, que fala por outros meios como gestos, mímicas e sinais. No mesmo artigo, no final dos oitocentos, o médico apresentaria aos seus pares o que considerava as principais barreiras no ato do atendimento médico de crianças: a criança é um sujeito que interdita o acesso médico ao seu corpo.

O médico chega a dizer que "ou não podeis interrogar o vosso doente; ou ainda que ele tenha idade bastante para falar, por medo, ou por compreender-vos imperfeitamente, provavelmente vos dará uma resposta errada". (idem, p. 69).

O que poderia fazer o médico numa situação de ausência de diálogo objetivo e direto entre ele e seu paciente?

A doença infantil traria à medicina o desafio de pensar numa abordagem específica, que visasse ao atendimento da singularidade desse tempo de vida, percebido, desde então, como radicalmente diferente e, portanto, a exigir uma nova concepção de relação médico-paciente.

O pediatra teria que ser, antes de tudo, um observador: “procurareis obter informações da expressão de sua fisionomia, mas a criança é tímida e não sofrerá vossa vista” (69). E ainda: “procurareis sentir seu pulso e ela resistirá em com susto; tentareis escutar-lhe o peito e romperá então em violentos gritos” (idem, p.69).

Essa observação médica seria voltada à descoberta da linguagem própria da criança: “porque ainda que a criança não fale, tem contudo uma linguagem própria” (...) “porém, se não tendes cultivado vossas faculdades de observação, não podeis aprende-la, porque esta linguagem é a dos sinais, e estes sinais são tais que poderão escapar à percepção dos menos atentos” (idem, p.69).

Recomenda que, na abordagem, o médico evitasse entrar muito bruscamente no quarto da criança, dirigir e olhar diretamente a ela, conservando-se a uma distância razoável para permitir uma observação cuidadosa sem, contudo, assustá-la e amedrontá-la, usando “maneiras afáveis e voz branda” (idem, p.69). E, por fim, que conquiste a confiança da criança, sendo seu amigo, sem o que será mal sucedido. Martagão Gesteira aconselha “calma, brandura e uma paciência sem limites, levada até à resignação” para o médico levasse a bom termo o exame “sério” de uma criança (GESTEIRA, 1915, p. 76).

Para proceder ao toque, o médico deveria contar com ajuda da mãe e da ama para ter acesso ao corpo da criança sem, contudo, deixá-la assustada. Um exemplo é o exame do

abdômen, sugerido na segunda parte do mesmo artigo, publicado no numero seguinte da revista *Gazeta Médica da Bahia*:

> Se consentirdes que a ama mude a posição da criança, e deite-a de costas em seu regaço, para que possais passar-lhe a mão sobre o estômago, a criança se assustará e começará a gritar. O abdômen se torna então completamente tenso, e não podereis dizer se a pressão sobre ele causa dor, ou se os gritos são conseqüência do medo. Portanto, o melhor meio é passar a mão por baixo da roupa da criança, e examinar-lhe o abdômen sem mudar-lhe a posição, enquanto ao mesmo tempo a ama procura distrair-lhe a atenção, ou conservando-a defronte de uma janela, ou mostrando-lhe uma luz brilhante, o que rara vez deixará de entreter uma criança (*Gazeta Médica da Bahia*, 1868, p. 79[37]).

Popularmente se diz que criança bonita é criança dormindo. O médico dos oitocentos destacaria o sono como a oportunidade ideal para a consulta da criança: "se a criança estiver dormindo na ocasião de vossa visita, as observações podem ser mais minuciosas" ou "deveis ter cuidado em não despertar a criança". E, para despertar: "deve ser despertada com brandura pela mãe ou pela ama, e um rosto estranho não deve o primeiro a se apresentar a seus olhos ao despertar" (idem, p. 70).

Durante o sono, recomendaria:

> deveis notar a espécie do sono, se é quieto ou perturbado, se os olhos durante ele estão perfeitamente fechados, ou se estão em parte abertos, como em muitos casos em que o sistema nervoso está desordenado; podeis também se o sono parecer são, contar a freqüência da respiração e o batimento do pulso (idem, p. 70)

Por fim, diz que, caso fosse a primeira visita à criança, que o médico não insistisse: "não persistais, com o fim de verificar exatamente qualquer d'estes pontos, em tentativas que a irritem ou atemorizem" idem, p.70).

[37] *Gazeta Médica da Bahia*, nov 1868, n. 55, ano III, p. 79.

Recomendaria, então, que o médico exercitasse duas qualidades que consideraria imprescindíveis a qualquer situação de consulta com crianças: “a mais incansável paciência e o mais cordial bom humor” (*Gazeta Médica da Bahia*, 1868, p. 80).

A literatura médica reforçaria o lugar do médico como conselheiro, tomando-o como referência de saber e detentor de conhecimentos exclusivos e capazes de garantir uma saúde plena e duradoura.

As propagandas de leites artificiais também viriam a reforçar esse auto-centramento, difundindo a idéia da tutela da mãe pelo médico e a necessidade de confiança da mãe no profissional.

2.6. . Ser médico e ser doente no Brasil entre final do século XIX e início do século XX: algumas considerações

A criação de instituições de formação médica[38], sobretudo após 1870 (na Bahia e no Rio de Janeiro), não garantiu que o saber médico acadêmico fosse reconhecido socialmente como preponderante e hegemônico no atendimento à saúde. Nesse período, o médico deveria se fazer acreditar e é possível pensar na hipótese de que os médicos, inicialmente, precisaram se preocupar mais com sua imagem do que com sua técnica (MARQUES, 2003, p.8).

[38] Em 18 de fevereiro de 1808, D. João VI criou, de passagem pela Bahia, a “Escola Cirúrgica”. A 2 de abril de 1808, cria a Escola Cirúrgica do Rio de Janeiro. Dos desdobramentos históricos vivenciados tanto na Bahia quanto no Rio de Janeiro surgem as primeiras Faculdades de Medicina no Brasil, que assumem, a partir de 1870, perfil profissional e produção científica (SCHWARCZ, 1993, p.196-198). Entre julho e maio de 1911, cria-se a Escola de Medicina de Belo Horizonte (atualmente Faculdade de Medicina da UFMG), pela iniciativa da Associação Médico-Cirúrgica de Minas Gerais, primeira escola superior médica distanciada do litoral. No Rio de Janeiro a medicina parece ter se desenvolvido mais sistematicamente nos primeiros anos do que nos demais estados, em que as dificuldades eram maiores (MARQUES, 2003, p.6).

Esse reconhecimento social, quando ocorreu, não seria obtido simplesmente pela enunciação discursiva de pressupostos e da validade do saber médico, nem somente através da ampliação da prática de atendimento médico e da difusão de novos padrões de tratamento de doenças.

Em alguma medida, esse processo resultou de um movimento de desqualificação de outros agentes de cura, como os práticos, as mães, as parteiras, as comadres e os curandeiros, promovendo-se, sobretudo, a difusão de um valor positivo para a medicina no universo das práticas de cura.

A esse processo Bourdieu classificaria de movimento de ruptura com o público, o que garantiria que a produção [pediátrica] pudesse produzir – ela mesma – suas normas de produção e os critérios de avaliação de seus produtos, estando, portanto, liberta de censuras sugeridas pelo confronto direto com um público alheio à profissão, público visto como despreparado e despossuído de um saber técnico a que somente aqueles que passaram pela profissionalização teriam acesso. (BOURDIEU, 2004, p. 106).

É digno de nota que a medicina alopática praticada no Brasil convivia com práticas da chamada medicina popular, nem sempre a rejeitando, chegando mesmo a validar[39] alguns de seus princípios quando a circunstância assim o exigia (MARQUES, 2003, p.19). Pela análise de Bourdieu, podemos entender que esse processo de concessão a outras formas de cura é parte de um movimento de ampliação suportável do diálogo com outras ofertas existentes no mercado de práticas de cura que, mantidos os crivos próprios e internos da medicina alopática, serviriam para

[39] A alimentação foi considerada, desde o período colonial, poderoso elemento de combate e cura de enfermidades. Como muitos itens dos suprimentos alimentares recomendados a doentes, no período, pertenciam ao âmbito da cozinha, era a mulher quem os manipulavam e preparavam, submetendo-se, nesse caso, o saber do médico aos saberes cotidianamente elaborados (MARQUES, 2003, p. 19).

demonstrar seu grau de flexibilidade, sem, contudo, ameaçar-lhe as linhas e tendências gerais (BOURDIEU, 2004, p. 99-150).

Dessa forma, além da escassez de médicos profissionais em meados do século XIX, os raros médicos que atuavam no Brasil não eram revestidos pela aura de poder que provavelmente ostentam hoje. Era comum o sentimento de que o tratamento de doenças era principalmente um ato de fé (MARQUES, 2003, p.22), o que contribuiu certamente para delineamento do perfil de vários dos primeiros médicos brasileiros.

Essa questão em boa medida explica a falta de hábito social de solicitação do médico para tratamentos e curas. A medicina apresentava concepções de doença e de cura baseadas em um modelo de relação médico-paciente desconhecido e estranho para boa parcela da população – especialmente aquela que não seguia com tanto rigor os padrões comportamentais recomendados por esculápios. Mesmo na corte imperial pode-se pensar na força cultural do hábito de resolver problemas de saúde sem obrigatoriamente recorrer aos médicos acadêmicos. (FIGUEIREDO, 2002).

Nesse contexto, de finais do século XIX e início do século XX, ocorreria o surgimento de consultórios médicos voltados ao atendimento especializado da criança, os dispensários médicos, as policlínicas[40] e hospitais que pretendiam atender somente crianças. Como vimos, é um momento de surgimento de novas percepções sociais e também de criação de instituições voltadas especialmente para o cuidado médico especialista em uma parcela etária da população.

[40] As policlínicas eram instituições em que a equipe médica realizava atendimento e acompanhamento médico sem necessidade do recurso do internamento. Elas constituíram na França uma alternativa ao modelo hospitalar que, além de dispendioso, apresentava uma série de empecilhos decorrentes de longo afastamento de crianças de suas famílias. No Brasil, a primeira Policlínica foi fundada no Rio de Janeiro, seguido pela Bahia.

Os dispensários atendiam, sobretudo, a um contingente da população que, mesmo não recorrendo às Casas de Expostos, não tinha outra alternativa – pelo menos 'oficial' - para socorrer os males que afligiam suas crianças.

Em 1889 seria criado o Instituto de Proteção – dispensário para crianças pobres, banhos e medicamentos, aparelhos de ortopedia e hidroterapia e helioterapia, exercícios ginásticos e duchas, funcionando no Dispensário Moncorvo. Outros dispensários seriam criados subseqüentemente ao do Rio de Janeiro, como o de São Paulo e da Bahia.

No final do século XIX ocorreria a tentativa frustrada de criação da Policlínica da Bahia, por iniciativa de Pacífico Pereira, Prof. da Faculdade de Medicina da Bahia. A iniciativa seria seguida, desta vez com sucesso, pelo grupo de Moncorvo de Figueiredo, que fundaria a Policlínica do Rio de Janeiro, em 1882, em que se daria o atendimento de crianças concomitantemente à oferta de cursos livres de formação em pediatria.

Até início do século XX não havia no país uma estrutura hospitalar minimamente organizada e os atendimentos, na falta de uma instituição de atendimento público e mesmo por influência de concepções a respeito da prática médica então em vigor, eram realizados em ambientes domésticos, na casa do paciente ou na casa do médico. Era comum, então, que o atendimento acontecesse nas residências, ao estilo da medicina de beira de leito que antecedeu à medicina hospitalar.

Os médicos também se dedicariam ao atendimento da criança de elite, essa, então, preservada do registro e da opinião pública, atendida especialmente em suas residências, nas residências dos médicos ou em seus consultórios (nos parcos horários disponíveis[41]).

[41] Edmundo Coelho estimou que o tempo de permanência médio de um médico no final do século XIX, na cidade do Rio de Janeiro, em seu consultório, era de 3 horas diárias, o que supõe pensar que essa não seria a principal via de exercício da profissão médica naquele momento (COELHO, 1999, p.73).

Naquele momento havia três modalidades possíveis de atuação profissional dos médicos: atendimento em consultórios particulares (em que se incluem os atendimentos domiciliares), participação em instância de pesquisa, decisão e implementação de serviços de medicina preventiva ou atuação em instituições de saúde – públicas ou filantrópicas – voltadas principalmente para a medicina preventiva (PEREIRA NETO, 2001, p.31).

O período de finais do século XIX seria também marcado pela disputa entre três *démaches* sociocognitivas distintas, que se misturavam no ambiente médico e que se interpenetravam: "a anatomoclínica, a topografia médica e a medicina experimental" (EDLER, 2002, p. 359). A primeira teve como ambiente institucional característico o hospital, a segunda, também classificada pejorativamente de topografia médica ou medicina de gabinete, foi assimilada com reservas e utilizava-se amplamente do método estatístico e a terceira tinha como centralidade a bancada, a cobaia, o cadinho e o microscópio em substituição à medicina de pacientes, leitos, tato clínico e estetoscópio (EDLER, 2002, p. 357-385).

Os médicos de finais do século XIX combinavam e por vezes opunham essas três influências. No campo da pediatria, entre finais do século XIX e primeiras décadas do século XX, veríamos pelo menos duas tendências estrangeiras na formação de perfis de formação médica no Brasil: a influência francesa e a influência alemã.

Nesse processo assumiam centralidade os conhecimentos fisiológicos e as recomendações higiênicas, bem como a prática clínica voltada para a cura de doenças infantis.

> A observação rigorosa dos fenômenos patológicos incorporou métodos de registro e de exploração dos corpos cada vez mais detalhados e precisos, como a auscultação, facilitada pelo estetoscópio, as percussões toráxicas, os aparatos de medição craniana e outros instrumentos e ferramentas cuja função era reforçar o caráter mensurável das observações médicas, de acordo com parâmetros científicos de época, em que a exatidão e a objetividade constituíam valores intercambiáveis. (TRONCOSSO, 2003, p. 10).

Dessa nova concepção adveio a matriz que informou a nascente formação para medicina de moléstia de crianças, que rejeitaria as concepções anteriores, de tradição hipocrático-galênica, em que predominavam explicações fundadas nas influências do calor e da umidade sobre as enfermidades, inclusive as infantis. (TRONCOSO, 2003, p. 10).

Centrada eminentemente no indivíduo, a nova medicina informaria práticas de cura voltadas para os sintomas e suas novas formas científicas de observação, registro, controle e cura. Além disso, as alterações mórbidas "que até então eram estudadas a olho nu, receberiam o auxílio do microscópio, o que contribuiu para ampliação de hipóteses a serem apresentadas para cada diagnóstico" (MARQUES, 2003, p. 24).

Dessa forma, as características mais marcantes da formação médica do período foram elaboradas a partir de dois movimentos:

> inicialmente, com a medicalização do hospital, em um capítulo conhecido como o nascimento da clínica; posteriormente, com a constituição de uma nova medicina de laboratório [alemã], em que os fenômenos da vida foram reduzidos ao plano dos fenômenos físico-químicos e submetidos a leis mecanicistas, passando a depender da experimentação animal e da anatomia patológica macro e microscópica. (FERREIRA, FRÓES, EDLER, 2001, p. 59).

De acordo com Betânia Figueiredo, o século XIX é quando se consolida "uma nova concepção de doença, de doente e de intervenção no corpo doente" (FIGUEIREDO, 2002, p. 40). Segundo a autora, podemos identificar três grandes avanços relacionados às inovações em procedimentos técnicos que viriam a demarcar uma nova etapa na medicina, pelos sucessos atingidos: a intervenção cirúrgica com apoio da anestesia (o que potencializaria a ação dos cirurgiões), a difusão das práticas de assepsia e o avanço das pesquisas bacteriológicas[42].

[42] Datam do período as descobertas de Pasteur, Lister e Koch que, dentre outras questões, viriam a promover avanços significativos no combate à mortalidade infantil, o que, indubitavelmente colocaria um dado novo nas experiências de cuidar de crianças: o aumento do poder de resolutibilidade dessa ciência. Processos como a pasteurização do leite, assepsia do umbigo do recém-nascido e uso de mamadeiras consideradas mais higiênicas...

2.7. Da clínica de recém nascidos à Clínica Infantil ou Clínica e Policlínica cirúrgica de crianças

Pode-se dizer que no período entre fins do século XIX e primeiras décadas do século XX ocorrem movimentos (dispersos e descontínuos) da sociedade, das instituições e do Estado que dariam corpo ao movimento de institucionalização da pediatria. Comparecem a esse movimento as instituições, associações e veículos de divulgação do saber médico voltados especificamente para o cuidado com crianças, em especial e não ocasionalmente, para o cuidado com crianças doentes.

Surgem os primeiros periódicos eminentemente dedicados à medicina clínica de crianças, consultórios particulares de atendimento de moléstias infantis, associações profissionais, congressos e hospitais de atendimento da infância. As reformas médicas também viriam ao encontro dessa perspectiva de criação de um campo de saberes e práticas relacionados ao conhecimento e difusão dos pressupostos da nascente medicina de crianças.

Ao longo do século XIX, o que se poderia denominar de medicina de crianças recebeu diferentes denominações e foi praticada em conformidade com as concepções então em curso a respeito da doença e da condição da infância.

Na reforma médica de 1815[43], a Escola Cirúrgica da Bahia previa a prática da arte obstétrica e a medicina prática e obstétrica nos 4.º e 5.º anos. Naquele momento, os cuidados com o recém nascido eram realizados no interior da obstetrícia. Essa cadeira viria a se chamar, a partir

---

todas são influências advindas principalmente da chamada medicina pastoriana, que contribuiriam significativamente para ampliação da expectativa de vida dos recém-nascidos, especialmente a partir das primeiras décadas do século XX.

[43] As informações a seguir, a respeito das reformas médicas, foram obtidas nos verbetes “Escola de Cirurgia da Bahia” e “Escola Anatômica, Cirúrgica e médica do Rio de Janeiro”, Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil.

de 1817, de operações e partos. A reforma de 1832 incluiria, no 5.º ano, a disciplina "partos, moléstias de mulheres pejadas e paridas e de meninos recém-nascidos". Essa novidade enunciava uma concepção de que o cuidado com meninos recém-nascidos era singularizado em relação ao cuidado materno, mesmo que a lógica do cuidado permanecesse ainda atrelada ao parto.

Entre os anos 60 e 70, havia reclamações por parte professores das Faculdades de Medicina do Império da falta de meios para o desenvolvimento dos estudos práticos propostos nas reformas dos currículos de formação, incluindo-se a medicina de partos (em que ainda estava pressuposta a medicina de moléstias de recém-nascidos).

Em 1874, Carlos Arthur Moncorvo de Figueiredo publicaria a obra "*Do exercício do ensino médico no Brasil*", em que ressaltaria a importância do ensino prático, chamaria as autoridades à necessidade de se criarem hospitais com outros padrões de atendimento e de internamento, além de enunciar o que considerava ser uma lacuna nos currículos de formação médica, que era o estudo específico das moléstias da infância dissociado do estudo das moléstias de partos ou das moléstias de mulheres pejadas e paridas.

Em 1881, Figueiredo participaria da fundação da Policlínica Geral do Rio de Janeiro[44], sendo responsável pela Clínica de Moléstias de Crianças[45], vindo a ministrar o primeiro curso da especialidade pediatria na Policlínica em 1882, que seria ofertado por dezenove anos consecutivos.

[44] Por ocasião da publicação da obra *Do exercício e ensino médico no Brasil*, em 1874, Moncorvo de Figueiredo reunir-se-ia com um grupo de outros médicos interessados em fundar, aos moldes europeus, uma Policlínica no Brasil. Dr. João Pizarro Gabizzo e Dr. Loureiro Sampaio retornavam, então, de Viena, onde puderam verificar o funcionamento de uma policlínica, vindo a procurarem por Figueiredo, formando um primeiro grupo. Moncorvo convidaria então Dr. Júlio de Moura e Dr. Silva Araújo, seus colegas de redação do periódico *União Médica*, para integrarem a equipe idealizadora e executora do projeto da policlínica.

[45] A estrutura da Policlínica, logo de sua criação: Clínica Médica em Geral, Clínica Cirúrgica, Ophtalmologia, Gynecologia, Otologia, laryngologia e rhinologia, moléstias syphiliticas e da pele, **moléstias de crianças**, laboratório de análises clinicas.

Dessa forma, o ensino da Medicina de Moléstias de crianças, no Brasil, como ensino diferenciado da medicina de partos e, mesmo da medicina de adultos, surgiria em curso livre, ministrado em uma Policlínica e não na Faculdade de Medicina. A medicina de crianças, como prática, já vinha sendo exercitada por médicos que ofereciam seus serviços em consultórios particulares especializados, antes mesmos de que ocorresse uma oferta sistemática de formação acadêmica e especialização profissional. Essa distinção de nascimento haveria de ter impactos na consecução de pressupostos da pediatria, especialmente para promoção de uma pediatria concebida como clínica de doenças, em especial nos primeiros anos de sua institucionalização.

Em 1882 Figueiredo enviaria, a pedido do ministro, memorial ao Ministério do Governo Imperial (Rodolfo Dantas), solicitando a criação de uma cadeira de clínica infantil nas Faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia e oferecendo a Policlínica do Rio de Janeiro, já instalada, como campo de ensino para a Faculdade do Rio de Janeiro.

No Memorial, embora ocorra afirmação da necessidade de se criarem condições para formação do médico para o atendimento exclusivo de crianças doentes, uma atuação singularizada e relativamente desvinculada do atendimento ao parto, ainda permanecem concepções anteriores, como veremos mais à frente.

O memorial apresentaria o problema da seguinte forma:

> A freqüência exagerada das moléstias que assaltam a infância, a sua crescida letalidade e finalmente as particularidades que oferecem tais moléstias, demonstram a necessidade inadiável de se prestar à criança doente grande soma de cuidados especiais, cuidados que exigem por sua vez conhecimentos que só pode possuir o médico que se tenha consagrado ao estudo aliás difícil da patologia infantil (FIGUEIREDO, 1882, in: ROCHA, 1947b, p. 53).

O autor utiliza a expressão patologia infantil para referir-se à atuação do médico de crianças e justifica a necessidade de formação médica para atendimento dessa faixa etária a partir de três argumentos, a saber: a freqüência das moléstias, a sua letalidade e as particularidades que

oferecem as moléstias da infância. Segundo o autor, essas peculiaridades exigiriam cuidados médicos que só poderiam ser alcançados pela aquisição de conhecimentos, argumento que viria a reforçar no mesmo memorial: "(...) a paciente vocação e os conhecimentos especiais que demanda o exercício da medicina infantil" (idem, p. 55).

O memorial apresenta estatísticas de mortalidade infantil para indicar a necessidade de medidas governamentais urgentes. Levando-se em conta o destinatário central do memorial, não é de se estranhar o recurso ao argumento das possibilidades oferecidas por um atendimento médico eficaz na infância: "Tais proporções [índices de mortalidade no Rio de Janeiro] devem forçosamente, na frase do senhor Barão de Lavradio, 'concorrer para demorar em extremo o aumento da população nacional'" (idem, 54).

Moncorvo Figueiredo também viria a postular a singularidade da medicina de crianças em relação à medicina de adultos: "a experiência prática, a aptidão e a habilidade clinicas, escreveu o Dr. Roger, antigo professor de medicina infantil na Faculdade de Paris, tornam-se mais necessárias com a criança do que com os doentes das outras idades" (idem, ibidem). Utilizando-se, então, desse argumento, Figueiredo apropria-se da percepção da singularidade da infância em relação ao adulto para apresentar a necessidade de formação especializada do médico. Ressalta, além disso[46], que: "não há hipérbole em dizer-vos que tendes a aprender uma nova semiologia, uma nova patologia, uma nova terapêutica" (idem, ibidem).

Se para Figueiredo havia inequívoca singularidade na patologia infantil em relação às patologias de outras idades, havia ainda um hiato no Brasil entre a demanda pela cura das doenças infantis e o tratamento das moléstias das crianças, e, mesmo, na formação dos médicos. Condenava veementemente as enfermarias e hospitais gerais em que, no período, realizava-se o atendimento indistinto a crianças e a adultos, contribuindo-se muito pouco para a cura (as

[46] Repetindo frase do Dr. West, de Londres.

crianças ficavam mais expostas, uma vez que eram quase sempre internadas, segundo argumenta) e mesmo para o ensino médico das especificidades da infância doente. Sobre o Hospital da Misericórdia, diz: “Essa pequena enfermaria do Hospital da Misericórdia não se pode prestar ao ensino da clínica em questão, porque a concorrência é por demais medíocre e pouco variada” (idem, p. 56).

Figueiredo localiza no ano de 1879 o momento de criação da cadeira de clínica de crianças na França, pelo Governo Francês, tendo como Parrot o primeiro catedrático. A opção feita por Parrot, segundo relata, teria sido de proceder ao ensino da clínica de crianças no “*Hospital dês enfants assistes*”, porque, dizia ele, “se acham nesse hospício crianças recém-nascidas, em cuja época da vida a patologia infantil reclama mais acentuados estudos, sendo então a natureza das moléstias observadas ainda mais especial que nos outros períodos mesmo da infância” (idem, p. 57).

Tendo como inspiração a opção do colega francês, Figueiredo aconselharia o Governo do Império que aceitasse para sede do curso de “Clínica de Moléstias de Crianças” da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro a Policlínica Geral do Rio de Janeiro, que reuniria as condições essenciais para o exercício do ensino médico dessa especialidade. Rompendo com os padrões de atendimento médico hospitalar até então em vigor na capital, a Policlínica optaria por realizar atendimento por consultas periódicas dispensando-se o internamento do doente na maior parte das situações.

O recém-nascido interessava fortemente ao estudo da clínica à época, e argumenta o médico que o Dispensário da Policlínica apresentar-se-ia como inovação, ressaltando “os benefícios dela provindos para o tratamento das crianças amamentadas pelas mães e cuja admissão no hospital importa a funesta separação do seio materno” (idem, p. 60).

Mas a formação médica efetivamente voltada para o cuidado com essa parcela etária somente seria objeto de regulamentação com a Reforma Leôncio de Carvalho, 1882, (acrescida dos decretos 8.024 e 3.141). Nas disposições da reforma, o número de disciplinas do curso médico foi aumentado para 26, com o surgimento, dentre outras, das cátedras: “clínica médica de adultos”, “clínica cirúrgica de adultos” e “clínica médica de moléstias de crianças” e “clínica cirúrgica de crianças”. Segundo essa divisão, compreende-se a clínica médica de crianças (diferentemente da de adultos) como mediada pela idéia de moléstia e é bastante significativa essa denominação especialmente atribuída apenas à medicina infantil.

Contudo, pouco antes de aprovada a reforma curricular que criaria a cadeira de clínica Médica e Cirúrgica de Crianças no currículo acadêmico de formação médica, tal como recomendado pelo Memorial Moncorvo, cairia o ministério Dantas. O novo ministério viria a encaminhar, então, além da reforma curricular (A Reforma Sabóia), o indicativo de concurso público para provimento do cargo de professor da Faculdade de Medicina para as novas cadeiras.

A cadeira de Clínica Médica e Cirúrgica de Crianças seria ocupada por Barata Ribeiro. Dois anos mais tarde, novo decreto outorgava novos estatutos às Faculdades de Medicina e a cadeira de Clínica Médica e Cirúrgica de Crianças passaria a denominar-se Clínica e Policlínica e Cirurgia de Crianças. “Mas nem assim se conseguia fazer funcionar uma cadeira sem instalação, sem programa definido... e sem pediatras. Os anos se passavam e os alunos iam conseguindo, através de sucessivos atos ministeriais, dispensas da freqüência e dos exames, dessa como das outras ‘clínicas especiais’ recém criadas” (TELLES, 1982, p. 102).

A despeito das alterações feitas pela Reforma Sabóia e decretos subseqüentes, o primeiro termo de habilitação acadêmica em Pediatria, na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, só viria a ser assinado em 1895[47] (DA ROCHA, 1947, p.52-63 e TELLES, 1982, p. 103).

Com a reforma de 1911, a pediatria figuraria com o título de clínica pediátrica. Naquele momento, a clínica de crianças seria desdobrada em clínica pediátrica médica e higiene infantil e clínica pediátrica cirúrgica e ortopedia, condição mantida na reforma de 1925.

O médico e sua prática: o caso de Moncorvo de Figueiredo[48]

Moncorvo de Figueiredo ancorou sua produção científica em sua prática clínica, através da compilação e análise de dados e casos clínicos sob sua responsabilidade na Policlínica do Rio de Janeiro.

Boa parte de sua produção científica foi difundida no periódico *A União Médica*[49], Archivo Internacional de Sciencias Médicas, Rio de Janeiro. Moncorvo Figueiredo também teve

[47] De acordo com Walter Telles, embora Barata Ribeiro tenha sido empossado professor de Clínica Médica e Cirúrgica de Crianças na faculdade de Medicina do rio de Janeiro, ele relegaria a cátedra por longa data para se dedicar primeiramente à propaganda republicana e, em seguida, para ocupar sucessivamente os cargos de presidente do Conselho Municipal, Prefeito do Distrito Federal e senador pelo Distrito Federal, chegando a ser indicado para ministro do Supremo Tribunal federal. Esse fato teria explicado, para o autor, porque, durante um período, embora constasse do currículo médico da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, a cátedra de Medicina Médica e Cirúrgica de Crianças, somente no final do século teria sido concedido o primeiro termo de habilitação pediátrica em pediatria.

[48] Carlos Arthur Moncorvo de Figueiredo nasceu no Rio de Janeiro em 1846 e faleceu em julho de 1901. Teve atuação como clínico, escreveu vários trabalhos científicos e foi sócio de sociedades de medicina, tanto no Brasil quanto no exterior. Foi, além de Diretor da Policlínica do Rio de Janeiro, membro titular da Academia de Medicina do Rio de Janeiro, professor honorário da Faculdade de Medicina do Chile, correspondente da Academia Real de Sciências de Lisboa, da Academia Real de Medicina de Roma, da Sociedade Real de Ciências Médicas e Naturais de Bruxelas, das Sociedades de medicina de Paris, Bordeaux, Marselha, Reims, Alger, Lisboa, Genebra, Buenos Aires, Santiago do Chile e da Academia de Medicina de Lima, Peru. Sua tese foi defendida em 1871, intitulada "*Dyspepsias e seu tratamento*". Fundou e colaborou por vários anos na revista *União Médica*, vindo a publicar nesse periódico anotações de consulta e tratamento de doenças da infância (realizadas sobretudo na Policlínica do Rio de Janeiro), sobretudo obtidas em sua atuação na Policlínica Geral do Rio de Janeiro, sobre assuntos como coqueluche infantil, alcoolismo infantil, dilatação do estômago de crianças, uso da eletroterapia contra o raquitismo, dentre outros. Sua publicação mais substantiva ocorre entre 1874 e 1879.

parte de sua produção intelectual publicada no exterior, na forma de excertos ou como parte de coletâneas[50].

Percorrendo sua produção intelectual, pode-se perceber de que maneira Figueiredo constrói suas narrativas sobre as doenças infantis, como concebe o papel do médico e de que maneira percebe seus pacientes[51], sobretudo os pacientes da Policlínica – crianças pobres.

Podemos inferir um roteiro de escrita de suas comunicações científicas a partir de casos clínicos observados em sua prática profissional. Primeiro procede-se comumente à descrição de polêmicas a respeito da origem de determinada doença e seu tratamento, fala-se então do doente, sobretudo de suas origens sociais e dos supostos hábitos alimentares e higiênicos de sua família, apresenta-se a terapêutica empregada ao mesmo tempo em que se apresenta o diagnóstico, ressaltando-se no final a situação de cura e recuperação de um estado de normalidade, muitas vezes descrito pelo médico como um estado de felicidade da criança.

Vivenciando recentes descobertas da medicina, sobretudo da medicina parasitária, Moncorvo de Figueiredo fará comumente a revisão de hipóteses que até aquele momento eram sustentadas no ambiente médico nacional. Tomemos um exemplo: o tratamento da coqueluche.

Em 1883, na revista *União Médica*, Moncorvo de Figueiredo apresenta um levantamento de hipóteses corriqueiramente apontadas como causas e origens da doença, a saber:

> A coqueluche foi considerada uma tosse estomacal, uma bronquite com irritabilidade exagerada da mucosa brônquica, (...) foi associada a fenômenos torácicos – localizada na árvore brônquica ou no parenchyma pulmonar.(...) Outros achavam que era uma bronquite entrelaçada com uma nevrose. (...).

---

[49] Foram consultados na Biblioteca Nacional – Rio de Janeiro, todos os exemplares disponíveis, a saber, entre 15 de janeiro de 1881 a dezembro de 1889 e janeiro a dezembro de 1890. (Obras Raras, em microfilme).

[50] Foram localizadas algumas obras de Moncorvo de Figueiredo na Biblioteca Nacional do Rio de Janeiro, outra parte está sob guarda da Sociedade Brasileira de Pediatria, Rio de Janeiro, um acervo doado pela Universidade Santa Úrsula. Nesse acervo constam seus artigos, alguns livros e parte da biblioteca de Moncorvo de Figueiredo.

[51] O registro por escrito dos casos clínicos (e, por suposto, também da anamese) "tornou-se fundamental para o estabelecimento de um estatuto científico para a medicina. O registro é uma memória da doença no paciente, ou do paciente e suas doenças" (MARQUES, 2003, p. 134).

> Outros consideravam que a coqueluche tinha sua origem no encéfalo (FIGUEIREDO, 1883: p. 109-112).

Segue, ainda, fazendo esse levantamento:

> A estas teorias as mais discordantes, segundo as quais a coqueluche era localizada ora no encéfalo, na medula, no décimo par, no estômago, no intestinos, ora nos brônquios, pulmões, gânglios brônquicos, uma outra sobreveio, formulada pelos observadores de nota, que fazia da coqueluche uma moléstia localizada na laringe (FIGUEIREDO, 1883:, p.113[52]).

E conclui:

> A nova teoria, isto é, a teoria parasitária – parece ser de fato aquela que mais adeptos vai hoje colhendo, nos diferentes países, e ainda os novos agentes terapêuticos contra ela dirigidos, parecem ter até agora justificado este modo de ver. Nós não fazemos mais, neste trabalho, que contribuir com a nossa observação pessoal para a sua confirmação. (FIGUEIREDO, 1883, p.114).

Moncorvo aciona hipóteses históricas para as doenças para apresentar ao leitor as novas teorias e terapêuticas de sua época. Constrói para si uma imagem de médico pesquisador e para a própria pediatria a representação de um campo em construção, em que a revisão do método, de explicações e terapêuticas faz parte de um movimento de amplificação de seu próprio poder científico e de sua capacidade de resolutibilidade.

Moncorvo também se dedicou ao estudo do raquitismo, por interesse em levar adiante a utilização de aparelhagem e recursos à época utilizados no seu tratamento, como a eletroterapia. Em 1885, o periódico *União Médica* publicaria nota sobre o Curso de Clínica das Moléstias da Infância, ministrado por Moncorvo Figueiredo especialmente sobre o raquitismo. Em seu curso, refutaria diversas teorias formuladas no curso da história relativas à etiologia da moléstia. Organiza, então, um quadro:

[52] *União Médica*, março 1883, n. 3.

- regime azotado prematuro (J. Guerin, Trousseau, West)
- produção de acido láctico no tubo digestivo (Stiebel, Heitzmann, Baginsky)
- deficiência do ácido clorídrico no suco gástrico (Seeman)
- insuficiência dos sais calcários no regime alimentar, da influência do frio, da umidade das febres exantemáticas
- fatores advindos de desordens ósseas e os que caracterizam a malária (Oppenheimer, Heidelberg)
- fatores de origem na medula, advindos de lesões e deformações ósseas características (FIGUEIREDO, 1885, p. 488-489[53])

A partir da composição desse quadro de refutações, Figueiredo procederia ao exame da "doutrina que mais ocupa a atenção dos centros científicos, qual seja a dos laços que prendem o raquitismo à sífilis hereditária" (1885, p. 489).

Cita um médico francês que teria se encontrado com eminente médico brasileiro que havia dito que no Brasil, à época, a sífilis era muito comum no país, ao passo que o raquitismo era praticamente desconhecido.

Relata Moncorvo que em seu arquivo clínico teria observado a proporção de freqüência do raquitismo no Rio de Janeiro, que era, à época, de 45 por 100. Mostra ainda que, "de 100 crianças doentes, tomadas ao acaso, 51 são sifilíticas, e que d'estas 41 são raquíticas" (1885, p. 490). Dessa forma, Moncorvo pretende refutar teses históricas e também argumentos estrangeiros elaborados sobre doenças infantis no Brasil, formuladas, a seu ver, sem conhecimento de causa. Para isso, Moncorvo utiliza-se de dados, anotações e estatísticas compilados e organizados na trajetória de sua prática clínica de atendimento à infância no Rio de Janeiro. O recurso ao dado estatístico, nesse caso, faz parte da estratégia de refutação de teses e teorias consideradas inadequadas e pouco fundamentadas, porque, segundo afirma, carentes de empiria e conhecimento da realidade do país.

[53] *União Médica*,1885, ano 5, volume 5.

Interessou-se bastante por um fenômeno que classificou como “Dilatação do estômago de crianças”, vindo a catalogar vários casos. É comum na escrita de Figueiredo a enunciação de como o exercício da prática médica vai oferecendo elementos para que suas concepções e pressupostos prévios fossem alterados, como o faz nessa comunicação a respeito do tratamento de casos de dilatação do estômago de crianças:

> Estava plenamente convicto da não existência da ampliação gástrica na infância, quando, no mês de novembro do ano passado, entrou para o meu serviço uma criança de dois anos de idade, que, além dos sinais de sífilis hereditária e de acidentes de impaludismo, apresentava uma proeminência tal do ventre, que simulava, à distância, uma ascite chegada a um adiantado período. A exploração cuidadosamente feita demonstrou-me, porém, a existência de uma ampliação gástrica bastante considerável, que era a causa da notável saliência abdominal (FIGUEIREDO, 1883, p. 299[54]).

Atribuiria ao regime alimentar essa manifestação mórbida, responsabilizando a pobreza pela situação enferma, como se pode ver a seguir:

> Das nove crianças afetadas pela dilatação gástrica mais ou menos acentuada, não há uma só que não conte em sua anamnese um regime alimentar viciado.
> Quem quase totalidade amamentadas por mulheres debilitadas pelos rigores da pobreza, mal nutridas e, em grande parte, enfraquecidas por anteriores e repetidas gestações, essas crianças foram ainda submetidas ao uso de alimentos grosseiros e incompatíveis com suas facas forças digestivas. Na classe social a que elas pertencem, é, além disso, vulgar a abusiva e nociva administração de bebidas alcoólicas às crianças, desde a mais tenra idade. (FIGUEIREDO, 1883, p. 302[55]).

Em artigo subseqüente, o autor viria a sugerir o tratamento mais adequado a esses casos, qual seja o uso de alimentos de fácil digestibilidade, lavagem gástrica e uso de pílulas de nitrato de prata. (FIGUEIREDO, 1883, p.337-358[56]), ampliando as possibilidades de tratamento posteriormente, incluindo uso de sulfato de quinina, resorcina, ungüento napolitano, tintura de

[54] *União Médica*, julho 1883, n.7.
[55] *União Médica*, julho 1883, n. 7.
[56] *União médica*, ago 1883, n. 8.

iodo, acido gálico, fosfato de cal, bicarbonato de sódio e eletroterapia (FIGUEIREDO, 1883, p.135[57]).

O médico exercia sua prática médica na Policlínica a partir do pressuposto da formação em serviço e da análise empírica dos dados de sua prática clínica, apropriando-se dos resultados obtidos em consultas para revisão de seus pressupostos e para enunciação, à comunidade de pares, de descobertas realizadas no exercício da profissão. Além disso, tomava a consulta como momento de realização de experimentos, diagnósticos e novos tratamentos que, uma vez bem sucedidos, eram comunicados nacional e internacionalmente.

O exercício da prática médica na Policlínica de Crianças de Moncorvo de Figueiredo baseava-se no pressuposto da aprendizagem na prática, a partir de série de casos clínicos que figuravam em suas comunicações científicas como veículos de sustentação de novas descobertas e formas de acompanhamento e cura de doenças infantis.

Do escopo de doenças preferencialmente listadas pela prática clínica de Moncorvo, têm destaque a tuberculose, o raquitismo, as doenças do estômago e a sífilis. O recurso estatístico permeia toda a ação médica de Moncorvo e não faltam alusões às formas de fichas, modelos de anotações e de compilações bem como de organização serial de dados dos pacientes atendidos.

No percurso de análise de sua prática médica, é recorrente a referência à ignorância das famílias e a alocação do médico como mediador de uma mudança social em curso, profissional considerado responsável pelo "saneamento" das práticas sociais e pela alteração dos cuidados alimentares das crianças:

> das nove crianças afetadas pela dilatação gástrica mais ou menos acentuada, não há uma só que não conte em sua anamnese um regime alimentar viciado. Em quase totalidade amamentadas por mulheres debilitadas pelos rigores da pobreza, mal nutridas e, em grande parte, enfraquecidas por anteriores e repetidas gestações, essas crianças foram ainda submetidas ao uso de alimentos

[57] *União médica*, outubro de 1883, n. 10.

> grosseiros e incompatíveis com suas fracas forças digestivas. Na classe social a que elas pertencem, é, além disso, vulgar a abusiva e nociva administração de bebidas alcoólicas a crianças, desde a mais tenra idade. (FIGUEIREDO, 1883b, *União Médica*, p.302).

Ou, ainda:

> Em outubro de 1879, foi apresentada, em meu gabinete de consultas, uma menina de 18 meses de idade, nas mais deploráveis condições de saúde.
>
> Sua mãe, muito fraca e tuberculosa, não teve outros filhos e sofrera consideravelmente durante a gravidez.
>
> A pobre criança nasceu pouco desenvolvida e em condições de debilidade muito acentuada.
>
> Desde o nascimento foi submetida ao aleitamento mercenário, sendo entregue a uma ama que por sua vez era tuberculosa.
>
> Nascida em tais condições e entregue a uma semelhante ama, a criança não pode desenvolver-se regularmente e sua nutrição fazia-se de modo incompleto.
>
> Ela sofreu todas as conseqüências dessa insuficiência de alimentação, associada às suas precárias condições orgânicas.
>
> A criança foi submetida ao tratamento instituído por grande número de médicos, quer alopatas quer homeopatas; nada podia modificar-lhe as condições de fraqueza geral[58] (FIGUEIREDO, Comunicação, *União Médica*, 1883ª, p.578).

Não ocasionalmente o saber médico do período destilaria forte expressão contra uma suposta ignorância de famílias atendidas em hospitais.

No período estudado, pelo menos até os anos 40 do século XX, vigorou a idéia de que somente famílias empobrecidas ou "moralmente desestruturadas" procurariam auxílio médico fora de suas próprias residências. O hospital, a policlínica e o dispensário funcionariam, comumente, como postos de atendimento da população de baixa renda, que com freqüência deve ter enfrentado um saber médico que associava, de maneira automática, a pobreza à doença. De acordo com Rita de Cássia Marques,

> as chamadas "senhoras de bem" tinham seus filhos em casa, assistidas por uma parteira, e se o parto complicasse, o médico era chamado a intervir. A idéia de uma maternidade só poderia, no entender da elite, favorecer àquelas mulheres que tinham seus filhos longe de um lar estabelecido, como as mães solteiras e as

[58] Note-se que a criança em questão foi submetida, segundo relato do médico, a alimentação artificial e a 400 sessões de eletroterapia, ao fim do que mostrava-se "alegre e bem disposta".

> prostitutas. Com dificuldade de seduzir as mulheres de 'boa família', a saída para a adesão à causa foi apelar para a caridade com os pobres (MARQUES, 2003, p. 104).

Moncorvo de Figueiredo com freqüência descreveria as mães de crianças atendidas como "marcadas pelos rigores da pobreza", uma alusão também direcionada para a criança, em especial para a criança considerada magra, pálida e sem vigor físico.

A prática médica de Moncorvo de Figueiredo era, em alguma medida, também concebida como prática clínica, tanto na policlínica quanto em seu consultório particular que, aos moldes dos demais consultórios, também era anunciado em publicações voltadas às mães:

> Carlos Arthur Moncorvo de Figueiredo
> Moléstias de creanças e estômago
> Dr. Moncorvo de Figueiredo
> Professor de clínica de creanças da Policlínica Geral do Rio de Janeiro –
> Gabinete de eletricidade médica
> consulta de uma às três horas da tarde
> Rua Uruguaiana, 57
> (*Biblioteca Doméstica*, 1885[59]).

O periódico *União Médica* viria a divulgar o impacto das comunicações de Figueiredo no exterior, além de apresentar com freqüência comentários a respeito da confirmação externa de descobertas realizadas por Moncorvo Figueiredo em suas pesquisas clínicas, como se vê: "Confirmação no estrangeiro da eficácia do processo dos Drs. Moncorvo e Silva Araújo no tratamento da elefancia pelo uso da eletricidade" (*União Médica*, 1884: 94[60]). Nesse caso, o movimento parece ser de tentativa de convencimento dos pares no Brasil, pelo uso do argumento

---

[59] Vide anúncio idêntico:
Carlos Costa
Médico especialista em Moléstia das Crianças.
Residência Rua de Santo Amaro, 29.
Consultório Rua Primeiro de Março, n. 101
Consultas das 12 às 3 horas da tarde, das 6 às 8 horas da noite.
(*A mãe de família*, 1879, p. 41[59]).

[60] *União Médica*, janeiro 1884, n. 1.

de que no exterior as pesquisas desses dois médicos já seriam confirmadas. A confirmação, nesse sentido, viria em alguma medida também de comunidades médicas estrangeiras, ressaltando-se o fato de que a notícia não se refere a nenhuma comunidade em especial, bastando para isso que fosse estrangeira para que a autoridade estivesse reconhecida.

A publicação de obras no exterior também mereciam destaque:

> O último trabalho do nosso colega o Sr. Prof. Moncorvo, sobre a natureza do coqueluche e seu tratamento pela ação tópica da resorcina, acaba de merecer a distinção de ser traduzido para o italiano e está sendo nesse idioma publicado pela redação do Arquivo de Patologia infantil, de Nápoles. (União Médica, 1885, p. 347[61]).

Ou, no caso da publicação de trabalho de Moncorvo pela Academia de Medicina de Paris:

> Tratamento da choréa pela antipyrina: sr. Germani Sée tem a honra de apresentar à academia, da parte de um dos mais distintos correspondentes, o Sr. Moncorvo, professor da clínica de moléstias da infância n Policlínica do Rio de Janeiro, uma importante memória manuscrita sobre a antipyrina no tratamento da chorea. O Sr. Moncorvo n'ella mostra a perfeita inocuidade d'este medicamento nas crianças. (União Médica, 1888[62])

O periódico também publicaria cartas de leitores – muitas vezes médicos da capital e de cidades do interior – que teriam utilizado métodos prescritos por Moncorvo de Figueiredo com sucesso.

Essa questão aponta para a eleição de Moncorvo de Figueiredo como referência nacional em termos de conhecimento de doenças da infância, sobretudo no campo das novas terapêuticas. A perspectiva, nesse caso, é a de cura, de ampliação da eficácia da atuação do médico de crianças, duas questões auto-enunciadas por Moncorvo ao descrever sua própria prática profissional e repetida com ênfase na historiografia sobre a pediatria, especialmente a pediatria salvacionista da primeira geração de autores.

---

[61] *União Médica*, ano 5, volume 5.
[62] *União Médica*, junho 1888, n. 6.

O discurso de Moncorvo de Figueiredo, ao desvalorizar as práticas sociais, localizando-as no campo da ignorância, contribuiria para construir uma imagem da pediatria como campo racional e, portanto, mais autorizado a dizer do cuidado com a infância do que qualquer outro. Reconhecendo na pediatria o patamar mais elevado de racionalidade para o cuidado com a doença infantil, o discurso de Moncorvo de Figueiredo deixaria um legado de triunfalismo com o que a historiografia não viria a romper inteiramente.

É significativa a ausência de registros a respeito da morte na produção de Moncorvo, além de um silenciamento no que toca às situações em que o seu saber médico foi confrontado, questionado ou, mesmo, invalidado. A morte é, nessa narrativa, uma ausente, da qual o médico somente diz pela supressão da evidência (REVEL; PETER, 1995, p. 142-159).

A comunicação científica, nesse caso, é retórica de auto-referenciação e, quando os limites do conhecimento são evidenciados, sinalizam para a superação imediatamente procedida pelo conhecimento do qual o médico já tem acesso, seja por seu trânsito internacional seja por sua prática clínica de longa data.

CAPÍTULO 3. EVOLUÇÃO, CRESCIMENTO INFANTIL E NORMALIDADE EM PEDIATRIA

3.1. A ontogenia recupera a filogenia

Contraposta à tradição hermética[63] que se pautava pela afirmação da tese de uma originária e insuperável sapiência encenada e oculta nas origens da história na qual seria possível "abeberar-se como uma inexaurível fonte de verdade" (ROSSI, 2000, p. 75), afirma-se no pensamento ocidental, entre os séculos XVII e XIX, a imagem da história humana como passagem lenta, gradual e progressiva dos "tempos rudes para a civilização". (ROSSI, 2000, p. 79).

Essa nova percepção do devenir histórico, não mais como retorno cíclico a um tempo glorioso de sabedoria, mas como processo de melhoria e de progresso rumo a um futuro assumido como realização plena, coincidirá com uma teoria do processo evolutivo humano em que se colocariam a noção da perfectibilidade[64] da natureza e do homem, a idéia de uma passagem – necessária e irrefutável – de um estado de barbárie à civilização (ROSSI, 2000, p. 95) e a noção de uma ordem providencial regendo "leis" intrínsecas ao desenvolvimento humano. A partir desse momento, a "tendência ao futuro mítico vai vencer a tendência para o reencontro do passado" (REIS, 1994, p.157).

A representação do processo humano como progressivo comparece a alusão ao percurso evolutivo – tido, nesse caso, como percurso linear – de um estado selvagem à condição

[63] De acordo com Paolo Rossi, da tradição hermética (até século XVI) foi possível fazer usos muito diferentes, estando ligada sobretudo à astrologia, à magia, à alquimia e às doutrinas relativas aos talismãs. Congregava a ciênica hebreu-cristã, grega e bárbara e tinha como pano de fundo a tendência a colher a unidade, buscando o que chamava de Um-Todo, sendo o homem a imagem do mundo concebido como totalidade e a história como realidade unitária e contínua, em que seria possível (e necessário) retornar-se à verdade sábia dos primeiros humanos para descobrir-se a verdade das coisas. (ROSSI, 2000, p. 47-78).

[64] Vide, a respeito, *A perfectibilidade do homem*, Jonh Passmore,Rio de Janeiro: TopBooks, 2004.

racional. Fundamenta-se, então, uma linha utópica (REIS, 1994, p. 157-164) para o desenvolvimento humano.

A infância seria alocada no mesmo patamar aos dos supostos grupos inferiores, sendo a adultez racional alçada ao ápice do desenvolvimento humano, a que todo o restante da humanidade deveria aspirar.

Esse processo, como já dissemos, terá início no século XVII e pressuporia a tese do "impulso para a perfectibilidade" de que nos informam os pressupostos sobre o progresso dos iluministas (REIS, 1994, p.162; PASSMORE, 2004). Da defesa dessa idéia de impulso advém a pressuposição de que a história humana somente se efetivaria por um **desenvolvimento** tomado como realização de um percurso em direção a um futuro predeterminado. (REIS, 1994, p.159). Diga-se, também, um desenvolvimento a cargo de homens, responsáveis pela consecução de um percurso rumo a uma utopia possível que possibilitasse à humanidade o rompimento com uma suposta mentalidade primitiva e a ascensão a um estado de razão, cultura e ciência.

Não custa realçar que:

> a idéia de que os primeiros habitantes da Terra fossem fundamentalmente diferentes dos homens civis, que a sua mentalidade fosse em certa medida semelhante às das crianças e dos camponeses incultos, isto é, a idéia de que existe uma espécie de terreno comum – o da mentalidade primitiva – distante do pensamento racional e da dimensão científica, já está solidamente presente na cultura do final do século XVII (ROSSI, 2000, p.93-94).

Nessa acepção toma-se o momento da origem da humanidade à semelhança da narrativa de surgimento da Terra (idem, p.88), que teria, dessa maneira, uma origem dessacralizada e não bíblica – uma origem que seria narrada como emersão de um estado de simplicidade para a complexidade, de uma condição natural a uma condição civilizacional, realizada em ambiente-território concebido como espaço humanizado.

Ainda segundo Paolo Rossi, nessa nova acepção, a história natural passaria lentamente, mas segundo um processo não mais refreável, do plano de uma história como descrição e classificação de estruturas imutáveis para o de uma história que sublinha[sse] a função **das mudanças e do tempo** na vida da natureza" (ROSSI, 2000, p.89, grifos meus).

Atentemos para o valor atribuído ao movimento de mudança e à percepção da fruição do tempo histórico como passagem evolutiva e irremediavelmente progressiva. Esse novo valor terá influências na elaboração de saberes sobre a evolução humana e, sobretudo, informará os saberes relativos ao crescimento e ao desenvolvimento do corpo humano, imprimindo-lhe uma direção pré-determinada.

A elaboração dessa nova forma de narrativa para a evolução geológica e humana não seria feita sem conflitos e sem paradoxos. Como veremos: "Como conciliar a imagem de uma lenta formação da Terra com o resumo da criação? Que relação deve ser posta entre o mito de um perfeito Adão, gerado pela divina sapiência, e a concepção de uma humanidade primitiva que vive no temor e na barbaria, que emerge lentamente para a fala e a construção de instrumentos?" (idem, p. 91).

Um dos recursos utilizados nesse processo de afirmação da idéia de evolução como progresso seria o de valorização da **experiência** humana e a difusão da idéia de que o lento acumular-se da experiência seria a fonte do progresso do gênero humano. Formar-se humano significaria, nesse sentido, tornar-se cada vez mais experiente, formar-se no decurso de longas gerações em que a experiência plena seria inatingível, embora, a cada geração, a realidade tornar-se-ia cada vez mais perfectível.

Concebida como passagem que conduziria a humanidade a estágios cada vez mais avançados, a história seria então teorizada como campo de uma ordem e trajetória pressupostas. Segundo Paolo Rossi,

> a convicção da existência dessa ordem atuará, de formas diversas, em Condorcet, Turgot, Saint-Pierre, Comte, Spencer e, mais tarde, nos expoentes do darwinismo social, junto aos quais o progresso se configura como uma necessidade natural e a civilização é considerada uma parte da natureza. O evolucionismo assume tonalidades religiosas; a teoria da **evolução é levada a coincidir com a do progresso**; as aspirações dos homens se identificam com as da natureza (ROSSI, 2000, p.95).

A evolução humana, assim entendida, pressuporia um ideal de perfectibilidade como resultado de uma trajetória, de experiências e da evasão do tempo concebido como experiência. Traria fôlego a essa nova elaboração teórica a idéia de tempo humano como passagem de etapas e de desenvolvimento humano realizado a partir de estágios, fases, momentos singularizados com vistas ao incremento, à aquisição de complexidade e à ascensão a estágios posteriores, tidos como mais avançados. Esse ideário fundamentaria o recurso do combate à degenerescência original (a da infância, especialmente) como pressuposto de uma utopia de evolução. Regenerar a humanidade significaria, nesse sentido, conduzí-la ao distanciamento das origens... origens assumidamente bestiais, ignorantes, irracionais, instintivas e rudes.

A apropriação do ideário da degenerescência seria poderoso artefato utilizado nesse processo de elaboração da idéia de evolução humana e figuraria como mote para justificação de intervenções profissionais que promovessem o progresso previsto.

Fundamentada no pressuposto de uma “necessária” melhoria das populações, a idéia de degeneração viria corroborar o imaginário da hierarquia no Brasil entre finais do século XIX e início do século XX, cujo princípio justificaria a formulação de uma representação de superioridade de alguns grupos sociais e étnicos sobre outros. Temática já amplamente discutida, a difusão desse ideário viria a sustentar concepções a respeito da hierarquização social, compondo-se “recomendáveis” patamares de civilização.

Medir e hierarquizar corpos, raças e capacidades passou a ser prática corrente em meios acadêmicos europeus e também brasileiros, fundamentando campos científicos como a

craniometria e a antropometria. A estatística seria largamente utilizada, nesse movimento, e garantiria uma precisão tida como irrefutável às ciências do momento (GOULD, 1999, p.65). O conceito de evolução transformaria o pensamento social no decorrer do século XX e fundamentaria hipóteses acerca de um ordenamento hierárquico dos humanos.

A idéia de que "a ontogenia recapitula a filogenia" (GOULD, 1999, p.111) seria amplamente difundida nesse contexto e significava, em termos gerais, o pressuposto da recapitulação, de que todo indivíduo há de passar por estágios que corresponderiam seqüencialmente às diferentes formas adultas de seus antepassados (GOULD, 1999, p.112). Segundo Gould,

> a recapitulação está entre as idéias mais influentes da ciência do final do século XIX. Dominou diferentes campos científicos, tais como a embriologia, a morfologia comparada e a paleontologia. Todas estas disciplinas estavam obcecadas pela idéia de reconstruir as linhagens evolutivas, e todos consideravam o conceito de recapitulação como sendo a chave da questão. As fendas branquiais que podem ser vistas no embrião humano no começo de seu desenvolvimento representavam o estágio adulto de um peixe ancestral; num estágio posterior, a aparição de uma cauda revelava a existência de um antepassado réptil ou mamífero (GOULD, 1999, p.112).

Segundo essa acepção, o embrião humano passaria por **estágios** evolutivos ancestrais até atingir plena maturação biológica. Nesse sentido, todas as etapas de vida anteriores à adultez seriam assumidas como imperfeitas e inferiores, decorrendo-se disso a sua pressuposta tendência à evolução para as etapas seguintes do desenvolvimento humano pleno.

A postulação de estágios da vida humana – fundamento também de assente da psicologia[65] e da pedagogia[66] – viria corroborar o pressuposto de um certo primitivismo dos

[65] De acordo com Foucault (1991), a psicanálise nasceria, no século XIX, marcada por uma concepção de infância como tempo de patologização, associando-se neuroses de regressão a uma suposta natureza neurótica da infância. De acordo com Corazza, 2000, pode-se dizer que a equivalência do doente ao primitivo e à criança, sob a forma regressiva, dá-se pelo funcionamento ininterrupto da infantilidade, que se manifesta em situações em que os sujeitos estão fragilizados, carentes e dependentes. Essas associações entre infância e doença, infância e selvageria, segundo Foucault (1991), marcariam a psicanálise de maneira a fazer da criança o lócus da patologia do adulto.

estágios iniciais e sua necessária ascensão aos estágios mais avançados. Seria possível hierarquizar os humanos e, mesmo, as idades da vida. Mulheres seriam inferiores aos homens, mas seriam superiores às crianças.

Essas teses afirmariam um princípio rude e estúpido do gênero humano, acenando como tendência (a que a humanidade não haveria de querer fugir) a emersão a patamares mais avançados de humanização, a uma progressiva racionalização dos instintos, de uma passagem das idades tipicamente relacionadas às sensações e ao simbolismo à idade da razão e das abstrações conceituais. (ROSSI, 2000, p.93).

A recapitulação está entre as idéias mais influentes de finais do século XIX, dominando diferentes ramos científicos como a embriologia, a morfologia comparada, a paleontologia e a biologia, exercendo influência decisiva, com apropriações específicas, tanto na teoria psicanalítica quanto na eugenia. Nesse último caso, "a recapitulação fornec[eria] uma base para argumentos antropométricos – particularmente craniométricos – destinados a justificar a classificação hierárquica das raças" (GOULD, 1999, p.113).

A se assumir esses pressupostos como válidos, seria a infância, então, um tempo de selvageria – tempo a ser superado. Gould relata que muitos currículos escolares de finais do século XIX foram re-elaborados à luz dessa idéia de recapitulação. Argumentava-se, por exemplo, que as crianças, "uma vez que estavam passando pelo estágio selvagem correspondente

[66] A pedagogia, desde o século XVII, seria informada por uma concepção de infância tomada como tempo de vida povoado por problemas morais, marcada por traços biológicos e mentais a serem controlados e normatizados. Foucault (1987) chega a classificar a pedagogia de um "sistema de normas de formação", que, ao final do século XVIII, articular-se-ia diretamente com a teoria da representação (CORAZZA, 2000, p.160). De acordo com Ariès, (1981, p.139-40) a literatura pedagógica do século XVII (principalmente a literatura escrita pelos chamados moralistas) descreve a criança como débil e frágil, insistindo-se mais na fraqueza da infância do que em sua condição ilustre.

ao que haviam passado seus ancestrais" (GOULD, 1999, p.112), iriam se identificar, por exemplo, com um tal poema[67] alusivo ao *modus vivendi* de um grupo tipificado como primitivo.

Ainda segundo argumentos do determinismo biológico, a criança representaria o ancestral do adulto humano – sendo que, de acordo com princípios ditados pela idéia de degeneração, adultos de supostos grupos inferiores (negros, por exemplo) deveriam ser equivalentes a crianças de grupos supostamente superiores.

A frase "são como crianças", comumente aplicada a selvagens e mulheres "deixou de ser uma simples metáfora da intolerância para se converter em uma proposição teórica segundo a qual as pessoas inferiores haviam permanecido literalmente estagnadas em um estágio ancestral dos grupos superiores" (GOULD, 1999, p.114-115).

Partidário do darwinismo social, Herbert Spencer (1895) resumiria essa idéia: "Os traços intelectuais do selvagem... são traços que podem ser observados comumente nas crianças dos povos civilizados" (SPENCER, 1895, p. 89-90, apud GOULD, 1999, p.115).

Essa associação entre infância e selvageria seria similar à comparação entre criminosos e animais, pressuposto primordial da antropometria criminal. Cesare Lombroso, médico e idealizador da antropometria criminalística do século XIX, viria a defender a criminalidade inerente à criança: "Uma das descobertas mais importantes de minha escola é a de que, na criança, até certa idade, manifestam-se as mais sádicas tendências do criminoso. Nos primeiros períodos da vida humana observam-se normalmente os germes da delinqüência e da criminalidade". (LOMBROSO, 1895, p.56 apud GOULD, 1999, p.126).

O pressuposto de que a ontogenia recupera a filogenia foi explicitado, por exemplo, em texto publicado na revista *Arquivos de Pediatria*, em março de 1944, de autoria de

[67] *Song of Hiawatha*, Henry Wadsworth Longfellow, poema sobre indígenas norte-americanos, século XIX.

J.A.Falconi Villagómez. Intitulado "*Psicologia da criança: ontogenia e filogenia*[68]", o artigo viria a expressar, com detalhes, as concepções acima apresentadas.

O autor divide o mundo zoológico em inferior (do qual fazem parte as crianças) e em mundo superior (do qual fazem parte os adultos). Vejamos: "O lactente reproduz a mentalidade do chimpanzé, diz o biólogo Klatsch. E seu compatriota Nicolai observa que não devemos caluniar o chimpanzé. Convém, portanto, colocá-lo num ponto eqüidistante entre o mundo zoológico inferior e o superior, do qual fazemos parte, os adultos. (VILLAGÓMES, 1944, p.200).

O mesmo autor viria a apresentar a defesa de que a evolução da humanidade teria obedecido ao pressuposto da recapitulação, em que, diga-se, evolução figuraria como sinônimo de progresso de um primitivismo à civilização:

> Durante os primeiros anos da vida, a criança reproduz ontogeneticamente as mesmas fases da filogenia, isto é, aquelas que a humanidade atravessou, desde o início. (...) Comporta-se como troglodita, construindo fossos na areia e evocando a época das cavernas. Dedica-se aos trabalhos agrícolas com prazer, à caça e à pesca, ocupações das raças primitivas. Faz o comércio de troca de objetos, característicos dos povos da antiguidade. Brinca de guerra, que é a fase inicial da civilização, ou o retrocesso à barbaria (VILLAGÓMES, 1944, p.201).

Nessa acepção, a criança somente poderia ser qualificada como humana quando passasse a andar de maneira bípede: "É sabido que durante os primeiros meses anda de gatinhas, reproduzindo a idade geológica em que andamos sobre quatro patas e só ao cabo de um ano começa a andar ereto, adotando a atitude definitiva. A de bípede implume, como Sócrates qualificou o homem" (VILLAGÓMES, 1944, p.201).

De acordo com a perspectiva de que a antogenia recupera a filogenia, apresenta o autor quanto haveria de paralelismo entre o "desenvolvimento da sociedade[69] e a evolução da criança". Em linhas gerais, o quadro de paralelismo é o que se segue:

---

[68] Artigo originalmente publicado em "*Pediatria en las Américas*", tomo I, caderno I, México, 1943.
[69] Tido como desenvolvimento de uma suposta barbárie à chamada civilização, tomada como superior.

> A primeira etapa é a pré-social; a dos antropomorfos. Vida sensorial e dos instintos. A criança caminha sobre quatro extremidades. Tem vida parasitária e reconhece o matriarcado.
> O segundo período reproduz a vida tribal, com a autoridade do Chefe de família e o caudilho da tribo. É a fase da civilização em que surge o império romano. O pai faz o papel de imperador.
> A terceira fase é revolucionária. O desconhecimento do princípio de autoridade e a emancipação da tutela paterna. Proclamação dos Direitos do Homem. É poça em que, com discursos e com bombas, aspiram-se grandes reformas sociais. Fundam-se sociedades secretas de estudantes. Clubes de jacobinos, de carbonários e máfias. O adolescente é um ser convencional, freqüentemente um anarquista. É a fase conhecida em psicologia com o nome de irracional.
> A quarta fase é a do crescimento e da super-ação. O indivíduo deixou de ser um adolescente e pensa com madureza. É a época do equilíbrio e da medida. Se possui temperamento artístico, o homem será um construtor. É a época em que é chamado de reacionário pelas gerações mais jovens, que ainda não adquiriram azas, como Ariel, para emancipar-se dos grosseiros materialismos do mundo. É quando deixam de ser utópicos em matéria política ou doutrinária, condensando-se num ideal cada vez mais nobre, colocando-se ao serviço da ciência ou da ordem social constituída, convertendo-se em verdadeiros propulsores do progresso e bem estar da humanidade (VILLAGÓMES, 1944, p.210).

Na acepção acima apresentada, a infância é compreendida como momento de selvageria e barbárie, associada ao matriarcado, nesse caso, tido também como primitivo e condição a ser superada. Na segunda fase, a ascensão do império romano é tida como condição de superação do matriarcado e, também, de ingresso na civilização. A terceira fase, classificada de revolucionária, é tida também por irracional, “devendo” ser superada para que o progresso e o bem estar da humanidade se instaure. A última fase, como se vê, é o momento de lucidez, de equilíbrio, de progresso pleno e de alcance do ápice da evolução humana – destino de todos no percurso da vida.

Essa narrativa, expressa como percurso a ser seguido pela humanidade para a sua evolução, viria a corroborar a representação da infância como ser irracional e movido apenas por instintos, assemelhando-se aos animais. No mesmo artigo, evidente e sintomaticamente, o pediatra seria comparado ao veterinário:

> Os pediatras conhecem o medo das crianças. Às vezes trata-se de um temor justificável, pois resulta da lembrança de injeções aplicadas anteriormente ou de remédios desagradáveis. Mas, noutras ocasiões, não se pode invocar essa explicação. É a mesma coisa nosso aparecimento na primeira vez e nas vezes consecutivas. O medo é o mesmo, quer a sujeitemos a exames desagradáveis ou a tratamentos dolorosos. Quer nos apresentemos de roupa civil ou de avental. A criança reage de forma negativa. De cada cem crianças, talvez apenas cinco por cento se deixam examinar sem reclamar. O resto só se deixa examinar de má vontade, protestando violentamente. Não apenas gritos estridentes, mas também gestos de defesa e mesmo mordidelas. É com o se fossem clientes de um **veterinário** (VILLAGÓMES, 1944, p.203, grifos meus).

Comparada a animais, a criança seria, não raro, representada como desvalida:

> uma vez chegado ao mundo, é o mais desvalido dos seres, pois o pinto, logo depois de romper a casca do ovo, é capaz de procurar alimento, enquanto a criança permanece, durante vários meses, como um parasito, vivendo à custa de sua mãe. Começou como um ecto-parasito e continua como um exo-parasito. Cresce, pois, como um cipó ou planta trepadeira, à custa de sua mãe. Observem como as índias do planalto peruano levam os filhos carregados às costas (VILLAGÓMES, 1944, p.200).

É a criança comparada, ainda no mesmo artigo, ao “esquizofrênico” (idem, p.202 e 208) ao “mitômano” (idem, p.204), ao “poeta” (idem, p.206) e aos “bárbaros e índios americanos” (idem, p.208). Não faltam, nessas representações, alusões ao suposto simbolismo infantil, à irracionalidade primitiva do período da infância e ao seu atraso “naturalmente” posto, contra o que o curso da evolução biológica se encarregaria de lutar.

A passagem do tempo (tida como evolução progressiva) e o recurso ao uso da racionalidade funcionariam, no interior dessa elaboração, como elementos de superação da “estupefata barbárie dos brutos primitivos” (ROSSI, 2000, p.92).

Nesse sentido, pode-se dizer que “a imagem da criança que cresce até se tornar adulta” passou a parecer uma metáfora natural para o esclarecimento e, na verdade, para a própria civilização (NEIMAN, 2003, p.350), em que se insere a pediatria.

3.2. Evolução como passagem progressiva do simples ao complexo

"Não se pode começar precipitando um leão numa sopa primordial." Assim Stephen Jay Gould apresenta o princípio biológico de que a vida na Terra começou de fato e necessariamente a partir de uma mínima complexidade. Contudo tenha se iniciado com mínima complexidade, argumenta o mesmo autor que a vida na Terra teria desenvolvido movimentos descontínuos e irregulares de complexificação e variabilidade.

Comumente nos deparamos com uma imagem dos processos de complexificação biológica narrados como um ímpeto dirigido, uma evolução que pressupõe determinado ápice como finalidade. O processo evolutivo, assim suposto, seria causa de um movimento direcionado de ampliação da complexidade, que teria na humanidade a finalidade e resultado último de uma tendência direcional pressuposta. (GOULD, 2001, p.231-240).

Ao propor uma revisão da compreensão dos mecanismos e processos evolutivos, Gould contribui para desnaturalizar a idéia de sentido implícito e planejado da evolução da vida: " O arrogante progresso da vida é realmente um movimento aleatório que se afasta de começos simples, não um ímpeto dirigido para a complexidade, inerentemente vantajosa"(GOULD, 2001, p.237).

Assim compreendida, a evolução não seria presumivelmente planejada, mas seria o resultado do movimento "de" um determinado lugar (que, no mais das vezes coincide com menor complexidade, mas nem sempre) e não, como se supunha comumente, um movimento "para" um determinado e pré-indicado fim.

Dessa forma, a vida na Terra pode ser avaliada e compreendida não como um processo que, visto em retrospectiva, teria resultado exatamente no aparecimento da humanidade

tal como ocorreu, mas seria, antes, o desdobramento de uma expansão não planejada, marcada pelos princípios da aleatoriedade, diversidade, variabilidade e imprevisibilidade.

"Os seres humanos estão aqui por um lance de sorte, não por causa da inevitabilidade da direção da vida ou do mecanismo evolutivo" (GOULD, 2001, p.240). Dessa forma, Gould ressalta a ausência de uma tendência dirigida para a complexidade na história da vida e de uma suposta superioridade biológica e evolutiva dos humanos sobre o restante das formas de vida.

A antiga representação estereotipada do processo evolutivo pressupunha a compreensão de que ao "tornar-se complexo" um organismo vivo teria concretizado uma profecia, uma tendência pré-determinada dos mecanismos naturais da vida.

A eleição das idéias de crescimento e desenvolvimento como singularidades da infância seria realizada em conformidade com a concepção de que a passagem da infância à adultez seria, naturalmente, a execução de um percurso predeterminado rumo ao aumento de complexidade e, portanto, à concretização da escalada de uma condição inferior a outra, superior.

Ao associar desenvolvimento da infância ao aumento da complexidade biológica e das potencialidades psíquicas, não estaria também a pediatria marcada pela fundamentação de que a evolução humana implicaria, necessariamente e somente por essa via, a realização da profecia de "tornar-se consciente, adulto, racional, forte, robusto e produtivo"?

Os manuais de formação médica em pediatria têm como característica marcante iniciar a abordagem trazendo conceituações acerca do desenvolvimento e do crescimento humanos, numa clara alusão à idéia de que a criança é, potencial e naturalmente, predisposta a um processo linear rumo ao aumento da complexidade e ao incremento de sua organização biológica. "Esse longo período de crescimento iniciado com a fecundação e formação do ovo, continua com o nascimento e ultima-se aos 25 anos" (ALBAGLI, 1942, p.289).

Como decorrências de processos naturais e predefinidos, crescimento e desenvolvimento humanos não cumpririam mais do que uma predisposição intrínseca a todos os seres vivos, sendo apresentados, pelo médico, com peculiaridades de todo e qualquer ser vivente: "O crescimento e o desenvolvimento constituem características peculiares a todos os seres vivos" (1942, p.285).

A pediatria viria a diferenciar crescimento de desenvolvimento, assim comumente concebidas na literatura médica de início do século XX: "Os termos crescimento e desenvolvimento apesar de usualmente empregados com o mesmo sentido, distinguem-se por referir-se o primeiro ao incremento global do organismo e o segundo ao aumento de complexidade pela diferenciação dos diferentes órgãos e sistemas" (ALBAGLI[70], 1942, p. 285). Tornar-se adulto significaria, nessa acepção, ascender à complexidade biológica anunciada, cumprindo-se a teleologia etária descrita pela representação civilizatória em curso.

O crescimento, segundo Albagli, compreende: "todas as transformações de natureza morfológica ou psicológica que se verificam desde a formação do ovo até a estrutura do homem adulto de **desenvolvimento completo**" (1942, p.285, grifos meus). Explica o médico que

> em sentido restrito, crescimento significa aumento da massa de um organismo vivo, entretanto, em sentido mais amplo, engloba todos os processos, traduzidos pelo aumento de volume dos elementos existentes (hipertrofia) assim como pela adição de novos elementos (neo-formação ou hiperplasia), acrescidos da diferenciação celular, em virtude da qual elementos indiferentes sem especificidade histológica ou funcional se convertem em elementos específicos (ALBAGLI, 1942, p.285).

Todos sabemos que de fato há modificações na passagem da infância à adultez. Contudo, a pediatria (e não necessariamente e somente a pediatria) viria a eleger uma

[70] Assistente da Universidade do Brasil e médico da Policlínica de Botafogo - 1942.

representação ideal para essa passagem, em que as modificações comumente seriam descritas como harmônicas para o que seria convencionado como “crescimento normal”.

A pediatria formularia uma série de formas explicativas para esse percurso, não raro descrito e representado imageticamente como processo harmonioso, simétrico (vide figura 1) e ascendente, de maneira que gradual e proporcionalmente um corpo infantil viria a se tornar um corpo adulto, completamente desenvolvido. Essa representação incorpora acepção de que o processo de desenvolvimento tem na adultez não a conseqüência, mas, antes, a realização de um plano considerado normal para o desenvolvimento, plano pressuposto como mais completo e, por isso, superior.

Na pediatria é possível percebermos a eleição de parâmetros de simetria do crescimento associados à descrição/representação de uma linha progressiva de aumento de complexidade biológica.

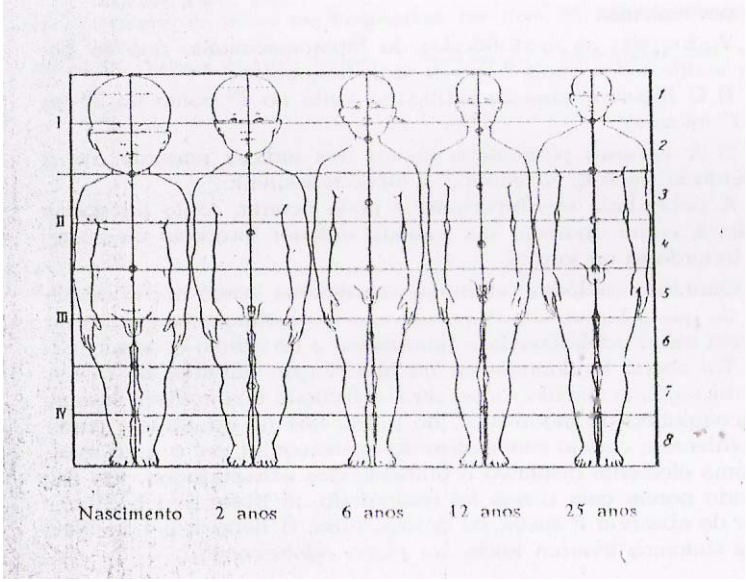


Figura 1– “Crescimento normal”. In: ALBAGLI. Crescimento normal e patológico. *Arquivos de Pediatria*, maio 1942, p. 300.

3.3. Pensamento evolutivo e difusão de ícones canônicos sobre crescimento infantil

É muito comum o uso social de ícones canônicos[71] sobre a evolução como uma linha ascendente de transformações direcionadas e previsíveis. Essas transformações são comumente concebidas como movimento de progresso em que ocorreria, no caso da evolução humana, uma transformação da anatomia e da fisionomia humana numa dada e previsível seqüência. Essa imagem fundamenta-se numa idéia de evolução gradativa e teleológica dos processos da vida humana. "A concepção errônea mais grave e insinuante da evolução é a que equaciona o conceito com a noção de progresso, em geral inerente e previsível, que conduz ao pináculo da humanidade" (GOULD, 1997, p.39).

Tida como uma história de progresso contínuo, a evolução foi (e ainda é) veiculada através de imagens que perpetuam uma representação canonizada que, muitas vezes, não pode ser verificada em transformações biológicas e históricas[72].

Assim,

> A falsa equação entre evolução e progresso reflete uma tendência sócio-cultural e não uma conclusão biológica, não sendo necessária grande acuidade para localizar a fonte primária dessa tendência no desejo humano de nos vermos como o ponto alto da história da vida, governantes da terra por direito e destino biológico. Esse equívoco básico na concepção da evolução é fortemente estimulado por um dos mais difundidos ícones canônicos associados a um conceito científico: a marcha ou escada do progresso evolucionário (GOULD, 1997, p.40).

[71] Ícones canônicos são utilizados no texto da mesma forma que o faz Stephen Jay Gould, a saber: "imagens padrão ligadas a conceitos-chave de nossa vida social e intelectual". (GOULD, 1997, p. 38).

[72] De acordo com Stephen Jay Gould, nem a teoria evolucionista nem os registros fósseis amparam a idéia de que a seleção natural (tal como concebida por Darwin) significou um esquema global de progresso. Pode-se interpretar melhorias, mas uma cadeia histórica de adaptações locais não corporifica uma história de progresso contínuo. Os registros fósseis não confirmam uma crença, difundida como cânone, num avanço lento, gradual e seguro da humanidade e da vida na terra. (GOULD, 1997, p. 39 e GOULD, 2001, 31-50). A respeito da evolução e suas narrativas, vide, também, Lewin, 1999.

Dessa maneira, o processo evolucionário, tido com progressivo, pode ser visto como fundamento de concepções sobre como o Ocidente projetou a narrativa da evolução humana. A história da vida é representada, dessa forma, como história da vida humana, sendo o humano a concretização máxima de toda a possibilidade evolutiva já vista na história (GOULD, 1997, p. 40-47). Por isso não é ocasional o uso de “escadas” evolucionárias em narrativas e imagens canônicas de evolução, portando-se o macaco no topo e o homo-sapiens no ápice.

A seqüência evolucionária obedeceria, pois, a um rumo conhecido, indo dos dinossauros aos mamíferos e culminando na humanidade. Essa seqüência é, segundo relata Gould, também uma criação, um discurso possível sobre o processo evolucionário, por vezes representado por uma escada evolucionária. De acordo com esse cânone, os animais considerados superiores aproximar-se-iam do homem na linha de tempo. (GOULD, 1997, p.53). Assim representado, o processo evolutivo alocaria os humanos no ápice e os animais menos complexos (e, portanto, inferiores) na base de uma pirâmide evolutiva.

No que se refere à narrativa da humanização, é comum nos depararmos com representações acerca da aquisição de novos comportamentos. A infância é representada como momento a ser superado, sendo a adultez a realização máxima de um processo normal dessa evolução etária gradativa. Evidentemente essa representação é ancorada em dados biológicos, mas que não confirmam, por exemplo, que o processo seja linear e harmônico necessariamente e sempre, não havendo, nisso, nenhuma anormalidade.

Além disso, ao eleger a fase adulta como superior e como uma meta a ser alcançada, as representações canônicas de desenvolvimento e crescimento infantis terminam por veicular imagens teleológicas, em que a adultez figura como o caminho decorrente do amadurecimento e

crescimento normal da criança – um devir. A seqüência de desenvolvimento humano é tida como pressuposta – do período da infância (inferior) ao período da adultez (superior).

É sugestiva, na literatura médico-pediátrica, a elaboração de um percurso para o que seria a marcha biológica natural do ser humano normal, dividida em fases evolutivas em que evolução pressuporia progresso em direção à adultez.

Em palestra de abertura do Curso de Clínica Pediátrica Médica e Hygiene Infantil da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, o catedrático Luiz Barbosa assim descreveria o papel exercido pelo pediatra:

> No período pós-natal, quando ainda tem de cuidar dessa miniatura do organismo materno ei-lo [o pediatra] atento e empenhado em que o seu cliente, no começo da evolução que há de leva-lo a uma individualidade autônoma, **cresça sob regras bem determinadas**, que haja **proporções** entre a sua curva ponderal e a sua estatura, que o estado das fontanelas corresponda às respectivas épocas de consolidação; que os dentes de leite não transgridam a ordem cronológica do seu aparecimento, que não apareçam falhas na escala progressiva de sua inteligência e, finalmente, que a **marcha biológica desse ser humano**, nas fases de embrião, de feto, de recém-nascido, de lactente e nas duas últimas infâncias, se faça sem que quaisquer acidentes mórbidos influam nos surtos evolutivos de cada idade infantil, para que não afetem, temporária ou definitivamente, a sua saúde presente e futura. (BARBOSA, 1930, p.316).

O crescimento, nesse caso, é apresentado com marcha progressiva, sendo que caberia ao médico a garantia de evolução segundo regras bem determinadas rumo à projetada individualidade autônoma.

O mesmo ocorre com representações acerca da aquisição do hábito de andar na infância. Os primeiros passos são propalados como uma via de acesso para o ingresso infantil na humanidade, aquisição que só se daria quando a criança ficasse ereta.

Segundo indica Jacques Gélis, os primeiros passos da criança francesa eram dados simbolicamente no lugar onde repousavam os ancestrais, no cemitério, ou ainda na Igreja, durante a missa, momento de elevação (GÉLIS, 1991, p.313). Era considerado um ritual público,

que assinalava o início de autonomia da criança, tranqüilizando os pais e provando, à comunidade, a continuidade da linhagem. (GÉLIS, 1984, p.472-3 apud GÉLIS, 1991, p.329).

Não faltam, na literatura pediátrica, alusões ao primeiro passo[73] em *Livros de Bebê*, álbuns familiares, normalmente escritos por médicos para uso da família nos primeiros anos de vida do bebê, em que se pode ver o lugar reservado ao registro do primeiro passo, a situação em que ocorre e a descrição do mesmo.

> O primeiro passo é sempre o primeiro passo. (...). um dia, por mero acaso – que o acaso é o inventor das mais famosas descobertas – descobrem elas, no ar impalpável, que as suas trêmulas mãozinhas tateiam um intangível ponto, vago, indeciso, móbil, oscilante, fugitivo, mas o desejado ponto de apoio, a flexível porém consistente linha do equilíbrio – o centro de gravidade, enfim! (MANSUETO, 1925, p.63)

Vê-se a alusão ao ponto de equilíbrio para o andar ereto, sugestivamente uma referência à independência e autonomia, mas também uma comemoração do momento de inserção da criança no mundo dos adultos... mais uma referência à diferenciação entre humanos e outros primatas. Com os primeiros passos, segundo o pediatra, a criança confirmaria a sua humanidade, encenando a vitória da família e do médico contra a morte infantil, cada vez mais concebida, nesse imaginário, como "prematura[74]".

---

[73] No imaginário social é comum que vejamos recomendações como: "riscar o chão com uma faca à medida que a criança anda, para dar-lhe firmeza", outros, aconselham "que a criança ande primeiro em terra, para criar raízes", ou, ainda, que a mãe "jamais olhe para trás enquanto a criança andar, para que tenha futuro promissor".

[74] Tida muitas vezes como morte natural, a morte de crianças, ainda entre meados e finais do século XIX era representada como causa permanente das elevadas estatísticas de mortalidade dos municípios e estados brasileiros. Em 1862, por exemplo, o presidente da Junta Central de Higiene Pública, Sr. Francisco de Paula Cândido, ao relatar o movimento sanitário da cidade do Rio de Janeiro naquele mesmo ano, indicaria um número de mortos no total aproximado de 9.000 pessoas. Segundo o relatório, a infância teria sido a idade que mais sofreu. Contudo, o mesmo relatório indica causas permanentes e contingentes constantes de mortalidade, apontando, dentre essas causas permanentes, "as moléstias à que sucumbem as crianças antes de atingirem a idade de sete anos". (CANDIDO, 1863, p.3).

3.4. Crescimento infantil na perspectiva da pediatria

Ao estudar questões geracionais, Guita Gibert postula que, nas sociedades ocidentais modernas, é necessário levar-se em conta não apenas critérios biológicos. Indica que talvez nem sempre os ritmos biológicos sejam os mais determinantes fatores para demarcação de ritmos e fases de passagem da vida humana. Outras noções passaram a classificar e separar os humanos em grupos geracionais, como a definição de papéis ocupacional, a idade legal, o ingresso na escolarização, dentre outros. Segundo a autora, nas sociedades ocidentais a idade cronológica é estabelecida por um aparato cultural, um sistema de datação, independente e neutro em relação à estrutura biológica e à incorporação dos estágios de maturidade (DEBERT, 2000, p.57).

A questão geracional é estudada, nessa perspectiva, a partir da desnaturalização da idéia de “curso da vida”, tomada comumente como uma passagem indelével da infância à velhice. As sociedades ocidentais elaboraram, no último século, representações específicas a respeito da institucionalização do curso da vida, definindo critérios de maturidade, padrões para avaliação de crescimento e desenvolvimento etário e de pertencimento geracional.

O discurso médico elaborou, também, representações acerca do curso da vida, definindo padrões de percurso que difundiram idéias a respeito de uma linha que conduziria a humanidade da ingenuidade à maturidade, da precariedade à completude, da fragilidade à vitalidade, da doença à saúde. Nessa elaboração evidentemente estarão presentes as concepções biológicas já em voga a respeito do amadurecimento, do crescimento, do desenvolvimento humano. Essas concepções incorporam a pressuposição de uma linha de percurso da infância à adultez, tomada essa última como fase da vida que implicaria, necessariamente, um amadurecimento biológico, etário e geracional.

Essa construção exigiu a elaboração de um discurso sobre a infância como um momento a ser vencido, um momento a ser superado para que a adultez – pretendida – pudesse se realizar. A morte infantil figura, então, e cada vez mais, como descontinuidade desse plano de realização civilizacional... a morte infantil, considerada, pela sociedade ocidental, como uma morte “precoce”.

A mortalidade infantil deixaria de ser tratada como dado natural e passaria a ser encarada como problema e algo a ser combatido somente entre fins do século XIX e primeiras décadas do século XX. Mudanças sociais, econômicas e médicas contribuiriam para tornar a mortalidade infantil um dado estatístico que, embora esperado, poderia – e deveria ser – rechaçado. A redução da mortalidade infantil passaria a ser parâmetro de estabelecimento de políticas públicas de bem estar da criança, algo que, embora se possa pensar, aos olhos de hoje, como óbvio, não estava dado em séculos anteriores em que a mortalidade infantil (embora lastimada) não era encarada como dado sobre e contra o qual aquela sociedade pudesse fazer muita coisa.

Como já foi explicitado, até meados do século XIX, a medicina infantil era, basicamente, um derivativo da medicina de adultos, um atributo do médico obstetra ou, quando muito, do médico de doenças.

Como se vê, a medicina de crianças como especialidade médica fundar-se-á no Brasil a partir de dois fundamentos epistemológicos e práticos: o primeiro, assentado na idéia de que a mortalidade infantil, a despeito do que diziam os relatórios, as estatísticas e o imaginário social vigente, em especial no século XIX, não era dado natural e, portanto, seria possível e necessário agir – nesse caso, apropriando-se e acionando-se um conhecimento “científico, racional e sistemático”; o segundo, assente na concepção de que as crianças seriam fundamentalmente diferentes dos adultos especialmente porque sujeitos **em crescimento**.

A elaboração desse conjunto de saberes sobre o crescimento da criança (e seus corolários como a idéia de desenvolvimento e de maturação) daria à pediatria a fundamentação teórico-prática para que ela se instituísse como medicina diferenciada das demais especialidades. A infância passa a ser concebida não como um período de adultez em miniatura, mas como tempo de vida que requeria conhecimentos e práticas clínicas específicos e diferenciados.

> O corpo entretanto, é não só mais frágil na infância, do que nas épocas posteriores da vida, como também são mais extensas e delicadas as simpatias entre suas diferentes partes.
> Raras vezes um órgão sofre só; até os efeitos das moléstias locais se estendem a todo o sistema e de tal sorte desordenam o seu trabalho que muitas vezes não é fácil determinar a séde da afecção original. Ainda isto não é tudo; muitas conseqüências importantes resultam de ser o período **da infância de incessante desenvolvimento**[75].
> No adulto a estrutura do corpo é completa e suas funções são as mesmas de ontem; porém a criança aprende sucessivamente a respirar, a sentir e a pensar; e seu corpo experimenta diariamente modificações que o apropriam às novas funções, assim como diariamente cresce em força e em tamanho. (*Gazeta Médica da Bahia*, 31 out. 1868, p.68)

Ao diferenciar a criança do adulto, a pediatria nasceria como especialidade médica assentada no pressuposto da diferenciação anatômica e fisiológica e na idéia de que o organismo infantil responde diferentemente às doenças do que o organismo adulto. Vejamos o que nos diz Martagão Gesteira na *Lição de abertura de curso de clínica pediátrica médica* da Faculdade de Medicina da Bahia, em 1910:

> Mas não é somente neste modo especial de reagir do organismo infantil em face dos agentes morbigênicos, capaz de imprimir um cunho particular á patologia da primeira infância, que se alicerça a individualização da pediatria como uma especialidade bem definida no conjunto dos vários ramos em que se divide a grande árvore da medicina prática.
> Escuda-se ela ainda na existência de particularidades anátomo-fisiológicas peculiares ao organismo da criança, particularidades que devem ser bem conhecidas do profissional que se quer dedicar à prática da clínica infantil, o qual deve ter o cuidado de fugir à tendência, origem sempre fértil de graves

[75] (grifo original).

> erros profissionais, de encarar a criança do ponto de vista clínico como uma simples miniatura do adulto (GESTEIRA, 1915, p.68).

Dessa forma, a pediatria tomaria a idéia de crescimento como fundamento e a perspectiva de proteção da morte e de garantia de longevidade como promessas de um campo de saberes que pretendia se afirmar perante a sociedade. "[A idéia de] Crescimento é a quintessência da moderna pediatria[76]" (APLEY, 1965, p.633-634 apud EVANS, 2000, p.106).

Descrita como etapa da vida humana e tipificada como etapa **de crescimento**, a infância viria a ser, então, caracterizada pela pediatria a partir de suas "susceptibilidades mórbidas". Ao descrever a infância como fase singularizada da vida, a pediatria brasileira viria a fazê-lo através do detalhamento de suas "predisposições" características, tais como descreveu Martagão Gesteira, em 1915:

> De 0 a 6 meses – época atrépsica
> De 6 meses a 2 ½ anos – época evolutiva de predisposição mórbida e época diatésica
> De 5 a 7 anos – acalmia mórbida ou de transição
> De 7 a 10 anos – vitalidade normal
> De 10 a 15 anos – reumatismo cardíaco e vitalidade normal
> (GESTEIRA, 1915, p.61-62)

Martagão Gesteira salientaria a permanência de determinadas características mórbidas como essências de cada idade da vida, situando a criança na narrativa de um devir físico com susceptibilidade intrínseca à morbidez.

O médico Luiz Barbosa, em artigo sobre o "especialista de crianças" explicaria que

> o *especialista de crianças*, baseado nas noções adquiridas na Physiologia normal e pathologica das primeiras idades, acode às condições do seu desenvolvimento e das suas susceptibilidades mórbidas, amparando, por todos os meios científicos de que dispõe, a resistência frágil dos seus aparelhos e sistemas; protegendo-a com medidas de profilaxia especial que correspondam às suas incompletas e imperfeitas defesas naturais. (BARBOSA, 1930, p.316).

[76] Growth is the quintessence of modern paediatrics.

Na centralidade da ação do pediatra estaria, pois, o amparo científico à frágil, imperfeita e incompleta composição física da criança, com destaque para suas aptidões mórbidas contra o que o pediatra deveria e poderia agir [e somente ele, a se seguir esse imaginário].

Ao se debruçar sobre o tempo da infância, a pediatria assumiria a idéia de crescimento como anátema e perspectivaria uma linha utópica, cujo percurso traria à criança o rompimento com sua condição de fragilidade, de doença e de incompletude.

3.5. A definição de padrões de normalidade em medicina

A idéia de normalidade nos remete a **padrões médios** – eminentemente mensuráveis – a partir dos quais seria possível fixar características humanas. Seria, ainda, aquilo que cumpre de fato o que é esperado – "é como deve ser", considerando-se anormal tudo o que fugir de tal expectativa. A média referencia, nesse pensamento, parâmetros de normalidade, equivalendo-se a eles.

De acordo com Canguilhem,

> é normal, etimologicamente – já que norma significa esquadro – aquilo que não se inclina nem para a esquerda nem para a direita, portanto o que se conserva num justo meio-termo; daí derivam dois sentidos: é normal aquilo que é como deve ser; e é normal, no sentido mais usual da palavra, o que se encontra na maior parte dos casos de uma espécie determinada ou o que constitui a média ou o módulo de uma característica mensurável. (CANGUILHEM, 2002, p.95).

Contudo, o próprio Canguilhem apontará o equívoco de se considerar a normalidade tal como enunciada acima: "Fizemos ver o quanto esse termo [normal] é equivoco, designando ao mesmo tempo um fato e 'um valor atribuído a esse fato por aquele que fala, em virtude de um julgamento de apreciação que ele adota'(CANGUILHEM, 1999, p.95).

Para realizar tal análise, desnaturaliza a utilização acrítica de dados estatísticos para justificação absoluta de padrões de normalidade e desvio da mesma. Para enunciação desse tipo de concepção – aquela que toma o dado estatístico *per si* para justificação de normalidade – Canguilhem apresenta os argumentos de Geoffroy Saint-Hilaire que pressupõe que "qualquer desvio do tipo específico ou, em outras palavras, qualquer particularidade orgânica apresentada por um indivíduo comparado com a grande maioria dos indivíduos de sua espécie, de sua idade, de seu sexo, constitui o que se pode chamar uma anomalia" (SAINT-HILAIRE, 43, I, 30 apud CANGUILHEM, 1999, p.103). Canguilhem aponta que, assim definida, a anomalia assume feição de um conceito puramente empírico ou descritivo.

Canguilhem contribui, dessa forma, para indicação de que, no processo de estabelecimento de padrões de normalidade, comumente ocorram julgamentos e atribuição de valores. Nesse sentido, os padrões de normalidade são, em alguma medida, também padrões instituídos a partir de escolhas, julgamentos e significados considerados mais relevantes para determinados grupos e em certos contextos. Os padrões de normalidade não se assentam, tal como se supõe, apenas e simplesmente em dados e fatos mensuráveis, não sendo, portanto, neutros ou isentos de valoração subjetiva.

O processo de seleção e escolha de variáveis também pressupõe atribuição de maior ou menor valor a dados e fatos a partir dos quais os padrões de normalidade são eleitos como válidos para determinadas comunidades e são comumente eleitos como tipos ideais.

No caso da pediatria, alguns procedimentos poriam em perspectiva metas para alcance de padrões de perfeição biológica e de saúde da criança. A pediatria emergente de fins do XIX e primeiras décadas do XX viria a conhecer a eleição de padrões de normalidade de saúde, assentados em dados clínicos escolhidos como parâmetros a serem referenciados como normais. Essa perfectibilidade estaria assentada no atendimento, pela criança em situação de consulta, de

padrões de saúde, de peso e de desenvolvimento/crescimento considerados ótimos pelo profissional.

Canguilhem aponta para uma reconsideração da associação naturalmente feita entre a anomalia e a doença, supondo-se patológica qualquer forma de desvio da norma padrão estabelecida socialmente e, porque não dizer, também cientificamente. Assim, "o anormal não é patológico. Patológico implica em *pathos,* sentimento direto e concreto de sofrimento e de impotência, sentimento de vida contrariada. Mas o patológico é realmente o anormal" (107). "Em resumo, a anomalia pode transformar-se em doença mas não é, por si mesma, doença" (CANGUILHEM, 1999, p.108).

Mas, e os ideais de perfeição biológica?

> As constantes fisiológicas são, portanto, normais no sentido estatístico, que é um sentido descritivo, e no sentido terapêutico, que é um sentido normativo. Mas o que interessa é saber se é a medicina que converte – e como? – os conceitos descritivos e puramente teóricos em ideais biológicos, ou então se, recebendo da fisiologia a noção de fatos e coeficientes funcionais constantes, a medicina receberia também, e provavelmente sem que os fisiologistas o percebessem, a noção de norma no sentido normativo da palavra (CANGUILHEM, 1999, p.94).

A adoção de ideais biológicos como perspectiva da ação pediátrica viria a informar, como já foi dito, um conjunto de práticas antropométricas que, não raro, discriminavam e hierarquizavam a infância, classificada em frágil, desvalida, magra ou gorda, robusta, saudável.

E quanto ao estabelecimento de **médias** em pediatria?

Os pressupostos que nortearam a formulação de médias estatísticas para medidas humanas são advindos das pesquisas biométricas desenvolvidas por Quêtelet, formuladas no campo da fisiologia. A biometria pressupunha a possibilidade de interpretação das flutuações biológicas pelo cálculo de probabilidades. Segundo essa acepção:

> dentre um grande número de homens cuja estatura varia dentro de limites determinados, aqueles que mais se aproximam da estatura média são os mais numerosos, aqueles que mais se afastam são os menos numerosos. A esse tipo

> humano a partir do qual o desvio é tanto mais raro quanto maior for, Quêtelet dá o nome de **homem médio**[77]
> (CANGUILHEM, 1999, p. 123).

Ao estabelecer o princípio da média para medidas humanas, a biometria teria tomado a média como sinal incontestável de existência de uma regularidade, uma freqüência estatística e um suposto padrão de normalidade para todos os grupos humanos. Maurice Halbwachs, ao criticar os pressupostos de Quêtelet, iria alertar para o fato de que os fatos físicos e fisiológicos dependem não apenas de determinantes físicos e fisiológicos mas também de influências sociais. Tomando-se os princípios da biometria para pensar a longevidade, por exemplo, vê-se que a duração média da vida seria a duração da vida biologicamente normal. Contudo, feita a crítica, a duração média da vida passaria a ser concebida como a duração de vida socialmente normativa (CANGUILHEM, 1999, p.126-127).

De acordo com Caguilhem, portanto, no que se refere ao homem e a seus caracteres fisiológicos, seria necessário que se fizessem estudos detalhados sobre os diversos grupos humanos e subgrupos étnicos, éticos, religiosos, sociais e técnicos e que levassem em conta a complexidade da vida e dos gêneros sociais de vida. Seria importante que não se tomasse o homem dito normal como um homem medíocre nem tampouco como aquele cujas medidas deveriam ser postas como parâmetros de uma normalidade colocada como perspectiva. Dessa forma, o autor chama a atenção para os riscos da comparação de parâmetros de normalidade de um grupo social, étnico etc com outro grupo com herança fisiológica diferente e tradição social e cultural também variada.

Então, há que se deixar diferenciados os conceitos de média e norma, especialmente em fisiologia. Se a média ressalta uma tendência para a qual convergem os caracteres fisiológicos de um grande número de indivíduos, não se pode postular, sem dúvidas e efetivas investigações,

[77] Grifos do autor.

que o afastamento da suposta média seja indício inquestionável e definitivo de anormalidade, doença ou inferioridade.

As medidas antropométricas foram historicamente utilizadas para hierarquização social de indivíduos que, comparados a outros, foram considerados inferiores, incapazes ou degenerados.

A elaboração de médias fisiológicas teria resultado num conjunto de saberes de uma sociedade que passou a conviver com tipos ideais, modelos estéticos e de saúde e com parâmetros de normalidade a serem perseguidos.

3.6. Eugenia e cuidados com a infância

O eugenismo foi proferido no Brasil desde finais do século, e produziu adeptos e agentes sociais que levantaram a bandeira da “limpeza racial”. A produção eugenista, contudo, é complexa e heterogênea. O terreno intelectual produzido pelo eugenismo brasileiro indica uma diversidade de significados e representações veiculada pelos diferentes grupos sociais e sujeitos e/ou profissionais de medicina, planejamento social e educação, dentre outros.

No Brasil as idéias eugênicas começaram a ecoar no início do século. Em 15 de janeiro de 1918 foi fundada a *Sociedade Eugênica de São Paulo*, composta por educadores, médicos e juristas.

Os eugenistas promoveram eventos e divulgaram suas idéias e princípios, segundo nos consta, até 1945, quando houve uma redução gradativa das publicações e dos discursos favoráveis às medidas eugênicas, tais como estavam sendo propostas. A *Sociedade Eugênica* foi dirigida, até 1929, por Renato Ferraz Kehl, médico, articulador e incentivador do eugenismo na

primeira metade do século no país. Publicou inúmeras obras de caráter eugênico e esteve profundamente em contato com as principais sociedades eugênicas mundiais[78]. Em 1929 foi realizado, no Rio de Janeiro, o *Primeiro Congresso Brasileiro de Eugenia*, no qual foram discutidos os pontos fundamentais do eugenismo e das ações regeneradoras a serem tomadas.

Dentre os eugenistas mais atuantes, podemos destacar Fernando de Azevedo, Renato Kehl e Monteiro Lobato. Fernando de Azevedo esteve desde início do século discutindo os princípios da eugenia, especialmente em suas propostas para a educação física. Entre 1940 e 1945 foram lançadas, em diversas regiões do país, publicações eugênicas especiais referentes à relação estreita entre raça, saúde e planejamento social. Em 1931, a propaganda eugênica se intensificou com a fundação da Comissão Central de Eugenia, que nasceria mais preocupada com a saúde da raça do que com a do próprio indivíduo.

Fundado em 1918, o *Primeiro Instituto Brasileiro de Eugenia*, contava então com pouco mais de 10 eugenistas membros. Em 1929, por ocasião do *Primeiro Congresso Brasileiro de Eugenia*, eram mais de 140. Dos trabalhos do Instituto Brasileiro de Eugenia surgiram o *Boletim Brasileiro de Eugenia*, publicado entre 1929 e 1935 e os *Annaes de Eugenia*, resultantes dos Congressos Brasileiros de Eugenia, publicados entre 1929 e 1937.

Em 1930, Orlando Rangel Sobrinho, leitor de Francis Galton, assim definiu a eugenia: "A eugenia que, no conceito de Galton, seu fundador, visa a criação de uma raça forte, capaz de, pela sua superioridade qualitativa, vencer as mais fracas, era praticada pelos habitantes da Hellade com o rigorismo conhecido" (1930, p.44-45). Renato Ferraz Kehl, presidente da Associação Eugênica Brasileira considerou que *"o supremo escopo da eugenia consiste na multiplicação das boas heranças em detrimento das más"* (1947, p.155). Para Thiers Ribeiro,

[78] Dentre as sociedades eugênicas mais influentes, citam-se a Sociedade de Eugenia, associação inglesa fundada em 1907 e dirigida por Leonard Darwin, filho de Charles Darwin.

médico e diretor da revista Ciência Médica, *"eugenia e raça são igualmente saúde e força"* (1944, p.342).

Fazia parte dos projetos eugenistas a promoção da imigração seletiva, de combate ao alcoolismo, ao tabagismo e aos efeitos do "urbanismo" (como a prostituição e as doenças venéreas), sufocar o comunismo e o feminismo, promover a esterilização de "loucos, miseráveis, tarados, débeis e transviados" e realizar controle dos nascimentos, advindo-se, desse último, a atenção especial, no pensamento eugênico, aos casamentos.

Completaria o plano eugenista a difusão de pressupostos “científicos” para mudança de postura do brasileiro em relação aos hábitos alimentares (em que se incluíam as crianças) e, por fim, mas não de forma menos enfática, os eugenistas propunham a promoção do controle sexual de crianças e jovens, bem como a melhoria dos padrões biológicos e físicos do brasileiro. Quanto a esse último aspecto, veremos quanto foi significativa a criação dos concursos de robustez e de crianças eugenizadas no Brasil.

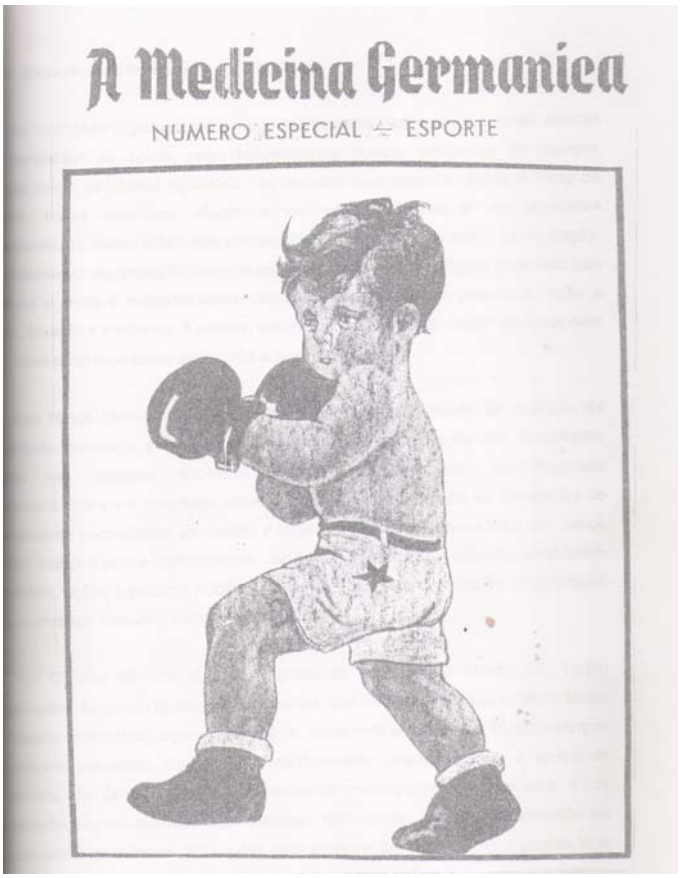


Figura 2- Ideal de robustez infantil via promoção dos esportes**.** Fonte - *A medicina germânica*, ano X, n. 5, jul 1941. (capa, número especial - esportes).

Os eugenistas difundiram, no início do século, ideais de robustecimento físico via promoção de uma educação física pautada em moldes específicos: a idéia básica era a de que a educação física masculina fortaleceria os traços de robustez e força; tornaria o corpo ágil e forte, afastando-o dos perigos do ócio, do comunismo e da fealdade[79]. Desenharia um corpo sadio e eugenizado. Isso se completaria pela promoção da educação física feminina, que transmitiria à prole aptidões físicas desejáveis, tornaria as mães mais saudáveis e robustas, promotoras de filhos belos e fortes.

Nesta mesma linha, eugenistas sugeriam à classe médica posturas perante os indivíduos inaptos e inferiores: a esterilização e/ou o confinamento em instituições psiquiátricas. O médico Gustavo Riedel, eugenista e titular da Academia Nacional de Medicina, apontava os benefícios dessas medidas

[79] Para reflexão a respeito, vide PEREIRA, 1999.

> Si para alguns a castração dos epilépticos, idiotas, criminosos, sifilíticos, tuberculosos, etc., é a forma mais elegante de interdição, outros protestarão apoiados na curabilidade ou hereditariedade negativa dessas doenças. Felizmente no Parlamento Nacional o movimento esboçado na exigência do certificado prenupcial, representa o primeiro esforço da eugenia humana organizada. (1929, p.306)

Outros médicos foram mais diretos, como o diretor do periódico *Ciência médica*, órgão médico de intercâmbio:

> Nosso sentimentalismo ainda não nos permitiu pensar na esterilização, como recurso de defesa e proteção à nacionalidade. Esta palavra já soa aos nossos ouvidos num sentido claro de chamada, porque o Estado Nacional tanto sentiu a importância de seu significado que criou o Dia da Raça. O momento é propício para pensarmos nestes processos enérgicos de proteção social, si é o próprio Governo que apoia e incentiva as leis de previdência às classes trabalhadoras do país, com as mais ousadas e modernas reformas. A União Americana já consagrou, sob a forma de lei, a esterilização em 23 estados, para os imbecis, idiotas, fracos de espírito, degenerados, psicopatas, criminosos habituais, vagabundos incorrigíveis, bêbados, toxicômanos, reincidentes, epilépticos, perversos e leprosos. Por que não abrimos caminho novo para essa questão? Eugenia e raça são dois vocábulos num só corpo, porque têm vida comum. Subsiste um apoiado pelo outro e ambos formam o tipo hígido (sic) para servir à sociedade e à pátria. (RIBEIRO, 1944, p.342)

Um dos pontos mais taxativos do programa eugenista dizia respeito ao controle dos casamentos. Aos médicos preocupavam os chamados casamentos disgênicos, ou seja, casamentos dos quais surgiriam crianças indesejáveis, inferiores, etc. Essa preocupação gerou uma série de intervenções dos eugenistas em prol da idéia de controle dos matrimônios pelos médicos.

A intervenção básica seria a de impedimento dos casamentos de indivíduos considerados insanos, como os "loucos, tarados, transviados e extremistas". Todo esse ideário foi oficializado nos anos 40, quando da publicação do Decreto-Lei 3.200, de 19 de abril de 1941, que dispunha sobre a organização e proteção à família[80]. Dentre outras questões, o Decreto-Lei

[80] Paralelamente ao processo de definição de uma política da Juventude no Estado Novo, travava-se, entre o Ministro da Justiça Francisco Campos e o Ministro da Educação e Saúde Gustavo Capanema, uma outra disputa, ligada à

regulamentou os casamentos entre colaterais do terceiro grau, desde que atestassem sanidade. Além disso, estipulava mútuos para casamento. O artigo 8 é elucidativo:

> art. 8 . ficam autorizados os institutos e caixas de previdência, assim como as caixas econômicas federais, a conceder, respectivamente, a seus associados, ou a trabalhadores de qualquer categoria de idade inferior a trinta anos e residente na localidade em que tenham sede, mútuos para casamento, nos termos do presente artigo.
> 1º. Serão os mútuos efetuados dentro do limite fixado, para cada instituição, pelo Presidente da República.
> 2º. Para obtenção do mútuo, apresentará o requerente declaração autêntica do propósito de casamento, feita pelo outro nubente, e submeter-se-ão ambos, sem qualquer dispêndio, a exame de sanidade pelo médico ou médicos que a instituição designar.(BRASIL, 1941, p.57).

A tentativa, neste caso, era de regulamentação dos casamentos de adultos jovens prevendo-se que, em situação de nubência, eles não apresentassem nenhuma "insanidade". Os artigos seguintes discorrem sobre as cláusulas do contrato que regulamentaria o empréstimo para casamento especialmente no que se refere às formas de pagamento.

Os casais somente começariam a pagar as prestações referentes ao empréstimo, após um ano de casamento. Caso a mulher engravidasse ou já tivesse tido um filho com vida e saúde, o pagamento seria prorrogado por 24 meses. Caso o casal viesse a ter quatro filhos com saúde, o pagamento seria suspenso e a dívida seria considerada paga. O inciso 7º do artigo 8º indicava que:

> Por motivo do nascimento de cada filho do casal, mediante apresentação da certidão do respectivo registro e atestado de saúde passado por médico designado pela instituição credora, depois do trigésimo dia de vida, se fará no mútuo dedução da importância correspondente a dez por cento da importância inicialmente devida, ou redução de dez por cento da amortização mensal, como preferir o mutuário. (BRASIL, 1941, p.58)

O final do inciso 2º do parágrafo 9º, apontava que:

---

definição da política da família. Os dois processos complementam-se e se esclarecem mutuamente. Sobre a Juventude Brasileira, ver Pereira, 1999.

> (...) Verificando-se as hipóteses de nascimento ou de gravidez, conforme os termos do presente parágrafo, será a importância do mútuo sucessivamente deduzida de vinte por cento, de mais vinte por cento e de mais trinta por cento e enfim extinta, com o nascimento, com vida, do primeiro, do segundo, do terceiro e do quarto filho (BRASIL, 1941, p.59)

O Decreto-Lei 3.200 ainda previa assistência a famílias em situação de miséria, a gratuidade do casamento civil, estabelece o reconhecimento do casamento religioso como de efeito civil, regulamenta as pensões alimentícias, assegura mecanismos de reconhecimento de filhos naturais e prevê inscrição de famílias carentes em sociedades recreativas e desportivas, dentre outros. A idéia básica era de exclusão de inferiores e promoção de nascimentos desejáveis. Isso implicaria o impedimento da proliferação dos considerados inaptos e incentivo ao aumento populacional dos considerados superiores e civilizados.

A idéia da degenerescência era crucial aos eugenistas. Isso porque a eugenia justificava as diferenças entre os indivíduos, tratando uns como saudáveis e outros como degenerados. O discurso eugênico contribuía, pois, para difusão de que seria possível (e necessário) selecionar indivíduos por sua superioridade biológica e moral. Essa capacidade de organizar a diferença parece ter sido o maior atrativo da eugenia no início do século no Brasil. Os eugenistas não mediriam esforços para anunciar, classificar e combater o que consideravam taras, degenerescências, desvios e incapacidades.

Os concursos de robustez infantil e robustez escolar foram amplamente promovidos durante o período, no esteio da criação de tipos ideais que servissem de modelo para as mudanças eugênicas que os novos tempos anunciavam.

Figura 3- "Uma raça que se afirma", crianças premiadas no concurso de robustez do Paraná, em 1922. FONTE - *Revista da Semana*, Rio de Janeiro, ano XXIII, n. 16, 15/4/1922, p. 11. São Paulo, Coleção Nicolau Sevcenko. In: SEVCENKO, 1998, p.578**.**

No *Primeiro Congresso Brasileiro de Eugenia*, o médico Renato Kehl descreveu esforços nesse sentido:

> Em São Paulo teve lugar em Janeiro deste ano, o primeiro Concurso de Eugenia realizado no Brasil, quiçá nas Américas. No ano de 1926, dois ilustres engenheiros, Drs. Pereira Macambira e Heitor Freire de Carvalho, bem impressionados com ideais propagados pelos então raros eugenistas patrícios, tiveram idéia de uma subscripção (sic) popular, cujo resultado serviria para premiar três crianças brasileiras que mais se aproximassem do tipo eugênico ideal. Obtidos os fundos necessários, foram estes entregues ao Dr. Cantídio de Moura Campos, presidente da Sociedade de Medicina e Cirurgia, a fim de realizar aquele concurso em homenagem à imperatriz D. Leopoldina, cujo centenário da morte o Brasil estava comemorando. (1929, p.57)

Inaugurando uma série de eventos produtores de imagens, modelos eugênicos ideais, os concursos de tipos eugênicos marcaram a idéia de que a infância tinha que assegurar à humanidade a observância dos rigores civilizatórios. A eleição de bebês ideais garantiria a essa

medicina a promoção e difusão de padrões de saúde e beleza infantis considerados ideais e a partir dos quais deveriam as avaliações médicas se pautar.

O resultado do primeiro Concurso Eugênico indicava a orientação da iniciativa, apontando, também, para a perspectiva da competição por superioridade eugênica a que a medicina alçava o imaginário sócio-político:

> Graças aos esforços e à competência do Dr. Waldomiro de Oliveira e da comissão organizadora, encarregada do exame, seleção e classificação dos candidatos, podemos declarar que a escolha das três brasileirinhas eugenizadas correspondeu, plenamente, aos propósitos do valioso concurso, de que cabe a São Paulo a honra da primazia no nosso país, senão nas duas Américas, do Norte e do Sul. (KEHL, 1929, p.58)

Figura 4- Adenir de Carvalho, vencedora do Concurso de Eugenia, considerada a primeira brasileira eugenizada. FONTE - *Boletim de Eugenia*, ano 1, n.1, jan.1929. (Biblioteca Nacional, microfilme).

Se os Concursos de Eugenia visavam à premiação de crianças consideradas sadias, advindas de uma ascendência saudável e livre de doenças, de feiúra e da morte precoce, os concursos de robustez difundiriam ideais e cuidados com a saúde da infância. Os primeiros (eugênicos) referiam-se à hereditariedade da criança, tida, por pediatras eugenistas, como

preponderantes e determinantes na consecução de uma saúde plena. Os segundos, os concursos de robustez, por outro lado, referiam-se os cuidados com a criança após o nascimento, colocando em perspectiva o papel do médico objetivando, ao mesmo tempo, a difusão de comportamentos sociais considerados mais aconselháveis à saúde tal como concebida por essa perspectiva. Diziam respeito à difusão de padrões estéticos e fisiológicos compreendidos como ideais pelo pensamento médico do período.

Os primeiros **Concursos de Robustez Infantil** foram organizados pelo serviço de Pediatria da Policlínica do Rio de Janeiro, sob auspícios de Moncorvo Filho e sua equipe.

Relata Moncorvo Filho que "os concursos de robustez, cujo principal fim é fomentar o aleitamento materno, têm sido uma medida da mais alta relevância social. Já se realizaram no Instituto 10 concursos desse gênero" (MONCORVO FILHO, 1907, p. 783). Em 1926, O Instituto de Proteção à Infância, Rio de Janeiro, teria realizado 33 certames dessa natureza, distribuindo vários prêmios em dinheiro. Estes tipos de doações contrastavam muito com as premiações dos concursos de robustez infantil, segundo informam Veiga & Gouveia, s/d, p. 9 .

> Por exemplo, em julho de 1937, o jornal *Estado de Minas* do dia 24, registra prêmios como medalhas de ouro, copos de prata, bilhete de 200 contos, corte de casemira, riquíssimo terno drapeado de seda, finíssimo par de sapatos, riquíssimo vestido, chá para crianças participantes do evento, **produtos Nestlé**, freqüência à piscina do Clube América por um ano, além de várias lojas oferecerem brinquedos (grifos meus).

Os concursos de robustez eram realizados por ocasião do dia da criança e as considerações abaixo relativas ao dia da criança na capital mineira são bastante significativas:

> A cidade está em festa para comemorar o dia da criança. A beleza e a graça, a força, a saúde e robustez física de nossos pequenos serão passados em revista, num concurso interessante e de elevado alcance patriótico. A população que em grande e franco entusiasmo vai apreciar e aplaudir os dotes físicos de maior valia em cada concorrente há de concentrar-se para meditar na significação dessa exibição de força eugênica promissora e auspiciosa e alviçareira para o

> futuro da raça. E assim concentrada e enquanto meditar, há de ter presente na consciência o sentido dos deveres para com a infância"[81]

O próprio Moncorvo Filho relataria, em obra datada de 1926, que os concursos de robustez significavam "a emulação das mães para que elas próprias amamentassem seus filhos. O Instituto de Proteção e Assistência à Infância do Rio de Janeiro[82] nomeava um júri de médicos, exigia aa documentação necessária provando ser a genitora pobre, não ter a criança mais de um ano e haver sido alimentada exclusivamente por aquela, pelo menos até o 6.º mês" (MONCORVO FILHO, 1926, p. 156).

O Dispensário Moncorvo combinaria essa valorização da amamentação infantil com pressupostos de cunho eugenista, e faria registrar, das crianças atendidas, as suas "heranças, tanto do lado paterno quanto do lado materno" (MONCORVO FILHO, 1926, p. 179). Também informaria a pediatria praticada no Dispensário Moncorvo a idéia de Clemente Ferreira de inspeção médica[83] de estabelecimentos escolares também com finalidades eugenistas:

> A inspeção médica sistemática dos colegiais convenientemente feita, contribui, em longa escala, para incrementar as vantagens da mesma que se torna mais profícua e eficiente e melhora notavelmente a saúde física e mental dos alunos, removendo freqüentes defeitos e imperfeições orgânicas e combatendo hábitos e práticas viciosas, evitando a ação nociva da vida escolar sobre os organismos débeis ou tarados. É um elemento de revigoramento físico da raça pelo levantamento da vitalidade nas fases de formação do homem e da mulher. (FERREIRA, apud MONCORVO FILHO, 1926, p. 193).

Essa medicina viria, pois, a combater as supostas imperfeições, visando à promoção de valores como o vigor e a vitalidade, que estariam postas sob controle e vigilância médicos.

---

[81] Oscar Guimarães in Minas Gerais, 28/07/1935 apud VEIGA; GOUVEIA, s/d.

[82] Em 1917, é criado, nos mesmos moldes do Instituto do Rio de Janeiro, o Instituto de Assistência e Proteção à Infância do Rio Grande do Norte, que também promoveria, a partir de então, um Concurso de Robustez Infantil.

[83] Em 1908 Moncorvo Filho seria nomeado relator de uma comissão responsável pela elaboração de uma proposta para organização do Serviço de Inspeção Especial Médica Escolar do Distrito Federal. O texto ficaria pronto em 1909 e previa, dentre outras questões, a criação de uma Ficha Sanitária em que se registrariam, dentre outros, dados relativos a medidas antropométricas e doenças e hábitos de alimentação. (MONCORVO FILHO, 1926, p. 196-216). Criado em 1910, o Serviço seria desativado em 1915, sendo criado outro Serviço em outros moldes em 1916.

Em 1919, seria fundado o Departamento da Criança no Brasil, também por iniciativa de Moncorvo Filho. Dentre outras questões, o Departamento pretendia organizar estatísticas de nupcialidade, natalidade, morbidade e mortalidade infantis no país, orientando os serviços públicos no sentido de estabelecer "medidas urgentes e inadiáveis contra os fatores negativos do nosso progresso e da nossa civilização, máxime em relação à despopulação e às condições de robustez de nossa raça" (MONCORVO FILHO, 1926, p. 284).

A pediatria nascente seria informada por pressupostos que visavam à valorização de proles consideradas mais saudáveis, a veiculação de práticas e hábitos sociais em consonância com os padrões estéticos e fisiológicos considerados ótimos e a partir da valorização de tipos ideais de crianças, tomadas em perspectiva e alçadas à condição de modelos de saúde, robustez e superioridade eugênica.

Compreende essa literatura o movimento de estabelecimento de critérios de distinção, definindo as crianças pelo seu pertencimento social, racial e de gênero[84]. Nessa tradição médica, não era a mesma coisa ser criança pobre ou rica, negra ou branca, menina ou menino.

[84] Vide, a respeito, VEIGA;GOUVEIA, s/d.

CAPÍTULO 4 – SAÚDE E ROBUSTEZ: PADRÕES DE SAÚDE E DE BELEZA ESTÉTICA DA CRIANÇA BRASILEIRA NA PEDIATRIA

4.1. Saúde e robustez: idealizando padrões infantis de saúde e beleza

Desde os tempos de Hipócrates o aumento de peso tem sido associado à condição de saúde (*robust health*) (BROSCO, 2004, p.91). A apropriação desse pressuposto resultaria num conjunto de práticas, procedimentos e saberes específicos à medicina de crianças de finais dos oitocentos.

Afirmando a idéia de crescimento como singularidade da infância, a pediatria viria contribuirá para perspectivação da acepção de corpo infantil *qua* corpo passível de modelagem.

Passa a ser comum, no pensamento médico brasileiro de início do século XX, que elementos como **crescimento e robustez** fossem tomados como sinônimos de saúde da criança. A robustez estaria pressuposta em representações de um tipo ideal de bebê saudável, não raro um bebê muito gordo, comumente eleito, na literatura pediátrica, como símbolo de saúde e de normalidade.

Nos EUA, dados de estatura e peso de crianças começaram a ser utilizados pela medicina por volta de 1870. O fisiologista norte-americano Henry P. Bowditch, professor da Escola Médica de Harvard foi, talvez, um dos primeiros médicos norte-americanos a se interessar por quantificar peso e desenvolvimento infantis como forma de acompanhar quadros de saúde e normalidade de crianças em sua atuação como médico. Seus estudos com escolares reforçariam

estereótipos, pois, comparando peso de crianças de escolas públicas e privadas, obteria resultados mais favoráveis às últimas, como também obteria resultados melhores para crianças “nativas” do que para filhos/as de imigrantes. Por volta do mesmo período, o médico Percy Boulton acompanharia longitudinalmente o peso de crianças norte-americanas no tempo e sugeriria que medições seriais de peso poderiam ser indicativas para diagnose e prevenção de doenças, inclusive da tuberculose. O aumento de peso comprovaria, em situação de tratamento médico, a eficácia desse mesmo tratamento.

Essa prática, de acompanhamento da evolução do peso da criança, seria posteriormente largamente utilizada como rotina médica, pela eleição de padrões de crescimento e **médias**, bem como pela descrição de um sentido normal para crescimento infantil, fora do quê caberia intervenção médico-social.

A idéia de peso corporal fundamentaria percepções sociais no Brasil, sustentando a divulgação de imagens de bebês gordos tomados como saudáveis e bem nutridos. Veiculava-se, então, não somente um padrão biológico tido como natural e a ser perseguido por famílias e profissionais, mas, também, um padrão estético de beleza infantil.

A pediatria nascente elaboraria tabelas em que critérios de peso e estatura seriam primordiais, utilizadas de maneira diferente a partir do contexto de sua apropriação. No nosso caso, a apropriação de critérios de peso e estatura dar-se-ia num ambiente de alta valorização social do ideal de robustez, símbolo do que seria propalado como vitória da ação médica contra a morte infantil.

A “descoberta” do crescimento da criança como singularidade – concepção inscrita também na pedagogia e na psicologia – comporia, dessa forma, o repertório científico da pediatria nascente.

Nas primeiras décadas do século XX, estavam disponíveis, à pediatria brasileira, pelo menos quatro fórmulas para verificação e acompanhamento da saúde infantil: “tabela de índice de vitalidade, como a de Sneller, de robustez, como a de Mayet, de nutrição, como a de Von Pirquet (Petidisi) e a de superfície corporal, de Dubois” (SILVEIRA, 1941, p. 291).

Contudo, a despeito da oferta de outros critérios e fórmulas disponíveis à pediatria para apreciação da saúde e estados nutritivos, segundo relata Silveira, a relação idade-peso-estatura continuaria a merecer a preferência de pediatras na avaliação do grau de desnutrição e do estado nutritivo do lactente e da criança brasileira.

Assentada na antropometria[85], a pediatria brasileira nascente elegeria padrões de normalidade a serem recomendados e prescritos à sociedade. A antropometria difundir-se-ia, no país, nas Faculdades de Direito e Medicina[86] (tanto na Bahia quanto no Rio de Janeiro) fundamentando práticas de hierarquização e tentativas de homogeneização social.

Apoiando-se na estatística e na puerimetria e elegendo estratégias de registro, controle e reunião de dados[87] acerca da infância, a pediatria brasileira elencaria padrões de normalidade a serem assumidos como metas no atendimento de crianças, fundamentando uma determinada percepção a respeito do que viria a ser considerado parâmetro médico de saúde infantil, expresso em tabelas e gráficos.

---

[85] Tendo como parâmetro central a perspectiva de medida do homem com vistas à evidenciação de suas potencialidades ou restrições, a antropometria brasileira serviria como sustentáculo da diferenciação sócio-racial, especialmente no campo da criminalística e do planejamento urbano e médico-sanitário.

[86] Para uma análise das peculiaridades dos projetos das Faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia, em especial no que se refere à atuação médico-social fundamentado pelo conhecimento antropométrico, vide SCHWARCZ, 1995, p.189-191.

[87] A associação entre peso e saúde não é exclusiva da medicina pediátrica brasileira. Jeffrey Brosco relata, para a medicina norte-americana, essa mesma associação, usada, em finais do século XIX, como diagnóstico e prevenção de doenças como a tuberculose e a sífilis (BROSCO, 2004, p. 93).

Para o caso do lactente, essas tabelas foram organizadas, comumente, com pelo menos duas divisões: sexo (masculino e feminino) e regime alimentício (amamentação natural e regime artificial). Para o caso de não-lactentes, essas tabelas foram organizadas com freqüência a partir de critérios de sexo (masculino e feminino) e idade (variando-se, nesse caso, conforme as classificações etárias que melhor pareciam apropriadas a cada autor/instituição).

A pediatria brasileira elegeria, então, um determinado padrão de normalidade que tinha no aumento gradativo de peso o sinal preferencial de avaliação de normalidade físico-biológica.

O fato de que muitas tabelas brasileiras apresentaram índices diferentes em relação às tabelas americanas, francesas e inglesas geraria, na pediatria brasileira, uma diversidade de opiniões e posturas. Dependendo das variáveis levadas em consideração, as conclusões pediátricas poderiam ser absolutamente contrastantes, como, por exemplo, se vê abaixo: “As crianças brasileiras apresentam índice de nutrição mais elevado do que as da França. Se por acaso ainda alguém descrê da vitalidade do povo brasileiro, que compare, com as nossas, essa tabela de peso das crianças da Gália, a grande e admirável nação” (SILVEIRA, 1944, p. 295).

E, comparando-se índices apresentados por estudantes brasileiros com alemães: “No Brasil esses valores podem ser reduzidos conforme se pode verificar nas tabelas brasileiras sobre desenvolvimento estatural e ponderal da criança normal” (ALBAGLI, 1942, p. 289).

A antropometria, nesse contexto, serviria de suporte à determinação de padrões de normalidade que serviriam à pressuposição de ideais que, como já dissemos, não raro associavam a robustez ao estado perfeito de saúde infantil, mas que foram acionados conforme conveniências e concepções em jogo.

O recurso da avaliação da estatura também seria comum na pediatria do início do século, embora não tenha gerado, como o critério de peso, tabelas e fórmulas de acompanhamento "mês a mês" da evolução do desenvolvimento e do crescimento infantil. Nesse caso, o que foi mais comum, pelo menos nas primeiras décadas, foi a recomendação de que os médicos o fizessem com relação ao peso da criança e a literatura disponível nesse sentido é efetivamente mais substantiva e farta. "Os livros de puericultura e os de pediatria por mim compulsados não referem fórmulas para o cálculo da estatura mês por mês do lactente. Creio que nada existe publicado a respeito" (SILVEIRA, 1944, p. 293).

Tanto na literatura médica quanto no imaginário social brasileiro do período é recorrente a descrição de que uma criança "bem cuidada" seria aquela que, a olhos nus, melhor aparentasse saúde. Na tradução dessa mensagem, foi comum a eleição de crianças pesadas, cheias de "dobras". Em junho de 1879, Carlos Costa, publicaria, como de praxe, a *palestra do médico* no periódico "*A mãe de família*". Versando sobre nutrição infantil, a palestra aconselharia que: "Com efeito sabem V.V.E.Ex. que é fato vulgarmente conhecido que é considerada bem criada uma criança quando, tomando-se nos braços, se sente que **ela é pesada**[88]. Assim é, o leite sendo bom e portanto aproveitando, a criança adquire mais peso" (COSTA, 1879, 81, grifos meus).

Seguindo sua argumentação, Carlos Costa falaria às mães a respeito das possibilidades de acompanhamento materno da aquisição progressiva de peso de seus filhos[89] como recurso de cuidado da boa saúde: "Creio já ter dito que o recém-nascido, logo depois de vestido, sendo pesado obtém-se, termo médio, 3 kg e mais 200 e tantas gramas. Pois bem, algumas horas mais

[88] A mesma operação de acompanhamento de peso como parâmetro de nutrição foi sugerida pelo mesmo médico para aplicação às amas de leite: "o mesmo sistema de se avaliar da nutrição pelo peso poderá ser aplicado às amas. Como aumento de peso se verá que elas não têm perdido em sua nutrição e que assim são sempre boas para continuação do aleitamento" (1879, p. 82).

[8990] Edison José Correia, Médico, pediatra neonatologista, co-autor de *Medicina Ambulatorial*. Entrevista Oral, 2004.

tarde, começando regularmente o aleitamento, começa também o aumento de peso, que **irá em progressão** com o caminhar dos meses" (COSTA, 1879, p. 81-82).

O mesmo médico divulgaria na sessão *Conselhos às mães*, notas a respeito do combate a doenças e a desnutrição: "se forem fortes e robustas podem combater valentemente o inimigo, isto é, a má alimentação, e se forem fracas e doentinhas, continuarão a arrastar a sua desgraçada constituição" (COSTA, 1880, p. 66).

Padrões de beleza informavam esse ideário, que "Tinha uma imagem marcante do menino gordinho, com as chamadas 'rugas da saúde'. A perninha do menino era tão grossinha que fazia aquelas rugas. Hoje seria o contrário, rugas da futura obesidade! E essa imagem ainda é forte no inconsciente popular das mães, das avós: o gordinho era saudável". (CORREIA[90] , 2005, p.1).

A institucionalização de procedimentos de medida e pesagem de crianças foi feita pioneiramente, em maior escala, pelo Dispensário Moncorvo. O Dispensário Moncorvo organizou, desde 1904, o serviço de Puerimetria, a que Moncorvo denominaria de "serviço de pesagem e medida de crianças ou Índice de robustez da criança brasileira" (MONCORVO FILHO, 1926, p.377). Para organização de tal serviço, o Dispensário teria medido e pesado cerca de 5.000 crianças[91] entre 0 e 14 anos, tendo Carlos Arthur Moncorvo Filho inventado um aparelho especial para esse fim a que denominaria de "Puerímetro" (MONCORVO FILHO, 1926, p.157).

A respeito, diz o médico: "Depois de havermos conseguido fazer observações sobre mais de 5 mil crianças, organizamos uma tabela com as médias obtidas para a criança brasileira

[91] Em 1907, segundo relata, o Dispensário teria atendido, desde 1904, 2.000 crianças segundo critérios indicados na ficha de matrícula reproduzida na Memória.

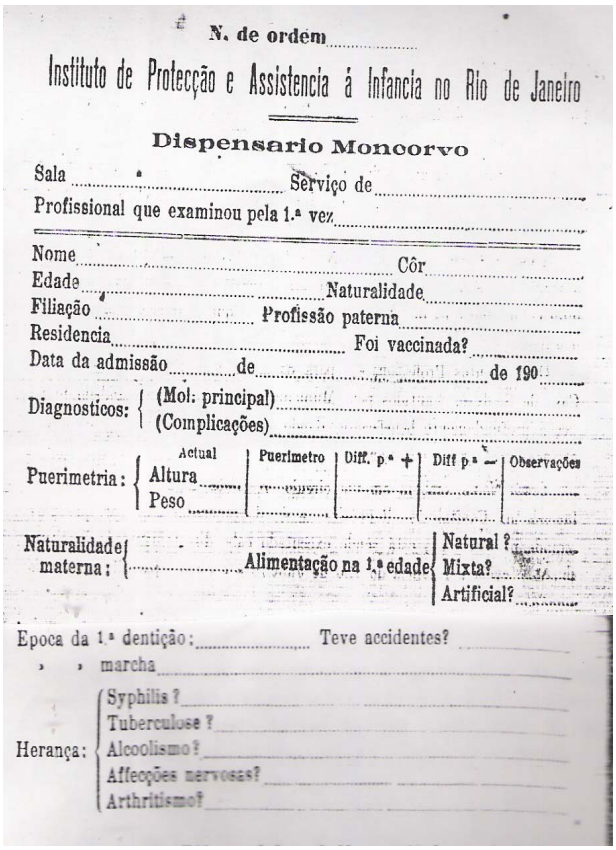
(...). prosseguindo nossas observações, chegando nós a estabelecer a divisão da Puerimetria em ‘Normal’ e ‘Patológica’” (MONCORVO FILHO, 1926, p.157).

Em 1907, em memória apresentada no VI Congresso Brasileiro de Medicina e Cirurgia, Moncorvo Filho ressaltaria os benefícios advindos da organização de um trabalho estatístico sobre a infância, especialmente a infância desvalida do país, com destaque para os benefícios para observação e estudo da pediatria. (idem, p.788).

Segundo relata, “Preocupa-nos, no atual momento, a organização de um trabalho estatístico, que pensamos, uma vez finalizados, proporcionará aos estudiosos da nossa pátria um valioso contingente para deduções muito instrutivas” (idem, p.789).

Indica que, desde 1904 o Dispensário Moncorvo já teria adotado fichas de matrícula para cada criança atendida na instituição.

Vejamos a ficha:



N. de ordem .....

Instituto de Protecção e Assistencia á Infancia no Rio de Janeiro

Dispensario Moncorvo

Sala ..... Serviço de .....

Profissional que examinou pela 1.ª vez .....

Nome ..... Côr .....

Edade ..... Naturalidade .....

Filiação ..... Profissão paterna .....

Residencia ..... Foi vaccinada? .....

Data da admissão ..... de ..... de 190 .....

Diagnosticos: (Mol. principal) .....
(Complicações) .....

Puerimetria:	Actual	Puerimetro	Diff. p.ª +	Diff p.ª −	Observações
	Altura	.....	.....	.....	.....
	Peso	.....	.....	.....	.....

Naturalidade materna: ..... Alimentação na 1.ª edade: Natural? ..... Mixta? ..... Artificial? .....

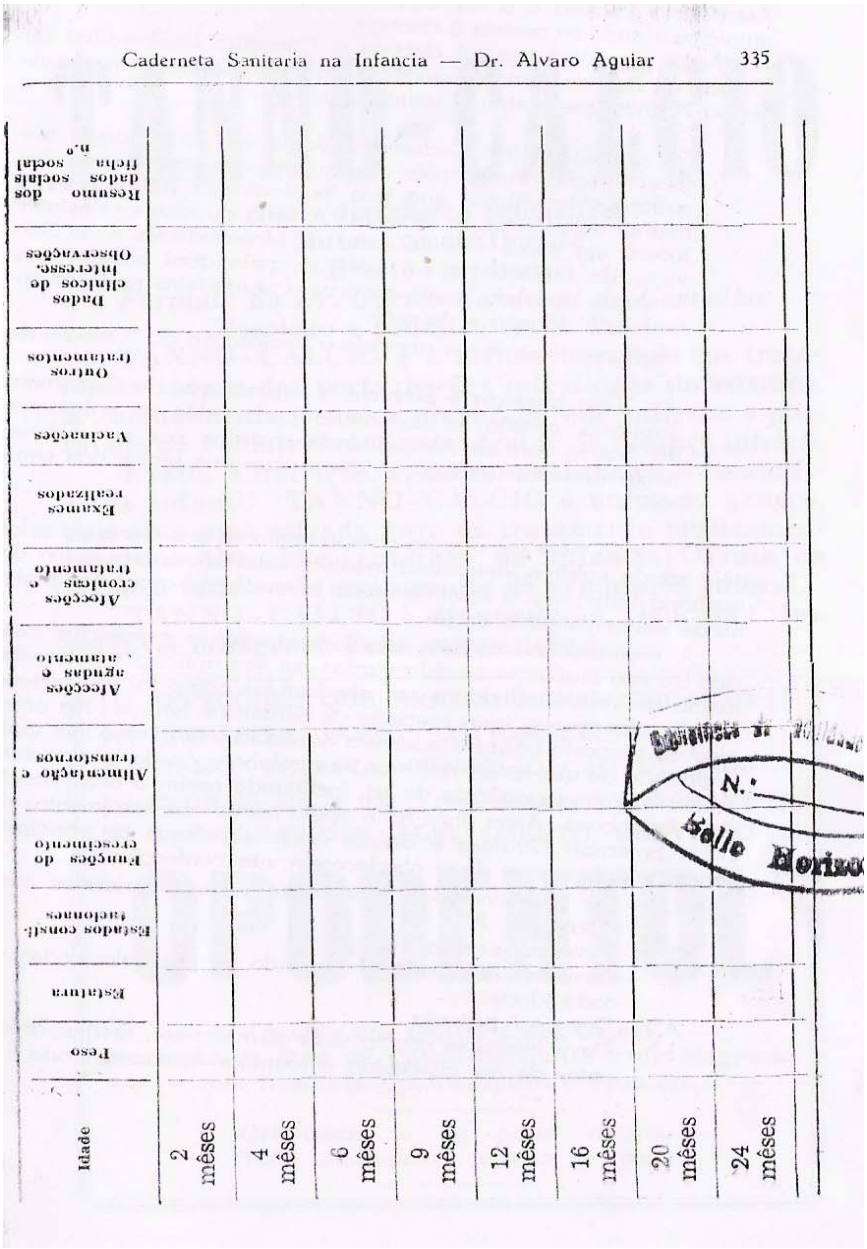
Epoca da 1.ª dentição: ..... Teve accidentes? .....
» » marcha .....

Herança: Syphilis? .....
Tuberculose? .....
Alcoolismo? .....
Affecções nervosas? .....
Arthritismo? .....

Figura 5– Ficha de matrícula – Instituto de Proteção e Assistência à Infância n Rio de Janeiro, Dispensário Moncorvo, 1907. Anaes do VI Congresso Brasileiro de Medicina e Cirurgia, 1907, p. 789-790.

Nota-se, na ficha, a indicação de dados de puerimetria, com eleição de estatura e peso da criança e com indicação de diferenciação para mais e para menos de uma dada escala de normalidade. A puerimetria (vinculada, nesse caso, ao pensamento de Quételet), assentava-se na adoção de médias normais tomadas como parâmetros de saúde perfeita. O médico, na apropriação desse saber, registraria e acompanharia as diferenciações para mais ou para menos das variações de peso e altura da criança, reunindo um conjunto de elementos suficientemente fortes, segundo esse padrão, para justificar intervenções, modificar condutas e proceder ao aconselhamento.

Essa ficha de matrícula é precursora do que mais tarde viria a se chamar “Caderneta Sanitária da Criança”, uma ficha mais completa do que a anterior, incorporando outros elementos antropométricos como “estados constitucionais” e “funções do crescimento”.

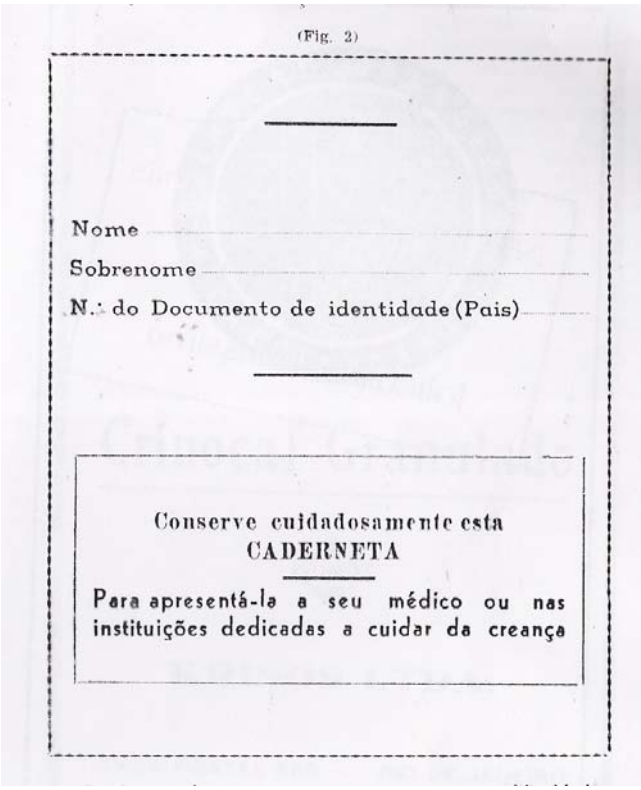


Caderneta Sanitaria na Infancia — Dr. Alvaro Aguiar 335

Idade	Peso	Estatura	Estados constit. functionaes	Funcções do crescimento	Alimentação e transtornos	Affecções agudas e ataneneio	Affecções cronicas e tratamento	Exames realizados	Vaccinações	Outros tratamentos	Dados clinicos de interesse. Observações	Resumo dos dados socials ficha n.º social
2 mêses												
4 mêses												
6 mêses												
9 mêses												
12 mêses												
16 mêses												
20 mêses												
24 mêses												

Figura 6 Caderneta Sanitária da Criança, In: AGUIAR, Álvaro. Caderneta Sanitária na Infância. *Archivos de Pediatria*, maio 1940, p. 335 (verso).

Vejamos também o verso da caderneta sanitária:


(Fig. 2)

Nome .....

Sobrenome .....

N.º do Documento de identidade (Pais) .....

Conserve cuidadosamente esta
CADERNETA

Para apresentá-la a seu médico ou nas instituições dedicadas a cuidar da creança

Figura 7– Capa da Caderneta Sanitária da Criança. In: AGUIAR, Álvaro. Caderneta Sanitária na Infância. *Archivos de Pediatria*, maio 1940, p. 333.

Alguns pediatras em atuação no período em questão tinham consciência da variabilidade de critérios a que a pediatria poderia lançar mão e da qualidade dos resultados advinda das escolhas feitas, bem como de sua maleabilidade segundo o julgamento realizado.

> Sabemos que, do julgamento, que depende exclusivamente de prática e de conhecimentos de Antropometria, podem surgir, não há dúvidas, sobre o verdadeiro estado físico dos candidatos, como também divergências no critério adotado entre uma e outra junta examinadora. Vemos, não raro, um colega ou mesmo uma junta médica julgar um candidato em boas condições físicas e ser aceito, e noutra ser julgado em más condições e ser recusado. Estas duas juntas médicas, com pareceres diversos, poderão estar certas, mas, evidentemente, não adotaram a mesma técnica na coleta dos dados ou métodos diferentes no julgamento (REIS, 1941, p.33).

Dúvidas como a anteriormente apresentadas, perturbaram os serviços de antropometria pediátrica nas primeiras décadas foi comum a perseguição de critérios únicos como forma de diminuição do impacto que a variabilidade de métodos, fórmulas e critérios para apreciação da saúde infantil causava à prática pediátrica.

Objetivando dirimir a polêmica em torno da adoção de parâmetros para avaliação da saúde de crianças ingressantes em unidades escolares públicas da Prefeitura do Distrito Federal, nos anos 40, o Serviço de antropometria do Centro de Pesquisas Educacionais do DF elegeria uma variável única para apreciação da saúde, o chamado Índice de Kaup. Incluído na Caderneta de Saúde instituída pelo Serviço de Saúde Escolar, o Índice de Kaup baseava-se na proposição de Quételét de que o peso de um indivíduo adulto normal variava na razão inversa do quadrado da sua estatura. A formula do Índice de Kaup é a seguinte: “1 Kaup – peso (em gramas) sobre estatura (em centímetros) ao quadrado”. Segundo relata o pediatra responsável pelo Serviço de Antropometria, “Kaup chegou à conclusão de que um indivíduo normalmente desenvolvido o índice deve girar em torno de 2,3” (REIS, 1941, p. 34).

As perspectivas antropométricas informaram a avaliação e seleção de candidatos a serem admitidos como novos alunos na rede pública da Prefeitura do Distrito Federal nos anos 40. Relata o autor que “O índice 1,4 é considerado o limite mínimo de normalidade física tolerável; daí para baixo são considerados em más condições de **robustez**” (REIS, 1941, p. 103, grifos meus).

4.2. Alimentação, robustez e saúde

A associação entre doença e magreza, saúde e robustez mediou o conhecimento médico durante muito tempo. Essas concepções embasaram práticas de alimentação que visavam tornar as crianças fortes, robustas e com aparência de bem nutridas.

O discurso da amamentação natural, muito embora assentado no naturalismo, foi utilizado, no século XIX, também a partir de uma retórica tributária de evidências estatísticas de que a ausência de mamadas regulares poderia ter efeitos sobre a mortalidade infantil. No século XIX, na Europa, discute-se as vantagens do aleitamento materno como garantia de melhores cuidados ao bebê, e de transmissão, pelo leite, de qualidades culturais da mãe. (ALENCASTRO, 1997, p.64).

Na Europa moderna era prática corrente a delegação dos primeiros cuidados com a criança a mães nutrizes. Flandrin chega a questionar a naturalização do sentimento de que os filhos representavam maior riqueza à família e também a segurança da descendência, sobretudo ancorado em casos de famílias que entregavam seus filhos a nutrizes, passando semanas e meses sem fazer-lhes sequer uma só visita (FLANDRIN, 1988, p. 177).

Os antigos médicos consideravam que o leite não era só o sangue da mãe, mas um sangue particularmente cozido. Quando ocorria a amamentação, todo o excesso de seu sangue era transformado em leite em vez de ser evacuado periodicamente (FLANDRIN, 1988, p.212).

Flandrin explica o surgimento social da nutriz, uma mãe de leite alugada principalmente por casais que se viam, muitas vezes, diante de uma nova gestação – o que, segundo o imaginário do século europeu XVIII, representaria um risco ao lactente, pois o leite, nessas circunstâncias, tornava-se rançoso e pouco recomendável. Outras vezes, em decorrência das recomendações por continência sexual, muitos casais viam no aluguel de nutrizes a

alternativa para fugir tanto do risco do pecado quanto dos perigos anunciados ao bebê em caso de manutenção das atividades sexuais da mãe que amamentava (FLANDRIN, 1988, p. 215).

As práticas de amamentação eram assunto polêmico da vida familiar oitocentista brasileiro. O recurso às amas de leite parecia ser bastante comum no Império e o aluguel de amas-de-leite representava uma atividade econômica importante nas cidades. (ALENCASTRO, 1997, p.63).

Negras nutrizes eram muito valorizadas, especialmente até meados do século XIX, sobretudo pela robustez e "excelência de seu leite". A partir de meados do século XIX passa a ser comum também o anúncio de amas de leite brancas, o que torna mais complexo ainda o debate sobre a amamentação mercenária no Brasil.

Os médicos promoveram mecanismos de atestação da saúde de amas de leite. Sobretudo no Rio de Janeiro, as clínicas e dispensários passaram a emitir atestado de saúde a nutrizes, muitas delas mulheres livres que se ofereciam em jornais do período para amamentar crianças recém-nascidas.

Cria-se, em 1902, no Dispensário Moncorvo, o Serviço de Atestação de amas de leite mercenárias. Entre 1902 e 1907 teriam sido atendidas cerca de 700 mulheres e, segundo relatório do Dispensário, mais de 50% foram rejeitadas.

Contudo, o que se verificaria, no Brasil, seria o combate às amas de leite – por razões morais, higiênicas e atribuídas por vezes à racionalidade na administração do leite artificial pela própria mãe. Nesse caso, a administração do leite artificial é fomentada sob argumento de que as amas de leite representavam um perigo à maternidade, um perigo à higiene e um perigo aos próprios médicos.

A amamentação artificial motivou a criação de “leites artificiais” e a difusão de mecanismos de controle das práticas sociais de alimentação do recém-nascido. Representou também uma perspectiva de inserção, no mercado nacional, de produtos ligados à nutrição infantil.

Em 1855 o médico Lazaro José Gonçalves teria feito perguntas quanto à melhor forma de amamentação da criança, em These apresentada à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro:

> Que regimen será mais conveniente para a criação dos expostos da Santa Casa da Misericórdia, atentas às nossas circunstâncias especiais, a criação em comum dentro do Hospicio ou em casas particulares?
> Na primeira hipótese, o que mais conviria: amamentá-las com o leite de amas que se podem alugar hoje, ou com o de cabra, ovelha ou vaca?
> Neste último caso, o que seria mais útil, ministra-lhes o alimento por meio de instrumentos apropriados, ou acostumar a criança a sorvê-lo imediatamente do ubre do animal? (GONÇALVES, 1855, p.34).

José Martinho da Rocha observa em “*Guia para criar o bebê*” que:

> Deuses e heróis mitológicos teriam mamado diretamente, quando pequeninos, nos úberes de muitos animais – a cabra, a côrça, a égua, a lôba, a ursa, a cadela. Personagens romanescos na Idade Média geralmente em leoas... a cabra, no século XVII, gozou de alta reputação como ‘boa e econômica ama de leite”, chegando-se a inventar um “aparelho” para suavemente contê-la. (...). púcaros, tigelas e mamadeiras de barro, de madeira, de chifre, de estanho, de prata, de folha e de porcelana, anteriores aos recipientes de vidro, já foram porém encontrados em escavações de ruínas antigas, demonstrando que o leite dos animais já vem sendo administrado aos bebês, indiretamente desde as remotíssimas épocas” (ROCHA, 1947[a], p. 113-114).

O aconselhamento quanto à alimentação infantil aparece em praticamente todos os manuais de formação do pediatra do início do século XX, além de figurar também nas obras dedicadas à família, cujo destinatário central era a mãe. Na higiene escolar, figura como alvo a alimentação da então chamada primeira infância (essa, também, uma denominação flutuante).

Contudo, na literatura médico-pediátrica, comparece, desde finais do século XIX, a indicação simultânea de que o leite materno é benéfico ao bebê, a despeito da intensa propaganda feita por produtos da nascente indústria alimentícia e a sugestão, não muito subliminar, de que os alimentos industrializados, em especial os leites modificados e farinhas, seriam ótimos substitutos do aleitamento materno[92] .

O que parece comum, nessa literatura médica e também nas propagandas veiculadas em periódicos médicos pela indústria do alimento é a alusão à robustez como parâmetro de avaliação de saúde infantil, desde a chamada medicina intra-uterina.

Como afirma o médico Guilherme de Castro:

> Estamos perfeitamente convictos, diante da nossa aturada observação do relevantíssimo valor da puericultura intra-uterina; a prática tem demonstrado que a maioria das mulheres, submetidas aos nossos cuidados e conselhos hygienicos, tem produzido filhos excessivamente robustos, e a prova disto se patenteia no facto de que alguns delles tem até figurado, como belos especimens de nutrição, nos concursos de robustez, de quando em vez promovidos pelo Instituto de Assistência à Infância do Rio de Janeiro (CASTRO, 1907, p. 501).

Entre fins do século XIX e início do século XX proliferam no Brasil os artigos médicos sobre alimentação infantil, especialmente sobre o leite.

Proliferaram também as propagandas de produtos alimentícios. Os periódicos médicos representaram ótimo canal para divulgação desses produtos, e as propagandas voltavam-se com freqüência para a interlocução com o pediatra, a quem se dirigia uma parte dos recursos

[92] .Alguns artigos apontam diferenças nutricionais entre o leite materno e outros leites e alimentos disponíveis. Torna-se freqüente a presença de médicos que comparam leites de diferentes fontes. Alguns apontam para a superioridade da gema de ovo sobre o leite de vaca e o leite materno: “Basta o confronto destas três analises para concluir-se da superioridade da gema de ovo como alimento da criança” (AQUINO, 1913: 75). No início do século XX, ventila-se a possibilidade de implantação de bactérias no estômago infantil, via ingestão do iogurte, o que, segundo se supunha, viria a combater definitivamente a ocorrência de morte por gastroenterite.

mobilizados na divulgação do produto para convencer os pediatras da eficácia do alimento, da sua atratividade e possibilidade de resolução dos problemas da infância.

No processo de criação e difusão de periódicos pediátricos no país ocorreu uma associação, por vezes auto-reforçada, entre os editores e os veículos de propaganda de produtos de uso infantil, movimento de fechamento de uma arena em que o credenciamento e a credibilidade trariam um significado especial ao produto, quando divulgado e anunciado em periódicos pediátricos. Vejamos um desses recursos:

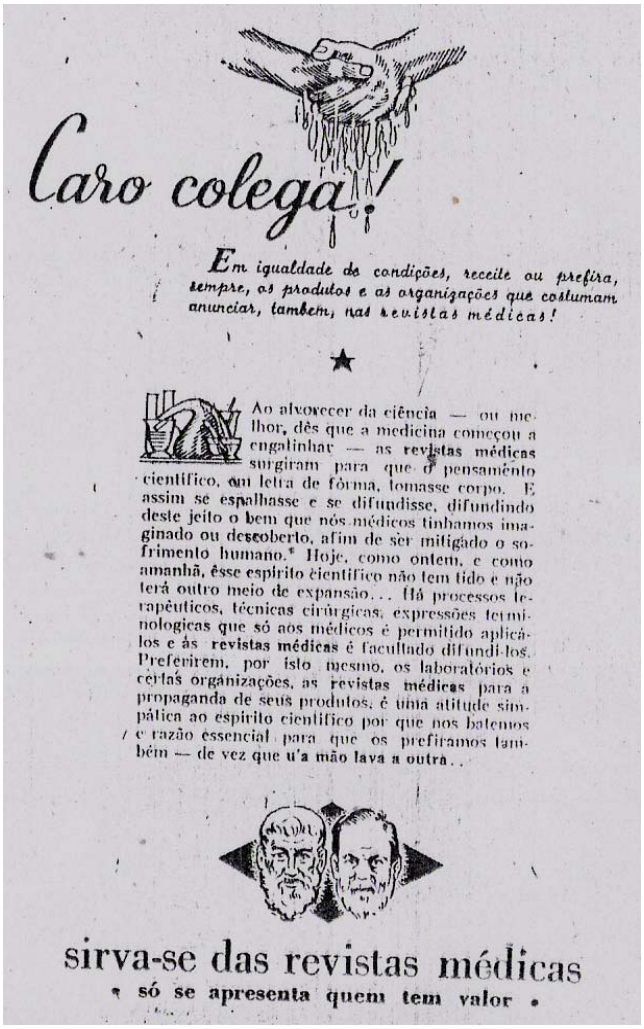


Figura 8 – Sirva-se das revistas médicas; só se apresenta quem tem valor. In: *Arquivos de Pediatria*, julho de 1944.

Pensemos no conteúdo do alerta publicado nos *Arquivos de Pediatria*, em julho de 1944. No anúncio "Sirva-se das revistas médicas", os editores da revista explicitam o conselho, aos médicos pediatras, de que fossem receitados e recomendados apenas os produtos que de fato fossem divulgados em periódicos médicos, periódicos científicos, de forma que "uma mão lavasse a outra". Além disso, também é digno de nota o fato de que, ao enunciar a expressão "só se apresenta quem tem valor", a propaganda suscita a idéia de que esse é um campo fechado e reservado aos produtos que, também pelo fato de serem anunciados em um periódico médico-pediátrico, seriam portadores de um valor, uma qualidade a ser considerada pelo profissional no momento de aconselhamento materno e de atendimento de crianças.

Há que se pensar no poder dos discursos de autoridade médico-profissional que pretendiam mediar a relação criança e mãe, apresentando o pediatra como conselheiro e responsável exclusivo pela saúde infantil, sendo esse também um dos recursos utilizados pelos profissionais para cerceamento e controle de seu universo de interação e circulação de idéias.

Nas primeiras décadas do século XX o médico pediatra figura, em propagandas veiculadas em Revistas médico-pediátricas, como conselheiro das mães, especialmente no que toca à difusão de leites e farinhas infantis. Comumente o pediatra seria descrito como profissional "de ciência".

Observe, na imagem abaixo[93], o indicativo de que "os pediatras prescrevem", com recurso de credibilidade e confiabilidade científica, o alimento a ser comercializado e consumido.

[93] Como se verá, nesse capítulo são apresentadas propagandas e folhetos coletados em maioria em periódicos pediátricos, alguns deles de circulação praticamente restrita aos pares, outros de ampla circulação. O que se observou é que o recurso à valorização da autoridade pediátrica está presente na maior parte das peças selecionadas, que operam com elementos simbólicos que compreendiam o valor que o status de autoridade científica conferia ao pediatra, concedendo-lhe poder e afirmação social em um contexto de busca de auto-afirmação.

Figura 9- -Propaganda de Creme de Arroz do Plasnon. *Arquivos de pediatria*, 1930, ano IV, fasc. 25, ano, p 30. Biblioteca da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais.

Torna-se comum a veiculação da representação que promove o pediatra à condição de sujeito “de ciência”, que autoriza e supervisiona a família (em particular a mãe) a cuidar da alimentação da criança.

Vejamos, ainda: “Os Senhores pediatras prescrevam o alimento saboroso de máxima digeribilidade, rico de vitaminas de valor completo elevadíssimo” (Creme de Arroz, In: *Arquivos de Pediatria*, out. 1930).

Ou o que se segue: “A observação de mestres em pediatria confirma a rápida recuperação do apetite e o aumento de pêso com o emprego do Gadusan supositório” (*Arquivos de Pediatria*, ago 54 – figura 13).

Nesse tipo de representação, o papel do status profissional é comumente realçado como condição para autorizar e recomendar produtos alimentícios para a infância, como também se vê em: “Dryco satisfaz todos os requisitos que deve cumprir para que a alimentação infantil traga bons resultados. Vinte e cinco anos de **uso clínico**[94] tem provado isto sem dúvida alguma” (In: *Arquivos de Pediatria*, fev. 1946).

E, ainda: “Os resultados obtidos com os leites em pó Nestlé são absolutamente seguros, o que explica a preferência a eles dispensada pela classe médica brasileira. Nestogeno, Lactogeno, Molico e Eledon representam a mais **racional e científica** série de leites em pó para a alimentação infantil” (*Jornal de pediatria*, 1939).

A propaganda de leites modificados apresentava, à classe médica, idéias a respeito dos padrões científicos da moderna nutrição infantil, difundindo, nesse sentido, fórmulas e procedimentos considerados mais adequados pelos pediatras na eleição da alimentação de crianças.

[94] Grifos meus. Note-se, além da valorização da robustez como ideal de saúde advindo da alimentação, a veiculação da alegria como atributo de uma infância saudável, bem cuidada, bem alimentada.

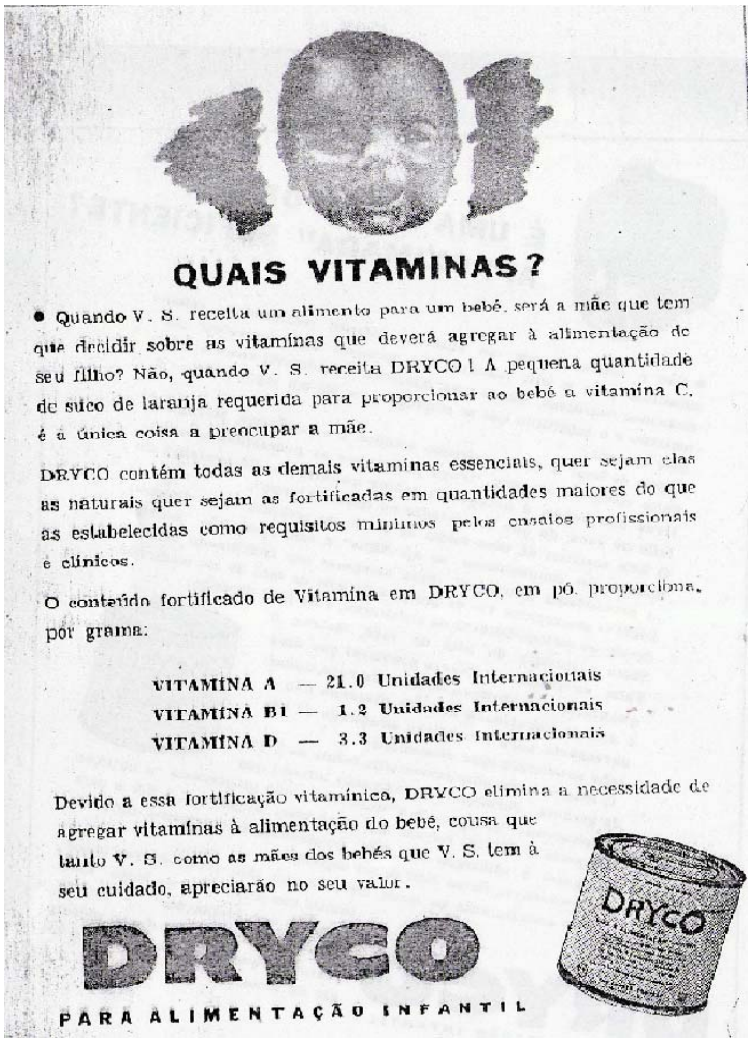


Figura 10– Propaganda de Leite Dryco para alimentação infantil. Quais vitaminas? *Arquivos de Pediatria*, out 1945, ano XVIII, vol. 18, p.16. Biblioteca da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais.

A associação entre saúde e robustez foi comumente veiculada em representações que comunicavam um ideário da valorização da criança "que engorda" como uma criança saudável. Vejamos expressões que acompanham esse tipo de propaganda: "As crianças dão-se muito bem com Klim porque Klim dá-lhes **robustez e alegria**[95]**.** Escolha o melhor leite para o seu bebê" (In: *Arquivos de Pediatria*, 1941). Ou, então: "hoje em dia, é cada vez maior o número de autoridades

médicas que concordam em que o óleo de fígado de bacalhau constitui uma valiosa ajuda para robustecer as crianças fracas e estimular o seu desenvolvimento" (Emulsão de Scott, In: *Arquivos de Pediatria*, ago 1946, grifos meus).

Vejamos algumas outras imagens de produtos alimentícios veiculadas em periódicos médicos (cremes, farinhas, leites):

Figura 11– Ingesta, Farinha Láctea Phosphatada e Vitaminada. *Pediatria Prática*, jul-ago 1929, p. 218.

Na figura 11, é significativa a sugestão de combate ao raquitismo de crianças e o indicativo de que a farinha “robustece e engorda”, dois valores eminentemente difundidos na literatura médico-pediátrica e nas práticas de promoção da saúde em curso. O rótulo indica seu emprego na nutrição artificial, contra perturbações glandulares e moléstias de carência vitamínica. Apresentado como polivitamina infantil, o alimento é veiculado como capaz de combater anemia e debilidade por conter vitaminas de amplo espectro e por promover o robustecimento da criança.

Figura 12 Creme de Arroz Colombo. *Arquivos de Pediatria*, abr. 1945, p. 33.

Outro recurso utilizado pela indústria do alimento infantil no Brasil seria o de divulgação da idéia de que o produto seria o alimento ideal para a criança, representada como criança feliz

quando alimentada. Nessa perspectiva, a abordagem volta-se comumente para a mãe, que também se torna feliz ao ter o filho bem alimentado (figura 13).

Figura 13- GADUZAN. *Revista Brasileira de História da Medicina*. Vol X, dez 1959, p. 90 (publicado originalmente em *Arquivos de pediatria*, ago 54, p. 796).

No caso do Brasil, foi também significativa a afirmação de que os leites modificados (condensados, em pó, etc) fossem tão nutritivos quanto com o leite materno. Na propaganda abaixo reproduzida, também publicada em jornal pediátrico, vê-se a difusão de uma idéia acerca

da normalidade pretendida para a criança associada à sugestão de que o leite modificado fosse substitutivo natural do leite materno. A propaganda intitula-se “A criança normal” e divulga a idéia de que a criança alimentada com o produto à venda “se desenvolve e cresce tal como com leite materno”.

Figura 14– A criança normal. SMA. *Arquivos de Pediatria*, nov. 1947, p. 64. (original avariado)

Na propaganda acima reproduzida, vê-se a alusão a que a criança normal teria desenvolvimento e crescimento, com S.M.A (produto norte americano para alimentação infantil).

tal como com leite materno. A figura apresenta tabela comparativa entre o leite materno e o S.M.A., com destaque para sua composição química, propriedades físicas e conteúdo vitamínico, apresentando-se, em descrição de cinco itens, cinco vantagens correspondentes do S.M.A. Na contra-página, a seqüência da peça de propaganda indicaria que "S.M.A. simplifica a alimentação infantil", sugerindo às mães que vissem "com que facilidade se prepara" o alimento de seu filho.

Em finais do século XIX, a Nestlé[96] veicularia propaganda[97] de seus produtos voltados para a alimentação infantil brasileira utilizando o argumento de que seria possível expurgar as amas de leite das famílias e instituições de amparo à criança, a partir daquele momento:

> A farinha Láctea e o leite condensado de Nestlé, premiados na exposição de Paris, **inutilizam hoje em dia todas as amas de leite alugadas**. Um folheto sobre a nutrição das crianças de peito acompanha cada lata desse excelente alimento. Vende-se em casa de Fillipone, à Rua do Ouvidor, 93. NB – Todas as minhas latas expedidas para o Brazil têm o rótulo em português (*A mai de família*, ano I, n.7, abril 1879, p. 41, grifos meus).

A propaganda acena claramente para que parcela do mercado o leite e a farinha Nestlé se dirigiam: ao mercado de leite humano mercenário, que será substituído de fato pela alimentação industrializada. A história da Nestlé no Brasil é exemplar nesse sentido e é digno de nota o fato de que as relações entre a Nestlé e a Sociedade Brasileira de Pediatria foram, no Brasil, bastante significativas.

O leite em pó viria povoar o imaginário das mães que, em busca do alimento ideal, substituiriam, **com aconselhamento pediátrico**, o leite materno pelo leite condensado e pelas farinhas nutricionais. Em 1947, José Martinho da Rocha divulgaria, no livro "*Como criar o*

[96] A Biblioteca Nacional realizou, entre 2002 e 2003, um levantamento exaustivo de propagandas Nestlé em periódicos brasileiros do século XIX e XX, sob guarda da Biblioteca Nacional, a pedido da Fundação Nestlé de Cultura. O resultado da pesquisa, para o século XIX, encontra-se em anexo nesse texto.
[97] Vide anexo.

bebê", o seguinte comentário: "Alimentação artificial bem dirigida por pediatra, muito embora não se compare à amamentação materna, sobreleva pelo seu valor e probabilidade de sucesso, **os riscos da ama de leite mercenária e oriunda de favelas**" (ROCHA, 1947c, p 104, grifos meus).

No caso da assistência às crianças em situação de abandono, a veiculação do uso do leite artificial facilitaria a institucionalização dos asilos de órfãos, dispensando-se a prática de uso de amas de leite e mães mercenárias muito comuns até finais do século XIX. A história do uso do leite artificial, no Brasil, também não pode ser dissociada da história da institucionalização do atendimento e enclausuramento de crianças em situação de abandono. Renato Pinto Venâncio observou que a abolição do sistema de amas externas e a adoção, por volta de 1915[98]., do leite em pó como alimento para os recém nascidos, teriam feito com que as instituições como Rodas de Expostos e congêneres pudessem funcionar como asilos de órfãos (VENÂNCIO, 1999, p.170).

Moncorvo Filho apresentaria, em Memória apresentada no Sexto Congresso Brasileiro de Medicina e Cirurgia, que as crianças em situação de orfandade "não se encontra[ria] ao desamparo e ahi [Instituto de Assistência à Infância, Dispensário Moncorvo] temos o nosso serviço de distribuição de leite, que já socorreu mais de 300 pequeninos, alimentados pelo leite pastorisado. Eleva-se o algarismo de mais de 40.000 o número de litros de leite fornecido e cujo valor monta a mais de 30 contos de reis" (MONCORVO FILHO, 1907, p. 783-784.).

A higiene de mamadeiras é também assunto que passa à pauta médica, uma motivação advinda em boa medida das formulações pastorianas em circulação na Europa e também no país.

Em 1881, Moncorvo de Figueiredo publicaria artigo no ano I da Revista *União Médica* em que apresentaria reflexão sobre o leite das mamadeiras e a importância de que o

[98] A presente pesquisa indicará data anterior a esse movimento, por volta de 1907, já com a utilização de leite pasteurizado e não, como aponta Venâncio, com a utilização de leite em pó, em 1915.

pediatra se preocupasse com essa questão. Reproduzimos abaixo todo o documento, que, pensamos, pode elucidar como o autor de posicionava perante esse assunto:

> O laboratório municipal de Paris, tendo sido consultado, há dous meses, pelo Dr. Dumensnil, relativamente ao cheiro fétido que exalam as mamadeiras empregadas para o aleitamento artificial, e as alterações por que pode passar nellas o leite, encarregou o Dr. Fauvel desse estudo e eis o que se verificou nas diversas mamadeiras levadas ao laboratório pelo Dr. Dumensnil:
> em todas elas o leite adquiriu um cheiro nauseabundo, sem que se pudesse nelle descobrir a presença do nydrogeneo sulphuretado. O leite era acido, meio coagulado; pelo exame microscópio acharam-se os glóbulos gordurosos deformados, com uma aparência pyriforme, inúmeros bactereos muito vivos e alguns raros vibriões.
> O tudo de borracha, que se serve para a inspiração, incisado em todo o seu comprimento, continha leite coalhado e os mesmos micróbios encontrados nas mamadeiras; mas, além disso e este é o ponto importante da comunicação, o exame revela na ampola que constitui o bico da mamadeira, e onde termina o tubo de borracha, a presença de uma massa mais ou menos abundante de uma vegetação cryptogâmica. Estas vegetações , semeadas no leite coalhado de um dia, em proporção considerável, células ovóides, se desenvolvendo em mycelio e cuja frutificação não conseguiu verificar o Doutor Fauvel.
> Em presença destes fatos, o Sr. Secretario da Prefeitura de Polícia reuniu os médicos inspetores do serviço das crianças de tenra idade e determinou-lhes uma visita a todos os hospícios, feitas de combinação com os químicos do laboratório municipal.
> Eis o resultado dessas visitas:
> Em 31 mamadeiras examinadas em 10 hospícios, 28 continham no bico, no tubo de borracha, e até em alguns recipientes de vidro, vegetações análogas às acima indicadas, assim como micróbios idênticos. Alguns desses aparelhos, lavados com cuidado e, portanto, aptos para o serviço, apresentavam uma grande quantidade daqueles cryptogramas.
> Cumpre notar que em dois casos achou-se pus nos tubos das mamadeiras estragadas, pus e glóbulos sangüíneos, verificando os médicos que as crianças a que elas pertenciam sofriam de erosão na cavidade bocal. Conclui-se daí que a saliva penetra nas mamadeiras e vem juntar os seus próprios fermentos aos do leite. É possível que a acidez encontrada no leite seja devido aos bacterídeos que aí se encontram, e cujos germens existem nas mamadeiras, mesmo lavadas. À custa dessa acidez é que se desenvolvem os micélios de que se falou.
> Qual seja a influencia que essas vegetações cryptogamicas e esses micróbios, coincidindo com uma alteração profunda do leite em todas essas mamadeiras, exercem no desenvolvimento de afecções intestinais, que tantas vitimas fazem entre as crianças sujeitas ao aleitamento artificial é o que por enquanto se torna

> difícil determinar, mas que experiências posteriores conseguirão provavelmente pôr a limpo. (FIGUEIREDO, 1881, p.426-427).

Moncorvo Figueiredo chamava a atenção, então, para os perigos representados pela ingestão de leite e pelo uso de mamadeiras contaminadas, essa também uma novidade com a qual o pensamento médico do período começaria a dialogar. No Projeto do Museu da criança[99], organizado pelo Dispensário do Rio de Janeiro, constam exemplares de mamadeiras consideradas cada vez mais inadequadas à alimentação infantil.

No "*Livro do bebê*", de 1925, Mansueto Bernardi, médico porto-alegrense recupera Moncorvo Filho para emitir conselhos às mães quanto ao melhor formato de mamadeira para o seu filho: "É chamada assassina a antiga mamadeira de tubo e que jamais devem ser usadas. A mamadeira quanto mais simples melhor. O próprio vidro de esterilização é o melhor e o bico nunca deve ser de borracha cinzenta, que é venenosa." (MONCORVO FILHO, Carlos. In: BERNARDI, 1925, p. 150).

Fig. 17 — Mamadeiras de vidro usadas no século passado

[99] MONCORVO FILHO, 1926.

Figura 15 – Mamadeiras condenadas entre final do século XIX e início do século XX. Muito utilizadas até o XIX, eram feitas geralmente de estanho, tinham bico que possibilitava a introdução de esponjas entre o bico e o tubo. Fonte: DE LAMARE, 1941, p. 87.

Em alguns casos verificou-se a criação de instituições inteiramente voltadas para a alimentação artificial, aquela controlável e, por isso mesmo, científica. Estavam pressupostos nesse tipo de proposição o apartamento da criança da mãe, o controle rigoroso de aumento de peso e crescimento e a avaliação da potencialidade do alimento de produzir robustez. Previa-se verificação periódica, sistemática e controlada do aumento do peso dos bebês em pupileiras, como veremos.

No fascículo 27 dos Anaes Nestlé, 1950, vê-se a divulgação de uma "Pupileira", uma instituição criada sob auspícios da Nestlé para avaliar e acompanhar meticulosamente a alimentação artificial de recém-nascidos.

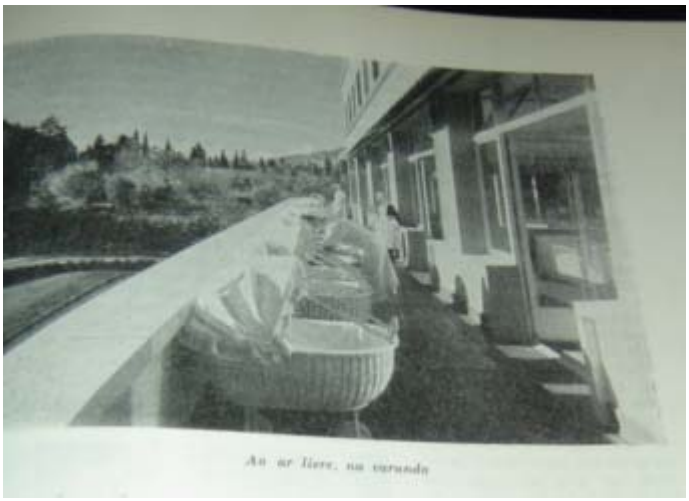


Figura 16– Pupileira, construída sob os auspícios da Nestlé, *Anais Nestlé*, fascículo 27, p. 87, 1950.

A pupileira seria um edifício de dois andares, no primeiro estariam os berços e no segundo as nurses, os banhos e o terraço de sol. As crianças seriam mantidas sob isolamento, sendo acompanhadas em seu peso, desenvolvimento, num processo que não dispensaria o uso da estatística do crescimento. Sobre os pais, destaca o autor do artigo: Foram tomadas as medidas necessárias, a fim de que os pais não propaguem infecções em seus filhos quando vão visitá-los ali, pelo que com muita freqüência devem contentar-se com vê-los através dos vidros. (*Anais Nestlé*, 1950, p.87).

Vejamos, a seguir, uma propaganda veiculada nos anos 50, nos produtos Nestlé, no Brasil, que indica em que se pauta a relação mãe-pediatra. A se tomar o discurso veiculado como válido, as recomendações pediátricas deveriam ser seguidas pela mãe, reforçando-se o lugar da confiança no poder profissional que o pediatra incorporava. É significativo, nesse caso, o recurso à autoridade médica como estratégia de veiculação de um produto voltado eminentemente à alimentação infantil. A confiança seria, então, tributada ao médico e à Nestlé, não à capacidade da mãe de cuidar de seu bebê, inclusive de amamentá-lo naturalmente.

Figura 17- Confiança, propaganda Nestlé aos trabalhadores de saúde. In: Brady; Brady, 2004, p. 14

Como se vê, a Nestlé difundia a idéia de que cuidar de crianças de maneira plena significava garantir-lhes o crescimento ideal e implicava observar criteriosa e meticulosamente o seu peso, resultando disso a proposição de criação de uma instituição que visasse a esse fim, em que a presença humana estaria interditada em benefício da garantia do ideal de máxima perfectibilidade em matéria de garantia da saúde de bebês. Não podemos avaliar em que medida esse ideário pode ter influenciado decisivamente o pensamento pediátrico do período. Mas podemos perceber que, na sua estratégia de divulgação, o pediatra é representado como mediador entre o produto e a mãe.

E sabemos, por exemplo, que pelo menos até os anos 70[100] no Brasil era comum que as mães saíssem das maternidades com folhetos de leites modificados e leites em pó, dentre eles os Leites em pó Nestlé. Essa prática, de difusão de panfletos logo no momento da saída da

[100] Vide Brady; Brady, 2004.

parturiente da instituição hospitalar, ocorreu, sabemos, com o consentimento dos médicos que, posteriormente, promoveriam a sua interdição.

Um momento crítico decisivo da relação dos médicos pediatras com a amamentação artificial ocorreria por volta dos anos 70, através da ação sistemática que envolveu uma organização pró-desenvolvimento, também membro fundador da *Baby Milk Action* e a IBFAN, *War on Want*, com sede em Londres.

Em 1974, a War on Want publicou um livro intitulado *'The Baby Killer' (O Matador de Bebês)*, trazendo à luz os métodos promocionais dos principais fabricantes de alimentos infantis. De acordo com Brady & Brady, essa ação

> introduziu o conceito do regulamento da mercadização de substitutos do leite materno. Foram vendidas vinte mil cópias. O livro da War on Want foi traduzido para o alemão por um grupo suíço chamado Arbeits-gruppe Dritte Welt (Grupo de Ação para o Terceiro Mundo). O grupo deu outro nome ao livro cuja tradução seria *A Nestlé Mata Bebês (*BRADY; BRADY, 2004, p. 17).

A Nestlé reagiria mediante um processo de difamação contra o grupo, mas no final de um julgamento de dois anos a companhia desistiu das acusações exceto a de difamação com relação ao título do livro. O Grupo de Ação para o Terceiro Mundo foi declarado culpado dessa acusação de difamação, pois a Nestlé, segundo o julgamento final, ao realizar propaganda de produtos voltados à alimentação artificial, não tinha a intenção de assassinar as crianças.

Os membros do Grupo de Ação para o Terceiro Mundo foram multados simbolicamente e as palavras do juiz para a Nestlé foram duras, indicando que a empresa deveria repensar suas práticas publicitárias nos países em desenvolvimento para que não fosse acusada no futuro de 'conduta imoral e anti ética'. (...) Em 1978, em resposta a estes movimentos, o senado americano decidiria abrir um inquérito a respeito de propaganda e promoção de fórmulas infantis

nos países em desenvolvimento, o que teria contribuído para o pedido por regulamentos de mercadização. (BRADY; BRADY, 2004, p. 17).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise da trajetória da pediatria demandou compreender as linhas gerais de formulação de um discurso para o seu percurso histórico e uma apreciação dos conhecimentos, fórmulas e pressupostos escolhidos como válidos e tidos, na maior parte das vezes, como exclusivos e como mais recomendáveis à própria pediatria.

A pesquisa permitiu verificar representações pediátricas que singularizaram a infância como tempo de vida, problematizando sua vinculação à tradição que tributa à infância uma animalidade e um primitivismo natos. Nesse esse processo algumas concepções fundamentariam a elaboração do discurso pediátrico no bojo de formulação do pensamento ocidental civilizatório, como a idéia de salvação, de cura e de modelagem do corpo infantil.

Nesse movimento fariam sentido as relações tecidas no processo de formulação de uma concepção evolucionista de infância pela pediatria, uma infância concebida como momento singularizado numa linha progressiva que conduziria à condição de adultez, tomada, nesse discurso pediátrico, como concretização de um ideal a ser perspectivado no curso da vida pela ação médica.

Na busca pela singularização da pediatria, o recurso à idéia de crescimento infantil fundamentaria um corpo de conhecimentos mediados pela medida, pela coleta e classificação de dados. Formulados no seio da acepção de que a singularidade da infância residiria no crescimento e no desenvolvimento, peculiaridades dessa faixa etária, esses conhecimentos pediátricos se alimentaram, então, de pressupostos da antropometria e da puerimetria de finais do século XIX e início do XX. Tributária dessas tradições, a pediatria se veria, pois, às voltas com rotinas

fundadas na idéia de eleição de caracteres normais e anormais a partir dos quais seria possível estabelecer médias, padrões e normas a serem perseguidos e recomendados.

A institucionalização da pediatria como especialidade colocaria em evidência uma determinada representação do pediatra como especialista diferente dos demais, portador de atributos singulares e de conhecimentos técnicos e científicos exclusivos.

O valor atribuído à robustez nesse imaginário médico-pediátrico viria a reforçar a eleição de tipos infantis ideais e a elaboração de estereótipos negativos comumente associados, nessa tradição, à degenerescência racial.

Nas primeiras décadas do século XX, a atribuição de um significado especial à robustez infantil traria o peso corporal à centralidade da ação pediátrica, expressa atenção clínica e em conselhos voltados às mães.

Os bebês modelo, considerados tipos ideais eram apresentados à sociedade como símbolos da observância rigorosa de recomendações médico-pediátricas.

A eleição da robustez infantil como referência de saúde ancorou-se na associação do tempo da infância a um momento de doença e fraqueza. Essas representações não seriam ocasionais e nem tampouco “reflexos” ingênuos e diretos das percepções sociais. O campo social em que a pediatria se institucionaliza é informado por idéias, percepções e práticas que interagem em sentidos multireferenciados. Dessa forma, compreende-se a natureza relacional de todo conhecimento (FERREIRA; BRITO, 1994, p. 139).

Segundo Bourdieu, para compreender os processos de produção do conhecimento erudito é necessário que sejam feitas reflexões a respeito das condições nas quais esses processos ocorrem e em que medida eles também são produtores de novos objetos, teorias, conhecimentos e métodos. Bourdieu contribui para compreensão de como esses processos são eivados de erros, escolhas e inseguranças (FERREIRA; BRITO, 1994, p. 139), todos eles enunciados e debatidos

num campo simbólico dado e a partir de conquistas, arbítrios e comprovações realizadas na prática científica e em determinadas condições de produção (BOURDIEU, 1988).

Como se viu, o processo de institucionalização da pediatria seria marcado pela idéia de singularidade do tempo de vida infantil e pela divulgação de que a atuação profissional do pediatra deveria ocorrer em moldes específicos – atendimento individualizado, com enfoque na manifestação mórbida, prevendo uma intervenção com vistas ao enfrentamento imediato da doença infantil sob pena de perda de eficácia no combate à ameaça de morte precoce.

Ao demarcar as singularidades da infância e, nesse sentido, suas necessidades no mundo, a pediatria o fez também movida pelo pressuposto da possibilidade desse conhecimento num mundo que se desencantara com a idéia de que a morte, não mais vivenciada como fase natural da vida, poderia ser expurgada (ARIÈS, 1982) da condição de infância pela ação de profissionais.

Nessa medida, a pediatria seria parte integrante da maquinaria da modernidade às voltas com a finitude humana. A pediatria ofereceria um aparato científico para enfrentamento da anunciada vulnerabilidade e fragilidade da infância. Nesse sentido explica-se a relevância da idéia de infância "a ser cuidada", protegida e rigorosamente acompanhada por profissionais portadores de um conhecimento "suficientemente bem fundamentado".

> De fato, o sentido de "proteção" é o primeiro sentido da palavra grega *ethos*, encontrado pelos filólogos, da qual deriva nossa palavra *ética* que na origem (i.e. durante a época homérica no VIII s. a.C.) indicava a guarita para proteger os animais contra seus predadores, passando em seguida a significar o abrigo para os humanos se protegerem contra as ameaças externas. (SCHSAMM, 2002, p.18).

A ética pediátrica, assim entendida, estaria embrionariamente articulada à idéia de proteção de uma infância-devir, anátema revificado pelos discursos e práticas da área.

O pensamento pediátrico, contudo, sofrerá alterações ao longo do século, observando-se, nesse processo, rupturas, transformações e continuidades.

No período que se segue aos anos 60 do século XX, a pediatria, como campo de formação acadêmica, seguirá perfil mais afinado com pressupostos da chamada medicina preventiva, anunciando-se como “pediatria social”.

A pediatria social então começou a ser difundida no Brasil paralelamente às propostas de reforma do ensino e da atenção médica influenciadas por movimentos de medicina integral, medicina preventiva, medicina comunitária e medicina social. “Posteriormente, nos anos 80, [a pediatria] sofreu influência da reforma sanitária e da integração docente assistencial e, mais recentemente, anos 90, da saúde coletiva”. (ZANOLLI & MERHY, 2001, p.1).

Se por um lado a pediatria do início do século estaria vinculada a conhecimentos mais afeitos à imagem da robustez e do peso corporal, em que predominariam asserções antropométricas comparativas entre grupos de indivíduos hierarquizados por seus caracteres, já em finais dos anos 60 ela viria a adotar padrões de rejeição e combate à obesidade infantil, colocando em perspectiva parâmetros antropométricos combinados (e não necessariamente hierarquizados), tomados de forma comparativa somente com o intuito de atuação preventiva e de educação para a saúde.

Ocorre uma alteração das concepções de saúde e doença. Num primeiro momento, vê-se a valorização de crianças robustas, gordas e pesadas, tomadas como referenciais e modelos de atributos e condições necessárias à saúde. Posteriormente, assiste-se à transformação desses mesmos caracteres em atributos de propensão à doença.

A pediatria conheceria, como ruptura epistemológica, a transformação de seu ideal de saúde, advindo daí uma transformação de seu conhecimento e de pressupostos que fundamentos

de seu discurso e de sua prática. Dessa forma, compreende-se a recente aproximação entre a pediatria e a puericultura, indicativo dessa transformação epistêmica.

Na formação acadêmica, os padrões de normalidade passaram a ser auferidos pela combinação de dados, sendo o aumento de peso mais um, dentre todos os dados variantes considerados válidos. Isso se deve à revisão dos pressupostos de saúde e também à revisão de condutas médicas em pediatria em que medidas como peso corporal passaram a ser acompanhadas de maneira combinada a outras variáveis, como estatura, perímetro craniano, vacinação e desenvolvimento relacional e psico-social.

Essas transformações foram acompanhadas de uma revisão mais aprofundada de valores pediátricos acerca do conceito de saúde infantil e do papel do médico. Os parâmetros para definição de anomalia, nessa perspectiva, seriam também revistos, pois na ordem biológica nem sempre o que foi considerado desviante poderia ser concebido necessariamente como patológico.

Dessa revisão fazem parte, pois, uma redefinição dos padrões de normalidade e saúde, uma reconsideração dos parâmetros de anomalia e o advento de peculiaridades profissionais. Esses movimentos parecem ser observáveis em outros campos/áreas da medicina e, mesmo, em outras áreas do conhecimento, não sendo exclusivos da pediatria.

A discussão sobre obesidade provavelmente colaboraria para revisão de padrões de saúde infantil até então considerados canônicos e amplamente difundidos tanto na literatura médica quanto em materiais voltados para formação de mães e famílias para o cuidado com crianças. Essa discussão provavelmente influenciaria a pediatria a rever padrões de normalidade e de saúde anteriormente considerados ideais, forçando-a também a abandonar o cânone da robustez e determinadas recomendações sobre ingestão de alimentos.

A polêmica em torno das relações entre as estratégias de propaganda de produtos Nestlé e o abandono histórico das práticas de amamentação natural no país pode ter contribuído, nesse sentido, para recolocar o papel do médico pediatra na sociedade. Faz parte desse processo uma apreciação (auto)crítica de práticas, saberes e pressupostos socialmente implementados por

pediatras, bem como das associações, por exemplo, entre a Nestlé e a Sociedade Brasileira de Pediatria, no caso específico do Brasil.

A pediatria começaria a se desvincular da concepção de tempo da infância como um devir, tomando a criança em perspectiva presente[102], como sujeito social. Essa alteração contribuiria para superação do paradoxo imposto pela tentativa de singularização do tempo da infância como marcadamente diferente do tempo adulto, e a concepção de infância-devir anunciada pelo saber pediátrico durante longa data. Ao assumir a infância como tempo presente, a pediatria se deparará com os desafios de uma formação e de uma prática profissional que coloque a criança na centralidade do atendimento, concebendo-a como sujeito portador de história e de vinculações afetivas e sociais.

Esse debate também será influenciado, no bojo desse movimento de revisão, pela compreensão das peculiaridades de outras faixas etárias, como a juventude e outras formas de compreensão da passagem e da vivência dos tempos de vida (como a que ocorre, por exemplo, com a medicina intra-uterina). Assim, a formação pediátrica conta com uma compreensão mais alargada das modificações etárias[103] e suas peculiaridades, vivenciando, também por isso, transformações das representações sobre a mãe, a infância, os tempos de vida, a morte, o papel do pediatra e as expressões e experiências do corpo.

A postura do médico perante a família da criança seria transformada, não mais vista como incapaz, desprovida de saberes válidos ou, ainda, como grupo social a ser controlado pelo médico.

---

[102] "A criança é o hoje, não o futuro!" (CORREIA, Edison. 2005).

[103] Até recentemente a pediatria ainda se veria às voltas com a problemática dos tempos de vida, haja vista a declaração de que "recentemente esses limites [de idade] se ampliaram e o pediatra sentiu a necessidade de estender seus cuidados ao feto e ao adolescente" (TAVARES, 2000, p. 170).

A reaproximação da pediatria com a puericultura, em especial a partir dos anos 90, imprimirá novos ares à pediatria, que assumirá perfis mais preventivos e vinculados à promoção da saúde das coletividades em que se inserem as crianças. A incorporação das ciências humanas nesse processo é significativa, contribuindo para revisão de estereótipos sociais anteriormente realçados e estigmatizados pela prática pediátrica.

As antigas tabelas e fichas pediátricas cederão lugar a Cadernetas Infantis e posteriormente ao Cartão da Criança[104], chegando à Caderneta da Criança[105] da qual foi excluída a centralidade anteriormente concedida à antropometria comparada de Quètelet (que, como vimos, aborda a criança a partir de padrões típicos ideais numa série modelo). Apresenta-se então a compreensão da condição da criança em relação a si mesma, a partir de variáveis combinadas desvestidas de perspectivas discricionárias e hierárquicas.

A despeito dessas revisões, as atuais Cadernetas ainda se organizam a partir dos parâmetros de desenvolvimento e crescimento médios da criança, tomando-se a média como parâmetro de normalidade. A prática clínica do pediatra ainda permanece bastante similar àquela de início do século XX, praticamente resumida ao atendimento em consultório, convencionalmente realizada de maneira pouco integrada a uma equipe de saúde, pautada pela perspectiva da intervenção imediata contra doenças e amparada em pressupostos da singularização da atuação do médico em relação ao conjunto maior de oferta de serviços profissionais em saúde.

No mercado de atuação profissional, os pediatras continuam a reproduzir as práticas (e concepções) assentadas em uma medicina eminentemente curativa, reduzida à prática clínica exercida em consultório, e realizada de maneira isolada, pouco reflexiva e em que ainda fazem

[104] Em que a perspectiva de faixa etária compreende o período de 0 a 7 anos.
[105] Faixa etária compreendida entre 0 e 7 anos.

muito sentido a associação entre criança e doença e a representação do pediatra como profissional capaz de conduzir a infância ao seu devir.

Portanto, apesar da ênfase, no discurso, ao direito à saúde e à determinação social no processo saúde-doença, principalmente para a população destituída, a prática pediátrica continua, em boa medida, centrada na doença infantil e no papel salvacionista do pediatra. E, nos mesmos discursos, crianças e adolescentes continuam a ser encarados como “futuros cidadãos, nossos adultos de amanhã, o futuro da nação”. (ZANOLLI & MERHY, 2001, p.14).

Zanolli e Merhy lamentam que, nas escolas médicas, as tentativas de reformulação curricular acabam sendo superficiais, muitas vezes voltando-se apenas para atendimento das demandas do mercado profissional. Embora, portanto, referenciada por saberes novos e revistos, tendo ampliado sua capacidade analítica e explicativa, revendo concepções caras, a pediatria, em sua prática, ainda continua marcada “basicamente por ações clínicas individuais”.

No mercado de oferta de superespecializações, o pediatra clínico mantém o perfil generalista, o mesmo perfil que justificaria e autonomizaria a pediatria como especialidade entre finais do século XIX e início do século XX.

Associa-se a isso o fato de que o autodidatismo não integra o perfil padrão do pediatra clínico na atualidade. Em 1991, o Comitê de Pediatria Ambulatorial da Sociedade Brasileira de Pediatria levaria a cabo uma pesquisa sobre formação pediátrica. Os dados apontaram para ¾ dos pediatras em situação de desmotivação, excesso de trabalho (SANTORO JÚNIOR, 1992, p.150) e pouco recurso ao autodidatismo como pressuposto da formação.

A prática de consultório, exercida mecanicamente e no isolamento, de forma não reflexiva e desvinculada de uma rede de saúde ou de grupos profissionais da área, contrasta com as tentativas de inserção nos currículos de formação inicial do médico de percepções mais abrangentes de saúde e da mobilidade de suas perspectivas profissionais. Em seu consultório, o

pediatra transita para além das bordas da arena de pares, inquirindo os horizontes profissionais a enfrentar as contradições e os desafios vivenciados no exercício da profissão no país.

Por fim, a pediatria permanece a pensar a morte pelo silenciamento, avessa ao enfrentamento do luto que possibilitaria promover reflexões sobre os limites de seu saber e de sua prática, talvez porque, para ela, a prática médica somente se realize como irrefutável e as crianças ainda simbolizem a esperança do mundo.

FONTES e REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

FONTES

Periódicos[106]

Anais Nestlé. Rio de Janeiro, 1948-1955.

Arquivos de pediatria. Revista mensal de clínica 1928-1950.

A mãi de família. Jornal scientífico, litterario e illustrado. Educação da infância – higiene da família. Rio de Janeiro. 1879-1888. (microfilme).

Boletins de Eugenia. Órgão da Comissão Central Brasileira de Eugenia, Rio de Janeiro, 1929 - 1935. (Microfilme).

Gazeta Médica da Bahia. 1866-1910). – consultados os primeiros 41 volumes; versão compilada por Luciana Bastianelli, publicada por uma associação de facultativos da Bahia, CD).

Jornal de pediatria.Clínica, patologia e higiene infantil. Òrgão oficial da sociedade Brasileira de Pediatria. (antigo Periódico *A Pediatria*, fundado em 1934).

Pediatria prática. Revista mensal de clínica infantil e puericultura.

União Médica. Archivo internacional de sciencias médicas, Rio de Janeiro. Publicação quinzenal. Números consultados[107]: de 15 de jan./1881 a dez/1889; jan, jul, out e dez/1890 (microfilme).

Revista Brasileira de Pediatria, Revista da Sociedade Brasileira de Pediatria. Rio de Janeiro, 1923-1940.

Theses

CASTRO, Guilherme de. *Proteção às mulheres grávidas antes e depois do parto.* Rio de Janeiro, Faculdade de Medicina, 1906-1907.

GONÇALVES, Lazaro José. *Que regime será mais conveniente para a criação dos expostos da Santa Casa da Misericordia*. Rio de Janeiro: Typ. Universal Laemmert, 1855.

[106] Indicação do período consultado.
[107] São todos os números consultados na Biblioteca Nacional.

Artigos/notícias/propagandas em periódicos

A CRIANÇA normal. *Arquivos de pediatria*, nov. 1947, ano XX, vol. 20, fasc 2, p. 64.

A ESPECIALIZAÇÃO pediátrica. *Pediatria prática*, 1929, vol II, faz V e Vi, p. 219-222.

A MEDICINA GERMÂNICA. Distrito Federal: Órgão Médico de Intercâmbio Teuto-Brasileiro, v. 10, n. 5, jul. 1941. Número especial – esporte.

AGUIAR, Álvaro. Caderneta sanitária na infância. *Archivos de pediatria*. Ano XII, vol. 12, ano 1940, fas 8, p. 331-342.

_____. Resumo histórico da evolução da pediatria no Brasil. *Jornal da Pediatria*, vol. 54, n.5, 1983, p. 256-262.

_____. História da sociedade brasileira de pediatria e de seu símbolo. www.sbp.com.br acessado em 13/02/2003.

ALBAGLI, B. Crescimento normal e patológico. *Archivos de pediatria*, ano XIV, vol. 14, fasc 8, maio 1942, p. 7-26.

AQUINO, Joaquim Thomaz . da gemma do ovo (?). *Annaes do VII Congresso Brasileiro de Medicina e Cyrurgia*. Belo Horizonte, Imprensa Oficial do Estado de Minas Gerais, 1913, secção II, p.75.

AMA de leite. *A mãi de família*. Ano 1, n.5, 1879, p. 41.

AMA de leite. *A Capital*. Out 1895.

AMORIM, João. Abastecimento higiênico do leite. In: *Annaes do Primeiro Congresso Brasileiro de Hygiene*. (1923). Rio de Janeiro, Oficinas Gráficas de Demographia Sanitária, 1926. p. 110-112.

ANAIS Nestlé. Pupileira. Faz 27, p. 87, 1950.

AQUINO, Joaquim Thomaz. Da gema do ovo. *Annaes do VII Congresso Brasileiro de Medicina e Cyrurgia*. Belo Horizonte, Imprensa Oficial do Estado de Minas Gerais, 1913, secção II, p. 75.

BARBOSA, Luiz. O especialista de crianças. *Pediatria prática*, vol. II, mar 1930, faz X, p. 311-324.

BAPTISTA, V. A especialização pediátrica. *Pediatria Prática*. Revista Mensal de clínica infantil e puericultura. Fasc V e VV; jul/ago 1929, vol II, p. 220-222.

BATISTA, Henrique. Organização da higiene infantil na cidade e no campo. In: Annaes do Primeiro Congresso Brasileiro de Hygiene (1923). Rio de Janeiro, Oficinas Gráficas de Demographia Sanitária, 1926. p. 168-170.

BRITO, Silva. Srs. Editores... *União Médica*, jan. 1888.

CASTILHO JÚNIOR. Organização da higiene infantil na cidade e no campo. In: Annaes do Primeiro Congresso Brasileiro de Hygiene (1923). Rio de Janeiro, Oficinas Gráficas de Demographia Sanitária, 1926, p. 159-164.

COSTA, Carlos. Médico especialista. *A mãi de família*, ano I, n.5, 1879, p. 41.

_____. Conselho às mães. *A mai de família*, ano II, n. 10, 1880.

CREME de arroz Colombo. *Arquivos de pediatria*, mar 1944, ano XVI, vol 16, fasc. 6, p. 38.

DRYCO. Quais vitaminas? *Arquivos de Pediatria*. Out 1945, ano XVIII. vol. 18. fasc. 1, p. 11.

DRYCO. É uma "proporção aproximada" suficiente? *Arquivos de Pediatria,* out 1945, ano XVIII. Vpç; 18. fasc. 1, p. 10.

DRYCO. O que significa a relação de 2.7 para 1? *Arquivos de pediatria*, set. 1946, ano XVIII, vol. 18, fasc. 12, p. 504.

DRYCO. Qual é a fórmula do êxito? *Arquivos de pediatria*, set. 1946, ano XVIII, vol. 18, fasc. 12, p. 505.

EMULSÃO DE SCOTT. *Arquivos de Pediatria*, ago. 1946, ano XVIII, vol 18, faz 11, p. 28.

FERREIRA, Clemente. A dieta feculenta e o regimen lacto-farinaceo nas dispepsias, gastro-enterites chronicas e na convalescença das gastro-enterites agudas infantis. *Annaes do VI Congresso Brasileiro de medicina e cyrurgia*. Typographia Brasil de Tothschild e Co. São Paulo, 1907, 797-802.

FIGUEIREDO, Moncorvo. Comunicação feita ao Congresso Médico de Sevilha, 1882; Comunicação apresentada à Academia das Sciencias de Paris, 1880, 1881 e no Congresso Internacional de Eletricidade de Paris, 1881. *União Médica,* 1883a, p. 577-578.

FIGUEIREDO, Moncorvo. Da dilatação do estômago das crianças na Policlínica geral do Rio de Janeiro. *União Médica*, jul.1883b, n.7, p. 293-302.

GADUZAN. *Revista Brasileira de História da Medicina*. Vol X, dez 1959, p. 90 (publicado originalmente em *Arquivos de pediatria*, ago 54, p. 796).

GAZETA Médica da Bahia. "Preliminares ao estudo das moléstias das creanças". 31 out 1868, n. 54, anno III. P. 68-70.

GESTEIRA, Martagão. Lição de abertura de curso de clínica pediátrica médica em 1915. *Gazeta Médica da Bahia*, vol. XLVII, agosto e set. 1915, ns, 2 e 3, pl. 57-77.

GOVAERTS, A. segunda lição de eugenia. *Boletim de Eugenia*, mar 1929, vol 1, n.3, p.3-4.

INFANTICÍDIO e ilegitimidade. *Gazeta Médica da Bahia*, n. 32, dez. 1867, p. 131 (Noticiário).

INGESTA. Farinha Láctea Phosphatada e Vitaminada. *Pediatria Prática*, jul-ago 1929, p. 218.

KEHL, Renato.Pelo aperfeiçoamento da nacionalidade. *Boletim de Eugenia*, Rio de Janeiro, ano I, n. 5, p. 1-2, maio 1929. (Microfilme).

KLIM. Superior leite em pó. Arquivos de Pediatria, 1941.

MONCORVO FILHO, Arthur. Assistência à infância no Rio de Janeiro. Memória apresentada ao VI Congresso Brasileiro de Medicina e Cirurgia. *Annaes do VI Congresso Brasileiro de Medicina e cyrurgia*. Typographia Brasil de Tothschild e Co. São Paulo, 1907, 779-796.

NESTOGENO, lactogeno, molico e eledon. *Jornal de Pediatria*, 1939, ano VI, faz 2, p. 48.

OS SENHORES pediatras prescrevem. *Arquivos de pediatria*, ano III, out 1930, fasc. 25.

PERLARGON. *Anais Nestlé*, fasc. 14, 1947.

REIS, Ubirajara. Desenvolvimento físico e nutrição dos escolares; índice de Kaup e índice de A.C.H. *Arquivos de pediatria*, dez 1941, ano XIV, vol. 14, fasc 3, p. 101-116.

RUEDA, P. El niño la historia. Conferência inaugural del XIXº Curso da Cátedra de Puericultura. *Arquivos de pediatria*, ano XX, vol. 20, jul 1948, fasc 10, p. 7-20.

SANTORO JR, Mário. A educação pediátrica continuada e o título de especialista em pediatria. *Jornal de Pediatria*, vol. 68, n.5/6, 1992.

SILVEIRA, Heitor. Formulas para avaliação da estatura e do peso do lactente. *Arquivos de pediatria*, maio 1944, ano XVI, vol 16, fasc 8, p. 289-298.

TELLES, Walter. O centenário do ensino da pediatria no Brasil. *Jornal da Pediatria*, vol. 52, fasc.3, 1982, p. 99-104.

VILLAGÓMES, Falconi. Psicologia da criança; ontogenia e filogenia. *Arquivos de pediatria*, mar 1944, ano XVI, vol 16, fasc. 6 , p. 199-210.

VINELLI, K. A creche. *A Mãi de Família*. n. III, 1881, p. 19-21.

Almanaques e Dicionários

ARNAL, Mariano. *El almanaque del lexico etimologico*. www.almanaque.com/lexico Verbete Pediatria. Acesso em 01/05/2004.

DICIONÁRIO Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930). Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz. http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br. Verbetes Escola de Cirurgia da Bahia, Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro e Escola Anatômica, Cirúrgica e médica do Rio de Janeiro. Acesso em 12/06/2004.

Leis

BRASIL. Decreto-Lei n. 3.200, 19 abr. 1941. Dispõe sobre a organização e proteção da família. Coleção das Leis, v.3, Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1941, p. 55-63.

Publicações avulsas

AZURENHA, Paulinho. O primeiro passo. In: MANSUETO, Bernardi. *O livro do bebê.* Porto Alegre: Livraria do Globo, 1925, p. 63.

CÂNDIDO, Francisco de Paula. *O movimento sanitário da cidade do Rio de Janeiro durante o ano de 1862*. relatório apresentado ao excelentíssimo senhor ministro do Império. Rio de Janeiro: Typographia Nacional, 1863. 23p.

DE LAMARE, Rinaldo. A vida do bebê. Rio de Janeiro: 1941.

DUROCHER, Maria Josephina Mathilde. Deve ou não haver parteiras? Annaes Brasilienses de Medicina. Tommo XXII, janeiro 1871a, n. 8. p. 256-271.

_____. Deve ou não haver parteiras? *Annaes Brasilienses de Medicina*. Tomo XXII, fev. 1871b, n. 9, p. 288-302 (continuação).

_____. Deve ou não haver parteiras? *Annaes Brasilienses de Medicina*. Tomo XXII, março 1871c, n. 10. p. 329-336 (continuação).

FERREIRA, Clemente. Organização da hygiene infantil na cidade e no campo. *Annaes do Primeiro Congresso Brasileiro de Hygiene*. Primeiro Congresso Brasileiro de Hygiene. (1-7 de outubro de 1923). Rio de Janeiro: Oficinas Gráficas de Demografia Sanitária, 1926. p.149-158.

FERREIRA, M. J. Organização da hygiene infantil na cidade e no campo. *Annaes do Primeiro Congresso Brasileiro de Hygiene*. Primeiro Congresso Brasileiro de Hygiene. (1-7 de outubro de 1923). Rio de Janeiro: Oficinas Gráficas de Demografia Sanitária, 1926. p. 165-167.

FIGUEIREDO, Carlos Arthur Moncorvo de. *Do exercício do ensino médico no Brazil*. Rio de Janeiro: Typographia Franco Americana, 1874. 205p.

KEHL, Renato Ferraz. *A cura do espírito*. 2º ed. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves, 1947, 167p.

LIBÂNIO, Samuel. *Relatório apresentado ao Exmo Snr. Dr. Fernando de Mello Vianna, Secretário do Interior do Estado de Minas Gerais*. Belo Horizonte: Imprensa Oficial, 1924. 337 p.

_____. Organização sanitária dos municípios. *Annaes do Primeiro Congresso Brasileiro de Hygiene*. Primeiro Congresso Brasileiro de Hygiene. (1-7 de outubro de 1923). Rio de Janeiro: Oficinas Gráficas de Demografia Sanitária, 1926. p.239-245.

MONCORVO FILHO, Arthur. *Formulário de moléstias das creanças*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1908.

_____. *História da proteção à infância no Brasil* (1500-1922). Rio de Janeiro: Paulo Pongetti, 1926.

OLIVEIRA, Melo. Pharmacia domestica. *A Mãi de família*. Rio de Janeiro, 1890.

ORLANDI, Orlando. *Teoria e prática do amor à criança*; introdução à pediatria social no Brasil. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Edutirm 1985.

REGO, José Pereira. *Formulário de moléstias de creanças*. Rio de Janeiro: Typographia de Almeida Marques, 1890.

REGO, José Pereira. Barão de Lavradio. Algumas considerações sobre as causas da mortandade de crianças no Rio de Janeiro e molestias mais frequentes nos 6 a 7 anos de vida, 1847-1848. Rio de Janeiro, 1848.

_____. *Considerações sobre algumas moléstias de crianças mais frequentes no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro, 1849.

_____. *Relatório da Presidência da Junta Central de Hygiene Pública*. Rio de Janeiro, Brasil, 1867

RIBEIRO, Thiers. Eugenia e raça. *Ciência Médica*, Rio de Janeiro, v. XII, n. 11, p.3-4, jul. 1944.

RIEDEL, Gustavo. O dispensario psychiatrico como elemento de educação eugênica. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EUGENIA, 1, 1929, Rio de Janeiro. *Actas e trabalhos*. Rio de Janeiro: [s.n.], jul. 1929. p. 305-407.

RIVOREDO, C.R.S.F. *Cuidar e tratar de crianças*; breve história de uma prática. Taubaté: Cabral, 1995.

ROCHA, José Martinho da. *Cartilha das mães*; cuidados, educação e alimentos do bebê. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1935.

_____. *Guia para criar o bebê*, puericultura elementar. Rio de Janeiro: Livraria Editora Zelio Valverde S.A., 1947a.

_____. *Introdução à história da puericultura e pediatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Nestlé, 1947b.

ROCHA, José Martinho da. *Como criar o bebê*. Rio de Janeiro: s/n, 1947c.

SAMPAIO, Luiz Caminha. *O médico das crianças* (às mães de família). Juiz de Fora: João Madeira & Companhia, 1916.

SOBRINHO, Orlando Rangel. *Educação physica feminina*. Rio de Janeiro: Typografia do Patronato, 1930.

SOUZA, G. H. de Paula. Algumas considerações sobre a mortalidade infantil em São Paulo. *Annaes do Primeiro Congresso Brasileiro de Hygiene*. Primeiro Congresso Brasileiro de Hygiene. (1-7 de outubro de 1923). Rio de Janeiro: Oficinas Gráficas de Demografia Sanitária, 1926. p.62-83.

Entrevista Oral

Edison José Correia[108]. Entrevista oral concedida a Júnia Sales. Belo Horizonte, 2004. 115'.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS/ BIBLIOGRAFIA

AGUIAR, Álvaro. MARTINS, Reinaldo Meneses. *História da pediatria brasileira*. São Paulo: Sociedade Brasileira de Pediatria, 1996.

ALENCASTRO, Luiz Felipe de. Vida privada e ordem privada no Império. In: _____. *História da vida privada no Brasil*. São Paulo: Companhia das Letras, 1997. p. 11-94. vol2.

ALMEIDA, João Agrípio Guerra de. *Amamentação;* um híbrido natureza-cultura. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

ARIÈS, Philippe. *História social da criança e da família*. 2.ª ed. Rio de Janeiro: LTC, 1981.

_____. *O homem diante da morte*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1982.

[108] Pediatra neonatologista, co-autor de Pediatria ambulatorial. Belo Horizonte: Editora Coopmed, 2005. (várias edições). Foi diretor da Escola de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais e é pró-reitor de Extensão da UFMG.

ARMAS, Raúl Trujillo. Derechos del niño: evolución y perspectivas desde la pediatría social. *Boletín de la Sociedad Canária de Pediatria*, 2000, vol 24, n. 3. p. 139-145.

BADINTER, Elizabeth. *Um amor conquistado*; o mito do amor materno. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1985.

BALLABRIGA, Angel. One century of pediatrics in Europe. In: NICHOLS, Buford L. BALLABRIGA, Angel. KRETCHEMER, Norman. *History of pediatrics* 1850-1950. New York: Raven Press, 1991. (vol.22). p. 1-22.

BENCHIMOL, J & TEIXEIRA, L. A. *Cobras , lagartos e outros bichos*: uma história comparada dos Institutos Oswaldo Cruz e Butantan, RJ: Fiocruz, 1993.

BENCHIMOL, Jayme Larry. *Dos micróbios aos mosquitos: febre amarela e revolução pasteuriana no Brasil.* Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz/Editora da UFRJ, 1999.

BERIOT-SALVADORE, Évelyne. O discurso da medicina e da ciência. In: DUBY, Georges. PERROT, Michelle (dir). DAVIS, Natalie Zemon. FARGE, Arlete (orgs). *História das mulheres no Ocidente*; do renascimento à Idade Moderna. Coimbra: Afrontamento, 1991. P. 409-454.

BOTO, Carlota. O desencantamento da criança: entre a renascença e o século das luzes. In: FREITAS, Marcos César de. KHULMANN JR, Moysés (orgs). *Os intelectuais na história da infância*. São Paulo: Cortez, 2002, p. 11-60.

BROSCO, Jeffrey P. Weight charts and well child care: when the pediatrician became the expert in child health. In: STERN, Alexandra Minna & MARKEL, Howard (editors). *Formative years; children's health in the Unites States 1880-2000*. Michigan: The University of Michigan Press, 2004, p. 91-120.

BOURDIEU, Pierre. *A economia das trocas simbólicas*. São Paulo: Perspectiva, 2004.

_____. O campo científico. In: ORTIZ, Renato (org). *A sociologia de Pierre Bourdieu*. São Paulo: Olho D'água, 2003. p. 112-143.

BRADY, Mike. BRADY, Sônia de Oliveira. *Equilibrando os poderes na economia mundial*. Cambridge: Baby Milke Action, 2004.

BRENES, Anayansy. *Um olhar brasileiro sobre o caso de Paris: o conflito parteiras-parteiros e seus desdobramentos no Rio de Janeiro, século XIX*. Niterói, 1996 (Tese de doutorado em História, Universidade Federal Fluminense).

CANGUILHEM, Georges. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense, 2002.

CARNEIRO, Glauco. *Um compromisso com a esperança*; história da Sociedade brasileira de Pediatria. Rio de Janeiro: Editora Expressão e cultura, 2000.

COELHO, Edmundo Campos. *As profissões imperiais*; medicina, engenharia e advocacia no Rio de Janeiro; 1822-1930. Rio de Janeiro: Record, 1999.

CORAZZA, Sandra Maria. *História da infância sem fim*. Ijuí: Editora Unijuí, 2000.

COSTA, Jurandir Freire. *Ordem médica e norma familiar*. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

DEBERT, Guita Grin. A antropologia e o estudo das categorias de idade. In: BARROS, Myriam Moraes Lins de (org.). *Velhice ou terceira idade?* Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política. Rio de Janeiro: FGV, 2000. p.49-67.

EDLER, Flávio. A medicina brasileira no século XIX: um balanço historiográfico. *Asclepio*, 169-186, vol. L-2, 1998.

_____. A medicina acadêmica imperial e as ciências naturais. In: HEIZER, Alda. VIDEIRA, Antônio Augusto Passos. *Ciência, civilização e império nos trópicos*. Rio de Janeiro: Access, 2001. p. 97-122.

_____. A Escola Tropicalista Baiana: um mito de origem da medicina tropical no Brasil. *História, Ciências, Saúde*, vol. 9, n.2, Rio de Janeiro, mai/ago 2002, p. 357-385.

ELIAS, Norbert. *O processo civilizador*. Rio de Janeiro: Zahar, 1993. 2 vols.

_____. *A solidão dos morimbundos*. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.

EVANS, Robert George. *Paediatrics in New South Wales, 1945-1965*. University of Newcastle, december 2000 (Thesis - degree of Doctor of Philosophy).

FERREIRA, Antonio Gomes. Higiene e controlo medico da infância e da escola. *Cadernos CEDES*, Campinas, vol. 23, n. 59, p. 9-24, abr 2003.

FERREIRA, António Gomes. *Gerar, criar, educar; a criança no Portugal do Antigo Regime*. Coimbra: Quarteto Editora, 2000.

FERREIRA, Luiz Otávio. FONSECA, Maria Rachel Fróes da. EDLER, Flávio Coelho. A Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro no século XIX: a organização institucional e os modelos de ensino. In: DANTES, Maria Amélia (org). *Espaços da Ciência no Brasil*. 1800-1930. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001. p. 59-80.

FERREIRA, Luiz Otávio. BRITTO, Nara. Os intelectuais no mundo e o mundo dos intelectuais: uma leitura comparada de Karl Mannheim e Pierre Bourdieu. In: PORTOCARRERO, Vera (org*). Filosofia, história e sociologia das ciências*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994. p. 133-150.

FIGUEIREDO, Betânia Gonçalves. *A arte de curar*; cirurgiões, médicos, boticários e curandeiros no século XIX em Minas Gerais. Rio de Janeiro: Vício de Leitura, 2002.

FLECK, Ludwik. *La génesis y el desarrollo de um hecho científico*; introducción a la teoría del estilo de pensamiento y del colectivo de pensamiento. Madrid: Alianza Editorial, 1986.

FOUCAULT, Michel. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1987.

_____. *Doença mental e psicologia*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1991.

FREIDSON, Eliot. *La profesión médica*; un estudio de sociología del conocimiento aplicado. Barcelona: Ediciones Península, 1978.

FREIRE, Maria Martha Luna de. Falando com as mães: a puericultura na imprensa periódica da Primeira República. *VII Congresso Brasileiro de história da medicina*. Ribeirão Preto, nov 2002. Acessado em 12/12/2003 http://www.uff.br/nesh/trabalhos/puericultura.htm.

_____. Falando com as mães: a Puericultura na imprensa periódica do Rio de Janeiro da Primeira República. *Jornal Brasileiro de História da Medicina*, 5 (supl. 1): 26, 2002.

GÉLIS, Jacques. A individualização da criança. In: ARIÈS, Philippe. CHARTIER, Roger. *História da vida privada*. São Paulo: Companhia das Letras, 1991. p. 311-331.

GONDRA, José G & GARCIA, Inára. A arte de endurecer miolos moles e cérebros brandos: racionalidade médico-higiênica e a construção social da infância. *Revista Brasileira de Educação – Anped*. Campinas: Autores Associados, 2004.

GONDRA, José. *Artes de civilizar*; medicina, higiene e educação escolar na corte imperial. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2004.

GOULD, Stephen Jay. *A falsa medida do homem*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

GOULD, Stephen Jay. Escadas e cones: coagindo a evolução por meio de ícones canônicos. In: SILVERS, Robert (org). *Histórias esquecidas da ciência*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997. p. 35-60.

GOULD, Stephen Jay. *Lance de dados; a idéia de evolução de Platão a Darwin*. Rio de Janeiro: Record, 2001.

HERZLICH, Claudine. ADAM, Philippe. *Sociologia da doença e da medicina*. Bauru, São Paulo: EDUSC, 2001.

HOCHMAN, Gilberto. A ciência entre a comunidade e o mercado: leituras de Kuhn, Bourdieu, Latour e Knorr-Cetina. In: PORTOCARRERO, Vera (org). *Filosofia, história e sociologia das ciências*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994. p.199-232.

KOHAN, Walter Omar. Kennedy, David (orgs). *Filosofia e infância*; possibilidades de um encontro. Rio de Janeiro: Vozes, 1999.

KOTTEK, S. Citizens! Dou you want children's doctors? An early vindication of "paediatric"specialists. *Med Hist*., jan 1991, 35 (1), p. 103-116. acessado em http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=retrieve&db-publimed7dopt=abrstr… Acessado em 15/01/2003.

KUHN, Tomas. *A estrutura das revoluções científicas*. São Paulo: Perspectiva, 1987.

LAPLANTINE, François. *Antropologia da doença*. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

LAMPERT, Jadete Barbosa. *Tendências de mudanças na formação médica no Brasil*; tipologia das escolas. São Paulo: Hucitec, 2002.

LE GOFF, Jacques (org). *As doenças têm história*. Lisboa: Terramar, 1991.

LEWIN, Roger. *Evolução humana*. São Paulo: Atheneu, 1999.

MARKO, Tamera. A wet nurse, hers marsters, a folkhealer, and two babies: negotiation of raceless motherhood ideal and cultural legacies of slavery in 1880 Rio de Janeiro. In: MARKO, Tamera. WARREN, Adam (eds). *Women, ethnicity, and medical authority: historical case studies in reproductive health in latin america*. San Diego: University of Califórnia, 2004. p. 49-78.

MARQUES, Marília Bernardes. *Discursos médicos sobre seres frágeis*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

MARQUES, Rita de Cássia. *"É preciso ser piedoso":* imagem social do médico de senhoras. Belo Horizonte, 1907-1939. Niterói: Departamento de História da UFF, 2003. (tese de doutorado em História).

MARQUES, Vera Regina Beltrão. *A medicalização da raça; médicos, educadores e discurso eugênico*. Campinas, Editora da Unicamp, 1994.

MICELI, Sérgio. Introdução: a força do sentido. In: BOURDIEU, Pierre. *A economia das trocas simbólicas*. São Paulo: Perspectiva, 2004.

MENDELSON, Robert. *Como criar um filho saudável… apesar do seu pediatra*. Rio de Janeiro: Marco Zero, 1985.

MORLEY, David. *Pediatria no mundo em desenvolvimento;* prioridades. São Paulo: Edições Paulinas, 1980.

NEIMAN, Susan. *O mal no pensamento moderno*; uma história alternativa da filosofia. Rio de Janeiro: Difel, 2003.

NICHOLS, Buford L. BALLABRIGA, Angel. KRETCHEMER, Norman. *History of pediatrics* 1850-1950. New York: Raven Press, 1991. (vol.22).

ORGANIZAÇÃO Pan-Americana de Saúde. *Vigilância do crescimento e do desenvolvimento da criança; curso integrado de saúde materno-infantil*. Washington, Repartição Sanitária Pan-Americana; escritório Regional da Organização Mundial de Saúde, 1991.

PAIS, José Machado. *Culturas juvenis*. Lisboa: Imprensa Nacional Casa da Moeda, 1993.

PASSMORE, John. *A perfectibilidade do homem*. TopBooks, 2004.

PEREIRA, Júnia Sales. *A escultura da raça*; juventude e eugenia no Estado Novo. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 1999 (Dissertação de Mestrado em História).

PEREIRA NETO, André de Faria. Os médicos e as enfermeiras visitadoras. In: *Palavras, gestos e intenções*; os interesses profissionais da elite médica. Congresso Nacional dos Práticos (1922). Rio de Janeiro: universidade do Estado do Rio de Janeiro/Instituto de Medicina Social, 1997. (Tese de Doutorado). P. 145-157.

PETER, Jean-Pierre. REVEL, Jacques. O corpo; o homem doente e sua história. NORA, Pierre. LE GOFF, Jacques. *História*; novos objetos. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1995. 141-159.

POMBO, Juan Manuel Pereira. *Pediatría en la historia*. In: http://www.zonapediatrica.com/mod-htmlpages-display-pid-33.html , 15/05/2004, acessado em 27 de set 2004.

PORTER, Roy. História do corpo. In: BURKE, Peter (org). *A escrita da história*; novas perspectivas. São Paulo: UNESP, 1992, p. 291-326.

PUGA, Teodoro F. Reseña historica de la pediatría latinoamericana. In: MENEGUELO. *Pediatria.* 5.ª edição. Editorial Médica Panamericana, 1997. Acessado em www.alape.org/resena, em 25/05/04

REIS, José Carlos. *Tempo, história e evasão*. Campinas, São Paulo: Papirus, 1994.

REVEL, Jacques. PETER, Jean-Pierre. O corpo; o homem doente e sua história. In: LE GOFF, Jacques. NORA, PIERRE (ORGS). História: novos objetos. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1995. p. 141-159.

ROSSI, Paolo. *Os sinais do tempo; história da terra e história das nações de Hooke a Vico.* São Paulo: Companhia das Letras, 1992.

_____. *Naufrágios sem espectador*; *a idéia de progresso*. São Paulo: Unesp, 2000.

SALLES, Pedro. *História da medicina no Brasil.* Belo Horizonte: G. Holman, 1971.

SANTOS FILHO, Lycurgo de Castro. *História geral da medicina brasileira.* São Paulo: Edusp, 1991. vol.2.

SCHRAMM, Fermin Roland. Morte e finitude em nossa sociedade: implicações no ensino de cuidados paliativos. *Revista Brasileira de Cancerologia*. n. 48, vol1, 2002, p. 17-20.

SCHWARCZ, Lilia Moritz. *O espetáculo das raças; cientistas, instituições e questão racial no Brasil – 1870-1930*. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

SEVCENKO, Nicolau. A capital irradiante: técnica, ritmos e ritos do Rio. In: SEVCENKO, Nicolau (org). *História da vida privada no Brasil*; da Belle Époque à era do rádio. São Paulo: Companhia das Letras, 1998. p. 513-619.

TAVARES, Eduardo Carlos. Pediatria. In: D'ASSUMPÇÃO, Evaldo (org) A. *Livro das especialidades médicas.* Belo Horizonte: Coopmed, 2000. p. 170-173.

TEIXEIRA, L. A. Em prol da ciência, em beneficio da saúde. In: *Estudos de sociologia*. Unesp, Araraquara, ano 9, n.16, 2004, p.79-100.

TRONCOSO, Alberto del Castillo. La visión de los médicos e el reconocimiento de la niñez en el cambio del siglo XIX ao XX. *Boletim Mexicano de Historia y Filosofia de la Medicina*, 2003, vol 6, n.2, 10-16.

URTEAGA, Luis. Miséria, miasmas y microbios; las topografás médicas y el estudio del medio ambiente en el siglo XIX. *Cadernos criticos de geografía humana*. Universidad de Barcelona, ano V, n. 29,. Nov. 1980. 42p. http://www.ub.es/geocrit/geo29.htm acessado em 20 de julho 2004.

VEIGA, Cynthia Greive. Infância e modernidade: ações, saberes e sujeitos. In: FARIA FILHO, Luciano Mendes (org). *A infância e sua educação*; materiais, práticas e representações (Portugal e Brasil). Belo Horizonte: Autêntica, 2004. p. 35-82.

VEIGA, Cynthia Greive. GOUVEIA, Maria Cristina. *Uma contribuição para a história da infância: festejos comemorativos da criança.* In:
http://www.anped.org.br/24/T0213581577792.doc acesso em 02/02/2006.

VENÂNCIO, Renato Pinto. *Famílias abandonadas*. Campinas: Papirus, 1999.

VIGARELLO, Georges. *O limpo e o sujo; a higiene do corpo desde a Idade Média*. Lisboa: Fragmentos, 1985.

WADSWORTH. James E. Moncorvo Filho e o problema da infância: modelos institucionais e ideológicos da assistência à infância no Brasil. *Revista Brasileira de História*, 1999, 19-37.

WEBER, Max. A ciência como vocação. In: *Ensaios de Sociologia*. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.

WEISZ, George. *The medical mandarins*; the French Academy of Medicina in the nineteenth and early twentleth centuries. New York, Oxford: Oxford University Press, 1995.

ZANOLLI, Maria de Lourdes. MERHY, Emerson Elias. A pediatria social e suas apostas reformistas. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 17, n. 4, rio de Janeiro, jul/ago 2001. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2001000400032&in acessado em 03/02/2005.

ANEXO 1

Relação de anúncios Nestlé na Imprensa Brasileira – século XIX/ início século XX[109]

Tipo de anúncio	periódico	Estado	Data	Página
Farinha Láctea e Leite Condensado	*Jornal do Comércio*	Rio de Janeiro	Jan. 1883	4
Farinha Láctea e Leite em Pó	*Jornal do Comércio*	Rio de Janeiro	Jan. 1885	8
Farinha Láctea e Leite em Pó	*Jornal do Comércio*	Rio de Janeiro	Fev. 1885	4
Farinha Láctea	*O Guiador*	Rio de Janeiro	Set 1887	2
Farinha Láctea	*Gazeta de Notícias*	Rio de Janeiro	Fev 1891	7
Farinha Láctea, Leite condensado e Leite em Pó	*Jornal do Brasil*	Rio de Janeiro	Maio 1891	4
Farinha Láctea	*Diário de Notícias*	Rio de Janeiro	Out. 1894	3
Leite condensado	*O fluminense*	Rio de Janeiro	Ago 1895	4
Leite em pó	*Jornal do Brasil*	Rio de Janeiro	Jan. 1886	3
Leite em pó	*O Paiz*	Rio de Janeiro	Jan. 1886	3
Leite Suisso	*Correio da Manhã*	Rio de Janeiro	Set 1901	4
Farinha Láctea	*A Imprensa*	Rio de Janeiro	Jul 1908	5
Farinha Láctea Nestlé	*Diário da Bahia*	Bahia	Jul 1886	4
Farinha Láctea	*A província de São Paulo*	São Paulo	Jul 1876	3
Farinha Láctea	*A Nação*	Rio de Janeiro	Jan 1876	4
Farinha Láctea	*A Província de São Paulo*	São Paulo	Jul 1876	4
Leite Condensado Moça	*O fluminense*	Rio de Janeiro	Ago 1895	4
Leite em pó	*Jornal do Brazil*	Rio de Janeiro	Jan 1896	3
Leite em Pó	*O Paiz*	Rio de Janeiro	Jan 1900	5
Leite em Pó	*O Paiz*	Rio de Janeiro	Jul 1900	6
Leite Suisso	*Correio da Manhã*	Rio de Janeiro	Set 1901	4
Farinha Láctea e Leite Condensado	*Diário de Notícias*	Pará	Maio 1890	1

Figura 18 – Relação de propagandas Nestlé em periódicos brasileiros. Fonte: setor de microfilmagem Biblioteca Nacional.

[109] Setor de Microfilmagem da Biblioteca Nacional.