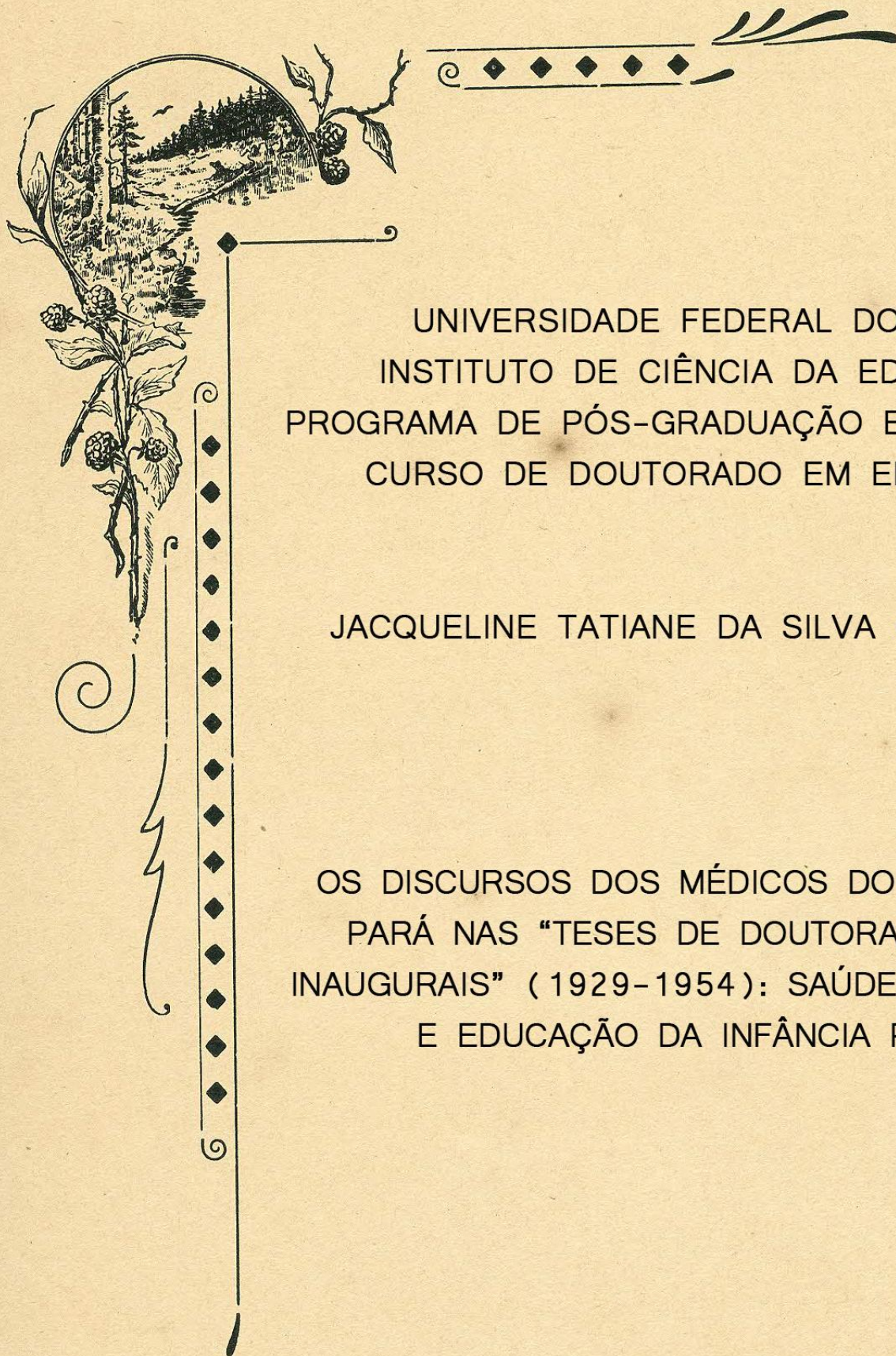




UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIA DA EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO
CURSO DE DOUTORADO EM EDUCAÇÃO

JACQUELINE TATIANE DA SILVA GUIMARÃES

OS DISCURSOS DOS MÉDICOS DO ESTADO DO
PARÁ NAS “TESES DE DOUTORAMENTO OU
INAUGURAIS” (1929-1954): SAÚDE, ASSISTÊNCIA
E EDUCAÇÃO DA INFÂNCIA POBRE.

BELÉM/PA
2016



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO
CURSO DE DOUTORADO EM EDUCAÇÃO

JACQUELINE TATIANE DA SILVA GUIMARÃES

**OS DISCURSOS DOS MÉDICOS DO ESTADO DO PARÁ NAS
“TESES DE DOUTORAMENTO OU INAUGURAIS” (1929-
1954): SAÚDE, ASSISTÊNCIA E EDUCAÇÃO DA INFÂNCIA
POBRE**

BELÉM/PA
2016

JACQUELINE TATIANE DA SILVA GUIMARÃES

**OS DISCURSOS DOS MÉDICOS DO ESTADO DO PARÁ NAS
“TESES DE DOUTORAMENTO OU INAUGURAIS” (1929-
1954): SAÚDE, ASSISTÊNCIA E EDUCAÇÃO DA INFÂNCIA
POBRE**

Tese de Doutorado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Educação, da Universidade Federal do Pará, Linha Educação, Cultura e Sociedade, do Instituto de Ciências da Educação, como requisito para a obtenção do título de Doutor em Educação.

Orientadora: Profa. Dra. Laura Maria Silva Araújo Alves.

BELÉM/PA
2016

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da UFPA

Guimarães, Jacqueline Tatiane da Silva, 1985-
Os Discursos dos médicos do Estado do Pará nas
"teses de doutoramento ou inaugurais" (1929-1954):
saúde, assistência e educação da infância pobre /
Jacqueline Tatiane da Silva Guimarães. - 2016.

Orientadora: Laura Maria Silva Araújo Alves.
Tese (Doutorado) - Universidade Federal do
Pará, Instituto de Ciências da Educação,
Programa de Pós-Graduação em Educação, Belém,
2016.

1. Educação - Pará - História. 2. Pesquisa
médica - Pará. 3. Crianças - Formação - Pará. 4.
Crianças pobres - Educação - Pará. 5. Crianças -
Saúde e higiene - Pará. I. Título.

CDD 22. ed. 370.722098115

JACQUELINE TATIANE DA SILVA GUIMARÃES

OS DISCURSOS DOS MÉDICOS DO ESTADO DO PARÁ NAS
“TESES DE DOUTORAMENTO OU INAUGURAIS” (1929-1954):
SAÚDE, ASSISTÊNCIA E EDUCAÇÃO DA INFÂNCIA POBRE

.

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação, da Universidade Federal do Pará,
como requisito para a obtenção do título de Doutor em Educação.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Laura Maria Silva Araújo Alves (Orientadora)
Doutora em Psicologia da Educação – UFPA

César Augusto Castro (Membro Interno)
Doutor em Educação – UFPA

Damião Bezerra Oliveira (Membro Interno)
Doutor em Educação – UFPA

Antonio de Pádua Carvalho Lopes (Membro Externo)
Doutor em Educação – UFPI

Maria do Perpétuo Socorro Gomes de Souza França (Membro Externo)
Doutora em Educação – UEPA

Sônia Maria da Silva Araújo (Suplente)
Doutora em Educação – UFPA

Dedico esta tese a todas as crianças e mulheres-mães que moram nas periferias das cidades do Pará.

AGRADECIMENTOS

A minha mãe, Maria Gregória Pinheiro, e ao meu pai, João Guimarães, que mesmo diante das dificuldades financeiras e de saúde, sempre se fizeram presentes e responsáveis por minha formação e de minhas irmãs. Olho para o passado e vejo o quanto as situações de adversidade poderiam ter nos deixado no caminho e quem sabe seguindo os mesmos passos que eles, que tiveram uma vida de negação de oportunidades e possibilidades, devido à pobreza. Todavia, eles sempre tiveram grandes sonhos, quem sabe até maiores do que o meu e de minhas irmãs. Contribuição essa que nos possibilitou a ter o sentimento e sensação de sempre querer mais. A estes dois incansáveis feirantes, devo a minha chegada até aqui.

As minhas irmãs e parceiras de sonhos e anseios: Gisele e Geovanna Guimarães.

Agradeço e dedico este trabalho a minha querida orientadora Laura Alves, por ter sido amiga, conselheira e porto seguro. Agradeço a confiança depositada mesmo diante dos momentos em que me mostrei insegura. Agradeço às suas palavras de tranquilidade e confiança que, ao longo destes quatro anos, me foram passadas e me fortaleceram. Muito obrigada, professora!

Ao meu companheiro Márcio Frota e aos seus pais, Graciete Santana e José Frota, que me acolheram e sempre compreenderam a minha necessidade de me ausentar em alguns momentos por contada tese e, sobretudo, aos cuidados devotados a mim, como se eu fosse mais uma filha.

A todos que compõem o grupo de pesquisa Educação, Cultura e Organização Social (ECOS), fazendo desse espaço um ambiente feliz e agradável perante as cobranças comuns de uma pós-graduação, em que realizamos constantes trocas de informação e de conhecimento, estabelecendo uma relação de parceria e companheirismo. Aos amigos e colegas: Marlucy Aragão, Socorro Lima, Welington Pinheiro, Tatiana Pacheco, Cibele Braga, Sônia Santos, Elianne Sabino, Márcio Oliveiros, Lorena Trescastros, Liliane França, Camilla Oliveira e Maria Lucirene Callou.

Aos meus colegas da turma de Doutorado do ano de 2012: João Colares, Adriane Lima, Darinêz Lima e Conceição dos Santos.

Agradeço à querida Carmeci Viana, que enquanto bolsista CNPq do projeto de pesquisa *A história do Instituto de Proteção e Assistência à infância do Pará (1912-1934)*:

significados e sentidos das ações do médico Ophir Loyola sempre se mostrou acessível e colaborativa no processo de compartilhamento dos dados coletados por meio do projeto.

Às também queridas Rócio Tamara Munoz Aguirre, pela colaboração na elaboração do resumo em espanhol, e Cinthya Marques pela ajuda na escolha e elaboração da imagem para capa/contracapa desta tese.

Aos professores da linha de pesquisa Educação, Cultura e Sociedade, do PPGED/UFPA, em especial, aos professores Cesar Castro, Salomão Muffarej e Sônia Araújo pelos importantes momentos de aprendizado.

Aos meus eternos professores e amigos da Faculdade de Serviço Social da UFPA: Olinda Rodrigues, Carlos Maciel e Silvana Brito, pelo apoio e confiança que sempre depositaram em mim e no novo rumo acadêmico que tomei.

À secretária da Sociedade Médico-Cirúrgica do Pará, Aline Abreu, que desde a minha primeira visita ao Museu de Medicina sempre foi muito solícita e compromissada não somente comigo, mas com todos que têm como intenção contribuir para a história da Medicina do estado. Muito obrigada mesmo!

Também agradeço aos funcionários do Arquivo Público do Pará (APEP), especialmente à secretária Sandra Lúcia Amaral, que com a sua simpatia e docilidade me ajudou bastante num momento crucial de levantamento de documentos.

Agradeço à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo apoio financeiro a esta pesquisa.

Agradeço a Deus pela minha história de vida e por sempre ter me abençoado e honrado com batalhas, perdas e vitórias. E a Nossa Senhora de Nazaré, por sempre reacender em mim a esperança e a fé de que no final tudo pode e vai dar certo.

Os mitos sociais, como sabemos, são constantemente criados e destruídos. São uma parte integrante da realidade social e não devem ser vistos meramente como epifenômenos. Na vida diária, mito e realidade estão inextrincavelmente inter-relacionados. Os cientistas sociais e os historiadores operam no nível da mitologia social e eles mesmos, quer queiram quer não, ajudam a destruir e a criar mitos. No processo, a 'verdade' de

uma geração muito frequentemente torna-se o mito da geração seguinte.

(VIOTTI DA COSTA)

RESUMO

A presente tese, inserida no campo da História Social da Infância e da Educação na Amazônia paraense, tem como objeto a Saúde, a Assistência e a Educação da Infância nos discursos produzidos por médicos do Pará nas “Teses de Doutorado ou Inaugurais”, apresentadas à Faculdade de Medicina e Cirurgia do Pará (FMCP) no período de 1929 a 1954, sendo o *corpus* desta pesquisa. Utiliza-se como fontes subsidiárias a revista *Pará-Médico*, os relatórios estaduais e municipais, os estatutos da Sociedade Médico-Cirúrgica do Pará (SMCP) e do Instituto de Proteção e Assistência à Infância (IPAI), além de outras teses de Medicina que não tratam especificamente da temática Infância e Educação. Analisam-se especificamente as seguintes “Teses de Doutorado ou Inaugurais”: *Mortalidade infantil em Belém (Contribuição ao estudo de suas causas)*, defendida por Antonio Simões Pereira, em 1929; *O problema da tuberculose em Belém*, defendida por Anísio Mendonça Maroja, de 1930; e *A educação materna no puerpério*, defendida por Claudio Pastor Dacier Lobato, em 1954. Guia-se pela seguinte problemática: quais os sentidos e significados dos discursos ideológicos e polifônicos produzidos pelos médicos do estado do Pará nas “Teses de Doutorado ou Inaugurais”, defendidas no período de 1929 a 1954, sobre a Saúde, a Assistência e a Educação para a Infância pobre? Os objetivos são: (i) Identificar e analisar os principais discursos ideológicos sobre educação e assistência que foram materializados nas “Teses de Doutorado ou Inaugurais” (1929-1954); (ii) Analisar a polifonia e a intertextualidade presentes nas “Teses de Doutorado ou Inaugurais” (1929-1954) sobre mortalidade infantil; (iii) Interpretar os significados e sentidos das orientações higienistas e eugenista sobre a Saúde, a Assistência e a Educação para a Infância pobre do estado do Pará, presentes nas “Teses de Doutorado ou Inaugurais” (1929-1954). Para tanto, utiliza-se a perspectiva analítico-discursiva de Mikhail Bakhtin. A partir das análises empreendidas, constata-se que os discursos presentes nas três “Teses de Doutorado ou Inaugurais” analisadas representam um contexto discursivo que lançou as sementes para o delineamento das atuais ações voltadas para a criança. Assim, indica-se, como tese, que a atuação da Medicina do Pará, ao estar associada a um particular modelo de Eugênio, no período da República, teve como objetivo formar novos homens sadios em corpo e moral correspondendo a uma polifonia e intertextualidade de discursos que estavam sendo produzidos no Brasil e que tomavam a criança como a “chave” para um futuro de prosperidade para os homens da Amazônia, em que as suas intervenções não se limitaram somente em perpetrar orientações sobre cuidados para as famílias, mas, sobretudo levaram à definição de um tipo de política de atendimento voltado exclusivamente para a infância e a maternidade, a partir da criação de instituições que conformaram um modelo de atendimento específico para crianças e mulheres do estado, tomando como modelo ideal a articulação da saúde com a assistência e a educação.

PALAVRAS-CHAVE: História da Educação. Saúde. Assistência e Proteção da Infância.

RESUMEN

La tesis presentada se inserta en el ámbito de la Historia Social de la Infancia y la Educación en la Amazonía paraense, tiene por objeto la Salud, la Asistencia y la Educación de la infancia en los discursos producidos por los médicos en "Tesis de Doctorados o Inaugurales" presentados a la "Faculdade de Medicina e Cirurgia do Pará" (Facultad de Medicina y Cirugía de Pará) en el período 1929-1954, componen el *corpus* de esta investigación. Se utilizan como fuentes auxiliares la revista "Pará-Médico", los informes estatales y locales, los estatutos de la "Sociedade Médico-Cirúrgica do Pará" (Sociedad Médico-Quirúrgico de Pará) y del "Instituto de Proteção e Assistência à Infância" (Instituto de Protección y Asistencia a la Infancia), y otras tesis médicas que no abordan exclusivamente al tema de la niñez y educación. Se analizan específicamente las "Tesis Doctorales o Inaugurales": *Mortalidade infantil em Belém (Contribuição ao estudo de suas causas)*, defendida por Antonio Simões Pereira, en 1929; *O problema da tuberculose em Belém*, defendida por Anísio Mendonça Maroja, en 1930; y *A educação materna no puerpério*, defendida por Claudio Pastor Dacier Lobato, en 1954. Como guía la siguiente problemática: ¿cuáles son los sentidos y significados de los discursos ideológicos y polifónicos producidos por los médicos en el estado de Pará, en "Tesis de Doctorado o Inaugurales" defendidas en el período 1929-1954, respecto a la salud, asistencia y educación para la infancia pobre? Los objetivos son: (i) Identificar y analizar los principales discursos ideológicos sobre educación y asistencia que se materializaron en las "Tesis Doctorales o Inaugurales" (1929-1954); (ii) Analizar la polifonía y la intertextualidad presente en las "Tesis Doctorales o Inaugurales" (1929-1954) respecto a la mortalidad infantil; (iii) Interpretar los significados y sentidos de las orientaciones higienistas y eugenistas en la Salud, asistencia y educación para la infancia pobre en el estado de Pará presentes en las "Tesis Doctorales o inaugurales" (1929-1954). Para ello, se utiliza el punto de vista analítico-discursivo de Mikhail Bakhtin. A partir del análisis emprendido, se constata que los discursos presentes en las tres "Tesis de Doctorado o Inaugurales" analizadas, representan un contexto discursivo que lanzó las semillas que delinean las acciones vigentes destinadas hacia los niños. De este modo, se establece, como tesis, que el desempeño de la Medicina en Pará, al estar asociado a un determinado modelo de Eugenismo, en el período de la República, tuvo como objetivo formar nuevos hombres sanos en cuerpo y moral, corresponde a una polifonía y intertextualidad de discursos que se estaban produciendo en Brasil y que tomaban al niño como la "clave" para un futuro de prosperidad para el hombre de la Amazonía, donde sus intervenciones no se limitaron únicamente a perpetrar orientaciones en el cuidado de las familias, pero, sobre todo condujeron para definición de un tipo de política de atención reservada exclusivamente para la infancia y la maternidad, a partir de la creación de instituciones que dieron forma a un modelo específico de atención para niños y mujeres en el estado, tomando como modelo ideal la acción conjunta de la salud, la asistencia y la educación.

PALABRAS CLAVE: Historia de la Educación. Salud. Asistencia y protección de la infancia.

LISTA DE IMAGENS E FIGURAS

Figura 1 – As categorias bakhtinianas a serem utilizadas	48
Imagem 1 – Capa da tese de doutoramento <i>Mortalidade infantil em Belém</i> , de Antonio Simões Pereira (1929).	60
Imagem 2 – Capa da tese de doutoramento <i>O problema da tuberculose em Belém</i> , de Anísio de Mendonça Maroja (1930).	62
Imagem 3 – Capa da tese de doutoramento <i>A educação materna no puerpério</i> , de Cláudio Pastor Dacier Lobato (1954)	64
Imagem 4 – A anatomia infantil e os olhares da Ciência Médica	72
Imagem 5 – Hospital Senhor Bom Jesus dos Pobres	108
Imagem 6 – Vista geral do edifício do Hospício dos Alienados (1922)	113
Imagem 7– Hospital Domingos Freire	116
Imagem 8 – Fachada do Hospital da Caridade – Santa Casa de Misericórdia do Pará (1922)	117
Imagem 9 – Fotografia em homenagem a Oswaldo Cruz na revista <i>Pará-Médico</i> , de 1917	123
Imagem 10 – Belisário Penna	126
Imagem 11 –Angelo Costa Lima	126
Imagem 12 – A Primeira Diretoria da SMCP (1914-1915)	132
Imagem 13 – Estatuto da SMCP (1949)	133
Imagem 14 – Contracapa do primeiro fascículo da revista <i>Pará-Médico</i>	136
Imagem 15 – Os valores das assinaturas e os sócios correspondentes da revista <i>Pará-Médico</i>	139
Imagem 16 – A sede da Faculdade de Medicina e Cirurgia do Pará (1939)	147
Imagem 17 – Corpo Docente da FMCP (1922)	149

Imagem 18 – Especificação dos sepultados no Cemitério de Santa Izabel durante o período de 1º de fevereiro a 30 de abril de 1912	168
Imagem 19 – Fotografia do Dr. Ophir Pinto de Loyola	175
Imagem 20 – A primeira Sede do Instituto de Proteção e Assistência à Infância do Pará (1912)	178
Imagem 21 – As mães e crianças atendidas pelo IPAI do Pará	179
Imagem 22 –Revista <i>A Semana: Concurso de Robustez</i> do IPAI-PA no ano de 1919	180
Imagem 23 –As crianças premiadas pelo <i>Concurso de Robustez</i> do IPAI (1919)	182
Imagem 24 – Maternidade da Santa Casa	184
Imagem 25 – Mãe e filho após 15 dias da realização de uma operação de <i>cesareana tardia</i>	184
Imagem 26 – Grupo de crianças leprosas do <i>Asylo do Tucunduba</i>	188
Imagem 27 – Dr. Aberlardo Santos, fundador da Sociedade Brasileira de Pediatria	202
Imagem 28 – Edifício da <i>Hygiene da Criança</i>	203
Imagem 29 – Mãe tuberculosa e seus trigêmeos (1925)	233
Imagem 30 – A mãe tuberculosa e sua família no momento de saída da Maternidade da Santa Casa	233

LISTA DE QUADROS, TABELAS E GRÁFICOS

Quadro 1 – Teses cujos títulos tinham as palavras infância e educação	58
Quadro 2 – As demais teses disponibilizadas	59
Quadro 3 – Proporção de mortalidade nos anos de 1905 a 1910	158
Quadro 4 – Movimento do estado civil no ano de 1909	159
Quadro 5 – Movimento do estado civil no ano de 1910	163
Quadro 6 – A mortalidade infantil em Belém do Pará nos anos de 1915 a 1919	183
Quadro 7 – A mortalidade por tuberculose em Belém (1895-1929)	214
Tabela 1 – As principais doenças que causaram mortes infantis (1910 a 1915)	167
Tabela 2 – O número populacional do estado do Pará de 1920 a 1927	213
Gráfico 1 – <i>Causa Mortis</i> de crianças no mês de dezembro de 1909, segundo os livros perpétuos de menores do Cemitério de Santa Izabel	162
Gráfico 2 – <i>Causa Mortis</i> de crianças nos anos de 1910 e 1911	165

LISTA DE SIGLAS

CENTUR Fundação Cultural Tancredo Neves

CLT Consolidação das Leis Trabalhistas

DGSP Departamento Geral de Saúde Pública

DNCr Departamento Nacional da Criança

DNSP Departamento Nacional de Saúde Pública

ECOS Educação, Cultura e Organização Social

FMCP Faculdade de Medicina e Cirurgia do Pará

HNA Hospício Nacional de Alienados

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IPAI Instituto de Proteção e Assistência à Infância

MÊS Ministério da Educação e Saúde

MUMP Museu da Medicina do Pará

SESP Serviço Especial de Saúde Pública

SMCP Sociedade Médico-Cirúrgica do Pará

SENAC Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial

SENAI Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial

SESC Serviço Social do Comércio

SPVEA Superintendência do Plano de Valorização Econômica da Amazônia

UFPA Universidade Federal do Pará

UNESCO Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

SUMÁRIO

SEÇÃO I – INTRODUÇÃO	20
SEÇÃO II – O PERCURSO TEÓRICO-METODOLÓGICO	44
2.1 A PERSPECTIVA ANALÍTICO-DISCURSIVA DE MIKHAIL BAKHTIN	45
2.2 <i>CORPUS</i> DA PESQUISA: TESES DE DOUTORAMENTO OU INAUGURAIS (1929 A 1954).....	57
2.2.1 Os caminhos percorridos para a seleção do <i>corpus</i>	57
2.2.2 Breve descritivo sobre os doutorandos e as suas teses	60
SEÇÃO III – A HISTÓRIA DA INFÂNCIA E OS SEUS ENCONTROS E INTERCESSÕES COM A HISTÓRIA DA MEDICINA	66
3.1 A INFÂNCIA ANTE OS OLHARES DA CIÊNCIA MÉDICA	67
3.2 A HISTORIOGRAFIA DA MEDICINA E DA INFÂNCIA NO BRASIL: A CONSTITUIÇÃO DO SABER MÉDICO CIENTÍFICO	79
3.2.1 A infância enquanto “objeto caro” para a Medicina Higienista e Eugenista no Brasil.....	89
SEÇÃO IV – A MEDICINA NO ESTADO DO PARÁ EM MEADOS DO SÉCULO XX.....	97
4.1 A MEDICINA EM SOLO PARAENSE.....	98
4.1.1 A vinda dos primeiros médicos e as epidemias	98
4.1.2 A “ <i>Medicina Experimental</i> ” e os seus primeiros adeptos	118
4.2 DA ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE AO ENSINO PARA A FORMAÇÃO DA CATEGORIA MÉDICA NO ESTADO DO PARÁ	127
4.2.1 A Sociedade Médico-Cirúrgica do Pará (SMCP)	127
4.2.2 O periódico da classe médica do estado do Pará: revista <i>Pará-Médico</i>	134
4.3 A FUNDAÇÃO DA FACULDADE DE MEDICINA E CIRURGIA DO PARÁ.....	142
4.3.1 As produções acadêmicas dos médicos de outrora: as “Teses de Doutorado ou Inaugurais”.....	151
SEÇÃO V – A SITUAÇÃO SOCIAL, ECONÔMICA E EPIDÊMICA DA INFÂNCIA NO ESTADO DO PARÁ NO SÉCULO XX	154
5.1 A INFÂNCIA POBRE E A MORTALIDADE INFANTIL NA CAPITAL PARAENSE	155
5.2 A PEDIATRIA E A ASSISTÊNCIA À INFÂNCIA E À MATERNIDADE POBRE....	170
5.3 A INFÂNCIA SEM REMÉDIO: AS LEPROSAS E AS ENFERMAS MENTAIS.....	185
SEÇÃO VI – A SAÚDE, A ASSISTÊNCIA E A EDUCAÇÃO DA INFÂNCIA NAS TESES DE DOUTORAMENTO OU INAUGURAIS	192
6.1 O CONTEXTO INTERPRETATIVO DO <i>CORPUS</i>	193

6.2 OS DISCURSOS POLIFÔNICOS E IDEOLÓGICOS SOBRE A MORTALIDADE INFANTIL E A ASSISTÊNCIA À INFÂNCIA E À MATERNIDADE POBRE NO ESTADO DO PARÁ.....	211
6.2.1 Os fatores sociais causadores da mortalidade infantil, conforme o discurso dos médicos.....	218
6.2.2 A assistência e a proteção à infância desvalida no discurso dos médicos.....	237
6.2.3 A Eugenia e o Higienismo no discurso dos médicos	244
6.2.4 A Educação no discurso dos médicos.....	248
6.2.5 A Escola como ambiente de prevenção e cura da infância	248
SEÇÃO VII – CONSIDERAÇÕES FINAIS	266
SEÇÃO VIII – REFERÊNCIAS, FONTES, IMAGENS	277

SEÇÃO I – INTRODUÇÃO

I) As motivações pessoais e profissionais para a realização de um estudo no campo da História da Infância

A presente tese tem como objetivo identificar, nos discursos dos médicos do Pará, os aspectos polifônicos e ideológicos sobre Saúde, Assistência e Educação da infância em meados do século XX. Para sua construção, no campo da História da Infância, vários caminhos foram trilhados por mim ao longo dos anos do Doutorado. De um lado, a vontade de estudar a infância contemporânea na cidade de Belém, sobretudo ouvir as vozes de crianças em espaços urbanos. De outro lado, fui descobrindo no decorrer das leituras sobre a criança, a infância relacionada à História. Naturalmente, o meu envolvimento com a História da Infância foi se configurando como uma opção forte diante de novas leituras e autores que vinham sendo apresentados, que me indicavam que a escolha pela História da Infância da Amazônia paraense ampliaria os meus estudos realizados durante a graduação e o mestrado¹.

No decurso de minha graduação em Serviço Social (iniciada em 2004 e concluída em 2009) e em pesquisas desenvolvidas no Mestrado em Serviço Social (iniciado em 2009 e concluído em 2011), na Universidade Federal do Pará (UFPA), tive como foco de discussão as políticas públicas do município de Belém, refletindo sobre as limitações nos modos de gestão, execução e participação democrática, enfocando nas suas contradições no que tange às demarcações não só territoriais, mas também sobre as restrições no alcance das políticas sociais.

Durante estas pesquisas, tive contato com pessoas de nossas periferias, que estavam expostas a situações de extrema pobreza, viviam em lugares sem infraestrutura, sem moradia adequada e sem equipamentos urbanos básicos, como segurança pública, água potável e

¹Sempre tive como foco de discussão, temas como política urbana, projetos habitacionais e as problemáticas ambientais da região amazônica paraense, especificamente na capital, tratando sobre as complexidades destas questões nas cidades amazônicas. Na minha dissertação de mestrado, intitulada *Por uma Política de Educação Ambiental para as Cidades Amazônicas: Uma reflexão para o Serviço Social* – sendo uma continuidade dos estudos que foram realizados durante a monografia de conclusão de curso – dentre as diferentes constações problematizadas na pesquisa observei que tanto técnicos quanto os moradores tinham como consenso a ideia de que trabalhar a Educação Ambiental ou qualquer outra atividade socioeducativa com crianças “era mais fácil”, mesmo reconhecendo que estas ações dos projetos urbanos e habitacionais enfrentavam dificuldades de execução que estavam relacionados à ausência de estrutura adequada de trabalho e à falta de qualificação dos técnicos (assistente social, pedagogo e psicólogos). Este dado, de que tanto profissionais quanto lideranças comunitárias relatavam e argumentavam que seria mais adequado desenvolver ações educativas com as crianças das comunidades me levaram a querer investigar sobre a situação paradigmática no qual a criança está envolvida. A partir destas percepções sobre a infância e as problemáticas ambientais, passei a buscar refletir sobre as demandas postas pela Modernidade quanto à valorização da infância (uma valorização que está em linhas tênues com a desvalorização e o *sufocamento*), em que a marginalização, a invisibilização e o silenciamento da criança e da infância nas políticas públicas brasileiras são fatores construídos historicamente e que ainda necessitam ser repensados. Tal percepção me apontou a necessidade de refletir e analisar, primeiramente, a situação paradigmática da infância numa perspectiva histórica a fim de compreender a gênese das problemáticas que atingem a criança na contemporaneidade e assim pensar em pesquisas futuras.

energia elétrica, sem acesso a serviços de saúde e de assistência social de qualidade. Somadas a esse quadro de precariedade, estas pessoas dispunham de um sistema educacional frágil, quase inexistente.

Penso que antes de ter tido “objetos” ou “problemáticas” de pesquisas em minha vida acadêmica e profissional, tive a oportunidade de presenciar vidas e conviver com sujeitos que mesmo tendo a sua dignidade humana e os seus direitos cotidianamente violados por políticas públicas frágeis e pontuais, se mantinham fortes e resistentes na luta por direitos sociais, políticos e, sobretudo, humanos.

A intenção de pesquisar sobre a infância da Amazônia paraense surgiu, justamente, durante estas idas e vindas às periferias de Belém², em que observei que havia um sujeito em específico que era o mais atingido pelo quadro de pobreza e precariedade das nossas cidades: as crianças, sujeito sem possibilidade de reação às condições objetivas e concretas, sem voz e levada por uma realidade que se deu muito antes de sua existência. Constatação que me instigava a compreender a situação da infância na região percebendo as particularidades que o lugar oferece aos modos de vida dos sujeitos que aqui vivem e os seus rebatimentos diferenciados para a infância.

Inicialmente, as minhas atenções estavam voltadas para o hoje. Entretanto, quando se trata de pesquisa é sempre bom salientar que ela está estreitamente vinculada às aspirações, necessidades e visão de mundo do sujeito que pesquisa (LÖWI, 2015; DESLANDES, 2015), que movido por uma ininterrupta corrida não por respostas e objetos de pesquisa, mas sim por novas perguntas que fazem parte dos fenômenos que lhe inquietam. Assim, ao longo do levantamento bibliográfico, me deparei com um questionamento pessoal: como compreender a situação da infância da Amazônia paraense do presente se não conheço a história dessa infância? Como fortalecer as pesquisas sobre a infância na região se o seu passado é desconhecido? Aliado a estes questionamentos pessoais, também percebi que as pesquisas sobre a História da Infância da Amazônia, em comparação a outras regiões brasileiras são ainda um tanto escassas e se encontram em momento de fortalecimento.

A minha inserção no Curso de Doutorado em Educação, na linha de pesquisa Educação, Cultura e Sociedade, me possibilitou o contato com as pesquisas históricas, fortalecendo assim o meu interesse pela história dos sujeitos constantemente silenciados neste país, especialmente, a infância pobre que se constitui historicamente em vozes invisíveis. O

² Em visitas de campo enquanto assistente social e pesquisadora das instituições responsáveis pela política urbana do município de Belém, em periferias, como Riacho Doce e Pantanal (na Terra Firme), Vila da Barca e Malvinas (do bairro da Sacramento), entre outras.

contato com as pesquisas e os teóricos da História da Infância permitiu um processo de construção analítica que me levou a observar que não haveria como desassociar o debate sobre a infância da Amazônia paraense da discussão histórica sobre as consequências da construção de um projeto de modernidade³ que se impôs no país, sobretudo por meio de ações educativas, que perduram até hoje.

O interesse pela História da Infância se confirmou e se fortaleceu por meio de debates suscitados durante a disciplina, ministrada pela Profa. Dra. Laura Alves, Teoria da Formação Humana, ofertada para os alunos do Mestrado, no qual participei como ouvinte, no segundo semestre de 2012. Nessa disciplina, adentrei nos debates e análises das principais referências dos estudos sobre a História da Infância a partir de autores, como Philippe Ariès (1981), Colin Heywood (2004), Mary Del Priore (2010a; 2010b), Gilberto Freyre (2001; 2008), entre outros.

Nessas leituras, observei o quanto os princípios e objetivos da modernidade, constantemente reiterados por homens dos séculos XIX e XX, que pretendiam modificar crenças, concepções, comportamentos e valores dos sujeitos que ainda estavam distantes das práticas consideradas científicas e civilizadas⁴, geraram mudanças no tratamento da infância⁵.

³A *modernidade* de modo geral, corresponde ao oposto do Classicismo e ao apego a valores tradicionais, havendo uma identificação com o nacionalismo, sobretudo, no que se relaciona ao espírito crítico, e com ideias de progresso e renovação, embutindo ideais de libertação do indivíduo do obscurantismo e da ignorância, nos quais surgem articulados à difusão da ciência e da cultura em geral (JAPIASSÚ; MARCONDES, 2006). Para Giddens (1991, p. 16), a modernidade é um fenômeno de dois gumes: ao mesmo tempo em que possibilitou o desenvolvimento de instituições modernas que passaram a propiciar, em escala mundial, a difusão de oportunidades para os seres humanos desfrutarem de uma existência segura e gratificante, mas, também esta mesma modernidade possui um lado sombrio, sendo o lugar da segurança *versus* perigo e confiança *versus* risco, em que ao ter moldado o mundo à imagem humana, e com investimentos no conhecimento científico, produziu um mundo fora do controle. O autor também aponta que “Pensadores sociais escrevendo no fim do século XIX e início do XX não poderiam ter previsto a invenção do armamento nuclear”, ou seja, o projeto de modernidade e ciência que libertaria também causou caos, instabilidade e insegurança.

⁴ Segundo Elias (1991), o processo civilizador se constitui em mudança nas condutas e sentimentos humanos, no qual não foi um acontecimento planejado por pessoas isoladas no passado com a finalidade de alcançarem a “civilização”, se utilizando de medidas conscientes e “racionais” que deveriam ocorrer gradualmente durante séculos e séculos para que então, enfim, se efetivassem. No entanto, também salienta que mesmo que este processo não tendo se dado deste modo, não significa que tal transformação não tenha sido “uma mera sequência de mudanças caóticas e não estruturadas” (ELIAS, 1991, p. 194).

⁵ Refiro-me à modernidade como paradigma que estabeleceu mudanças no modo de conceber e cuidar da infância, porém não a limito a um modo de produção em específico, pois assim como as sociedades capitalistas, as sociedades socialistas/comunistas também intentaram em se manter no horizonte do modelo moderno de sociedade, colocando credibilidade na educação pautada nos ideais científicistas, que também tinham por foco a construção de uma infância forte, saudável e inteligente, intervindo, assim, diretamente nas famílias e nos seus modos de cuidado e educação de crianças, numa ótica desenvolvimentista dos países considerados cultos e civilizados (STEARNES, 2006). É deste contexto que emerge Lev Vygotsky (1896-1934), que, inserido na Rússia Soviética, atendeu aos apelos das autoridades revolucionárias de 1917, construindo uma teoria do desenvolvimento linguístico e psicossocial das crianças pautados nos fundamentos do Materialismo Histórico aplicados à Educação (CAMPOS, 2008). Ou seja, os preceitos que legitimavam e celebravam a ciência enquanto saber que possibilitaria o desenvolvimento e o progresso das sociedades tidas como civilizadas continuaria nas sociedades socialistas. Destes apontamentos, observa-se que é própria das sociedades modernas (sejam

Somado a esta percepção da História da Infância, passei a ter interesse pelas discussões referentes à constituição e consolidação da(s) ciência(s) moderna, da ciência tida como oficial e verdadeira, que sempre esteve associada à noção do que seria modernidade. Assim como o saber não é fragmentado e nem mesmo unitário, passei por um longo processo de “alimentação” de novos teóricos e teorias, me levando a questionar não só o meu modo de fazer pesquisa, mas também a minha visão de mundo.

Ao me debruçar nas principais leituras da História Internacional da Infância (como Ariès, Stearns e Heywood), fui construindo e tecendo pontos em comum entre estes autores que partem de uma criança comum a eles, no qual descrevem os processos de mudanças políticas e econômicas de uma Europa em constante crescimento e desenvolvimento, que passam a se guiar por um novo saber, ou melhor, uma nova ciência, que estaria distanciada da religião e das crenças populares, tendo como horizonte a Racionalidade e o Cientificismo.

Estas considerações geraram novas reflexões que tinham como intenção perceber este processo na região amazônica, desta forma, esbocei a formação de novas problemáticas de pesquisa que necessitariam de atenção e dedicação exclusiva de minha parte. Não obstante, onde eu encontraria a materialidade dos conflitos no tratamento da infância paraense, decorrente das buscas de legitimação de uma ciência considerada formal e verdadeira, perante os cuidados perpetrados pela população não detentora do saber científico?

Pesquisadores, como Gondra (2002, 2010 e 2013), Kuhlmann Jr. (2001, 2010a e 2010b), Del Priore (2012) e Rizzini (2009) exploram, extensivamente, documentos produzidos por médicos de setecentos e de novecentos, assim como há uma significativa produção de teses, dissertações e artigos que abordam a História da Infância e da Educação a partir dos discursos produzidos pelos médicos⁶. Diante dessas constatações, passei a nutrir a intenção de analisar os documentos produzidos pelos médicos de outrora do estado do Pará, percebendo-os como importantes locutores⁷ para os estudos da História da Infância e da Educação na Amazônia Paraense.

socialistas ou capitalistas) a visão de infância que deve ser moldada para que haja a construção de uma nova sociedade e nação. Entretanto, ressalva-se que os efeitos serão diferenciados, como será verificado ao longo do presente estudo.

⁶ Nos apêndices deste trabalho consta o estado da arte, produzido durante os anos de 2012 a 2015, que demonstram que os trabalhos que tomam a História da Infância a partir dos discursos médico-científico são mais comuns nas regiões Sul e Sudeste do país, necessitando serem mais exploradas na nossa região.

⁷ Brandão (2012, p. 109) define o locutor como sendo uma “[...] função enunciativa que o sujeito falante exerce e, através da qual se representa como eu no discurso. É o ser apresentado como responsável pelo dizer, mas não é um ser no mundo, pois se trata de uma ficção discursiva” (sic), em tal definição a linguista se refere à análise do discurso aplicada à narrativa literária, entretanto, mais adiante, apresento a definição de Maingueneau (2015) que amplia tal termo para o sujeito falante de instituições, referindo-se a esses como locutores coletivos, no qual o

A presente tese, intitulada *Os discursos dos médicos do estado do Pará nas “Teses de Doutorado ou Inaugurais” (1929-1954): Saúde, Assistência e Educação da infância pobre* está inserida na linha de pesquisa Educação, Cultura Sociedade, do PPGED/UFGA, e atrelada ao grupo de pesquisa Educação, Cultura e Organização Social (ECOS). Por consequência, também está articulada ao projeto de pesquisa *A história do Instituto de Proteção e Assistência à infância do Pará (1912-1934): significados e sentidos das ações do médico Ophir Loyola*, coordenado pela Profa. Dra. Laura Alves, que tem como:

[...] objetivo analisar, por meio de documentos oficiais (relatórios, prontuários, jornais, estatutos, atas, inventários, ofícios, material fotográfico etc.) o significado e sentido que as ações sociais e educativas do Instituto de Proteção e Assistência à Infância do Pará, que foi criado em 1912, na cidade de Belém, pelo médico pediatra Ophir Pinto de Loyola assumiu no atendimento de crianças pobres da capital do Pará no período republicano (ALVES, 2014, p.4).

O mencionado projeto de pesquisa analisa o significado e o sentido das ações de assistência e educação que foram realizadas pelo Instituto de Proteção e Assistência à Infância do Pará (IPAI), tendo como principal figura o médico pediatra Ophir Pinto de Loyola, no período de 1912 a 1934. A partir desta descrição, endosso que a presente tese representa continuidade e parte do referido estudo ao se deter nas primeiras iniciativas de assistência e proteção à infância fomentada pelos médicos higienistas, em que a partir dessa premissa, também destaco que não tive como principal foco o processo de formação da elite médica do estado, mas que este processo é tomado a fim de apreender os delineamentos que foram assumidos pelas discussões sobre a saúde, assistência e educação da criança pobre no Pará, estado que tem muito bem demarcado o seu passado de momentos áureos da economia da borracha, mas que ainda tem muito a dizer sobre o quadro da infância num contexto que não foi só de opulência econômica, mas também de pauperismo.

II) Objeto, fontes e metodologia

O objetivo geral desta tese é analisar nos discursos dos médicos do estado do Pará, produzidos nas “Teses de Doutorado ou Inaugurais” (1929-1954), a Saúde, a Assistência e a Educação para a infância pobre. Assim, foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos: (i) Identificar e analisar os principais discursos ideológicos sobre Educação e Assistência que foram materializados nas “Teses de Doutorado ou Inaugurais” (1929-

eudo discurso falaria por si e pela instituição, emergindo também daí os conflitos e contradições, logo, evidentemente, sendo um ser no mundo, da coletividade e de um ou vários grupos sociais.

1954); (ii) analisar a polifonia e a intertextualidade presentes nas “Teses de Doutorado ou Inaugurais” (1929-1954) sobre a mortalidade infantil; (iii) Interpretar os significados e sentidos das orientações higienistas e eugenista sobre a assistência, educação e saúde da infância pobre do estado do Pará, presentes nas “Teses de Doutorado ou Inaugurais” (1929-1954). Ela está inserida no campo da História Social da Infância e da Educação na Amazônia paraense e tem como objeto a Saúde, a Assistência e a Educação da infância nos discursos produzidos pelos médicos do Pará nas “Teses de Doutorado ou Inaugurais”, tomando como recorte o período de 1929 a 1954, momento de consolidação da Ciência Médica no estado, que também estava articulada aos ideais da Higiene e da Eugenia predominante nas principais regiões brasileiras, estabelecendo estratégias que objetivavam formar um novo homem que deveria ser saudável em corpo, moral e mente.

Ao se ter como *corpus* as “Teses de Doutorado ou Inaugurais” foram estabelecidos dois critérios para a seleção: 1) A escolha por teses que tivessem como indicação no título ou nos capítulos as palavras “infância”, “criança” e “educação”; 2) as teses que, após leitura e análise, fossem constatadas a predominância do discurso polifônico e ideológico sobre a infância e a educação.

Deste modo, analisam-se especificamente as seguintes “Teses de Doutorado ou Inaugurais”: *Mortalidade infantil em Belém (Contribuição ao estudo das suas causas)*, defendida por Antonio Simões Pereira, em 1929; *O problema da tuberculose em Belém*, defendida por Anísio Mendonça Maroja, de 1930; e *A educação materna no puerpério*, defendida por Claudio Pastor Dacier Lobato, em 1954.

O texto *Mortalidade infantil em Belém (Contribuição ao estudo das suas causas)*, de autoria do médico Antonio Simões Pereira, publicada em 1929, trata da mortalidade infantil em Belém, cuja a discussão perpassa pelas ações de assistência e proteção à infância desvalida realizada nas principais capitais do Brasil a fim de ter bases para pensá-la para o Pará, mas especialmente para a capital. Ele apresenta um levantamento sobre os casos de mortalidade infantil tomando como referência as experiências de outros países, apontando as principais causas de mortes de crianças para então, ao final, indicar os “caminhos” para que a mortalidade de crianças em Belém fosse debelada.

A segunda tese, *O problema da tuberculose em Belém*, apresenta um diferencial: não se detém especificamente sobre a infância, mas fornece importantes elementos sobre a temática. Defendida em 1930, pelo doutorando Anísio de Mendonça Maroja, ela realiza um debate sobre a tuberculose como um “flagelo nacional” e um dos principais “problemas da nacionalidade” que deveria ser combatido e cujos efeitos e consequências se fazia sentir no

estado e na capital, acometendo, sobretudo crianças e mães. Deste modo, Maroja estabelece orientações e medidas preventivas que deveriam ser assumidas pelo poder público para pôr fim ao avanço do bacilo de Koch.

Já *A educação materna no puerpério*, de Claudio Pastor Dacier Lobato, defendida em 1954, aborda os altos índices de mortalidade materna e infantil, apontando diversos fatores que desencadeavam o que ele se refere como “inimigo”, e movido pela convicção de que a fase do puerpério é a melhor fase para oferecer uma “educação prática” capaz de impedir tanto a morte das crianças quanto das mães.

Nesse sentido, ele lança propostas de como deveriam ser realizados os programas que visassem à Educação Sanitária voltada para a maternidade, no qual também dá destaque a uma classe profissional que ainda estava se estruturando no estado do Pará: os profissionais do Serviço Social para a área da saúde.

É importante destacar que após a definição do tema “História da Educação e da Infância nos discursos dos médicos do estado do Pará” em pesquisa exploratória⁸ nos acervos da Seção de Obras Raras da Fundação Cultural Tancredo Neves (CENTUR)⁹; no Museu da Medicina do Pará da Sociedade Médico-Cirúrgica do Pará (MUMP/SMCP)¹⁰; na Biblioteca Setorial da Faculdade de Medicina da UFPA; na Coleção Amazônia, da Biblioteca Central da UFPA¹¹; e no Arquivo Público do Estado do Pará (APEP), foram encontrados importantes documentos, como o periódico *Pará-Médico*, os relatórios da Faculdade de Medicina e Cirurgia do Pará, bem como relatórios, ofícios e memorandos do estado e do município produzidos pelos médicos.

Todavia, a escolha pelas “Teses de Doutorado ou Inaugurais” como *corpus*, se deu em decorrência da constatação da densidade discursiva que elas ofereciam sobre a Saúde, Assistência e Educação, além da presença de importantes dados estatísticos sobre a infância de meados do século XX. Ademais, foram consideradas suas particularidades enquanto um gênero discursivo produzido a partir de exigências e pré-requisitos que deveriam ser atendidos no momento de sua elaboração, sendo por meio delas que médicos, após a conclusão do curso de graduação, poderiam adquirir o título de Doutor em Medicina, conferindo uma importância particular a estes textos no interior deste grupo social.

⁸ Entre os meses de maio a agosto de 2013.

⁹ Localizada na Av. Gentil Bittencourt, 650, Batista Campos, Belém, PA, 66073-220, telefone: (91) 3202-4333.

¹⁰ Endereço: Passagem Bolonha, 134, Nazaré, Belém, PA, 66053-060, telefone: (91) 3241-2604.

¹¹ A Faculdade de Medicina da UFPA está localizada na Av. Generalíssimo Deodoro, 91, no bairro do Umarizal, em Belém.

Esta tese guiou-se pela seguinte problemática: quais os sentidos e significados dos discursos ideológicos e polifônicos produzidos pelos médicos do estado do Pará nas “Teses de Doutorado ou Inaugurais” (defendidas no período de 1929 a 1954) sobre a Saúde, a Assistência e a Educação para a Infância pobre? A fim de identificar os discursos ideológicos e polifônicos sobre Saúde, Assistência e Educação da Infância da Amazônia paraense; os significados e sentidos dos discursos científicos sobre Higiene e Eugenia; e a polifonia e a intertextualidade sobre a mortalidade infantil, a análise das teses de Medicina se deu a partir da perspectiva analítico-discursiva de Mikhail Bakhtin, que considera os textos como unidade complexa de significação, implicando numa análise que abarque as suas condições de produção, considerando o contexto histórico-social, a situação e os interlocutores (BRANDÃO, 2012).

A análise do discurso bakhtiniana demarca que não se lida com o texto simplesmente numa relação esvaziada, numa leitura do texto pelo texto, mas que ele, enquanto materialização dos discursos de diferentes sujeitos apresenta um imenso cenário político, econômico, social e cultural, inscrito no tempo e no espaço, que influi e reflete o consciente daqueles que produziram as fontes, os documentos, de que hoje nos ocupamos.

Bakhtin compartilha da compreensão de que as Ciências Humanas, diferente das Ciências Exatas e Naturais, lidam com o homem, mas o homem enquanto produtor de texto, quer dizer, um enunciador discursivo.

Longe de pôr em questão o que seriam as Ciências Humanas e seus paradigmas, considera-se válido as argumentações do teórico, de que o pesquisador de texto não se mantém na formação de um conhecimento monológico, tal qual ocorre nas demais ciências. As Ciências Humanas, ao lidar com os sujeitos, estão lidando com um conhecimento dialógico, haja vista que os sujeitos enquanto produtores de textos não são mudos (BARROS, 1997).

A perspectiva analítico-discursiva bakhtiniana não se constitui em mero pano de fundo, haja vista a percepção de suas importantes contribuições para as pesquisas de cunho histórico, tendo em vista que a análise de fontes históricas exige do pesquisador um olhar sobre o contexto em que o documento foi produzido, percebendo as influências do lugar e do tempo do autor do documento, não descolando o sujeito do momento ideológico, político e cultural, considerando os fatores extralinguísticos como o contexto de fala, a relação do falante com o ouvinte e o momento histórico.

Na compreensão histórico-social e dialógica bakhtiniana, a língua é concebida como um fenômeno social, no qual a realidade linguística não pode estar limitada a sistemas

abstratos de normas, pois os indivíduos no momento da interação exercem uma prática viva da língua. Deste modo, a língua, a linguagem e o discurso são produtos histórico-sociais, que não devem ser concebidos como neutros, rígidos e restritos. Na perspectiva bakhtiniana encontram-se categorias analíticas, como Discurso Polifônico, a Intertextualidade, o Discurso Ideológico e o Discurso de Significado e Sentido.

Aliada à visão bakhtiniana, que leva à compreensão do *corpus* da pesquisa enquanto texto, também se compreende as “Teses de Doutorado ou Inaugurais” como documentos que não são simples representação dos fatos ou da realidade, pois foram produzidas por pessoas e por uma instituição visando objetivos e um tipo de uso específico, estando destinado também a sujeitos específicos (FLICK, 2009). Assim, como todo documento, ou melhor, texto (utilizando-se da concepção bakhtiniana), elas foram produzidas, motivadas por alguma intenção e para algum tipo de uso específico do grupo ou sujeito que o produz.

As “Teses de Doutorado ou Inaugurais” correspondiam a uma exigência burocrática (para aqueles que tinham como anseio o título de doutor) da Faculdade de Medicina e Cirurgia do Pará, nas quais se materializavam dados que deveriam ser pensados pela sociedade paraense da época, apontando questões seja de saúde, saneamento e até mesmo de educação que necessitavam serem solucionados ou ao menos problematizados. Consequentemente, estes documentos não se constituem em simples artefatos estáveis, estáticos e pré-definidos.

O século XX, momento o qual pertence o *corpus* desta pesquisa, é período que se pode afirmar sobre a existência de uma Ciência Médica no estado do Pará com a nítida intenção dos profissionais de Medicina em fortalecer o conhecimento científico da região amazônica, aliando-se às faculdades do Nordeste. Enquanto que as primeiras faculdades de Medicina se estabeleceram na Bahia e no Rio de Janeiro, já no século XIX, organizadas como cátedras dando início à estruturação das primeiras sociedades e organizações dos médicos; no Pará, o movimento foi inverso, em que antes da construção do esboço de um sistema de ensino, houve primeiramente o estabelecimento do serviço público de saúde no período da República e a organização desta categoria profissional por meio da criação da Sociedade Médico-Cirúrgica do Pará, em 1914.

No ano seguinte, a SMCP lança o primeiro fascículo da revista *Pará-Médico* com o principal objetivo de divulgar os estudos e pesquisas realizadas na área médica, além de utilizá-la como forma de arquivo das atuações no estado, dando início às ações de divulgação e documentação do que era feito pela Medicina paraense e assim possibilitando a publicação de artigos, pesquisa e divulgação da história da Medicina do Pará.

Com uma agremiação científica mais fortalecida, em 1919, é criada a Faculdade de Medicina e Cirurgia do Pará (FMCP), a instituição responsável e demandadora das “Teses de Doutorado ou Inaugurais”. Segundo Miranda (2010) e Abreu Jr. (2010), as teses de Medicina da FMCP (em comparação às outras faculdades) foram produzidas em menor número, no qual estas datam de 1924, havendo, inclusive, a inexistência de produções de teses em alguns anos, seguindo uma tendência de queda na produção e na qualidade de tais trabalhos.

O recorte temporal da pesquisa de 1929 a 1954 se deve ao critério adotado de que as teses analisadas teriam que ser de 1924, momento de defesa das primeiras teses, a 1955, período em que se consolidam as mudanças engendradas no interior da FMCP, que ocorreram no início dessa década, tal como a federalização, a não cobrança de taxas e a saída da primeira geração de médicos que fomentaram a Medicina no Pará. Momento que pesquisadores, como Abreu Jr. (2010) e Miranda (2010) se referem como a fase tecnológica da Medicina, pois ocorrem consideráveis avanços tecnológicos e surge o primeiro hospital de Radiologia na região. Todavia, as teses que tratam sobre a infância e a educação são de 1929 e do ano de 1955 há somente uma tese que aborda infância, porém trata da mortalidade infantil em São Luís do Maranhão.

No presente pesquisa também se realiza o diálogo com outras fontes, como a revista *Pará-Médico*, outras teses de Medicina que não estão enquadradas como *corpus* e os relatórios municipais e estaduais. Estas fontes aliadas ao *corpus* são tomadas “[...] enquanto registros, enquanto testemunhos dos atos históricos” (SAVIANI, 2006, p. 30), sobre o passado da infância do estado. Além destes, recorreu-se, inclusive, aos dados apresentados pelo projeto de pesquisa *A história do Instituto de Proteção e Assistência à infância do Pará (1912-1934): significados e sentidos das ações do médico Ophir Loyola*, coordenado pela Profa. Dra. Laura Alves.

Esta tese, por estar fundamentada na teoria bakhtiniana, também está sendo orientada pela dialética materialista, que busca contemplar o melhor possível uma análise objetiva da realidade estudada, realizando exaustivas explorações, buscando apreender o conjunto dos procedimentos científicos disponíveis, no qual visa atingir os aspectos e os movimentos contraditórios internos, porque o objeto é tomado como totalidade e como unidade de contrários, tendo como desafio o captar dos conflitos, o movimento e a tendência predominante de sua transformação (SANFELICE, 2008).

Tendo em mira a complexidade do presente objeto e tema, optei por realizar um debate amplo em que as análises não estariam centradas tão somente no *corpus*, mas também

percorri por diferentes dados qualitativos e quantitativos, como imagens e estatísticas expostas nos relatórios elaborados pelos médicos que comumente gozavam de destacada posição política no estado e que revelavam os modos de vida da criança pobre. Deste modo, o *corpus* e as outras fontes ao serem articuladas, possibilitaram apreender as mudanças ocorridas nas questões que se referiam à infância no Pará.

Portanto, a presente tese tem como *corpus* as “Teses de Doutorado ou Inaugurais” apresentadas à FMCP, no período de 1929 a 1954, que tratam inteiramente ou parcialmente (capítulos) sobre a infância e a educação. Utiliza-se também como fontes a revista *Pará-Médico*, os relatórios e ofícios estaduais e municipais e os estatutos da SMCP e do IPAI produzidos entre os anos de 1909 a 1955, além de outras teses elaboradas durante o mesmo período, mas que não tratam especificamente sobre a temática.

III) A História da Infância no discurso dos médicos

As pesquisas da perspectiva da História da Infância são envolvidas numa realidade da escassez de registros, enfrentando o constante desafio de ir em busca de novas fontes. Heywood (2004) pontua sobre o hábito ainda recente e incomum das pessoas de registrarem as suas próprias infâncias, assim como a infância que lhes era contemporânea. Tanto na Idade Média (nos relatos dos nobres de nascimento e os devotados à vida religiosa) quanto no período Moderno na Inglaterra, as crianças estavam ausentes na literatura, no qual o historiador conclui que “A criança era, no máximo, uma figura marginal em um mundo adulto”. Sobre este caráter particular das pesquisas do campo da História da Infância, Rizzini (2008) destaca que:

Pelo fato de lidar com indivíduos na fase de infância, durante a qual não apresentam participação social pública e possibilidades de registro, não se pode contar com qualquer tipo de documentação originária das próprias crianças. Seu ponto de vista ou sua ‘leitura’ da história que protagonizaram nos são totalmente desconhecidos. Pode-se dizer que as idéias, concepções, caracterizações etc., encontradas a seu respeito na bibliografia existente constituem, na verdade, uma presunção, uma suposição ou uma interpretação, de um grupo de pessoas que entendia ter a missão de moldá-las. Viam-nas, portanto, sob a ótica do reformador – dos ‘homens de bem’. Geralmente, representantes legítimos do estado, convictos da ideologia de saneamento da sociedade (*sic*). (RIZZINI, 2008, p. 39).

Assim, as pesquisas do campo da História da Infância, comumente, não tratam diretamente com o registro da criança, haja vista que esta por não possuir visibilidade social e política dificilmente teve os seus escritos valorizados, fato que somado ao contexto de precariedade seja da Colônia, Império e República em que poucos tinham o “privilegio” de ler

e escrever torna-se ainda mais improvável o encontro de documentos históricos elaborados por crianças. Nessa impossibilidade, seus pesquisadores se detêm na história da relação da sociedade, da cultura e dos adultos com a condição social das crianças – a infância –, lidando diretamente com os documentos, os dados, as memórias e os discursos produzidos e registrados por e pelos adultos, de determinadas épocas, sobre a infância que lhe foi contemporânea (FREITAS, 2002; GOUVEA, 2009).

Os que enveredam nos estudos da infância, a partir dos aspectos históricos, encontram diversas barreiras, pois diferente de outros ramos da pesquisa histórica ou até mesmo da Sociologia da Infância¹², observa-se o privilégio que estes pesquisadores têm ao poder ter um encontro direto com os discursos dos sujeitos de sua pesquisa, o que para o pesquisador da História da Infância não é possível, fato que demonstra a importância de haver o constante exercício da ampliação de fontes.

Tal desafio revela a importância de realizarmos esforços no sentido de dar visibilidade às vozes infantis do passado. Quanto a isso, em apresentação do livro *História das Crianças no Brasil*, Del Priore (2010) destaca que:

Resgatar esse passado [da infância no Brasil] significa, primeiramente, dar voz aos documentos históricos, perquirindo-os nas suas menores marcas, exumando-os nas suas informações mais concretas ou mais modestas, iluminando as lembranças mais apagadas. **É pela voz de médicos, professores, padres, educadores, legisladores que obtemos informações sobre a infância no passado.** Essa fala, contudo, obriga o historiador a uma crítica e a uma interpretação da forma como o adulto retrata o estereótipo da criança ideal, aquela saudável, obediente, sem vícios. A criança que é, uma promessa de virtudes. Mas face a essas vozes adultas é preciso considerar algumas questões: será que em uma sociedade historicamente pobre e vinculada tanto pela mestiçagem quanto pela mobilidade social, é possível construir tal modelo de criança? Médicos e legisladores do início do século XX acreditavam que sim. (DEL PRIORE, 2010, p. 15, grifo nosso).

Del Priore destaca que as nossas investigações, ao tratar diretamente com os discursos dos adultos sobre a infância, trazem, em si, todo um percurso de estabelecimento de normas e modelos do que deveria ser infância e criança¹³, dando evasão aos estereótipos, fato

¹² A perspectiva da Sociologia da Infância se lança a escutar as diferentes infâncias e diferentes vozes infantis, partindo de uma compreensão de que a criança também possui cultura e de que também é um ator social que não somente é influenciado, mas que também influencia o lugar que vive e os outros sujeitos que convivem com ela, assim, os seus pesquisadores realizam reflexões e debates que tomam a criança como sujeito informante central de suas pesquisas. Reconheço não ser um trabalho simples e sem desafios, especialmente, no que diz respeito ao processo de busca das falas das crianças, necessitando de planejamento, flexibilidade e criatividade por parte do pesquisador, que também precisará ter habilidades para interpretar o que foi exposto pelo sujeito-alvo de sua pesquisa. Sabe-se que existem quatro áreas das Ciências Humanas e Sociais que tratam da infância: História da Infância, Sociologia da Infância, a Psicologia da Infância e a Antropologia da Criança.

¹³ É necessário fazer o seguinte adendo: infância e criança não são palavras sinônimas e tampouco possuem o mesmo significado. Quanto a isto, Müller (2007, p. 18) salienta que: “A infância é a referência adulta ao que há de comum aos sujeitos no início de sua vida, considerando os aspectos da natureza biológica, da natureza relacional e de linguagem, da forma de estar com adultos e crianças, de apreender o mundo, de reinventá-lo e

que obriga o historiador a ter uma reflexão atenta sobre as incoerências presentes nos discursos que falam da infância em frente à real situação da criança do passado.

Comumente, as principais obras que discutem sobre a História da Infância tomam para as suas considerações os textos produzidos pela Medicina de outrora que apresentam o entendimento da constituição e formação da criança, a fase da vida conhecida como infância, bem como as suas teorias e intervenções na Educação e Assistência Infantil. Sobre tal não há como negar ou desconsiderar as participações da Ciência Médica, diante do fato de que, até então, as particularidades do corpo infantil eram desconhecidas. Partilha-se da compreensão de que não há como desatrelar a História da Infância e da Educação da História da Medicina, que passou a impor uma nova conduta para o tratamento da infância e da criança. Segundo Heywood (2004):

O conhecimento sobre os cuidados com as crianças era passado de geração para geração sem ser questionado, acompanhado de certa resignação diante dos resultados, evidentes nas mortes frequentes. Tudo isso mudaria durante os séculos XVIII e XIX. Os pais passam a receber uma carga cada vez maior de orientações de médicos e outros, ávidos por pontificar na criação das crianças. O espírito racionalista do iluminismo era incompatível com muitas das crenças, levando a apelos por dietas mais leves, roupas mais frouxas, e assim por diante. (HEYWOOD, 2004, p. 97).

A partir dessa fala de Heywood, observa-se que antes dos primeiros passos tomados pelo conhecimento científico, as práticas de cura do corpo, bem como os cuidados com a criança eram pautadas nos hábitos e crenças populares, pois até mesmo os “médicos”, nesse período, ainda exerciam a sua “arte de curar” pautados nas crenças religiosas que estavam muito próximas das práticas populares consideradas pagãs. Com a virada para o conhecimento científico que deveria ser metódico, experimental e positivo (ALFONSO-GOLDFARB, 2004) passa-se a impor novas condutas à população, especialmente a pobre, que estava diante de altos índices de mortalidade e doenças.

Como já referido, Ariès (2011), Stearns (2006) e Heywood (2004), ao partirem de uma infância comum a eles, descrevem os processos de mudanças políticas e econômicas de sociedades que estavam vivendo constante crescimento e desenvolvimento, que ao passarem a se guiar por um novo saber, uma nova ciência, que estaria distanciada da religião e das crenças populares, tendo como horizonte a racionalidade e o cientificismo, resultando em mudanças significativas no trato com a infância a partir do século XVII.

significá-lo. A criança é o sujeito que existe concretamente. Então, já podemos dizer que considerando diferentes condições, *ser criança* e *ter infância* não significa a mesma coisa”.

As mudanças na postura do adulto em relação à infância e o surgimento de novos questionamentos sobre quem seria a criança e como cuidar dela – apesar das divergências quanto à afirmação de uma ausência ou presença de um “sentimento”¹⁴ sobre a infância – faz surgir novas condutas de cuidados e valorização das crianças nas sociedades ocidentais, que se dá em momentos de gestação da modernidade, associadas aos princípios e orientações da ciência, sobretudo, da Ciência Médica.

Destarte, como se deu a intervenção da Medicina nas práticas culturais de cuidados com a criança na História brasileira? Como se deu o processo de mudança no cuidado com a criança? A “arte de curar” e “os cuidados com a criança” já aconteciam em território brasileiro antes mesmo da consolidação de sua condição de colônia portuguesa, somados ao fato de que sendo resultado de nossa cultura, a Medicina no Brasil sempre esteve envolta a diferentes práticas culturais.

Mudanças que ocorreram no século XVII na Europa, no Brasil se consolidaram somente a partir de finais do século XIX, em que os princípios e objetivos de higienização e cuidados com o corpo foram constantemente reiterados pelos intelectuais e pela elite brasileira do período, procurando estabelecer orientações e ensinamentos que deveriam divulgar os valores e comportamentos tidos como adequados para a população, a fim de modificar crenças e concepções dos sujeitos que ainda estavam distantes das práticas consideradas científicas e civilizadas, indicando a necessidade de mudanças no tratamento da infância, seja por meio de práticas autoritárias (tais como isolamentos compulsórios e vacinação obrigatória) como por intervenções que pretendiam ser educativas, tendo como personagem central os homens da Medicina que se tornaram figuras comuns e presentes no âmbito da família e da escola.

Enquanto uma das principais vertentes da ciência, a Medicina é uma das práticas mais antigas da humanidade, que não tem a origem ligada a uma cultura ou povo específico,

¹⁴ O debate em torno da questão da presença ou ausência de um “sentimento” pela infância nas sociedades medievais surgiu com Ariès, no entanto, as pesquisas e estudos históricos sobre a infância em países, como França, Inglaterra e Estados Unidos datam do início do século XX, o que, segundo Rizzini (2008), decorre da importância dada aos debates sobre infância naquelas sociedades. Porém, a abordagem histórica passou a ter destaque a partir da década de 1960 com o livro *L'Enfant et l'avie familiale sous l'ancien regime*, de autoria do referido historiador francês. Conforme bem explicita Rizzini (2008), quanto à afirmação de Ariès de que a infância teria sido “descoberta” no século XVII, não significa que ele estivesse afirmando que não existisse afeto em relação à criança antes desse período e sim que até então não havia uma separação nítida entre o mundo adulto e o mundo infantil. Rizzini destaca as influências do trabalho de Philippe Ariès, que desde a década de 1960 se tornou uma das principais referências para os estudos sobre a criança no mundo ocidental. Quanto a pesquisas sobre a História da Infância no Brasil, o trabalho de Jane Russo, intitulado *Assistência e proteção à infância no Brasil: a moralização do social* foi um dos escritos pioneiros sobre o tema em questão no país, produzida no início dos anos 1980, no qual a autora se baseou nos estudos da área da Medicina Social com a finalidade de compreender as interligações entre a Medicina Higienista e a infância de início do século XX, pautando-se em Foucault, Denzelot e Freire Costa (RIZZINI, 2008).

tendo em conta que as doenças sempre existiram e o ser humano historicamente se lançava a combatê-la. Os primeiros homens e mulheres responsáveis pela cura e cuidado com a saúde se muniam também de rituais e orações, em que uns podiam ser religiosos, enquanto outros eram filósofos (como os médicos gregos). Nesse momento, já procuravam se munir do conhecimento popular, mas também reprimi-lo a fim de se legitimar enquanto conhecimento e especialidade. O mesmo ocorreu com a ciência tida como formal, oriunda dos modelos e parâmetros eurocêntricos¹⁵.

A Ciência Médica é o resultado de um longo processo de trocas materiais e imateriais entre os homens e diferentes povos, guardando particularidades, apesar de (hoje) possuir um modelo global que a respalda enquanto uma ciência tida como moderna e legítima. Porém, nos discursos dos intelectuais dos setecentos aos novecentos, encontra-se uma ciência e uma Medicina em particular de viés e teóricos europeus, a maioria de origem francesa e inglesa. Ter em mente essas considerações permite realizar uma leitura histórica, cultural e social dos pressupostos e da prática da Ciência Médica que se efetivou em nosso país e que se reflete nos discursos da Medicina sobre a infância.

Durante os séculos XIX e XX, no Brasil, foram forjadas iniciativas públicas e privadas que tinham como intenção moldar a infância, no sentido de criar uma “criança ideal”, sendo comum a participação de profissionais e intelectuais, como pedagogos, psicólogos, advogados e médicos. Problematicar a infância do passado traz à tona o dado de que a criança não foi alvo de estratégias que visavam moldá-la física e mentalmente somente na escola, as ações educativas se deram para além do espaço escolar. Tratar sobre a infância pressupõe-se estar tratando sobre a educação, à medida que esta sempre foi alvo de projetos educacionais. A educação pautada nos preceitos científicos também ocorreu nos hospitais, nas instituições de caridade e assistência e no ambiente domiciliar.

A *sciencia*, enquanto instituição e fruto de negociações e acordos entre os grupos dominantes, se tornou uma espécie de “bem” desejado pelas nações que pretendiam ser civilizadas e modernas, que passaram a realizar mobilizações no sentido de disseminar práticas higiênicas, seja no trato com os corpos e com as mentes bem como no trato com o

¹⁵Destaca-se: a Europa também construiu a sua ciência a partir do conhecimento que adquiria da “convivência” com outros povos e etnias (ALFONSO-GOLDFARB, 2004). Autoras, como Diwan (2007) e Alfonso-Goldfarb (2004) apontam o século XV como momento importante para o desenvolvimento da ciência moderna, haja vista que foi um período de importantes mudanças que engendraram o surgimento de outro tipo de mentalidade após a queda da Idade Média. Contudo, para Dussel (2008), esta mudança de mentalidade de uma sociedade medieval que deu espaço para o (re) nascimento de novos ideais ocorreu graças ao contato com o outro, havendo não uma simples troca de saberes, mas a violência da cultura do outro e a apropriação de conhecimentos e tecnologias. É desta troca e contato como o Outro, que nasce a Modernidade.

espaço público e o espaço privado a partir de ensinamentos pautados no conhecimento científico.

Não há como se distanciar de nosso passado e nem negar nossas heranças culturais, que conformaram a nossa condição de sociedade moderna, capitalista e “em desenvolvimento” e que ainda resguarda práticas antigas dos povos, seja indígena, africano ou europeu. No entanto, observa-se que a Ciência Médica no Brasil foi construída a partir dos moldes do que se havia concebido como ciência formal na Europa. Porém, o contexto brasileiro – com suas limitações econômicas e política de uma Colônia – moldurou uma maneira específica de atuação dos esculápios¹⁶ no território brasileiro, levando-os a ser um intelectual “onipresente” em todos os aspectos políticos do país.

José Gonçalves Gondra, em sua tese de doutorado sob o título *Artes de civilizar: medicina, higiene e educação escolar na Corte Imperial* (defendida em 2004), apontou as relações entre Medicina, Educação e Sociedade, indicando as articulações do processo de constituição da ordem médica com o projeto educacional nascido no seio do Brasil Imperial. De acordo com ele:

Essa disposição pode ser definida como um projeto de prevenção contra a doença antes mesmo que ela eclodisse, o que implicaria tanto a existência de um saber médico sobre a cidade e sua população, quanto a presença do médico como uma autoridade que intervém na vida social, decidindo, planejando e executando medidas ao mesmo tempo médicas e políticas. Essa perspectiva da Medicina institucionalizou-se no Brasil de forma definitiva ao longo do século XIX [...]. (GONDRA, 2010, p. 524).

Deste modo, a atuação médica não se restringia ao tratamento do corpo e das doenças, a sua “arte de curar”, e acrescenta-se a “arte de cuidar”, também envolvia o processo de planejamento das cidades, das casas e inclusive das escolas. É possível afirmar que em fins do século XIX, especificamente, no Império, o intelectual da Medicina encontrava-se numa posição privilegiada diante de outros “homens da ciência”, nos quais mesmo diante da multiplicidade de discursos higienistas, os médicos ainda eram referência na elaboração do conhecimento científico e civilizador.

Verificam-se mudanças no século XX, com o advento da República brasileira, momento de triunfo não só do médico, mas também de outros intelectuais, como engenheiros, urbanistas, pedagogos e outros profissionais, que assim como ele, tinham a capacidade de imprimir um olhar técnico e científico sobre as questões sociais e políticas da época

¹⁶ A palavra esculápio é uma derivação latina de *Asclépio*, o deus-herói da Medicina, o mais antigo e célebre templo de adoração da Grécia (AGUIAR, 2009). Estapalavra foi livremente utilizada pelos médicos brasileiros e paraenses, que comumente a usavam no sentido de demonstrar os seus “poderes divinos” diante uma realidade que não possibilitava avanços científicos, porém mesmo assim sendo uma meta destes homens.

(RODRIGUES, 2008). Naquele momento, com mais força e intensidade, o principal alvo a ser combatido pela Medicina do Pará eram os curandeiros, pajés e as “parteiras curiosas” (FIGUEIREDO, 1996; FIGUEIREDO, 2006).

Perante a população, não somente a pobre, o prestígio dos médicos do estado estava em constante ameaça, porém mesmo assim, esta mesma elite ainda se via como a mais equipada técnica e cientificamente para pensar sobre o planejamento urbano, o saneamento, a educação e a saúde da região e dos homens, mulheres e crianças da Amazônia. A partir dos discursos dos médicos do estado é possível perquirir as mudanças tomadas nas medidas de assistência e proteção à infância, bem como identificar o contexto econômico, social, ambiental e epidemiológico que a criança da República paraense esteve exposta.

A Medicina da região amazônica não tinha somente como modelo a Medicina irradiada no âmbito internacional, mas também se articulava à Medicina dos principais centros brasileiros, que eram as escolas da Bahia e do Rio de Janeiro, sendo possível identificar as suas influências por meio de artigos, relatórios e livros produzidos pelos médicos paraenses, que passaram a estabelecer parcerias cada vez mais consolidadas a fim de erradicar as doenças e mortalidades.

As Faculdades de Medicina da Bahia e do Rio de Janeiro, apesar de pautarem-se nas ciências higienistas e eugenistas, seguiam caminhos teóricos e ideológicos diferentes. Schwarcz (1993) apresenta uma discussão contextualizada e crítica sobre o modo como ocorreu o surgimento das primeiras Faculdades de Medicina no Brasil, argumentando que apesar das duas faculdades terem como foco “curar” o povo brasileiro e darem ênfase à questão da raça, elas seguiram linhas de raciocínio diferenciadas:

A análise e comparação com a produção científica da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro permite perceber, por outro lado, como a discussão médica ganha ainda outro prumo. Nesse caso, trata-se de uma disputa de hegemonia na medicina, entendida, nesse momento, como uma prática profissional em processo de construção. Os médicos da faculdade do Rio de Janeiro buscavam sua originalidade e identidade na descoberta de doenças tropicais como a febre amarela e o mal de Chagas, que deveriam ser prontamente sanadas pelos programas ‘higienicos’. Já os médicos baianos farão o mesmo ao entender o cruzamento racial como o nosso grande mal, mas, ao mesmo tempo, nossa suprema diferença. Ou seja, enquanto para os médicos cariocas tratava-se de combater *doenças*, para os profissionais baianos era o *doente*, a população doente que estava em questão. Era a partir da miscigenação que se previa a loucura, se entendia a criminalidade, ou, nos anos 20, se promoviam programas ‘eugênicos de depuração’. **Se o jargão é comum, a atenção é diversa** (SCHWARCZ, 1993, p. 249; grifo meu).

Assim, os médicos brasileiros, representados pelas Faculdades da Bahia e do Rio de Janeiro, ao terem como intenção “curar” um país doente e cheio de “desvios” tomaram como

questão central de seus estudos o tema da raça. Os médicos cariocas seguiram a Medicina Higienista com o propósito de estudar as doenças no sentido da cura e da profilaxia, compreendendo que o motivo principal para as doenças seria o convívio das diferentes raças que imigraram para o país; enquanto que os médicos baianos, seguindo um ideário eugenista focado nos assuntos do cruzamento racial como fator gerador da criminalidade e da loucura, se desenvolveram na Medicina Legal.

Da mesma forma que Schwarcz (1993), compreende-se que a Medicina Higienista e Eugenista no Brasil tomou diferentes caminhos, em que apesar do “jargão” ter sido comum a atenção dada foi diversa. O debate sobre a raça no Brasil foi envolvido por diferentes posicionamentos envolvendo a utilização das teorias higienistas e eugenistas, no qual cada grupo social se apropriava de maneiras específicas, porém, se destacando e servindo como modelo as escolas de Medicina da Bahia e do Rio de Janeiro. E olhando para nossa realidade verifica-se que a Medicina paraense seguiu os mesmos caminhos trilhados pela Medicina do Rio de Janeiro, no sentido de estar focada nas questões das doenças e nas condições sanitárias da cidade¹⁷, no qual ainda deviam a esta mesma ciência higienista e eugênica os avanços na assistência e proteção da infância pobre.

Em meados do século XX, a infância pobre estava envolta por uma arena de discursos produzidos por diversos intelectuais, dentre os quais se destacaram os médicos, que também estavam imersos numa arena de disputas ideológicas. Ao verificar a dialogia que se estabelece entre diferentes vozes presentes em espaços e tempos distantes, pretende-se demonstrar, a partir das estruturas que possibilitaram a criação de ações de proteção e assistência à infância pobre no estado, os constantes debates em torno dos altos índices de mortalidade infantil, que levou ao estabelecimento de estratégias que visavam fortalecer a saúde infantil por meio da assistência, no qual a Educação emergiu enquanto um dos principais projetos dos médicos higienistas e eugenistas para a prevenção não só da infância, mas também da maternidade.

Como bem destaca Saviani (2006), as fontes são a base, a origem e o ponto de partida para a construção historiográfica, que é a reconstrução do objeto histórico no plano do conhecimento. Contudo, estas não são a origem do fenômeno histórico e sim são registros,

¹⁷Salientar que o caráter sanitarista do estado estava mais voltado para uma “doutrina” médica carioca, não se está falando que houve uma ausência da Medicina Legal no Pará, que teve como ator principal o médico Renato Chaves da Silva e Souza (Renato Chaves) que foi precursor desta área na região. Porém, o pesquisador João Alberto Lurine afirma que o Serviço Médico-Legal no estado possuía um caráter de Serviço Sanitário (COSTA, 2015), traço que pode ser associado ao fato de que Renato Chaves, em 1912, se formou em Medicina pela Faculdade do Rio de Janeiro.

testemunhos dos atos históricos, sendo construções humanas, constituindo-se em descoberta, capaz de possibilitar ao pesquisador o desvendar e estabelecer caminhos para chegar às respostas das questões e do objeto histórico que lhe inquietam.

Nesse sentido, os documentos utilizados são vozes dos adultos sobre a infância, que percebiam nas ações de Assistência, Saúde e Educação, o meio para se moldar homens e mulheres que deveriam ser saudáveis e civilizados. Logo, são fontes que permitem ter um panorama social, econômico, cultural e epidêmico da infância do Pará do primeiro e segundo quartel do século XX, pois oferecem dados, tidos como oficiais, sobre as principais doenças e *causa mortis* das crianças numa região que apesar de ter vivido um esplendor econômico, não conseguiu estabelecer uma qualidade de vida que fosse durável para a sua população, logo agudizando o estado de crise.

É de suma importância destacar que nas três “Teses de Doutorado ou Inaugurais” analisadas, o debate sobre a mortalidade infantil é o fio condutor para as suas respectivas abordagens sobre a Saúde, Assistência e Educação da criança, cujos debates em torno da mortalidade infantil tinham como intenção demonstrar a necessidade de se criar uma estrutura institucional de proteção e assistência que garantisse educação e saúde às crianças pobres, deste processo também surge outro sujeito que seria tido como fundamental para tal empreitada: as mães.

As teses de Medicina que compõem o *corpus* correspondem a períodos históricos diferentes, representando contextos sociais específicos, entretanto, os discursos polifônico e intertextual são evidentes nestas fontes. As “Teses de Doutorado ou Inaugurais”, são compreendidas como um dos tipos de gênero discursivo produzidos pelos “homens de Medicina”, estando atreladas à FMCP, e de onde emerge discurso sobre a pobreza, em que, especificamente, a criança e as mães pobres surgem enquanto principais sujeitos, tornando-os alvos de diferentes discursos ideológicos.

Desta forma, saliento que a infância retratada no *corpus* desta tese é justamente a criança não ideal, a pobre e “doentinha”. Logo, os textos produzidos por médicos são importantes vozes para os estudos da História da Infância da Amazônia paraense, no qual há a necessidade de ampliar e visualizar a variedade de fontes documentais que ainda se apresentam como valiosas e intocadas sobre as memórias das infâncias do passado. No presente estudo, tomo a Medicina e a Infância como palavras e signos vivos materializados no tempo e no espaço, sendo construídos, polidos e manipulados por sujeitos que estavam numa constante arena de disputas ideológicas, atribuindo sentidos e significados à Saúde, à Assistência e à Educação.

IV) A estrutura da tese

Na segunda seção apresento o percurso metodológico utilizado, bem como explico as principais categorias bakhtinianas (Polifonia, Ideologia, Intertextualidade, Significado e Sentido) que serão utilizadas para a análise do *corpus* da pesquisa e as categorias temáticas (Mortalidade Infantil, Proteção e Assistência, Educação, Higienismo e Eugenia) para a organização da análise das teses. Nesta mesma seção são apresentados os critérios adotados e os caminhos percorridos para o estabelecimento do *corpus*, posteriormente, é exposto um breve descritivo sobre os principais aspectos e características das teses de Antonio Simões Pereira (1929), de Anísio Mendonça Maroja (1930) e de Claudio Pastor Dacier Lobato (1954).

O estabelecimento de uma relação dialógica entre as diferentes vozes presentes em espaços e tempos específicos e distantes, em certa medida, visa estabelecer bases para uma análise dos discursos dos médicos do estado do Pará sobre a assistência, a saúde e a educação da infância e assim compreender as transformações na noção e tratamento destes sujeitos na Amazônia paraense, bem como verificar e analisar os diferentes posicionamentos sobre o contexto econômico, social, ambiental e epidemiológico que a criança da República paraense esteve exposta.

A terceira seção, *A História da Infância e os seus encontros e intercessões com a História da Medicina*, aborda as conexões e os diálogos existentes entre a História da Infância e a História da Medicina, no qual se observa que, com o avançar da segunda área, se vai estabelecendo mudanças nos cuidados e tratamento perpetrados para a infância. Do mesmo modo que a “arte da cura” pertencia ao religioso e a doença era tida como castigo, o destino da infância estava entregue ao desígnio divino. As discussões em torno das “Idades da vida” representaram o primeiro passo da Ciência moderna e da Racionalidade médica em compreender as especificidades da infância, resultando numa nova concepção sobre o que ela seria e quem seria a criança, passando a assumir uma nova centralidade nos discursos dos médicos e dos demais intelectuais brasileiros e portugueses de finais do século XVIII.

Para compreender os meandros da Medicina do Pará faz-se necessário conhecer os percursos tomados pela Ciência Médica no Brasil a fim de perceber os rebatimentos do contexto econômico, social e político do país que passou a aferir determinado papel ao intelectual e profissional da Medicina, então logo após a abordagem dos percursos tomados pela área em favor da valorização e particularização da infância, tratar-se-á sobre a Medicina no país e as primeiras iniciativas de assistência e proteção à infância, em que o infante passa a se constituir em um objeto caro para a Medicina.

Na quarta seção, *A Medicina no estado do Pará em meados do século XX*, trata-se primeiramente sobre o terreno que abrigou os primeiros médicos na região amazônica, haja vista que não havia profissionais para cada província, ressaltando sobre a extensão e expansão das primeiras epidemias que acometeram a população seja indígena, negra, portuguesa e mestiça, no qual havia somente o Hospital da Santa Casa de Misericórdia para exercer a assistência de viés religioso e caritativo, para homens e mulheres de diferentes idades, estando voltado especialmente para os pobres.

Conforme vai ocorrendo a expansão populacional e da malha urbana da capital paraense vão-se expandindo também a assistência à saúde, que se traduz na criação de outros hospitais ainda centrados em moléstias e surtos específicos, como a febre amarela, a malária, a tuberculose, a lepra e as doenças relacionadas à “alienação”. À medida que também a elite médica que aqui se estabelecia, comumente formada fora do estado ou do país, procurava formas de se articular e se fortalecer enquanto classe, ação esta que se consolidou somente no início do século XX com a criação da SMCP (1914), com o lançamento da revista *Pará-Médico* (1915) e, por fim, com a fundação da FMCP (1919).

Na quinta seção, é dada especial atenção, por se tratar sobre *A situação da infância no estado do Pará no início do século XX*, a principal intenção foi a de apresentar dados e informações, presentes nos discursos oficiais, sobre a situação social e epidêmica da infância pobre, moradora das periferias da capital paraense a fim de compreender sobre que infância é falada nas “Teses de Doutorado ou Inaugurais” e o porquê de tomá-la como objeto e tema de seus trabalhos.

Sendo importante ressaltar sobre a quase inexistência de trabalhos que indiquem o quadro social e epidemiológico que atingia especificamente as crianças do estado, assim como a existência de documentos. Verificou-se a existência de trabalhos que tratam sobre os principais surtos epidêmicos e de mortes na região, no entanto, sem especificações sobre a idade. A fim de preencher esta lacuna, recorreu-se não somente aos relatórios oficiais, mas também aos dados coletados pelo projeto de pesquisa *A história do Instituto de Proteção e Assistência à infância do Pará (1912-1934): significados e sentidos das ações do médico Ophir Loyola*, coordenado pela Profa. Dra. Laura Alves, que no momento está investigando quais as *causa mortis* infantis mais comuns no período de 1909 a 1934, a partir dos livros perpétuos de menores do Cemitério Santa Izabel, em Belém do Pará, oferecendo consideráveis avanços nesta discussão.

No cruzamento destes dados, observa-se que o contexto de pobreza generalizada atingia diretamente as crianças, tornando os seus organismos propícios a qualquer tipo de

doenças, no qual as condições de moradias tornavam-nas propensas não somente a contrair malária, varíola, tuberculose e febre amarela, que eram as principais epidemias do período.

A infância, em meados do século XX, era acometida por anemia, desnutrição e gastroenterite, que eram agravadas pela grande incidência de parasitas intestinais, produto da ausência de cuidados higiênicos e, sobretudo, a ausência de uma estrutura de saúde e de saneamento. Aliado a este quadro, também havia altos níveis de natimortalidade, resultado da inexistência de hospitais-maternidade, da não assistência às mulheres grávidas, da falta de confiança que elas tinham em relação aos médicos, ou simplesmente, a falta de hábito que a população como um todo tinha em recorrer às instituições oficiais de saúde, que eram extremamente precárias.

A situação de extrema pobreza em que viviam estas crianças gerava não só o desconhecimento dos princípios da higiene, mas também a ausência de condições financeiras e materiais para uma vida pautada nas orientações higiênicas. Neste momento, verifica-se que assim como não havia ações consolidadas de assistência e proteção à infância, o período da maternidade e o puerpério passavam despercebidos pelas ações de Saúde Pública, que ainda estava em vias de formação no estado do Pará.

Salienta-se que a criação do Instituto de Proteção e Assistência à Infância (IPAI) em 1912 (em Belém do Pará) e a construção de maternidades na capital possibilitou o amparo às mães e crianças pobres do estado, que até então estavam entregues a própria sorte, tornando a fase da gravidez e o puerpério, momentos de riscos para mulheres e crianças de até 1 ano de idade. Em contrapartida, doenças como febre amarela, impaludismo e tuberculose, e, sobretudo, a lepra e as “enfermidades mentais” cresciam entre os infantes, tornando as crianças pobres, alvos de internamentos obrigatórios em nosocômios sem qualquer estrutura e afastada de suas famílias. Outro aspecto que se constata é que as ações do Instituto estavam muito mais centradas nos aspectos preventivos, não havendo espaços para internamento e nem meios de realização de cura de doenças mais graves. Assim, nem todas as “crianças desvalidas de sorte” poderiam ser acolhidas pelo instituto.

Por fim, na sexta seção, são apresentados os textos analisados considerando primeiramente, o contexto em que foram elaboradas as três “Teses de Doutorado ou Inaugurais” indicando os discursos polifônicos e ideológicos que perpassaram as considerações dos então doutorandos Antonio Simões Pereira (1929), Anísio Maroja (1930) e Claudio Pastor Dacier Lobato (1954) sobre os óbitos e doenças que acometiam a infância e a maternidade pobre da capital paraense. Ressalta-se que, na análise do *corpus*, não foi dado destaque às doenças, que vinham sendo tratadas nas teses, como a tuberculose, que acometia a

infância entre os anos de 1920 a 1950 e que são extensivamente trabalhadas pelos doutorandos em seus trabalhos, mas sim aos discursos sobre a pobreza, a falta de alimentação, a maternidade, destacando, porém, categorias como a mortalidade infantil, a assistência e proteção, a educação, o Higienismo e a Eugenia.

Ao longo das três teses encontram-se discursos ideológicos que divulgam e denunciam os altos níveis de mortalidade infantil diante de serviços de saúde e assistência incompletos e ineficientes, no qual reclamam recorrentemente sobre a ausência de recursos financeiros, reivindicando a parceria entre o poder público e as elites locais. Todavia, apesar do reconhecimento e longas considerações sobre a situação financeira do estado e da pobreza das famílias da periferia, surge um sujeito em específico que passa a ser alvo dos reclames dos três médicos, sendo responsabilizados por uns e absolvidos por outros: a mãe operária, pobre e indigente. Por conseguinte, os discursos sobre a necessidade de estabelecer medidas de saúde que abarcassem a assistência e a educação não serão direcionados tão somente para a infância, mas também para as mães, a fim de estabelecerem a assistência e proteção da criança desde o ventre.

Neste contexto, nos discursos dos médicos, a Educação surge como meio de combate não somente da mortalidade infantil, mas também da mortalidade materna, da mesma forma que passa a ser concebida como meio de prevenção de doenças. As crianças deveriam ter abrigo em escolas, nas suas diferentes modalidades, que possibilitassem o seu afastamento dos ambientes propícios à expansão de doenças, este também seria o local em que a criança deveria aprender os princípios da higiene que estariam no mesmo nível de importância que os ensinamentos do Português e da Aritmética, nos idos dos anos 1930. Enquanto que, durante a década de 1950, para as mães, o espaço da Educação Sanitária seria as maternidades e os hospitais como um todo, devendo acompanhá-la desde o primeiro mês de gestação.

Não houve a intenção de analisar o processo de construção da Ciência Médica no estado, mas, intentou-se perquirir sobre a infância de um contexto que não foi somente de opulência econômica – em decorrência da economia da borracha – mas também de pauperismo. Identifiquei mudanças substanciais nas ações públicas de cuidados com a criança no Pará, em que os principais eventos que se direcionaram para debater sobre a situação da criança pobre foram de iniciativas da área da Saúde Pública, a partir das atenções voltadas para a unidade mãe-filho. Neste sentido, compreendo que os discursos presentes nas três teses de Medicina analisadas representam um contexto discursivo que lançou as sementes para o delineamento das atuais políticas voltadas para a criança.

Apesar das ações de controle e de responsabilização da população pobre e de suas práticas, especialmente as das mães, pelas mortes infantis, a atuação da Medicina Higienista no Pará, que estava associada a um particular modelo de Eugenismo, já no período da República, teve como objetivo formar novos homens sadios em corpo e moral. Apresento como tese que os discursos dos médicos do Pará corresponderam a uma polifonia e intertextualidade de discursos que estavam sendo produzidos no Brasil e no mundo, onde a criança seria a “chave” para um futuro de prosperidade para os homens da Amazônia. As suas intervenções não se limitaram somente em perpetrar orientações sobre cuidados para as famílias, mas, sobretudo levaram à definição de um tipo de política de atendimento voltado exclusivamente para a infância paraense a partir da criação de instituições que conformaram um modelo de atendimento específico para a infância do estado, tomando como modelo ideal a articulação da saúde com a assistência e a educação.

SEÇÃO II – O PERCURSO TEÓRICO- METODOLÓGICO

2.1 A PERSPECTIVA ANALÍTICO-DISCURSIVA DE MIKHAIL BAKHTIN

Não existe somente uma forma de Análise do Discurso, há uma variedade de diferentes enfoques no estudo de textos se desenvolvendo a partir de diferentes tradições teóricas. Entretanto, considerando o objeto, as fontes e os objetivos desta pesquisa que está inserida no campo da História, optou-se pela perspectiva analítico-discursiva bakhtiniana. A escolha pela Filosofia da Linguagem de Mikhail Bakhtin deveu-se ao entendimento de que, por meio dessa perspectiva analítica, será possível identificar o contexto cultural, político e ideológico que a criança da Amazônia, de meados do século XX, estava envolta, estando em meio a uma arena de discursos produzido por diversos intelectuais, dentre os quais se destacaram os médicos.

A análise de fontes históricas obriga o pesquisador a ter um olhar sobre o contexto em que o documento foi produzido, percebendo as influências do lugar e do tempo do autor do documento, não descolando o sujeito do momento ideológico, político e cultural, considerando os fatores extralinguísticos, como o contexto de fala, a relação do falante com o ouvinte e o momento histórico.

Em Bakhtin, encontra-se uma visão de língua/linguagem e, consequentemente, de discurso, enquanto produtos histórico-sociais, que transpõem a percepção dessas categorias como algo meramente neutro, rígido e restrito, tal qual o concebe as concepções das correntes funcionalistas e estruturalistas, além de transcender os modelos teóricos da linguagem idealista. Na compreensão histórico-social e dialógica bakhtiniana, a língua é concebida como um fenômeno social, no qual a realidade linguística não pode estar limitada a sistemas abstratos de normas, pois os indivíduos no momento da interação exercem uma prática viva da língua.

A língua (composta por signos é um sistema de expressão e de comunicação de um grupo social) e a linguagem (como qualquer processo de comunicação, verbal ou não) compõem o discurso que, enquanto ato individual ou coletivo, é o ato concreto das duas categorias, estando fortemente arraigadas ao contexto de quem fala e das intenções que emergem na interação social. A língua e a linguagem, enquanto algo concreto e produto da manifestação individual de cada falante constituem-se em um fenômeno social que se funda na necessidade de comunicação, nos quais envolve o contexto e as intenções nas ações de interação verbal (BRANDÃO, 2012). Este aspecto denota que os sentidos de uma palavra, de

um enunciado e de um discurso dependem do contexto, que implicam em formas específicas de interação que irão determinar o enunciado, ou seja, para Bakhtin (2012):

A língua não é o reflexo das hesitações subjetivo-psicológicas, mas das relações sociais estáveis dos falantes. Conforme a língua, conforme a época ou os grupos sociais, conforme o contexto apresente tal ou qual objetivo específico, vê-se dominar ora uma forma ora outra, ora uma variante ora outra. (BAKHTIN, 2012, p. 153).

A língua é reflexo de relações sociais estáveis, no qual estão imersos os falantes. Desta forma, as críticas de Bakhtin se dão no sentido de demonstrar que a linguagem não seria tão somente um sistema abstrato de formas (objetivismo abstrato) e nem uma simples enunciação monológica isolada (subjetivismo idealista), posições que impedem a percepção da real natureza da linguagem, que é de código ideológico (JOBIM E SOUZA, 2012).

Na concepção analítica bakhtiniana deve-se a relação entre a enunciação e o contexto em que esta ocorre, pois a enunciação não é isolada, fechada e monológica e se assim o fosse, seria “monólogos mortos” (JOBIM E SOUZA, 2012). Desta percepção, emerge não somente o enunciado como objeto dos estudos da linguagem, mas também se destaca a situação da Enunciação, que exerce importante papel para a compreensão e explicação da estrutura semântica de qualquer ato de comunicação verbal (BRANDÃO, 2012).

A situação no qual se dá a enunciação constitui-se em um dos principais aspectos no momento de análise e compreensão do discurso, haja vista que o valor do enunciado não é simplesmente determinado pela língua, enquanto um sistema puramente linguístico e sim pelas diversas formas de interação que são estabelecidas pela língua com a realidade, com o sujeito falante e com outros enunciados que emergem no ato da comunicação, que podem ser verdadeiros, falsos e belos (JOBIM E SOUZA, 2012).

Mikhail Bakhtin, ao visualizar as relações mais amplas que perpassam a língua e a linguagem, propôs uma teoria do enunciado, atribuindo importância ao contexto da enunciação, que seria a parte não verbal da linguagem (BRANDÃO, 2012), logo:

Na realidade, não são palavras que pronunciamos ou escutamos, mas verdades ou mentiras, coisas boas ou más, importantes ou triviais, agradáveis ou desagradáveis etc. *A palavra está sempre carregada de um conteúdo ou de um sentido ideológico ou vivencial.* (BAKHTIN, 2012, p. 98-99; grifo do autor).

A palavra, ao ser produto da interação social e caracterizada por sua plurivalência, reveste-se em signo ideológico sendo, portanto, lugar de manifestação da ideologia. A ideologia envolve as diferentes formas de significar a realidade de acordo com as diferentes vozes e vista dos que a empregam. A palavra torna-se “arena de luta de vozes que, situadas

em diferentes posições, querem ser ouvidas por outras vozes”, revelando assim o seu caráter dialógico (BRANDÃO, 2012, p. 9).

Consequentemente, todo enunciado é social e dialógico, não havendo como desconsiderar as articulações entre o linguístico e o social, que demonstram as relações de vínculo entre a linguagem e a ideologia. A palavra ao se dá de maneira dúbia e não neutra, está relacionada às intenções dos sujeitos envolvidos no processo da interação verbal, trazendo em si um conteúdo de sentido ideológico, o que na concepção analítica bakhtiniana da linguagem, caracteriza que a verdadeira substância da língua é o fenômeno social da interação verbal, que se realiza por meio da enunciação ou das enunciações. Em outras palavras, o caráter dialógico da linguagem está na interação verbal, que é a categoria básica da concepção de linguagem em Bakhtin, que tem no caráter dialógico (ou dialogia) a sua realidade fundamental.

Para Bakhtin, toda enunciação é um diálogo, um processo de comunicação ininterrupto, ou seja, “Não há enunciado isolado, todo enunciado pressupõe aqueles que o antecederam e todos os que o sucederão: um enunciado é apenas um elo de uma cadeia, só podendo ser compreendido no interior dessa cadeia” (JOBIM E SOUZA, 2012, p. 99-100). É neste aspecto que se revela a intertextualidade, que significa a presença de um texto dentro de outro texto, havendo um diálogo entre eles. Neste sentido, as relações dialógicas para Bakhtin são:

[...] muito particulares e não podem ser reduzidas às relações que se estabelecem entre as réplicas de um diálogo real; são, por assim dizer, muito mais amplas, heterogêneas e complexas. **Dois enunciados distantes um do outro no tempo e no espaço, quando confrontados em relação ao seu sentido, podem revelar uma relação dialógica.** Portanto as relações dialógicas são relações de sentido, quer seja entre o enunciado de um diálogo real e específico, quer seja no âmbito mais amplo do discurso das ideias criadas por vários autores ao longo do tempo e espaços distintos. (JOBIM E SOUZA, 2012, p. 100; grifo meu).

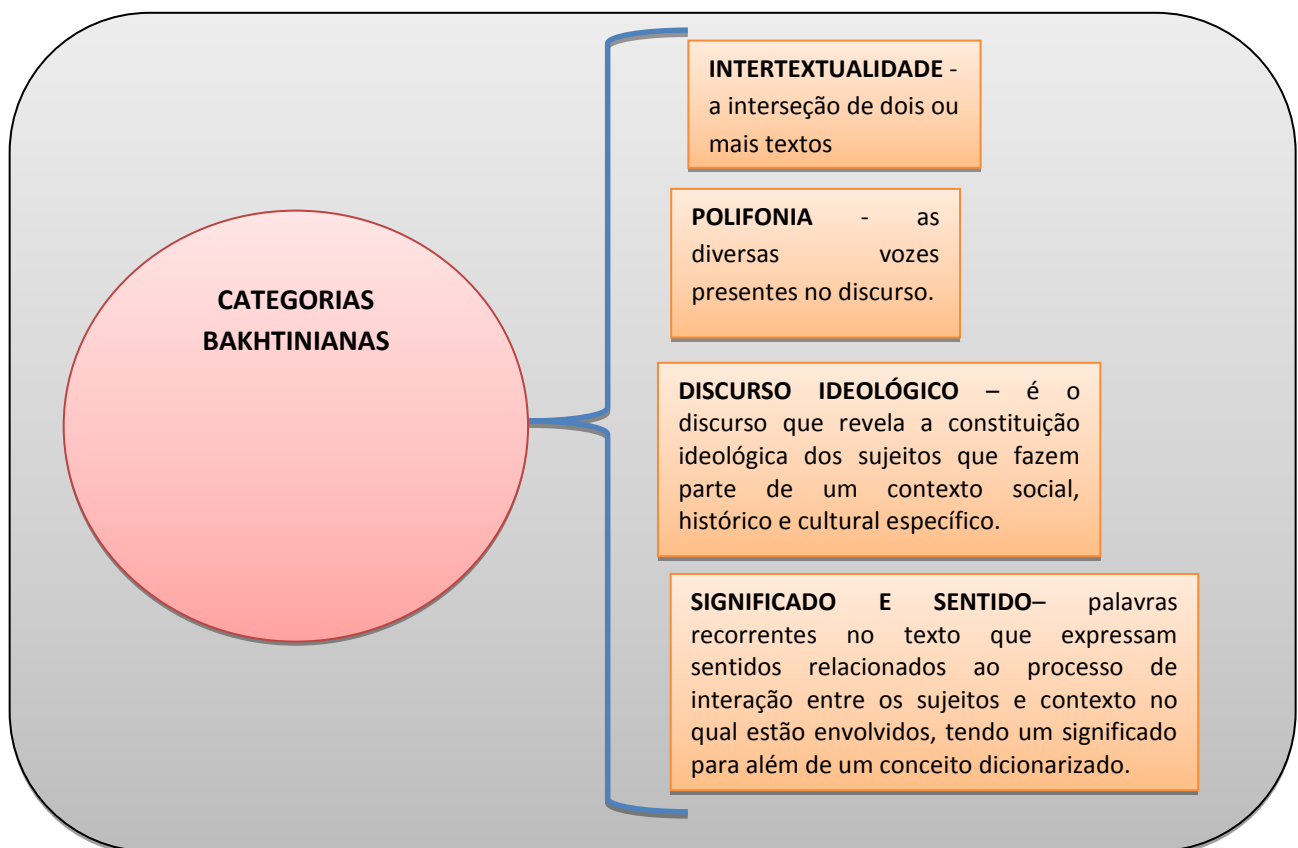
As relações dialógicas revelam a polifonia dos diferentes discursos. O discurso polifônico consiste nas várias vozes presentes num mesmo discurso, havendo o constante diálogo entre as diferentes vozes, dando um novo sentido à questão da autoria, pois a palavra não pertence a um único falante, no qual o ouvinte também estará presente, num processo ininterrupto de diálogo. De acordo com Souza (2012):

Bakhtin (1985) afirma que tudo que é dito está situado fora da *alma* do falante e não pertence somente a ele. **Nenhum falante é o primeiro a falar sobre o tópico de seu discurso** [...] cada um de nós encontra um mundo que já foi articulado, elucidado, avaliado de muitos modos diferentes – *já – falado* por alguém. Ao encontrarmos já habitado por outras falas de outras pessoas. Para Bakhtin, a

linguagem nunca está completa, ela é uma tarefa, um projeto sempre caminhando e sempre inacabado. (SOUZA, 2012, p.100).

Estes aspectos do discurso acentuam as relações dialógicas que são estabelecidas entre enunciados que estão distantes no tempo e no espaço, no qual se identifica a polifonia, havendo uma continuidade nos discursos de diferentes sujeitos, em tempo e lugares diferentes, porém conservando intencionalidades nas suas ações de comunicação. A trama bakhtiniana é extremamente dinâmica e fluída, não havendo como limitar os diferentes aspectos do discurso, no qual, por exemplo, o caráter polifônico de um discurso comumente se aproxima do discurso intertextual, assim como este pode revelar o discurso ideológico. Entretanto, para a análise do *corpus* desta tese, serão demarcadas as seguintes categorias: Discurso Polifônico, Intertextualidade, Discurso Ideológico e o Discurso de Significado e Sentido (Figura 1).

Figura 1 – As categorias bakhtinianas a serem utilizadas



Elaboração: Jacqueline Guimarães (2015), baseado em Brandão (2012).

A intertextualidade, ao ser de modo direto a interseção de dois ou mais textos, remete-se à propriedade constitutiva do texto e ao conjunto de relações implícitas e explícitas que um texto estabelece com outros textos, havendo uma inter-relação dialógica no interior dele (ALVES, 2003). Brandão (2012) assim define a intertextualidade:

[...] abrange os tipos de relações que uma formação discursiva mantém com outras formações discursivas. Pode ser interna quando um discurso se define por sua relação com discurso(s) do mesmo campo (por exemplo, os diferentes discursos do campo religiosos) ou externa quando um discurso se define por sua relação com discurso(s) de campos diferentes (por exemplo, um discurso religiosos citando elementos do discurso naturalista). (BRANDÃO, 2012, p. 108).

Um texto é preenchido por diferentes formações discursivas, sendo espaço de diferentes e diversas tonalidades dialógicas que dão expressão às vivências humanas, representando as visões de mundo do sujeito que escreve. Porém, num texto não está presente somente uma voz, estão presentes ao menos, duas vozes, que é justamente a do sujeito que escreve e a do autor que ele parodia: “Não há como existirem palavras nos quais o autor não ouve a voz do outro” (FREITAS, 2011, p. 28).

A Polifonia, que representa as diversas vozes presentes no discurso, tendo sido um conceito elaborado por Bakhtin e aplicado à Literatura, posteriormente, foi retomado pelo linguista francês Oswald Ducrot, que começou a entender que era possível a presença de mais de um sujeito em um discurso, inclusive de que seria possível a presença de vários sujeitos somente em um enunciado, assim aplicando o conceito de Polifonia ao campo teórico da Linguística. Em linhas gerais, ela se refere à qualidade de todo discurso em ser formado e perpassado pelo discurso do outro, do mesmo modo que a fala é cruzada pela fala do outro (BRANDÃO, 2012; FROSSARD, 2008).

Os conceitos de Polifonia e Intertextualidade demonstram que um texto, enquanto espaço de materialização do discurso dos sujeitos, nunca representará uma simples voz individualizada, em que a consciência individual é um fato socioideológico, logo devendo ser explicado a partir do meio ideológico e social (BAKHTIN, 2012). Mesmo quando o analista do discurso tem como objeto de estudo os gêneros de discurso associados a um indivíduo, ele deve tomá-lo enquanto algo relacionado a lugares e, neste sentido, ao abordar sobre os locutores individuais, Maingueneau (2015) esclarece que a Análise do Discurso não se interessa pelos indivíduos enquanto tais, mas sim pelo estatuto que estes representam no domínio da atividade, produzidas e/ou consumidas em lugares institucionais.

Porém, estamos cercados por enunciados atribuídos a fontes que não são locutores individuais de carne e osso, pois estes discursos compõem grupos sociais e comumente é

parte de instituições, o que Maingueneau (2015) define como locutores coletivos. O entendimento de locutor coletivo não se aplica somente às instituições do tipo clássico, como hospitais, igrejas, partidos políticos ou empresas, mas também inclui outras entidades como os locutores que formam um grupo conjuntural, por exemplo, a multidão de manifestantes ou torcidas organizadas que gritam slogans (MAINGUENEAU, 2015).

Por representarem uma coletividade, os enunciados estão em constante relação com a construção e a preservação de diversas identidades enunciativas que permanecem em recorrente relação de concorrência, alcançando os gêneros de discurso: “[...] entendido como instituição de fala, dispositivo de comunicação sócio-historicamente determinado: o jornal televisivo, a consulta médica, o roteiro turístico, a reunião do conselho de administração” (MAINGUENEAU, 2015, p. 66). Logo, os gêneros de discurso não são estruturas estáveis, haja vista que vivem submetidos à lógica da concorrência, no qual cada um objetiva modificar as relações de força em seu próprio benefício.

Como foi explicitado, nenhuma palavra é neutra, por conseguinte, os textos que pertencem a determinados gêneros de discurso são carregados de sentidos e valores, haja vista que envolvem as intenções dos sujeitos e grupos que os produzem. Por meio da palavra e dos discursos, os sujeitos expõem os seus interesses e expressam as suas convicções num jogo de argumentações sobre a realidade que o cerca.

Na trama conceitual bakhtiniana, a linguagem ao ocupar um espaço privilegiado é tratada no seu sentido amplo, estando composta por conteúdos ideológicos, que revelam que a palavra é a arena onde se darão os confrontos dos valores sociais que podem ou não ser contraditórios entre si e estão de acordo com as diferentes e diversas entonações sociais presentes no discurso que os sujeitos estabelecem entre si no processo dialógico.

Antes de se debruçar sobre o discurso ideológico, se faz necessário tecer considerações sobre o conceito de ideologia, primeiramente. Para o cientista social marxista Michael Löwy (2015) é difícil encontrar um conceito tão complexo e repleto de significado como o conceito de ideologia. Segundo o autor, o termo não teve origem em Karl Marx e sim com o filósofo francês Destutt de Tracy, em 1801, que a utilizou como um subcapítulo da Zoologia. Esta definição teve desdobramentos no termo ideólogos/ideologia utilizada por Napoleão Bonaparte a fim de indicar “especulação metafísica” ao se referir ao grupo de Tracy, por volta de 1812.

É justamente este sentido que Karl Marx entra em contato, passando a utilizá-lo tomando o viés napoleônico, na sua obra *Ideologia Alemã*, a partir de 1846. Sobre o conceito de ideologia que surge na referida obra, Löwy (2015) diz que:

Em *A ideologia alemã*, o conceito de ideologia aparece como equivalente à ilusão, falsa consciência, concepção idealista na qual a realidade é invertida e as ideias aparecem como motor da vida real. Mais tarde Marx amplia o conceito e fala das formas ideológicas através das quais os indivíduos tomam consciência da vida social, ou melhor, a sociedade toma consciência da vida real. Ele as enumera como sendo a religião, a filosofia, a moral, o direito, as doutrinas políticas etc. (LÖWY, 2015, p. 18-19).

Em Marx, a ideologia surge como um conceito pejorativo, crítico que implica ilusão ou se refere à consciência deformada da realidade que ocorre por meio da ideologia dominante, ou seja, as ideias das classes dominantes são as ideologias dominantes na sociedade. O termo *ideologia* se constituiu em um conceito caro ao Marxismo, seguindo trajetória, também, nos trabalho de Lênin, que o concebeu enquanto um conceito atrelado a uma classe social, ou seja, assim como havia a ideologia burguesa, também havia a ideologia proletária, deixando assim de ter um sentido crítico e pejorativo que teve em Marx, passando a designar qualquer doutrina sobre a realidade social que tivesse vínculo com uma posição de classe.

No debate empreendido por Löwy (2015) apreende-se que a palavra ideologia teve o seu sentido problematizado não somente no que se atém às correntes intelectuais, mas também no seio de uma mesma corrente de pensamento. A discussão em torno da ideologia também envolveu uma “arena de disputas” a fim de compreender as suas articulações com o real e com os sujeitos.

Evidencia-se que, na perspectiva bakhtiniana, a concepção de ideologia funda-se no método dialético marxista, porém Bakhtin e o seu Círculo se queixavam de que esta mesma produção teórica marxista, até o momento de elaboração da obra *Marxismo e Filosofia da Linguagem* – nos idos de 1929 a 1930, na Rússia – havia tratado a ideologia de maneira mecanicista, no qual os teóricos marxistas procuravam estabelecer uma relação direta entre os acontecimentos da estrutura socioeconômica e a sua repercussão na superestrutura ideológica. Outro ponto criticado por Bakhtin era o posicionamento que acabava por limitar a ideologia à consciência, enquanto algo que tivesse origem na natureza ou no mundo transcendental (MIOTELLO, 2012), pois

Bakhtin e seus companheiros do Círculo não trabalham, portanto, a questão da ideologia como algo pronto e já dado, ou vivendo apenas na consciência individual do homem, mas inserem essa questão no conjunto de todas as outras discussões filosóficas, que eles tratam de forma concreta e dialética, como questão da constituição dos signos, ou a questão da constituição da subjetividade. Bakhtin mesmo alerta que não aceita ser medíocre dialeticamente, e por isso vai construir o conceito no movimento, sempre dando entre a instabilidade e a estabilidade, e não na estabilização que vem pela aceitação da primazia do sistema e da estrutura; vai

construir o conceito na concretude do acontecimento, e não na perspectiva idealista. (MIOTTELLO, 2012, p. 168).

É notório o posicionamento de Bakhtin e seus companheiros de Círculo, a tomada da ideologia a partir de uma análise dialética-materialista, pois pretende percebê-la no conjunto das relações sociais, não estando simplesmente encerrada à consciência individual do homem, buscando-a na concretude do acontecimento. Porém, observa-se que até então, na tradição marxista, havia uma concepção de ideologia que a encerrava enquanto um mecanismo de escamoteador da realidade social a fim de legitimar uma classe social ou grupo social (BRANDÃO, 2012; MIOTTELLO, 2012).

Contudo, ampliou-se a noção de ideologia que a define como uma visão e concepção de mundo de uma determinada comunidade social de acordo com as circunstâncias históricas. Löwy (2015, p. 25; grifo meu) pautando-se numa análise dialética, de viés marxista, sobre as ideologias ou as visões de mundo destaca que:

[...] elas são contraditórias, que existe um enfrentamento permanente entre as ideologias e as utopias na sociedade, correspondendo, em última análise aos enfrentamentos das várias classes sociais ou grupos sociais que a compõem. **Em nenhuma sociedade existe consenso total, não existe simplesmente uma ideologia dominante, existem enfrentamentos ideológicos, contradições entre ideologias, utopias ou visões de mundo conflituais, contraditórias.** Conflitos profundos, radicais, que são geralmente irreconciliáveis, que não se resolvem em um terreno comum, em um mínimo múltiplo comum. (LÖWY, 2015, p. 25. grifo meu).

A percepção de que a ideologia não ocorre somente de uma maneira binária conforme a disposição das classes sociais (burguesa e proletária), mas que também está presente nos grupos e comunidades sociais demonstra que até mesmo dentro de uma mesma classe social há conflitos ideológicos, não existindo simplesmente uma ideologia dominante, mas que estas estão em constante disputa, haja vista que há contradição entre elas. Segundo Brandão (2012), essa ampliação irá acarretar numa compreensão que passa a vincular os fenômenos da linguagem à ideologia, tomando a primeira como uma das instâncias mais significativas em que a segunda se materializa. Deste modo, não há um discurso ideológico, mas todos os discursos o são, quer dizer, a ideologia não se constitui em mera “falsa consciência”, dissimulação ou mascaramento, e sim é algo inerente ao signo de modo geral.

Entretanto, não se exclui que os signos são recorrentemente acessados pelas classes dominantes a fim de imporem e perpetuarem o seu modo de vida e visão de mundo. Yaguello (2012, p. 14), em introdução da obra *Marxismo e Filosofia da Linguagem*, esclarece que: “A comunicação verbal, inseparável das outras formas de comunicação implica conflitos,

relações de dominação e de resistência, adaptação ou resistência à hierarquia, utilização da língua pela classe dominante para reforçar o seu poder”.

No entanto, assim como os signos são utilizados pela classe dominante a fim de perpetuar o seu poder, eles também são utilizados como forma de resistência pelas classes não hegemônicas. No processo de comunicação são confrontados valores sociais contraditórios, em que na própria palavra, os conflitos de classe se expressam. Quanto a isto, Abrantes (2013) elucida:

[O posicionamento de Bakhtin] Trata os processos comunicativos como contraditórios, que de forma alguma podem ser entendidos como de reprodução mecânica das tendências hegemônicas da sociedade, mas pelo contrário, colocam no centro de suas preocupações o movimento vivo das relações sociais, nas quais as posições que afirmam a estabilidade e a passividade são tensionadas e desestabilizadas na trama dos processos comunicativos se objetivando. (ABRANTES, 2013, p. 168-169).

O processo comunicativo, enquanto algo contraditório fundado na realidade social e nas relações sociais, que estão em constante movimento, não é resultado de uma reprodução mecânica baseada tão somente nas tendências hegemônicas da sociedade. Para Bakhtin (2012) a língua é expressão das relações e lutas sociais, sendo simultaneamente instrumento e material delas, tornando-se veículo e sofrendo os efeitos destas lutas. A perspectiva bakhtiniana compreende que se a língua é determinada pela ideologia; a consciência, logo o pensamento, e a atividade mental, que são condicionados pela linguagem, são modeladas pela ideologia.

De acordo com Bakhtin, os signos estão estreitamente relacionados à ideologia, no qual o domínio do ideológico coincide e se corresponde mutuamente com o domínio dos signos, em que “Tudo que é ideológico possui um significado e remete a algo situado fora de si mesmo. Em outros termos, tudo que é ideológico é um signo. Sem signos não existe ideologia” (BAKHTIN, 2012, p. 31). Contudo, o signo não existe somente como parte de uma realidade, ele também reflete e refrata outra, isto é, o signo pode distorcer, ser fiel ou apreender, a partir de um ponto de vista específico, essa realidade. Todavia, o signo ideológico não é apenas reflexo ou uma sombra da realidade, mas se constitui também em um fragmento material dessa realidade.

O signo estará sempre sujeito aos critérios de avaliação ideológica, onde ele estiver também se encontrará o ideológico, decretando-se que “Tudo que é ideológico possui um valor semiótico” (BAKHTIN, 2012, p. 33). Uma mesma palavra (signo linguístico e signo ideológico) pode ser pronunciada por diferentes sujeitos e de acordo com o contexto social e

os sujeitos envolvidos, assumindo novos contornos, fazendo com que esta não seja exatamente a mesma palavra (ALVES, 2003).

No que tange aos aspectos do significado e o sentido como palavras recorrentes no texto que expressam sentidos relacionados ao processo de interação entre os sujeitos e contexto no qual estão envolvidos, revelando significados para além de um conceito dicionarizado, destaca-se que, no constructo bakhtiniano, a distinção entre estes dois elementos (significado e sentido) está associada, primeiramente, à distinção entre sinal e signo.

O sinal possui uma função pré-fixada, unidirecional e adquire de forma unívoca um determinado significado, estando presente nas comunicações de caráter meramente técnico e mecânico, não possibilitando equívocos ou interpretações alternativas. Por sua vez, o signo se caracteriza pela pluralidade, indeterminação semântica, pela expressiva fluidez que se adapta a situações novas e diferentes. No sentido qualitativo, o signo é algo a mais que o sinal, entretanto, ele também possui o fator da sinalidade, porém dialeticamente associada à autoidentidade e à reiteração (PONZIO, 2008).

A relação entre sinalidade e significação é paralela à relação entre significação e tema, que serão responsáveis pelo sentido da palavra que será explicitada “pela” e na “interação” entre estes. O tema é o sentido completo, unitário do signo verbal que se dão nos contextos comunicativos concretos, isto é, os que ocorrem na interação social, sendo uma expansão completa, um ato de discurso que ocorre como resposta a um diálogo implícito ou explícito, que pode ser determinado por elementos verbais e não verbais da situação; enquanto que a significação é tudo aquilo que dentro da expressão se apresenta como reproduzível, estável e sujeito ao processo de identificação, sendo o aparato técnico para se realizar o tema, oferecendo flexibilidade, mobilidade pelo fato de ser dicionarizável (PONZIO, 2008; ALVES, 2003).

A multiplicidade de significações é que faz a palavra ser palavra, o que na linguística bakhtiniana representa que a significação não está na alma do falante e nem na do interlocutor, na verdade, a significação é resultado da interação locutor-receptor, e à medida que a palavra vai sendo materializada por meio da comunicação verbal, ela recebe significação. A significação diz respeito à capacidade potencial de construir sentido, no qual os signos linguísticos e as formas gramaticais da língua assumem historicamente em decorrência de seus usos reiterados (CEREJA, 2012).

O significado é algo que tende a se manter estável, mesmo diante das variações decorrentes do contexto social e das intenções dos sujeitos na comunicação verbal, assim as

alterações de sentido não afetam a estabilidade do significado, à medida que a variação do contexto social implica na variação do sentido da palavra, do discurso ou do texto (ALVES, 2003). Deste modo, o problema do sentido abrange e ocupa-se das relações dialógicas estabelecidas nos atos da palavra, nos textos, nos gêneros do discurso e nas linguagens (PONZIO, 2008).

Adotando as orientações da Filosofia da Linguagem, elaborada por Mikhail Bakhtin, sobretudo, as categorias e definições que foram expostas, toma-se como compreensão que os médicos de outrora do estado do Pará correspondem a um grupo social, que produziu, reproduziu e compartilhou discursos médicos, reforçando signos ideológicos, como a “ciência”, a “eugenia” e o “higienismo”, no qual as “Teses de Doutorado e Inaugurais”, sendo um dos gêneros discursivos produzidos por eles, se constituiu em importante espaço de fala, considerando o momento sociohistórico em que todos estavam inseridos.

Bem como Bakhtin (2014, p. 128) expõe em *Marxismo e Filosofia da Linguagem*, “[...] o discurso escrito é de certa maneira parte integrante de uma discussão ideológica em grande escala: ele responde a alguma coisa, refuta, confirma, antecipa as respostas e objeções potenciais, procura apoio etc.”, portanto, as teses de Medicina, enquanto “discursos escritos” representam os desejos e intenções dos sujeitos que a produziram, as suas consciências individuais, revelando não somente uma homogeneidade e passividade de um discurso sem conflitos, mas o contrário. Mais que isso, elas apresentam as ideologias compartilhadas e forçadas pelo grupo social e pela instituição a qual pertenciam, a FMCP.

Na ideologia e nas intenções dos sujeitos que produziram as teses há um envolvimento dialético e dialógico entre os ideais dos médicos enquanto grupo social científico, médico e acadêmico. Eles não pertenciam somente a um grupo, haja vista que possuíam uma vida social ativa e circulavam entre os diferentes grupos de cientistas e intelectuais da região, assim os locutores das teses faziam parte de grupos acadêmicos.

Cada época e cada grupo possui um repertório de formas de discursos na comunicação socioideológica, no qual cada grupo de formas pertencentes ao mesmo gênero (forma de discurso social) relaciona-se a um grupo de temas, que da mesma forma que a enunciação, é a expressão de uma situação histórica concreta (BAKHTIN, 2014; CEREJA, 2012). A enunciação completa seja ela uma palavra, uma frase ou uma sequência de frases, sempre deverá ser compreendida como uma réplica do diálogo social, em que ao estar inserida num contexto, será de natureza social, consequentemente ideológica, pois cada locutor possui um horizonte social, de uma época e de um grupo social determinado (BAKHTIN, 2012).

Assim, ao indicar que palavras, como “ciência”, “eugenia” e “higienismo” são signos, compreende-se que resultam de um consenso entre indivíduos que se organizaram socialmente durante um processo de interação, condicionados tanto pela sua organização social quanto pelas condições em que a interação aconteceu, percebendo que nesses signos, no interior da Medicina do estado e nos discursos dos falantes das teses, sobretudo, não se constituíram em simples repetições do “discurso de outrem”, mas também que os médicos se fizeram presentes e imprimiram o seu eu, enquanto grupo e coletividade, em tais signos.

Logo, o falante ou autor de um determinado discurso apresenta intenções e objetivos no momento de pronunciar determinadas palavras e expor determinados signos conforme o contexto e o grupo social em que está inserido.

Neste sentido, a escolha pela Filosofia da Linguagem para análise do *corpus* desta tese deve-se à compreensão de que os discursos produzidos pelos médicos do estado do Pará correspondem às diversas vozes produzidas ao longo da República, correspondendo aos anseios de um grupo social específico, que tinha nas teses, bem como no momento de defesa, um espaço para discussões entre os intelectuais da Medicina sobre a qualidade e relevância de determinados temas para que então o discente adquirisse a titulação de doutor.

Para analisar os discursos dos médicos de outrora se faz necessária a compreensão de que os seus discursos, enquanto atos individuais e coletivos, estão fortemente arraigados ao contexto de onde estes intelectuais/profissionais falavam somadas às intenções que eles tinham no momento de interação verbal entre si e com a sociedade como um todo, por meio de enunciados (orais ou escritos).

A partir de tais considerações, tem-se a intenção de analisar os seguintes aspectos nas “Teses de Doutorado ou Inaugurais”: os discursos ideológicos sobre Educação e Assistência; o discurso polifônico e a intertextualidade sobre mortalidade infantil; os significados e sentidos das orientações higienistas e eugenista sobre a Assistência, Educação e Saúde da infância pobre do estado do Pará.

Na exposição da análise foi estabelecida uma relação dialógica entre as peças selecionadas, tomando como guia as categorias temáticas (Mortalidade Infantil, Saúde, Educação, Assistência, Higiene e Eugenia), no qual se busca identificar as categorias analíticas de Bakhtin, como os discursos polifônicos, discursos ideológicos; e os discursos com significado e sentido. Assim, por meio da trama de categorias bakhtinianas, trabalhou-se com os aspectos nas “Teses de Doutorado ou Inaugurais”: os discursos ideológicos sobre a “educação, saúde e assistência”, a polifonia discursiva sobre “mortalidade infantil”, os significados e sentidos dos debates sobre “higiene e eugenia”.

2.2 CORPUS DA PESQUISA: TESES DE DOUTORAMENTO OU INAUGURAIS (1929 A 1954)

2.2.1 Os caminhos percorridos para a seleção do *corpus*

Para Maingueneau (2015), a Análise do Discurso ao estudar o texto, deve convertê-los em *corpus*, que pode ser constituído por um conjunto, vasto ou não, de textos, podendo ser inclusive, trechos de textos. A palavra *corpus* é do latim e significa corpo, sendo o seu plural *corpora*. Na construção de *corpus* para uma pesquisa, os materiais devem ser homogêneos, não se devendo misturar texto com imagens (BAUER; AARTS, 2014).

A escolha pelo *corpus* envolve os objetivos e intenções do pesquisador que passa a estabelecer critérios para a sua seleção, haja vista que o analista de discurso não estuda obras e sim constitui *corpora* ao reunir materiais que julga necessários para responder a determinados questionamentos explícitos que se darão em função das restrições impostas pelos métodos o qual recorreu (MAINGUENEAU, 2015).

Assim, o principal objetivo desta pesquisa foi encontrar teses médicas do século XX que tratassem da infância e da educação no estado do Pará e, para tanto, realizou-se um processo de seleção do *corpus* que passou por três etapas. A primeira etapa realizou-se a partir de pesquisa exploratória no banco de dados da Biblioteca Central da UFPA, no período de 18 de fevereiro a 30 de março de 2014, em que se utilizou o termo Teses de Medicina na busca livre, tomando como recorte temporal o período de 1924 a 1955. Desta busca, encontrou-se a indicação de 81 (oitenta e uma) “Teses de Doutorado ou Inaugurais”.

Após este processo (segunda etapa), estabeleceu-se como critério para a solicitação dos documentos junto à Biblioteca Central da UFPA, o pedido por teses que tivessem como indicação no título as palavras Infância, Criança¹⁸ e Educação. Contabilizou-se 7 (sete) teses trazendo em seu título as palavras “Infância” e 1 (uma) “Educação” (Quadro 1).

¹⁸ E variáveis que tivessem relação direta ou indireta com a temática, como maternidade, gravidez e parto.

Quadro 1 – Teses cujos títulos tinham as palavras Infância e Educação

Nº	Título	Autor	Tipo de Tese	Ano de Defesa
1ª	<i>Prenhez tripla a termo em mulher tuberculosa</i>	Jorge Alves MAIA	Doutorado	1925
2ª	<i>Mortalidade infantil em Belém: contribuição ao estudo das suas causas</i>	Antonio Simões PEREIRA	Doutorado	1929
3ª	<i>Ensaio clássico sobre tuberculose infantil: dados estatísticos sobre a tuberculose infantil em Belém</i>	Oscar MIRANDA	Cátedra	1942
4ª	<i>Considerações sobre a inapetência infantil: (hipolimias e anorexias)</i>	Abelardo SANTOS	Livre-Docência	1948
5ª	<i>A educação materna puerpério</i>	Claudio Pastor Dacier LOBATO	Doutorado	1954
6ª	<i>Considerações sobre mortandade infantil: (a propósito de um inquérito em São Luis - Maranhão).</i>	Mário Rodrigues FERREIRA	Doutorado	1955
7ª	<i>Da figura criminal do infanticídio na vigência do código penal de 1940.</i>	José Mariano Cavaleiro de MACEDO	Livre-Docência	1955
8ª	<i>Tratamento da ascaríase na infância</i>	Manuel AYRES	Doutorado	1955

Elaboração: Jacqueline Guimarães, com base no banco de dados da Biblioteca Central da UFPA (2014)

Entretanto, decorrente das reformas e modificações no sistema de dados e na organização física da Biblioteca Central da UFPA há teses que são indicadas no sistema, porém não estão mais disponíveis. Após solicitação junto à diretoria deste departamento da UFPA foram disponibilizadas quatro teses, que constam na lista acima: a 1ª, a 2ª, a 5ª e a 8ª. Além destas foram enviadas outras duas teses (Quadro 2).

Quadro 2 – As demais teses disponibilizadas

Nº	Título	Autor	Tipo de Tese	Ano de Defesa
9ª	<i>Causas prováveis da tuberculose no Pará</i>	Roberto Monteiro Lopes GUIMARÃES	Doutorado	1927
10ª	<i>O problema da tuberculose em Belém</i>	Anísio de Mendonça MAROJA	Doutorado	1930

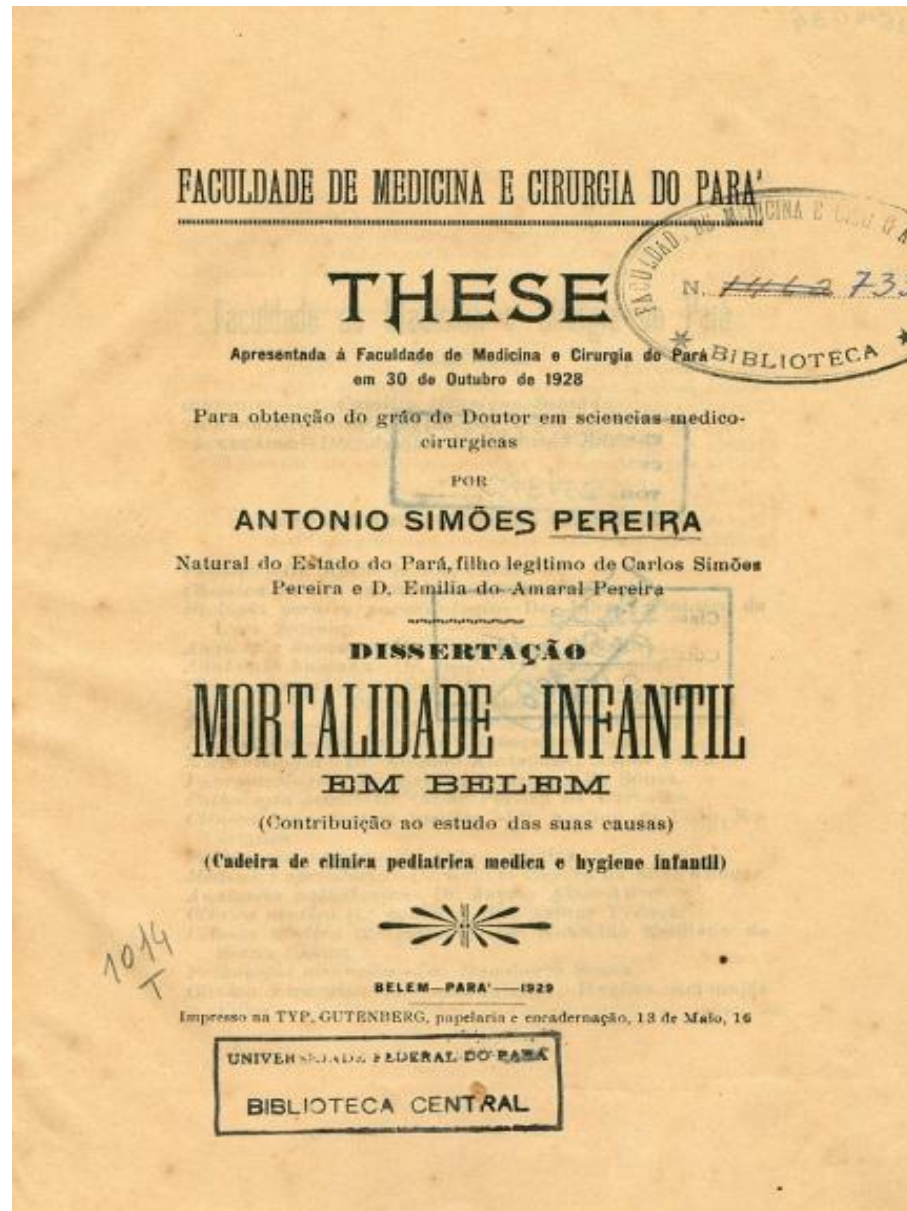
Elaboração: Jacqueline Guimarães (2015)

Após a leitura das seis teses disponibilizadas, observaram-se os seguintes aspectos: i) Teses como a 1ª e a 3ª, apesar de se adequarem ao critério estabelecido quanto ao título, apresentam uma discussão muito própria à Biologia e à Química ou estão mais focadas em discussões técnicas sobre o parto, não oferecendo muitos elementos sobre a infância, porém essas não foram descartadas e foram utilizadas como fonte secundária. ii) Apesar da 10ª tese não ter indicado em seu título a temática da infância, verificou-se que ela possuía dois densos capítulos que tratavam sobre a infância do estado, oferecendo também importantes elementos sobre a Educação.

Assim, estabeleceu-se como critério que o *corpus* da pesquisa seria as teses que tivessem como indicação no título ou nos capítulos as palavras Infância e Educação, havendo uma predominância do discurso polifônico e ideológico sobre a infância do estado do Pará. Conforme estas indicações têm-se como *corpus* três “Teses de Doutorado ou Inaugurais”: *Mortalidade infantil em Belém*, de Antonio Simões Pereira (1929); *O problema da tuberculose em Belém*, de Anísio de Mendonça Maroja (1930); e *A educação materna no puerpério*, de Claudio Pastor Dacier Lobato (1954).

2.2.2 Breve descritivo sobre os doutorandos e as suas teses

Imagem 1 – Capa da tese de doutoramento *Mortalidade infantil em Belém*, de Antonio Simões Pereira (1929).



Fonte: Seção de Obras Raras da Biblioteca Central da UFPA

A primeira tese, *Mortalidade infantil em Belém*, foi apresentada à Cadeira de Clínica Pediátrica Médica e Hygiene Infantil, da Faculdade de Medicina e Cirurgia do Pará, no dia 30 de outubro de 1928, porém, foi publicada em 1929, para a obtenção do grau de *Doutor em Sciencias Medico-Cirurgicas*. No momento de sua defesa, a FMCP estava sob a direção do Dr. Camillo Henrique Salgado, do Dr. Acylino de Leão (vice-diretor) e do Dr. Olympio

Cardoso da Silveira (secretário). Na época, o responsável pela Clínica Pediátrica Médica e Hygiene Infantil era o Dr. Ophir Loyola e a Clínica Cirúrgica Infantil e Orthopedia era de responsabilidade do Dr. Otto Santos.

Antonio Simões Pereira era natural do Pará, filho legítimo de Carlos Simões Pereira e de Emília do Amaral Pereira, e como indica o pré-textual de sua tese (especificamente na seção de agradecimentos) era cunhado e amigo do professor Raymundo Proença, que colaborou com Ophir Loyola para a fundação do IPAI Pará, em 1912. Vale ressaltar que, no início da tese, Pereira faz uma homenagem especial para os doutores Camillo Salgado e Olympio de Silveira.

Além disto, o médico já fazia parte do IPAI, fato que foi constatado nos Estatutos do *Instituto de Proteção e Assistência á Infância*, no qual consta seu nome como um dos colaboradores que estavam presentes na *Assembléa Geral* de 24 de novembro de 1912 para a aprovação das diretrizes que guiariam a instituição. Sobre a tese, ela possui 35 laudas e está estruturada com os seguintes capítulos:

- I – Assistencia á infancia desvalida.
- II – A mortalidade infantil em Belem.
- III – Causas geraes e particularmente da mortalidade infantil em Belem.
- IV – Meio de as combater.
- V – Conclusões.

A partir desta organização, o doutorando trata sobre assistência à infância desvalida no Brasil e no estado, assim como realiza um levantamento sobre os casos de mortalidade infantil, apontando as principais causas de mortes de crianças e, por fim, indica os “caminhos” para que tal “mal” fosse debelado. Como o título indica, o doutorando tem como objetivo abordar sobre a mortalidade infantil no estado do Pará, investigando as suas causas e formas de combate.

Imagem 2 – Capa da tese de doutoramento *O problema da tuberculose em Belém*, de Anísio de Mendonça Maroja (1930)



Fonte: Seção de Obras Raras da Biblioteca Central da UFPA

A segunda tese, *O problema da tuberculose em Belém*, foi apresentada à Cadeira de Hygiene, da Faculdade de Medicina e Cirurgia do Pará, em 1930, pelo doutorando Anísio de Mendonça Maroja, natural do estado do Pará e filho do desembargador Manoel Maroja Netto e de Ignez de Mendonça Maroja.

No referido ano, a FMCP estava sob a direção do Dr. Camillo Henrique Salgado; com o Dr. Othon Chateau como vice-diretor e Dr. Olympio Cardoso da Silveira como secretário. Dentre os professores e suas cadeiras, destacam-se o Dr. Jayme Aben-Athar, responsável pela cadeira de *Anatomia Pathologica*; Dr. Camillo Salgado, na cadeira de *Clínica Cirúrgica*; na cadeira de *Clínica Cirúrgica Infantil e Ortophedia*, estava Dr. Otto

Santos e, por fim, a cadeira de *Clínica Padiatríca Médica e Higiene Infantil* estava sob os cuidados do Dr. Ophir Pinto de Loyola.

A tese está estruturada num denso texto de 67 páginas, em que se apresenta um panorama da situação da tuberculose na cidade de Belém do Pará, com dados e identificações sobre a referida doença no quadro internacional e nacional, para então assim identificá-la no contexto local. O trabalho está dividido em duas partes: a primeira, com o subtítulo *Considerações etio-pathogenicas*, apresenta os seguintes pontos:

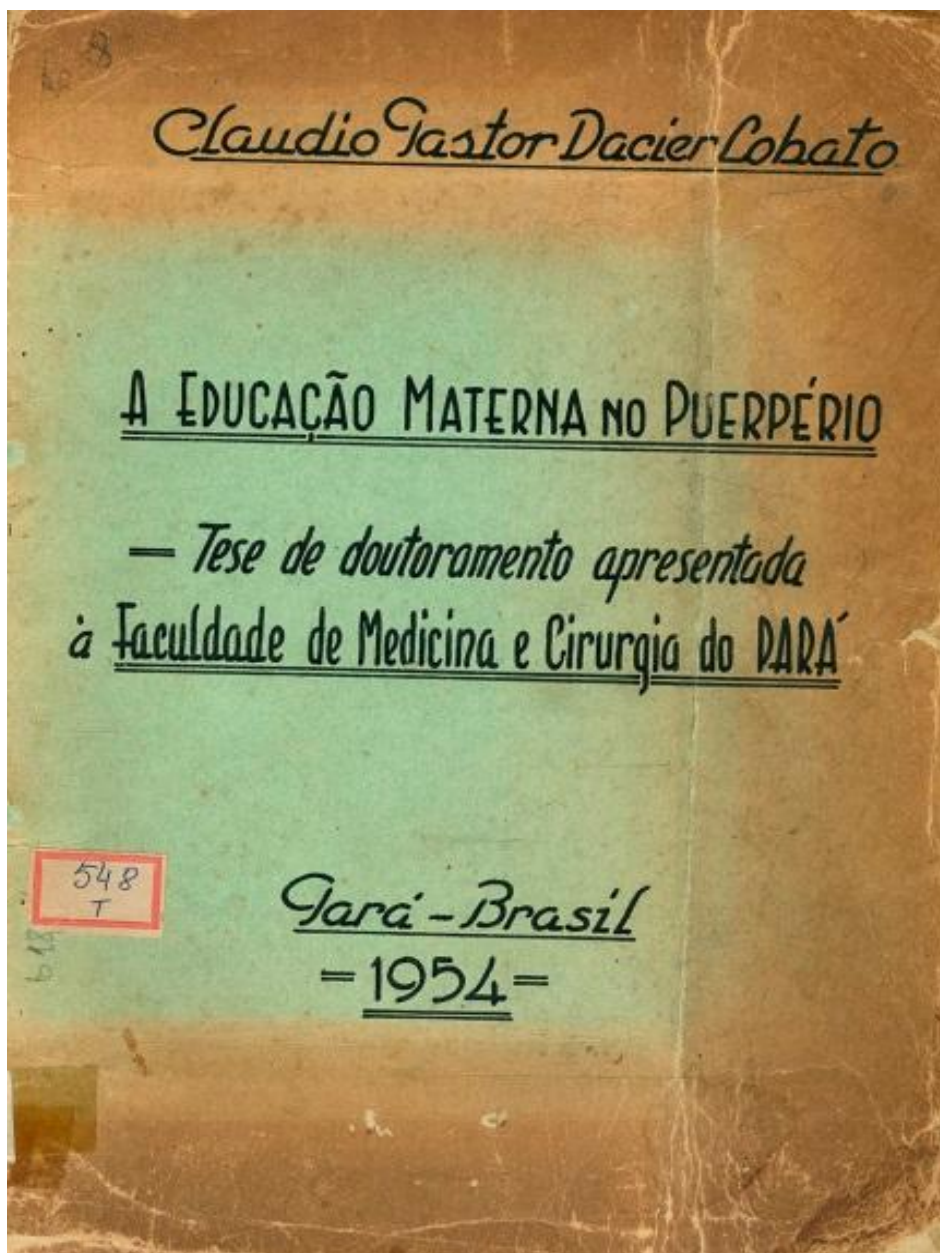
- I. “Nos dominios estatísticos”;
- II. “A carencia alimentar e consequente enfraquecimento orgânico – Estados physiologicos que predispõem a tuberculização”;
- III. “As doenças infecciosas como elemento tuberculizante – Paludismo – Syphilis – Grippe e afecções da arvore respiratoria e pleura”;
- IV. “A questão do terreno virgem – Facilidade de contaminação das populações ruraes”;
- V. “Em torno das habitações”;
- VI. “A Profissão – Profissões phymatogenicas – O meio industrial em Belém”;
- VII. “O Alcoolismo”;
- VIII. **“A infancia”**

Na parte 2 do texto, sob o subtítulo *Considerações prophylatico-sociaes*, o autor traz:

- I. “Considerações geraes”;
- II. **“Prophylaxia infantil da tuberculose – Proteção e preservação da infancia”;**
- III. “Hygiene das habitações, fabricas, estabelecimentos públicos, etc.”;
- IV. **“Educação Sanitaria”;**
- V. “A lucta anti-alcoolica”;
- VI. “Notificação do tuberculoso”;
- VII. “Isolamento do tuberculoso”;
- VIII. “Conclusoes”

No texto de Maroja, há um debate sobre a tuberculose enquanto um “flagelo nacional”, logo um dos “problemas da nacionalidade” que deveria ser combatido, em que a infância, por meios de ações preventivas que devem ser tomadas já no espaço escolar, se constitui uma das principais estratégias para pôr fim ao avanço do bacilo de Koch.

Imagem 3 – Capa da tese de doutoramento *A educação materna no puerpério*, de Claudio Pastor Dacier Lobato (1954)



Fonte: Seção de Obras Raras da Biblioteca Central da UFPA

A terceira tese, *A educação materna no puerpério*, de Claudio Pastor Dacier Lobato não possui informações sobre a direção da FMCP no ano de 1954 e nem sobre as disciplinas que deviam ser cursadas pelos discentes no período. Porém, conforme levantamento identificou-se que, nesse ano, a direção estava composta por José Rodrigues Silveira Netto (diretor) e Izolina Andrade da Silveira (secretária). Naquele momento, o título de professor emérito é conferido ao professor Dr. Juliano Pinheiro Sosinho. As disciplinas Clínica Pediátrica Médica e Higiene e Clínica Obstétrica estavam vagas, porém a primeira disciplina

tinha como professor interino o Dr. Abelardo Santos¹⁹. A cadeira de Clínica Cirúrgica Infantil e Ortopédica estava ocupada por Dagoberto Rodrigues de Sousa.

Claudio Lobato fez parte da equipe de Radioterapia do Instituto Ophir Loyola (o antigo IPAI Pará), que estava sob a direção de Eugênio Soares, como cirurgião e ginecologista. E em 1952, no dia 15 de abril, foi um dos fundadores do Conselho Regional de Medicina, e em 1953 fez parte da primeira equipe de conselheiros, tendo sido escolhido pela Sociedade Médico-Cirúrgica do Pará (MARTINS, 2005; CRM-PA, 2012).

A tese de Lobato surgiu a partir de sua inquietação diante dos altos índices de mortalidade materna e infantil, no qual aponta diversos fatores que desencadeiam o que ele se refere como “inimigo”, logo movido pela convicção de que a fase do puerpério é a melhor fase para oferecer uma “educação prática, intensa e objetiva das jovens mães que transitam pela nossa maternidade, na mais sublime e paradoxalmente tantas vezes penosa e arriscada missão de perpetuar a espécie”. O seu texto possui 53 laudas (acredita-se que esteja incompleto) e tem a seguinte divisão:

- I.Introdução
- II.A era da medicina social
- III.Os fatores sociais na Gênese da Morbi-Mortalidade Materno-Infantil
- IV.A Maternidade, Instituição de Assistência Médico-Social
- V.Assistência à Gestação, ao Parto e ao Puerpério
- VI.Um inquérito
- VII.Discussão em Torno dos Dados do Inquérito
- VIII.A Educação Materna no Puerpério
- IX.Educação do Serviço Social e de Educação Sanitária nas Maternidades
- X.Conclusões
- XI.Bibliografia
- XII.Anexo-Ficha de Inquérito
- XIII.Índice

A tese de Lobato dá especial destaque à situação da maternidade pobre paraense, no qual toma para inquérito o caso de 290 mães indigentes, traçando os seus perfis e apontando medidas que poderiam conter o aumento da mortalidade materno-infantil, no qual, na concepção do doutorando, seriam evitadas a partir de uma formação e estabelecimento de articulações profissionais no interior da Maternidade, no qual ascende também a necessidade do estabelecimento de uma nova profissão que ainda estava se estruturando no estado do Pará: o Serviço Social.

¹⁹ Mais adiante será falado de Abelardo Santos e sua trajetória, destacando sua importância para a Pediatria do estado do Pará e do Brasil.

SEÇÃO III – A HISTÓRIA DA INFÂNCIA E OS SEUS ENCONTROS E INTERCESSÕES COM A HISTÓRIA DA MEDICINA

O perigo creou as religiões. O homem primitivo, lucta com os elementos cosmicos e as formas viventes da natureza, buscou no sobrenatural uma força infinitamente poderosa, capaz de auxiliá-lo.

Ao sentir, pela primeira vez, a dor alanceá-lo ou a febre queimar-lhe a pelle ruda implorou a protecção das divindades que formara, pedindo-lhes lenitivo e cura. Assim a medicina foi, em seu início, religiosa, sacerdotal, pois só os deus, por intermedio de seus representantes da terra, podiam expelir do corpo a molestia, impedindo a morte.

Entre todos os povos primitivos – hindus, iranianos, egypcios, caldeus e assyrios, hebreus e os mesmos gregos – foram os padres feiticeiros, os magos, que exerceram a medicina, invocando os deuses.

(Dr. Acylino de Leão – momento de instalação da Sociedade Médico-Cirúrgica do Pará, publicado no primeiro exemplar da Revista Pará-Médico, em 1915).

3.1 A INFÂNCIA ANTE OS OLHARES DA CIÊNCIA MÉDICA

A Medicina, enquanto uma construção social e cultural de diferentes sociedades foi percebida, historicamente, como meio de “salvação”, assim como a doença foi tida como “castigo” e “maldição” não só para um indivíduo, mas para uma sociedade como um todo (ROSEN, 1994; DEL PRIORE, 2012). Tomar este tipo de compreensão permitirá compreender o que representou o controle do corpo num momento de crescimento econômico e de mudanças sociais²⁰, e que até então percebia a criança como um “adulto em miniatura”²¹, consequentemente, expondo-a a tratamentos não específicos a sua faixa etária, no qual era naturalizado o que hoje se concebe como maus-tratos, tais como o trabalho infantil, o aborto, a precoce iniciação na vida sexual, bem como o infanticídio.

A partir do momento em que a Medicina sai de sua posição de “controladora” do espírito²², e passa a figurar como controladora dos corpos observam-se mudanças no modo de conceber a infância. A inserção dos “homens que curavam” em decisões de ordem coletiva foi uma prática que remete aos momentos iniciais da vida de homens e mulheres que viviam em grupo, no qual se mudaram formas de apropriação e importância dada a eles (ROSEN, 1994; BEZERRA, 2002; AGUIAR, 2009). Nota-se que se antigamente, estes homens se detinham sobre a ordem da vida a partir de um discurso naturalista, religioso e dogmático, mas na modernidade, eles vão se pautar em uma visão fisiológica e mecanicista da sociedade, passando a compreender a sociedade como corpo social que possui membros e partes orgânicas que possuem funções. E, neste corpo, que membro seria a criança/infância?

²⁰ Refere-se ao momento de transição da Idade Média para a Modernidade que teve o Renascimento como momento crucial. Alfonso-Goldfarb (2004), ao fazer o percurso que levou à Ciência Moderna, dá especial atenção ao Renascimento (da Europa), que, segundo a autora, foi o resultado de dois processos: primeiro, a recuperação e releitura de trabalhos que haviam sido perdidos e esquecidos pelos europeus, e segundo: o contato da Europa com outras sociedades dando início ao renascimento da cultura clássica. Contudo, para Dussel (2009), não há como desconsiderar que a mudança de mentalidade de uma sociedade (até então) medieval, para dar espaço para o (re) nascimento de novos ideais foi necessário o seu contato com o outro, havendo não uma simples troca de saberes, mas a violência da cultura do outro e a apropriação de conhecimentos e tecnologias.

²¹ De acordo com Ariès (2011), a ideia ou o conceito que se tem de infância foi construído historicamente, sendo que o surgimento da noção de infância se deu por volta do século XVII, já que no século XII ao XVII, a criança era percebida como um ser produtivo que tinha função utilitarista para a sociedade, na medida em que, por volta dos sete anos de idade, era inserida na vida adulta, sendo útil para a economia familiar, acompanhando os seus pais nos ofícios. Contudo, este sujeito era visto como substituível, diante do fato de que muitos morriam antes de percorrer todos os ciclos da vida. Neste momento, a criança não era vista em sua particularidade física e mental, em que, inclusive, nas pinturas e na forma de vestir, não havia aspectos que a distinguisse do adulto, sendo um verdadeiro “adulto em miniatura”.

²² A doença, ao fazer parte do imaginário e do corpo de homens e mulheres de diferentes sociedades e as suas formas de combatê-la, esteve de acordo com as crenças e hábitos culturais de cada povo, tecida entre magias e mágicas de curas, que apesar das distâncias geográficas, tiveram como ponto comum a busca de cura não do corpo doente, mas sim da alma que poderia estar em desequilíbrio ou dominado por algum espírito ruim.

A Medicina sempre se manteve em importantes campos de batalhas ideológicas, estando envolvida por pensamentos filosóficos diversos, sendo constantemente refreada por interesses que estavam para além de uma mera intenção de curar e estabelecer a saúde de homens e mulheres, estando à mercê de pensamentos dogmáticos que visavam manter o domínio intelectual perante uma massiva população de analfabetos, com altos índices de mortalidade e doenças. Então, como esta Medicina ainda espiritual, se lançando a pequenos passos na construção de uma Medicina que se pretendia livre dos dogmas religiosos, buscando ser experimental-moderna e científica passou a vislumbrar um sujeito que até então não era concebido em sua particularidade física e mental?

Rosen (1994) afirma que a Medicina antigo-medieval se guiava pelos sintomas, sendo que a literatura médica clássica faz numerosas referências às dores de garganta que comumente acabavam em morte, o que, para o referido autor, poderia ser difteria. Um dos pontos interessantes abordados por Rosen²³ é que as crianças eram as mais atingidas pelas endemias, tais como resfriados, pneumonia, febres maláricas e inflamações dos olhos, contudo, estes dados não eram problematizados na época (e também nem foram problematizados pelo autor e por outros pesquisadores). O que estas considerações sobre os primórdios da Medicina permitem compreender sobre a infância?

Bem, assim como não havia a intenção e nem meios de identificar doenças, e muito menos realizar ações de prevenção, por um longo período, não foi preocupação dos “homens que curavam” e dos “homens letrados” categorizar fases da vida e verificar em que momento o ser humano se tornava mais suscetível a determinados tipos de doenças ou exposto a altos índices de mortalidade. Seguindo esta mesma tendência, porém se estendendo por muito mais tempo, no então Brasil Colônia e em Portugal, pelo menos, até o século XVIII não havia o cuidado em registrar os óbitos das crianças²⁴ (SANTOS, 1982).

A Medicina fincada nos hábitos antigo-medieval, que acabou perdurando por um longo período no Brasil Colônia, ficou por muito tempo sem se voltar às especificidades

²³George Rosen não teve como intenção trabalhar sobre as doenças que acometiam a infância nas sociedades antigas e medievais, porém, a sua pesquisa fornece muitas pistas sobre esta discussão.

²⁴Sobre isto, Santos (1982, p. 47) afirma: “Apenas ao longo do século XVII começa o investigador a verificar o cuidado de registrar os óbitos das crianças. Mas não ainda em toda parte. No Porto [...] só a partir de 1779, por ordem do bispo D. João Rafael de Mendonça, começa a ser registrado regularmente os óbitos dos menores de 7 anos. Em Elvas, esse registro começou mais cedo, pelo menos em duas paróquias da cidade – Sé e Salvador. Fazia-se um livro próprio - <<livro dos Parvulos defuntos>> - o que aconteceu também em algumas paróquias do Porto, Santo Ildelfonso, Miragaia, S. Nicolau e, pelo menos, em duas freguesias de Lisboa: Nossa Senhora da Pena e Santa Catarina do Monte Sinai”. E continua: “Assinalando a data do óbito e, algumas vezes, as suas causas (doenças), estas actas parecem traduzir aproximadamente a realidade e inspiram já um aceitável coeficiente de segurança”.

físicas e mentais da criança, que independente de sua condição social ou racial e ao estar posta numa situação de subalternidade social e de fragilidade física, estava a qualquer momento destinada a morrer, porém sendo a sua morte aceita e justificada pelos dogmas religiosos. A tomada da infância enquanto alvo das ações da Medicina, seja a antigo-medieval ou a moderna, ocorreu em um longo processo de mudança de mentalidade da Igreja, dos homens e mulheres perante as crianças, sendo também um reflexo da reorganização da noção de família e de ciência.

Ao tratar sobre a História da Infância, não há como não reportar ao trabalho do historiador Philippe Ariès (1914-1984), a *História Social da criança e da família*, que se constitui em uma das principais referências para os estudos da infância e da família, no qual são descritos os modos de organização da sociedade ocidental moderna, ou melhor, da Europa²⁵ em torno do tratamento e cuidados com a criança. O autor apresenta a História da Infância nos períodos da Idade Média à Modernidade, argumentando sobre a presença ou ausência do sentimento da infância.

A leitura atenta da obra de Ariès possibilita perceber as diferentes mentalidades que levaram ao atual sentimento de infância. O autor descreve as formas de convivência de homens e mulheres na sociedade medieval, tais como os hábitos dentro da família e da comunidade, em que inicialmente não havia vínculos afetivos, estando todos reunidos por uma espécie de instinto de sobrevivência.

Assim, em uma sociedade constantemente abatida por doenças e mortes, a criança, enquanto “ser frágil” era a que mais perecia, situação que com a industrialização, urbanização e o desenvolvimento científico foi sendo parcialmente modificada. Ariès, em prefácio da referida obra, destaca uma de suas teses sobre as sociedades tradicionais, afirmando que:

[...] essa sociedade via mal a criança, e pior ainda o adolescente. **A duração da infância era reduzida a seu período mais frágil**, enquanto o filhote do homem ainda não conseguia bastar-se; a criança então, mal adquiria algum desembaraço físico, era logo misturada aos adultos, e partilhava de seus trabalhos e jogos. De criancinha pequena, ela se transformava imediatamente em homem jovem, sem passar pelas etapas da juventude, que talvez fossem praticadas antes da Idade Média e que se tornaram aspectos essenciais das sociedades evoluídas de hoje. (ARIÈS, 2011, p. X).

Neste sentido, o historiador afirma que nas sociedades tradicionais a fase da infância estava restrita ao período frágil (físico e biológico) de sobrevivência da criança, em que esta

²⁵Para fundamentar as suas conclusões, Ariès utiliza registros sobre a infância não só da França, mas também apresenta fontes e dados sobre a Inglaterra, Itália, Suíça e Áustria.

logo ao apresentar “algum desembaraço” era introduzida no mundo dos adultos, onde a transmissão de conhecimentos e valores, ou seja, a sua socialização, comumente era realizada fora da família, nos quais eram afastadas dos seus pais biológicos. A educação era garantida pelas aprendizagens estabelecidas na convivência da criança ou do jovem com os adultos (a criança aprendia com adulto no momento em que tinha que ajudá-lo).

A criança passa por um enclausuramento, ou melhor, passa a estar inserida na escola e tendo o seu momento de educação e aprendizagem distante de outros adultos. Somados a isto, a família passa por uma reconfiguração, passando por um processo de moralização que incitava a união pelo afeto e o amor, princípios que começam a ser incentivados pela Igreja. Se antes a criança passava por uma “ausência de sentimento” que impedia maiores cuidados com a sua integridade física e mental, por parte dos adultos, por volta do século XVII há mudanças neste quadro. A família passa a limitar o número da prole e a se preocupar com a sua educação, estando mais atenta as suas brincadeiras e trajes, logo passa a se preocupar com o seu tempo de vida. Porém, até o fim do referido século, o infanticídio ainda era tolerado.

Neste momento, havia um estado de naturalização das mortes infantis, bem como de estratégias que levassem a brevidade de suas vidas. Sobre isto, Müller (2007, p. 31) afirma:

Para mim, a característica que mais chama a atenção, na vida da criança do século XII ao século XV, é a forte possibilidade de sua morte. Estando viva, havia mais perspectiva de morrer do que de viver. O índice de mortalidade era altíssimo, não só pelas más condições higiênicas nem pelas escassas informações técnico-científicas, ou pela pobreza, as pestes, os maus-tratos, mas sim porque muitos adultos as matavam explicitamente, apesar da doutrina cristã estar fazendo um certo movimento de preservação da vida infantil [...]. (MÜLLER, 2007, p. 31).

Contudo, observa-se que mesmo a Igreja lançando mão de iniciativas que tinham por objetivo estabelecer outro tipo de comportamento por parte do adulto perante a criança, efetivamente, tais ações não teriam como se fortalecer, diante do fato de que muitos homens e mulheres viviam em um estado de primarismo humano e material que a sua única intenção era a de sobrevivência, tanto que muitos ainda viam a criança como mais um estorvo, sobretudo as "famílias" pobres. Os filhos bastardos das elites também alcançavam o mesmo destino diante das imposições sociais e religiosas da época. Então como se evitaria altíssimo índice de mortalidade infantil?

Até o século XVII, o homem não tinha motivações para cuidar da prole, assim como também não tinha meios, quando na verdade este nem reconhecia este momento como infância e enquanto uma fase que necessitava de cuidados específicos. Caso houvesse necessidade de cuidados, a criança passava pelos mesmos tratamentos que o adulto, haja vista

que ela era percebida como um “adulto em miniatura”. Assim, as concepções que giravam em torno da busca de uma referência para o estabelecimento de aspectos que caracterizassem um período da vida com uma idade específica, foram fundamentais para o entendimento das especificidades da infância diante das outras fases da vida.

Este desconhecimento da particularidade física e mental da infância relaciona-se diretamente às limitações que eram impostas aos homens que construía conhecimento na época, pois aliado a não distinção e desconhecimento de determinadas doenças, também havia o desconhecimento da anatomia humana. Os primeiros homens que se lançaram em dar os primeiros passos na construção da Medicina – enquanto uma especialidade científica – tinham como única opção o roubo de cadáveres, tido como uma prática herética (BEZERRA, 2002; AGUIAR, 2009).

Com o declínio do mundo medieval europeu há uma valorização das potencialidades humanas, até então abafadas pelos dogmas e crenças religiosas que permitiam somente os corpos nus de anjos com feições infantis, como os *puttos* (ARIÈS, 2011). O corpo humano era um espaço desconhecido pelo próprio homem e, além do mais, os corpos de homens e mulheres despidos não eram permitidos de serem vistos nem mesmo após a morte.

Por um longo período, o corpo humano era tido como algo sagrado que não devia ser profanado, posteriormente, tal concepção se restringiu ao corpo feminino²⁶, impedindo ações que tinham como objetivo conhecer o “funcionamento” do corpo, tais como a gestação e a amamentação. Logo, o corpo infantil nesse processo de conhecimento também foi afetado, pois o cadáver infantil também não devia ser violado, haja vista que se tratava de “anjinhos”.

²⁶ Em diferentes culturas havia proibição da vista de corpos nus, principalmente, o corpo feminino, que deveria ser guardado em sigilo. Durante muito tempo, a verificação do corpo feminino nu foi um tabu para a Igreja Católica, que dominou toda a Europa, porém deixando tardiamente à Medicina portuguesa, resultando no completo desconhecimento da anatomia feminina (DEL PRIORE, 2012). Quanto à dissecação de cadáveres, em países como Inglaterra e França, o tabu foi quebrado num longo processo de rompimento de regras feita pelos primeiros médicos “científicos”, que tinham por hábito invadir cemitérios para roubar os corpos e realizarem as suas aulas de Anatomia em total segredo (BEZERRA, 2002).

Imagem 4 – A anatomia infantil e os olhares da Ciência Médica



Fonte: *A lição de Anatomia do Dr. Frederik Ruysch* (1683), de Jan van Neck²⁷

A importância dada aos aspectos físicos e mentais de cada idade não partiram de inquietações somente dos médicos, mas de outros pensadores, sendo uma construção que se remete a períodos antes mesmo da Idade Média, estando envolvidos neste processo religiosos, artistas, filósofos e outros. Porém, observar-se-á que foi a Ciência Médica que estabeleceu um referencial analítico quanto à noção das idades da vida, uma das primeiras e principais iniciativas que levaram à construção da concepção de infância enquanto um momento diferenciado das outras fases da vida humana.

A precisão cronológica e de identificação tornaram-se práticas comuns às famílias, a partir do surgimento da ideia de sentimento e afeto, pois o indivíduo tinha necessidade de dar à sua vida familiar uma consistência histórica, contudo, apesar dos hábitos de cronologia pessoal ser aceito pelos costumes, eles não chegaram a se impor como um conhecimento positivo, se tornando um mito popular (ARIÈS, 2011). Sobre este momento de construção de conhecimentos quanto às fases do desenvolvimento humano, afinados às leituras de Ariès, Ferreira; Gondra (2007) afirmam que:

Ariès [...] em seu conhecido trabalho, chama atenção para os elementos da fantasia, tradição e exatidão que envolvem a inscrição de um novo ser no mundo civil. Fantasia na escolha do nome. Tradição no sobrenome e exatidão na definição das idades. Exatidão que convive, segundo ele, com a heterogeneidade dos critérios

²⁷De acordo com Bezerra (2002), médico e pesquisador, este quadro foi pintado por Jan van Neck, no ano de 1683, sendo a única pintura de lição de Anatomia que não retrata o cadáver de um adulto, no qual a coloração escura tinha como intenção dar destaque ao natimorto. Nela se observa a presença de uma criança segurando o esqueleto de um recém-nascido, este seria o filho do Dr. Frederik Ruysch, que auxiliava o seu pai nas preparações anatômicas, tornando-se também médico.

adotados para descrever/compreender o desenvolvimento humano. Assim, a vida foi repartida de acordo com o número de plantas, signos do zodíaco ou, mesmo, meses do ano. Repartição e terminologia que nos parecem estranhas, mas que à época, traduziam **noções partilhadas pelos representantes da ‘ciência’**, correspondendo igualmente a um sentimento popular e comum da vida. (FERREIRA; GONDRA, 2007, p.129; grifo meu).

Conforme Ariès (2011), por volta dos séculos XIV a XVI, as idades da vida estavam ainda circunscritas nos tratados “pseudocientíficos” da Idade Média em que a idade do homem enquanto categoria científica era da mesma ordem que o peso e a velocidade são para os contemporâneos. Se durante um considerável período, que corresponde aos séculos V a VI, os números estavam limitados ao domínio da ciência antigo-medieval, com o tempo, as categorias “científicas” foram ao encontro do mito popular, ou seja, as famílias passaram a se apropriar dos conhecimentos sobre os números, tais como seus elementos, temperamentos, correspondência com os planetas, do seu sentido astrológico e de seu simbolismo (ARIÈS, 2011).

Não há como identificar o momento em que se deu início à modernidade e o mesmo ocorre no momento de se discutir sobre a mudança da ciência que até então era pautada no modelo astrológico e sobrenatural, que numa busca de determinar limites e parâmetros passou a ter muitas denominações, como Filosofia Natural, Magia Universal, Nova Ciência e Filosofia Experimental, em que muitos queriam determinar um ponto de apoio e os temas que ela deveria se deter (ALFONSO-GOLDFARB, 2004).

Entre os séculos XVI e início de XVII, as nações europeias (período que coincide com os apontamentos de Ariès – e até mesmo Heywood – sobre o posicionamento diferenciado da sociedade como um todo perante a infância) passam a se preocupar com o estado de saúde de sua população. Período que Foucault (1984) identifica como o momento do Mercantilismo, caracterizado por guerras constantes, avanços de epidemias e consideráveis avanços científicos, sendo este o contexto que houve mobilizações de países, como França, Inglaterra e Áustria com os números de natalidade e mortalidade, ou seja, de cálculo da força ativa de suas populações.

Na busca de fortalecimento de suas sociedades, os povos europeus recorreram com frequência à Ciência, que por sua vez não se silenciou perante a essa procura. Diwan (2007), num pequeno prospecto, procura demonstrar que ao longo da história dos países ocidentais sempre houve a busca pela superação e dominação entre os povos. O homem, ao se munir de conhecimentos sobre a natureza e transformando o seu funcionamento em verdadeiro arsenal de regras e teorias por meio do biopoder, passa a investir em medidas que ajustassem as

situações sociais e disciplinares. Entre os séculos XVIII e XIX cessam as discussões em torno do que deveria ser os princípios e principais métodos do conhecimento, assim como sobre a sua denominação, passando a determinar a “regra do jogo” da Ciência (ALFONSO-GOLDFARB, 2004).

Ao se estabelecer as “regras do jogo” passa-se a pensar em quem seria um especialista, e não um mero religioso ou filósofo ‘conhecedor das estrelas’. Foi um longo período de mudanças de mentalidade e mudança de métodos, teorias e objetos (que até então não existiam). Antes deste momento, o corpo humano poderia ser analisado pelas fases das estrelas, da lua ou por meio da anatomia de um porco (BEZERRA, 2002; AGUIAR, 2009). Se os médicos da ciência antigo-medieval já procuravam estabelecer e categorizar as fases da vida, ou melhor, as idades da vida, se pode afirmar que é, com a entrada da Medicina Experimental, fundamentada nos parâmetros da ciência moderna que se estabelecem o reconhecimento da fase da infância enquanto um momento que necessitava de cuidados específicos.

Salienta-se que apesar da Medicina lusa se encontrar em uma fase de controle ideológico impedindo-a de alcançar o status alcançado pela ciência dos demais países europeus, em Ferreira; Gondra (2007) é possível verificar que nos setecentos, ela já havia se apropriado da noção de higiene enquanto um conhecimento capaz de possibilitar a saúde física e mental, havendo a mobilização em torno das atenções à infância, fato que acabou por reforçar as intenções de melhor conhecer a periodização das fases da vida, dando especial atenção à primeira e à segunda infância.

As diferentes sociedades lançavam mão de diferentes estratégias para fortalecer e proteger o seu povo seja por meio de estabelecimento de padrões de beleza física – como os antigos gregos – ou pelo estabelecimento de regras de higiene e profilaxia – como os judeus²⁸.

As intenções de fortalecimento e perpetuação do seu grupo, comumente ocorreram acompanhadas por regras de conduta, princípios morais e religiosos. As sociedades europeias medievais e cristãs, que em suas disputas e guerras, dominaram diversos povos, não conclamando a sua superioridade a partir de argumentações baseadas em descrições raciais, mas sim em estratégias ideológicas que tinham por finalidade tornar os cristãos superiores aos povos tidos como infiéis e pagãos, tais como muçulmanos e indígenas (DIWAN, 2007).

²⁸ De acordo com Aguiar (2009, p. 27): “Entre as principais recomendações do judaísmo quanto à saúde estão as práticas higiênicas (para entrar em contato com Deus era necessário estar sempre limpo), a prática da circuncisão (o que traz menor possibilidade de contrair doenças venéreas e câncer de pênis), e a proibição de comer carne de porco (pelo risco que hoje se sabe, de teníase e cisticercose). Também criaram um dia semanal de descanso, o sábado”.

Assim, a higiene, histórica e culturalmente, se constituiu enquanto uma das principais estratégias na busca de manutenção da saúde e de poder. Do mesmo modo que as ações de “cura” e cuidados com o corpo seguiam uma percepção espiritual e religiosa, houve a percepção da higiene como meio de afastamento de doenças, seja física ou espiritual. Enquanto alguns povos recorriam à sujeira como forma de fortalecer o corpo e expulsar os demônios, outros povos passaram a elaborar hábitos de higiene como forma de se apresentarem puros e limpos diante dos deuses ou de Deus (DIWAN, 2007; BEZERRA, 2002; AGUIAR, 2009).

Rosen (1994) cita que nos momentos iniciais da “civilização” humana, a limpeza e a higiene pessoal estavam intimamente relacionadas às práticas e crenças religiosas. Observa-se que assim como a noção de equilíbrio entre os homens e a natureza, a noção de higiene como meio de proteção não somente do corpo, mas, sobretudo da alma, surgiu articulada a uma percepção de salvação; enquanto que se constata nas sociedades modernas a percepção da higiene como meio de se alcançar não simplesmente a saúde, mas a superioridade física e moral, destacando-se na constituição da ciência moderna, no qual vai tomando novos contornos, se tornando, inclusive, instrumento ideológico e de constantes disputas.

Ferreira; Gondra (2007) abordam as constantes disputas e divergências que se referiam as diferentes etapas, fases e períodos da vida, sendo esse tema, objeto de análise e indagação de vários pensadores, inclusive de instituições que buscavam regular “a primeira fase da vida”. A noção da ideia das “Idades da vida” vincula-se à compreensão de que é possível reconhecer aspectos comuns nas diferentes partes da cronologia da vida, ou seja, de que a vida possui ciclos, etapas, fases, estágios e períodos que irão caracterizar determinados grupos.

Consequentemente, enquanto instrumentos analíticos, as idades da vida, também se constituíram como foco de investigação dos médicos. Segundo os autores, ainda no século XVII, várias são as obras médicas de língua portuguesa que se detinham em realizar considerações sobre as idades, dentre eles, Rodrigues de Abreu (1733) e Manuel José Leitão (1788). Nas concepções de ambos, apresenta-se a percepção das diversas idades como sucessão de fenômenos inerentes ao desenvolvimento do corpo humano.

Para Ferreira; Gondra (2007), apesar dos avanços alcançados pela Medicina já na segunda metade do século XVIII, não houve muitas novidades quanto à problemática das idades, ocorrendo somente algumas variações, porém destacam-se a criatividade especulativa dos médicos dos Setecentos. Francisco de Melo Franco, em obra publicada em 1823, intitulada *Elementos de Hygiene*, salientava sobre a importância da tomada de consciência dos

médicos sobre a problemática da idade, pois sem ter a compreensão de cada período de desenvolvimento humano, o médico atuaria ao acaso, no qual não saberia distinguir as moléstias que atacam com particularidades certos órgãos de acordo com as diferentes idades. Ideais que dão indícios sobre a importância do conhecimento de cada idade para o pensamento médico (FERREIRA; GONDRA, 2007).

O debate em torno das idades da vida foi um dos desdobramentos da disputa do que seria a ciência verdadeira e sobre a melhor “aplicação” e conceituação da Higiene. Os médicos portugueses e brasileiros se muniram de diversos tipos de debate quanto às diferentes faixas etárias partindo da compreensão de que para se aplicar as medidas de higiene de uma forma correta para infância, seria necessário conhecer e perquirir sobre cada idade e fase da vida da criança.

Ferreira; Gondra (2007) também apresentam o médico higienista francês Riant, autor de livros que repercutiram tanto em Portugal quanto no Brasil, que realizava estudos que abordavam sobre a relação entre a higiene e a educação. Em sua obra *L'higiène et education dans les internats*, em 1877, com a finalidade de refletir sobre tal relação em diferentes instituições para a infância, afirmava que a higiene moral exigia a separação dos alunos de idades diferentes, em que cada idade deveria ter um espaço próprio para estudar, para dormir, para vestir, para se alimentar, para passear, para rezar e para ter aulas, pois na sua compreensão era necessário que as instituições afastassem os “minimes, dos petits, moyens e grands”.

É a partir desta delimitação das idades que será pensada a proibição do trabalho infantil, sobre por quanto tempo a criança deveria ficar restrita ao ambiente familiar, sobre quais práticas de ensino deveriam ser aplicadas de acordo com cada idade e de como deveria ser a organização e separação dos alunos por idade, ou seja, é a partir da cientificização das idades que a criança e a infância passam a ser institucionalizadas e assim se evitava “a promiscuidade das idades”.

A percepção da importância em determinar e delimitar as idades da vida representou um novo olhar sobre a criança, que até então não era percebida nas suas particularidades físicas e mentais, ou melhor, significou um dos primeiros passos para a mudança de mentalidade e o reconhecimento de que os cuidados com a infância deveriam ser específicos. Porém, o amadurecimento de tais noções aglutina-se na Modernidade.

Segundo Heywood (2004) há uma mudança de comportamento por volta dos séculos XVIII e XIX, diante da ascensão do espírito racionalista do Iluminismo que rebatia, questionava e criticava as práticas de cuidados fundadas em crenças e costumes populares,

fortemente fincados na religião. Se antes os cuidados com as crianças eram passados de geração para geração, sem resistência, com o advento da ciência, os pais passam a ter cada vez mais orientações de médicos e de outros especialistas da ciência, que estariam ávidos para intervir nos modos de “criação” das crianças.

Contudo, mesmo com tais intervenções, observa-se que diante do crescimento desenfreado das cidades e das indústrias numa Europa habituada à vida rural, havia altos níveis de mortalidade infantil. Sobre isto, o médico mineiro Francisco de Paula Castro, em sua tese de doutoramento, *Da alimentação nas primeiras idades – Estudo crítico sobre diferentes methodos de aleitamento*, defendida em 1883 na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, apresentou os dados sobre a mortalidade infantil nos oitocentos na Europa e Estados Unidos, onde a mortalidade de crianças era significativa entre 1 e 5 anos de idade. Sobre esses dados, Castro (1883) destaca:

A estatística bem organizada dos paizes cultos demonstra á luz da evidencia que a mortalidade infantil é excessiva em relação á da idade adulta. Em Londres, durante o período de dez annos, decorrido de 1851 a 60, a mortalidade das crianças de 1 até 5 annos foi de 43,8 por cento da mortalidade geral. A media de 1861 á 70 foi de 81,6 por mil, ao passo que nos oito annos seguintes foi de 73,8. Em Pariz, durante o periodo de 4 annos (1862 a 66), a media das crianças até um anno de idade regulou 290 por mil (Bertillon). Em Berlim, durante 15 annos (1854 a 1868), cerca da terça parte de todos os óbitos se verificou nas crianças até um anno. Em Nova-York, durante 7 annos (1866 á 72), a porcentagem media foi, nas crianças de 1 a 5 annos de 50,0. (CASTRO, 1883, p.3).

Diante deste contexto de altos índices de óbitos de crianças na Europa e na América do Norte, os médicos realizavam orientações e fiscalizações a fim de pôr fim às práticas tidas como inadequadas nos cuidados com a criança, tais como o enfaixamento, a crença popular de que a sujeira fortalecia o organismo dos recém-nascidos, alimentações sólidas e pesadas para crianças de até um ano de idade, as amas de leite não regulamentadas, a extinção da roda dos expostos. Essas práticas, mesmo sendo ainda comuns no século XVIII e XIX (na Europa e nos Estados Unidos), eram alvos de debates entre os intelectuais da época, sendo a sua maioria extinta em alguns lugares somente em meados do século XX (MÜLLER, 2007).

A criança, neste momento, inserida na realidade caótica de uma sociedade em pleno desenvolvimento urbano-industrial e no ápice das disputas por poder econômico entre os países europeus, despontou como símbolo da imaginação e sensibilidade, sendo tomado enquanto uma entidade sagrada que não deveria ser alvo de profanações, tais como o trabalho das fábricas. Deste modo, houve uma “reconceituação da infância”, em que se moldam uma criança romântica que passa a ser apresentada de forma moderna e politizada nos séculos XIX e início de XX, momento de consolidação da busca pela sua valorização (HEYWOOD, 2004).

No bojo desse momento de resignificação há também a demarcação da adolescência, fatores que marcam a separação entre o mundo adulto dos mais jovens, também fomentada pela preocupação dos países europeus com o futuro diante a uma realidade inconstante. Consequentemente, a partir da consolidação do homem enquanto indivíduo é possível verificar iniciativas de tratamento e preservação dele. As famílias passaram a receber orientações de como cuidar dos filhos a fim de evitar a mortalidade infantil, muito comum nessa época. Logo, observa-se que o período da modernidade foi momento de planejamento de ações que visavam à construção de uma infância saudável e duradora, na qual se buscou educar a população (especialmente a pobre) para uma nova conduta: a higienização.

É interessante ressaltar que até meados do século XVIII, os trabalhadores não foram tidos como fonte de perigo, vistos como foco de doenças e sujeiras, não havendo ações de segregação e nem de controle da população pobre, situação que mudou com a entrada do século XIX, se dando as principais ações de violência e coerção do “corpo trabalhador”. (FOUCAULT, 1984). A intenção de controle do corpo não se restringia a uma simples necessidade de gerar o fortalecimento de uma raça diante de altos índices de mortalidade e de doenças, mas também esteve relacionada uma intenção política e econômica.

O controle do corpo, por meio da Medicina Social visava fortalecer uma sociedade que testemunhava um acelerado crescimento econômico, urbano e industrial, evidenciando as disparidades sociais e gerando cada vez mais o alijamento social das camadas mais pobres. Nos séculos XVI e começo de XVII, os países europeus passam a se articular em torno das questões de saúde de sua população, sendo um momento de intensas guerras e significativos avanços científicos. Essas considerações também indicam os avanços obtidos no campo da Medicina, das Ciências Jurídicas e das Ciências Pedagógicas no século XX, que possibilitou o reconhecimento e conhecimento da especificidade da infância, assim como a necessidade de se formular os seus direitos tomando-a enquanto indivíduos que precisavam de cuidados, ações e atenções especiais (MARCÍLIO, 1998).

Esse contexto traduz a preocupação do pensamento médico em caracterizar as especificidades de cada idade, diante das dificuldades em se romper com as classificações antigas que não permitiram a esses pensadores analisarem os diferentes momentos da infância, até alcançar a puerícia. As idades, num primeiro momento, pareciam favorecer uma atenção à especificidade infantil, porém ao mesmo tempo prejudicou a emergência de uma compreensão que considerasse outras formas de classificação (FERREIRA; GONDRA, 2007). Neste sentido, ao fazer um paralelo, percebe-se que a noção das idades da vida corresponde à situação da infância, pois enquanto a criança sempre existiu – e foi

“livremente” violentada, emparedada e sacrificada – a infância não. A infância é moderna, onde a episteme moderna rompeu com a episteme clássica, sendo esta última própria à Idade Média (PIMENTEL, 2010).

3.2 A HISTORIOGRAFIA DA MEDICINA E DA INFÂNCIA NO BRASIL: A CONSTITUIÇÃO DO SABER MÉDICO CIENTÍFICO

Antes mesmo de haver a conformação de uma institucionalização do ensino da Medicina seja no Brasil ou no estado do Pará, a “arte de curar” já vinha sendo exercida nos momentos iniciais da colonização portuguesa na região (MIRANDA, 2010). Entretanto, não há como desconsiderar os constantes intentos da sociedade portuguesa de estabelecer a sua Medicina como oficial, mesmo esta possuindo limitações perante uma realidade epidêmica e social tão complexa. A Medicina portuguesa se manteve numa considerável posição de atraso em relação aos demais países europeus (DEL PRIORE, 2012; SCHWARCZ, 1993).

Apesar de haver uma linha comum entre as Medicinas praticadas em diferentes culturas, no que diz respeito às suas principais influências, quando esta segue no sentido de se estabelecer enquanto conhecimento científico, não se deu de forma homogênea e sem resistência, haja vista que alguns ficaram para trás na consolidação da Medicina enquanto ciência.

O “contato” entre colonizadores e indígenas resultou em uma nefasta consequência: as doenças. As caravelas portuguesas foram verdadeiros nascedouros de doenças completamente desconhecidas do imaginário e dos corpos indígenas, que não possuíam nenhum tipo de defesa orgânica contra tais males. Fato que gerou “uma multidão de órfãos desamparados; o que acabou levando os jesuítas a criarem os colégios de meninos, instituições destinadas a abrigar legiões de indiozinhos sem pai, de tribos dizimadas pela peste, fome e conflitos com os brancos” (VENÂNCIO, 2012, p. 189).

A postura indígena não foi de simples passividade, eles passaram a colocar em prática a sua medicina, que acabou sendo incorporada pela medicina praticada pelos jesuítas, resultando na execução de uma medicina considerada informal em contraposição a uma medicina tida como erudita. Como indicado anteriormente, antes mesmo de haver a conformação de uma institucionalização do ensino da Medicina, a prática da cura e de cuidados ao corpo/espírito, já vinha sendo exercida nos momentos iniciais da colonização

portuguesa na região, seja por médicos oriundos da Corte Portuguesa, pelos jesuítas, e pelos indígenas²⁹ (MIRANDA, 2010).

Del Priore (2012)³⁰, ao realizar os cruzamentos da história das mulheres com a história da Medicina dos séculos XVI e XVII no Brasil Colônia, dá alguns indícios sobre os rumos tomados pela área nesse momento em que ela se formou e se estabeleceu a partir do conflito da Medicina europeia portuguesa com as práticas, costumes e crenças compartilhadas pelos diferentes sujeitos que viviam na Colônia³¹. Assim como permite visualizar sobre como se deram os cuidados no momento do parto, ao recém-nascido e na amamentação.

Na ausência da Medicina Científica, foram fortalecidos os dogmas religiosos nas ações de cura. Das considerações de Rosen (1994) e Del Priore (2012) é possível observar o quanto as concepções religiosas sobre o homem e a vida influenciaram a prática da Medicina ao longo da história. No Brasil Colônia também houve a articulação das doenças com o ideal de castigo, pragas divinas e mazelas resultantes dos pecados cometidos, ou melhor, com a quantidade de pecados cometidos pelo doente (DEL PRIORE, 2012). Sobre isto, a autora diz:

Nos primeiros tempos da colonização, homens e mulheres acreditavam que a doença era uma advertência divina. Considerando um *pai* irado e terrível, Deus afligia os corpos com mazelas, na expectativa de que seus *filhos* se redimissem dos pecados cometidos, salvando, assim, suas almas. A enfermidade era vista por muitos pregadores e padres, e também por médicos da época, como um remédio salutar para os desregramentos do espírito. Nessa perspectiva, a doença nada mais era do que o justo castigo por infrações e infidelidades perpetradas pelos seres humanos. (DEL PRIORE, 2012, p. 78).

O entendimento das doenças enquanto castigo ou pena que deveria ser paga para se alcançar a “vida eterna” tornava a “arte da cura” algo muito mais próximo do sobrenatural,

²⁹ Autores como o historiador George Rosen e o médico Eurico Aguiar (2009), bem como os médicos paraenses de início do século XX, em artigos publicados na revista *Pará-Médico*, apontam e tomam como base da Medicina ocidental, a Medicina desenvolvida na Grécia e Roma Antiga, até alcançar os delineamentos tomados pelas “descobertas” científicas ocorridas na Europa Ocidental. Salienta-se que, em certa medida, há uma desconsideração dos conhecimentos produzidos fora deste eixo, na ótica dos médicos brasileiros e paraenses não só daquela época, mas também os contemporâneos.

³⁰ No texto *Magia e Medicina na Colônia: o corpo feminino*, que faz parte do livro *História da Mulher no Brasil*, organizado pela autora.

³¹ Del Priore demonstra que, significativamente, o conhecimento rejeitado e perseguido sobre o corpo humano, era comumente praticado por mulheres, sejam negras, indígenas e europeias pobres. O corpo feminino em Portugal e no Brasil Colônia, por estar impregnado pelos conceitos da Igreja, foi por muito tempo tido como espaço do desconhecido e do místico, resultando no interior da Ciência Médica na construção de um saber masculino e um discurso de desconfiança sobre a mulher, no qual somente se enxergava a vocação biológica das mulheres: a reprodução. Como alternativa a este (des) conhecimento, elas se lançaram à prática do curandeirismo, logo se tornando alvo de perseguições por parte da Igreja e por parte dos médicos e, como exemplo, cita-se o fato de que esta mesma Medicina reproduzia e divulgava a concepção de que a mulher melancólica e doente (incluindo nisto a ninfomania e a recusa à “função reprodutiva”) estaria envolvida por um espírito demoníaco (DEL PRIORE, 2012).

que diante de uma Medicina limitada tornava “legítimo” os tratamentos com poções, beberagens, feitiços e rezas de padres, benzedeiras e pajés, os curadores da alma e do corpo, porém, com ressalvas. Enquanto isso, durante os séculos XVI e XVII, os jesuítas, o Tribunal do Santo Ofício e a Coroa Portuguesa se uniram contra qualquer iniciativa científica e cultural, taxando-as de práticas heréticas (DEL PRIORE, 2012).

A Medicina Científica portuguesa – a que influenciou diretamente e livremente germinada no período da Colônia – no contexto dos países europeus, na passagem da Idade Média à Moderna, seguiu um caminho particular, que naquele momento já havia sido superado: as concepções de mundo e de corpo impostas pela Igreja Católica:

Carente de profissionais, desprovidos de cirurgiões, pobre de boticas e boticários, Portugal naufragava em obscurantismo, e levava a colônia junto. O discurso de seus médicos inscrevia-se naturalmente no discurso da Igreja, dentro do qual doença e cura estavam relacionadas ao maior ou menor número de pecados cometidos pelo doente (DEL PRIORE, 2012, p. 80).

A carência de profissionais, cirurgiões, boticas e boticários levavam Portugal e a Colônia ao obscurantismo, enquanto outros países europeus já se orientavam pela experimentação científica sobre o corpo e as doenças, a Medicina lusa ainda pautava-se na crença diabólica como responsável pelas “desgraças biológicas”. Resultado: houve o encontro entre os status e o conhecimento oferecido por médicos com as orientações elaboradas pelos religiosos. O momento do parto era cercado por orações, amuletos e símbolos que tinham por finalidade afastar bruxas e os maus espíritos, sendo comum a morte de mulheres e crianças em decorrência das más condições de limpeza. Fazia parte dos costumes e hábitos, não somente do colono, preparar o recém-nascido com óleos, café, manteiga e cachaça, para então enfaixar a criança de modo que as deixassem com os braços e pernas bem apertados. Somados a isto, também havia a crença de que a sujeira iria fortalecer o organismo dos infantes.

No momento em que tanto a Medicina quanto a Igreja procuravam ter total controle e “conhecimento” sobre o corpo feminino e sobre a mulher, em que a reduziam à procriação, estando tanto o seu corpo, quanto a sua alma e mente reduzidas à madre – nomenclatura médica utilizada no período colonial para se referir ao útero – o futuro do infante estava diretamente ligado ao momento da gravidez e, conseqüentemente, ao comportamento da mãe. Para Viotti (2012), a infância ou ser infante não significava estar em uma “condição pestilenta” em si, no qual os insucessos que esta criança poderia vir a carregar seriam resultados de sua gestação, ou da hereditariedade ou de sua criação:

Conservar a saúde estava mais ligado a um projeto religioso e pedagógico que propriamente clínico, projeto este que os médicos, respaldados por sua ciência e normas sobre o corpo e sua nutrição, trataram de corroborar. Alimentar os pequenos com papinhas feitas de farinha, à revelia de saciá-los apenas com leite materno, embutiria em seu corpo “lombrigas, obstruções do mesentério, opilação do estômago, opressões do peito, cólicas contínuas, câmaras viscosas, pardas, amarelas, verdes, negras, inchações do ventre inferior, ventosidades, numa palavra, todos os sintomas convulsivos” (VIOTTI, 2012, p. 74).

Num momento em que as orientações da Igreja eram mais “corretas” e “verdadeiras” do que a ciência, as prescrições médicas andavam lado a lado com os dogmas e crenças católicas, em que neste momento havia a compreensão do leite materno como meio de transmissão de vícios, lascívia e fraqueza moral, logo a criança deveria ser amamentada pela própria mãe e não pelas escravas amas de leite. Naquele contexto era muito comum encontrar amas-escravas doentes de sífilis e boubas (doença infecciosa da pele), fato que somado à alimentação pesada, que passava a substituir o leite, serem citados pelos médicos da Colônia como as principais causas do alto índice de mortalidade infantil, assim como o crescimento de “crianças débeis” (VIOTTI, 2012).

Os dogmas da Igreja em países, como França, Inglaterra ou Holanda, entre 1620 e 1650, já haviam sido superados, nos quais experimentavam no plano científico verdadeiros avanços. Fatores como a Inquisição contribuíram para o atraso da Medicina portuguesa, contudo, Del Priore (2012) aponta que houve outras ações que agiram de maneira indireta, ou melhor, até certo modo, disfarçada contra as possibilidades de avanço científico e tecnológico em Portugal, que tinham por intenção reprimir o surgimento de novos ideais³².

Diante disto, as universidades e colégios passaram por uma longa fase de estagnação que se pautava nas orientações dos alunos feitas estritamente pelos livros dos velhos mestres: Aristóteles e Galeno³³, demonstrando que o ensino oficial de Medicina se mostrava resistente

³² De acordo com a autora, ao longo da História portuguesa houve as seguintes estratégias: “Em 1547, dom João fundara o Colégio de Artes e Humanidades, que logo se destacou como uma ameaça à política religiosa e cultural seguida pelo rei. Um grupo de excelentes professores estrangeiros, como o inglês Guilherme Buchan, famoso em sua época, foi sumariamente detido. Depois de ter passado por um processo de *limpeza*, a escola foi entregue aos jesuítas”. (DEL PRIORE, 2012, p. 79). Posteriormente, “O mesmo tipo de ameaça estendeu-se à Universidade de Coimbra, que teve, então, seu renomado curso de medicina transformado em baluarte do escolasticismo e do pensamento medieval, o que impediu definitivamente a entrada de novas ideias. Em 1576, a universidade foi colocada sob a jurisdição do Tribunal Régio, a Mesa de Consciência e Ordens, e, salvo algumas pequenas mudanças estatutárias, seu quadro permaneceu o mesmo até o século XVIII”. (DEL PRIORE, 2012, p. 80).

³³ O médico grego Claudius Galen (Galeno) foi tido como “O príncipe dos médicos”, viveu de 129 a 200 d.C. Elaborou, por volta, de quatrocentos tratados hipocráticos, sendo o maior comentador de Hipócrates. Os tratados traziam a sistematização de todo o conhecimento da Medicina grego-romana (AGUIAR, 2009; CORRÊA, 2006). Galeno também foi seguidor da Teoria dos Humores da Escola Hipocrática, expandindo-a em tratamentos classificados em quatro tipos: 1) *Fleumáticos* relacionados com o flegma/muco; 2) *Melancólicos* relacionados à bile negra 3) *Coléricos* relacionados à bile amarela e 4) *Sanguíneos* relacionados com o sangue, que resumidamente representavam: frios, quentes, úmidos e secos. Além disto, a atividade terapêutica de

a qualquer progresso que se observava para além das fronteiras de Portugal, pois o tratamento dos doentes era envolvido em dogmas e pautado na crença da ação diabólica, o que constituía os remédios em verdadeiros tratados de feitiçaria³⁴ (DEL PRIORE, 2012).

Tomando por base as reflexões feitas por Foucault, Schwarcz (1993) aponta dois aspectos sobre as intervenções da Medicina no século XIX: o primeiro diz respeito ao fato de que a Medicina europeia transformava-se numa atividade pública onde o médico, enquanto instrumento da nação, atuaria junto aos padres, e teria como responsabilidade cuidar da saúde dos corpos e velar pela saúde das almas. O segundo denota que a Medicina passa a ter noção e elabora modos de agir numa perspectiva de prevenção das epidemias, compreendendo que as moléstias variavam de acordo com as épocas, os indivíduos e os lugares.

É possível afirmar que um determinado tipo de Medicina antigo-medieval perdurou no país em um momento de avanços no conhecimento, nomeado, científico e moderno em outras partes do mundo, especificamente na Europa Ocidental. Apesar das particularidades históricas e culturais que envolvem a construção da ciência médica, percebe-se a sua articulação aos aspectos religiosos, a despeito das revoluções sofridas no âmbito da ciência moderna em meados do século XIX.

Se com a Idade Média os sujeitos temiam as doenças – como temiam o diabo e os dogmas da Igreja – no qual a Medicina considerada erudita se guiava pela frequência e sintomas das doenças, com o século XIX³⁵ observa-se um determinado tipo de “enfrentamento” das doenças e da morte que deixam de ser referenciadas com o medo, no qual buscavam o fortalecimento do corpo. Neste momento, a nova prática médica ao invés de anunciar a morte passa a intervir nas epidemias, calcular o seu perfil e levar a cura (SCHWARCZ, 1993).

Em consonância ao que foi referido anteriormente sobre a Medicina portuguesa e sua considerável posição de atraso em relação aos outros países europeus, com a

Galenobaseava-se na Teoria dos Opostos, consistindo na aplicação de calor caso a doença tivesse sido causada pelo frio ou aplicando purgativo se a doença estivesse relacionada ao excesso de alimentação. No mais, Galeno foi exaustivo no uso de medicamentos que ele próprio produzia (AGUIAR, 2009) e teve as suas prescrições perdurando por muito tempo em Portugal e no Brasil Colônia diante do fato de que tais ideias eram convergentes aos dogmas da Igreja Católica (AGUIAR, 2009).

³⁴ No caso de mulheres estéreis era comum o uso “[...] de substâncias que hoje nos parecem apenas frutos de credence, como o [...] esterco, ou pós de testículo de porco, cavalo ou galo, de corações, de *madre* de lebre torrada, ervas olorosas, e especiarias como a pimenta, a canela, o gengibre, a erva-doce, a noz moscada e o cravo, encaixavam-se plenamente num estatuto dito ‘científico’”. (VIOTTI, 2012, p. 71).

³⁵ Contudo, as escolas portuguesas, assim como as castelhanas, durante o século XVIII permaneciam no obscurantismo, segundo Schwarcz (1993, p. 251): “Na Universidade de Coimbra, onde se graduou a maior parte dos médicos atuantes na Metrópole e em suas colônias, a pesquisa e o trabalho empírico eram ainda pouco usuais. Os professores [...] preocupavam-se mais em ler aforismos e prognósticos teóricos do que em observar pacientes ou analisar a evolução das doenças [...]”.

Medicina brasileira não poderia ter sido diferente. Porém, houve outros fatores que contribuíram para o não avanço da Ciência Médica no Brasil, haja vista que durante trezentos anos, a colônia foi impedida de criar instituições de ensino superior, o que levou à ausência de profissionais especializados ou, quando estes se faziam presente, não possuíam conhecimentos mais atualizados (SCHWARCZ, 1993).

De acordo com Cunha (2010), a proibição da criação de universidades na colônia, por Portugal, visava impedir que os estudos universitários auxiliassem na execução de movimentos independentistas, sobretudo durante o século XVIII, momento em que o espírito revolucionário do Iluminismo se irradiava em diferentes pontos da América.

Ao tratar sobre a História da Medicina no estado do Pará, Penna de Carvalho (1922) salienta sobre as dificuldades da região, que em finais do século XVIII, num curto período de tempo, teve o número populacional ligeiramente aumentado, o que aliado à extensão do território prejudicava a assistência médica no estado e nos demais territórios da colônia, assim:

Ainda em 1789 o Vice-Rei Luiz Vasconcelos, reclamara á metrópole contra a falta de socorros aos enfermos, allegando que no vasto territorio do Brazil existiam, nessa epocha, quatro médicos; e, segundo as narrativas de José Gonçalves da Fonseca, em 1740 e de Ribeiro Sampaio em 1774, um unico cirurgião portuguez extendia seus dominios clinicos num raio de mais de tresentas leguas, visitando em epochas fixas os districtos de Matto Grosso, Maranhão e Pará, o que nos induz a acreditar que quasi todo o territorio da colonia resentia-se da ausencia do medico (CARVALHO, 1922, p. 207).

Com a escassez de médicos no Brasil Colônia, as atividades médicas eram desenvolvidas, em sua maior parte, por curandeiros “herbalistas”, que em suas práticas colocavam em ação os seus conhecimentos de cura advindos das culturas africanas e indígenas, e por práticos conhecidos como “cirurgiões-mores” do Reino, que eram fiscalizados pelos médicos de Coimbra, isto se deu até o ano de 1872, sendo substituídos pela *Junta Proto-Medicato*, mas em 1789, por exemplo, só havia quatro médicos em toda a Colônia (SCHWARCZ, 1993).

No Brasil predominavam os “práticos” e “pronto-médicos”, iniciantes na prática de curar, incluindo curandeiros, parteiras, boticários, dentistas e sangradores, comumente pessoas mestiças, analfabetas e que estavam em uma posição social sem qualquer prestígio. Os que nasciam na Colônia, enfrentavam diversas dificuldades para seguir a carreira médica, tais como as dificuldades de ter acesso a livros especializados

produzidos na França e em Portugal, somado ao fato de que até o ano de 1800 esta profissão estava vedada aos brasileiros (SCHWARCZ, 1993).

Em 1808, com a invasão de Portugal pelas tropas de Napoleão, a Corte Portuguesa migra para a sua principal colônia: o Brasil. A escassez de médicos foi agudizada com a chegada da Coroa Portuguesa, piorando a situação sanitária e higiênica, sendo que os especialistas que se encontravam em Coimbra foram impedidos pelas tropas napoleônicas de seguirem para a colônia junto com a Coroa Portuguesa.

Com a transferência da sede do poder metropolitano, gera-se a necessidade de modificações no ensino superior herdado da colônia, fundamentado nos ensinamentos dos jesuítas, pois se tinha como finalidade dar base à alta burocracia civil, militar e eclesiástica. O marco inicial do ensino médico no país corresponde a este período de transferência da Coroa Portuguesa para a então Colônia, em que o príncipe regente atendendo às solicitações do cirurgião e professor catedrático de Anatomia e Cirurgia de Coimbra, José Correia Picanço (O Barão de Goiana, nascido em Pernambuco), criou em fevereiro e novembro de 1808, respectivamente, as Escolas de Anatomia, Medicina e Cirurgia, uma instalada em Salvador e outra no Rio de Janeiro. Junto à Medicina figurava os ensinamentos de Direito e Engenharia (CUNHA, 2010).

Em 1813, as escolas cirúrgicas foram reorganizadas conforme o projeto do Dr. Manuel Luís Alvaro de Carvalho, que preconizava a fundação de três academias médico-cirúrgica ficando uma na Bahia, outra no Rio de Janeiro e mais uma em São Luís do Maranhão (que não chegou a ser criada), enquanto a Academia do Rio de Janeiro foi instalada neste mesmo ano, a da Bahia instalou-se somente em 1815 (SCHWARCZ, 1993). Essas escolas tornam-se Academias Médico-Cirúrgicas e em 1832 passam para a condição de Faculdades de Medicina. Então se observa que, ao invés de universidades, no Brasil há cátedras isoladas de ensino superior para a formação de profissionais, pois ainda por volta de 1887, o já Império não havia criado universidades no país, apesar da existência de diversas instituições metropolitanas (ABREU JR., 2010).

Tais estruturas ainda mantinham o país fortemente dependente de Portugal, consequentemente, os intelectuais da época vieram carregados de influências europeias, onde imperava um determinado protagonismo dos médicos em torno das questões políticas, nos quais estes exerciam influência direta nas decisões da Coroa Portuguesa. Observa-se no Brasil a continuação de uma tradição de legitimidade e influências da Medicina nas questões decisórias do Estado.

Como mencionado anteriormente, neste período já grassavam os ideais higienistas e a elitização dos médicos. Gondra (2002), ao refletir sobre a tradição da ciência médica luso-brasileira, do século XIX, afirma que esta já se centrava na racionalidade higienista, em que estes intelectuais se lançavam em demarcar campo de sua atuação enquanto saber científico, estando presente em todas as vertentes de ações sociais e política daquele contexto, tais como no processo de planejamento do urbano e na educação escolar. Contudo, faz-se necessário explicitar, que mesmo seguindo os preceitos da Ciência Higienista, cada escola procurou demarcar um caminho próprio.

A Academia Baiana de Medicina seguia uma linha que priorizava os estudos sobre a saúde mental e a criminalidade, tomando a compreensão de que o cruzamento entre as raças seria um dos principais fatores desencadeantes da loucura, da criminalidade e de outros desvios morais e intelectuais, tendo como principal figura o médico Nina Rodrigues³⁶; a Academia Carioca de Medicina preocupava-se com os altos índices de epidemia e mortalidade, focava as suas ações na Medicina Sanitarista, tendo como principal referência o médico sanitarista Oswaldo Cruz³⁷. Ambas mantêm-se atreladas às teorias raciais, mas o apego aos modelos raciais de análise é mais evidente na Bahia com o desenvolvimento dos estudos da Medicina Legal. Segundo Schwarcz (1993), as teorias raciais, que foram importadas, passaram por um processo de seleção, ganhando força no Brasil num momento em que já haviam sido superadas na Europa e nos Estados Unidos.

Chalhoub (2001) indica que a Medicina oficial (do século XIX, especialmente no período do Império) era uma arena de conflitos diversos, no qual estaria fragmentada por disputas entre os diferentes sistemas médicos, pondo em questão qual seria a melhor “terapêutica” para o tratamento das doenças e as melhores formas de prevenção e ataque à propagação das epidemias. Assim, esse pesquisador se contrapõe ao entendimento de que Medicina oficial gozou de prestígio e influência junto ao poder público, haja vista que essa

³⁶ O médico-antropólogo maranhense Raimundo Nina Rodrigues (1862-1906), pioneiro nos estudos sobre Antropologia Física, foi um dos principais responsáveis pelo desenvolvimento da Medicina Legal no Brasil, alçado à posição de especialidade nessa disciplina científica. Participou de investigações etnográficas sobre a cultura afro-brasileira e nas análises sobre o pensamento social brasileiro. Tendo como marco na sua trajetória acadêmica a sua entrada na Faculdade de Medicina da Bahia (FMBA) em 1882 e sua participação na Escola Tropicalista Baiana (ETB) (MAIO, 1995).

³⁷ Oswaldo Gonçalves Cruz (1872-1917), cientista, médico, bacteriologista, epidemiologista e sanitarista, foi pioneiro nos estudos sobre as moléstias tropicais e da Medicina Experimental no país. Em 25 de maio de 1900 fundou o Instituto Soroterápico Nacional, em Manguinhos, Rio de Janeiro, porém somente em 1902 assumiu a direção geral do referido instituto, em que até então se dedicava à fabricação de soro antipestoso contra a febre bubônica, que estava assolando o Porto de Santos, passando também a se dedicar à formação de recursos humanos. Em 1903 é nomeado Diretor Geral da Saúde Pública, deflagrando imensas campanhas de saneamento, atuando inclusive em intervenções contra a febre amarela no estado do Pará em parceria com outros médicos do estado.

não existiu enquanto um fenômeno coeso e monolítico capaz de empreender uma “medicalização da sociedade”.

Observa-se a utilização do termo “medicalização” para se referir às ações perpetradas pela Medicina Científica no país, porém historiadores, como Antunes (1999) questionam tal designação, que na sua percepção é comumente utilizada de forma pejorativa e de uma forma generalizada na sua relação com outros temas da vida social no Brasil; ademais, ele observa que vem associada a uma visão negativa que tem como intenção realizar uma crítica dos juízos e dos valores dos médicos.

Deste modo, Chalhoub (2001) e Antunes (1999) explicitam que as ações dos “homens da medicina” não ocorreram de forma harmônica e homogênea, tendo ocorrido conflitos dentro da própria classe médica e com embate com outros intelectuais e com o poder público da época. Porém, não há como negar que eles estiveram intimamente envolvidos no processo de higienização e de cientificização do país, em que a atuação médica sai de uma atuação que estava limitada ao corpo para se expandir para o social. O “médico político” não atua mais somente sobre a doença, mas passa a atuar na saúde (pública), buscando meios de prevenção, passando a vislumbrar em suas ações a cidade, a política e a escola (GONDRA, 2010). O processo que passa a legitimar a intervenção médica na vida social dos brasileiros, para Gondra, representa um movimento que tinha por objetivo tornar os médicos reconhecidamente cientistas do social e assim passaram a integrar outros tipos de saberes à lógica da razão médica, como a Geografia, a Estatística, a Demografia, a Topografia e a História, tornando-os também planejadores urbanos.

No final do século XIX, no Brasil, ocorreram fatos políticos e econômicos que possibilitaram mudanças de grandes proporções, que foram fundamentais para a tomada de práticas fundamentadas no Cientificismo Higienista: a Abolição oficial da Escravatura, em 1888; a Proclamação da República, em 1889, a vinda de imigrantes para a fomentação da mão de obra no país, até então escravocrata, o rápido crescimento das cidades brasileiras, as transformações tecnológicas e o crescimento econômico e demográfico do país. Porém, havia o outro lado da moeda: o aumento da contingência de doenças e mortalidades, sobretudo a infantil.

A partir deste panorama de acontecimentos históricos observa-se que os intelectuais tinham pretensões e aspirações com as mudanças que foram engendradas naquele momento, porém não foram alcançadas, haja vista a forte mentalidade colonialista e escravocrata ainda viva, em que as mudanças se deram formalmente, contudo, a realidade continuava a mesma, gerando em alguns a sensação de frustração. Naquele momento, tantos os cientistas quanto a

elite política tinham como horizonte a modernização à europeia, tomando como palavras de ordem termos, como “reformatar”, “regenerar” e “civilizar”, com o intuito de estar “em pé de igualdade com a Europa” (HERSCHMANN; PEREIRA, 1994).

Naquele momento de reformulação do Estado, os diferentes intelectuais, não só os da Medicina, ao estarem frustrados com o regime (e seus rumos), incorporaram o Cientificismo, em que sentiam fascínio para cada avanço científico que era conquistado na Europa. Logo, observa-se que a partir da década de 1890 houve um incremento no desenvolvimento científico e tecnológico, consolidando a mistificação da ciência e a valorização da infância, que diante dos conflitos decorrentes das lutas de classes forjaram um determinado tipo de paternalismo mais autoritário sob o comando dos “homens da ciência”, vistos como os “detentores da verdade”, enquanto que as elites tinham como objetivo a “melhoria da raça”. Este contexto fomentou um novo tipo de organização da sociedade brasileira da época, que passou a ter como anseio o distanciamento dos modos de vida da Colônia (KUHLMANN JR., 2001).

A modernidade foi momento de planejamento de ações que visavam à construção de uma infância saudável e duradora, na qual se buscou “educar” a população para a higienização. O processo de higienização incitada pela ciência moderna foi um processo de amplas proporções, sendo perpetradas em todas as nações que tinham como objetivo o progresso e o desenvolvimento. No rastro de tais ideais estava a forte confiança na Ciência enquanto ente capaz de possibilitar ascensão política, social e econômica. Decorrente de tal confiança, a figura dos cientistas, ou melhor, dos “homens das ciências” passou a ser fortalecida.

E um dos países que pretendia ser fortalecido por meio da Ciência e da Tecnologia disponível na época era o Brasil, que também pretendia deixar para trás o seu passado de Colônia dependente de Portugal. Haja vista, como foi pontuado anteriormente, até o período do Brasil Colônia e início do Império, não havia universidades, somente a organização de cátedras de ensino superior que trabalhavam de maneira isolada para a formação de profissionais, como médicos, advogados e engenheiros.

Ao estarem materializadas nos diferentes campos da Ciência, como na Medicina, na Antropologia, na Sociologia e no Direito, as ações do Higienismo privilegiaram as instituições voltadas para a infância, tais como as escolas primárias e creches, além disto, lançavam-se propostas à família, ao trabalho e à criminalidade infantil, com o objetivo de renovar as instituições educacionais, a partir da influência dos setores jurídicos que envolviam os internatos e as escolas disciplinares (GONDRA, 2010).

No momento em que a Ciência passa a ser reverenciada como a única verdade, verifica-se que, no decorrer do século XIX, há a formação de ramificações do saber científico, em que uns procuram possuir e definir um objeto, métodos e princípios próprios, outros procuram firmar-se enquanto ciência verdadeira ou como “pai” das demais, como é o caso da Medicina.

No que se refere ao contexto brasileiro, é importante extrair que as ações dos médicos higienista e eugenista se davam em uma sociedade que estava passando por forte crescimento industrial, econômico e populacional, sendo que estes, enquanto intelectuais, não eram os únicos a terem como meta o lançamento de propostas que visassem solucionar o quadro caótico que se encontrava o Brasil. Muito desses intelectuais tinham como experiência a vida que levaram na Europa, em decorrência disso, havia uma fé-cega sobre os pressupostos científicos e no estilo de vida moderno, civilizado e culto aos moldes do povo europeu.

Portanto, os constantes embates com a sociedade e com a população faziam com que eles fortalecessem cotidianamente o projeto moderno de desenvolvimento, de higiene e de branqueamento da população, acreditando na necessidade de se construir um povo civilizado, culto e saudável, seja fisicamente, quanto moral e mentalmente. Deste modo, a população pobre foi o principal alvo da ciência moderna brasileira, que buscou se apropriar de conhecimentos sobre o corpo e a mente do homem mestiço. E nesse contexto de ideais de melhoramento da raça e fortalecimento da nação que se dará a valorização da criança enquanto o “homem do futuro”.

3.2.1 A infância enquanto “objeto caro” para a Medicina Higienista e Eugenista no Brasil

Como referido anteriormente, a “descoberta” da infância, decorrente da problematização das fases da vida, foi um dos primeiros passos para que se estabelecesse uma ciência para a higiene da criança, em que os médicos dos setecentos se lançavam em verdadeiras disputas para estabelecerem as divisões e orientações adequadas. Um dos principais espaços para tais debates eram as teses médicas, que continham não somente as definições das idades, mas também orientações de higiene específicas para a infância, no qual também apresentavam conceituações sobre o que seria criar criança/infância, logo estabelecendo distinções de cuidados para recém-nascidos, momento referido como primeira infância, e crianças de diferentes faixas etárias. Ferreira; Gondra (2007), ao

tomarem para análise tais teses, destacam os trabalhos que possuíam as seguintes referências: higiene da infância, higiene da primeira infância, higiene da criança do nascimento à queda do cordão umbilical.

Durante o século XIX, as discussões sobre a demarcação das fases e idades para a infância pelos médicos higienistas de Lisboa tinham como principal motivação a constatação dos altos índices de mortalidade infantil. Seguindo estas argumentações, Ferreira; Gondra (2007) concluem:

A existência feliz e o lisonjeiro porvir conjuntamente com a regeneração da raça funcionam como eixos de uma argumentação que pressupõe a necessidade de intervenção da racionalidade médica sobre a ‘flor da infância’, de modo a construir um discurso especializado a respeito desse período, capaz de prescrever as regras para assegurar a continuidade da vida, afastando as crianças das práticas e sujeitos convertidos, na lógica da ciência, em ignorantes, curiosos e indiscretos. Esse movimento da racionalidade médica, procurando instituir as verdades da ciência ou da razão a partir da lógica da natureza, encontra-se, no entanto, com realidades sociais e culturais que obrigam a olhar em diversas direcções. Nesse sentido, no discurso sobre a infância, torna-se perceptível a preocupação com as crianças submetidas a condições desiguais. (FERREIRA; GONDRA, 2007, p. 137).

A “flor da infância” surge enquanto a representação do futuro e como meio de regeneração da raça para a racionalidade médica que, ao construir um discurso especializado, passa a prescrever regras de condutas e cuidados com o objetivo de assegurar à continuidade da vida, tornando-se alvo de suas ações, especialmente, as crianças pobres. Desta maneira, a racionalidade médica ao estar voltada para a higiene infantil, passa a formar um discurso de cuidado com a criança, aliada às críticas à família e às diferentes instituições que se destinavam a abrigar o infante.

Ao longo do século XIX, o Brasil foi palco de ascensão da categoria médica enquanto categoria política que estava presente na esfera privada e pública do país, numa atuação voltada muito mais para o campo da política do que tão simplesmente na prevenção e cura de doenças. Segundo Gondra (2010):

Essa disposição pode ser definida como um projeto de prevenção contra a doença antes mesmo que ela eclodisse, o que implicaria tanto a existência de um saber médico sobre a cidade e sua população, quanto a presença do médico como uma autoridade que intervém na vida social, decidindo, planejando e executando medidas ao mesmo tempo médicas e políticas. Essa perspectiva da Medicina institucionalizou-se no Brasil de forma definitiva ao longo do século XIX, tempo em que foram inaugurados **dois de seus traços mais caros: o de que a medicina deveria penetrar na sociedade, incorporando o meio urbano como alvo de sua reflexão e de sua prática, e o de que deveria constituir-se como apoio indispensável ao exercício de poder por parte do Estado.** (GONDRA, 2010, p. 525; grifo meu):

Ou seja, esta ciência, ao tratar dos corpos individuais, também irá influenciar a vida particular dos indivíduos, porém a atuação médica não se restringiu ao tratamento do corpo e das doenças, a sua “arte de curar” e cuidar também envolveu o processo de planejamento das cidades, inclusive das casas. E ao ter como “tema caro” a infância, a racionalidade médica passará a ocupar os espaços que a criança ocupa, tais como a família e a escola. Estas intervenções realizadas a partir das justificações da Ciência Higienista, por meio do discurso médico, passaram a forjar determinados papéis sociais idealizados sobre a família.

Gondra (2010) ressalta sobre o caráter amplo que o discurso da ciência possui, no qual esta, com o passar do tempo, insere campos disciplinares cada vez mais especializados, demarcando entre os temas variados, verdadeiras fronteiras. O que não vai ser diferente no campo médico, que nas suas ações de tratamento do corpo humano e do ambiente que o cerca busca afirma-se enquanto categoria científica, além de buscar afirmar o que seria da competência da Ciência Médica. Se dando neste âmbito a ascensão da infância e do corpo infantil como objeto privilegiado da Medicina Social. Assim, Gondra (2010) prossegue dizendo que:

Transitando dos corpos individuais ao tecido social e vice-versa, **a ordem médica constituiu a infância em tema caro**, a ponto de defender que um de seus ramos se transformasse na ‘**sciencia da infancia**’, como enunciara o Dr. Guimarães, em 1858, referindo-se à **ciência da higiene**. A radicalidade expressa nesta posição convive com uma perspectiva colonizadora desse saber, em cuja órbita foram instalados temas tais como o quartel, hospital, clima, topografia, água, ar, bordel, cidade e escola. Ou seja, tratava-se de uma racionalidade que também deveria se ocupar da infância, colocando-a no âmbito do extenso projeto de modelação higiênica dos sujeitos e do social. **No que se refere à infância, tratava-se de prescrever procedimentos, cujo início se daria no controle das condutas anteriores dos pais, estendendo-se até a ‘idade dos colégios’, demarcando fronteiras e instituindo empréstimos entre espaço da casa e da escola. Nessa linha, tal discurso auxiliou na construção da própria idéia de família, infância e escola** (GONDRA, 2010, p. 290; grifo meu).

O caminhar da ordem médica entre os corpos individuais ao tecido social, no qual esta também passou a perceber como sua alçada o quartel, os hospitais, o clima, a topografia, o ar, a água, bordel, a cidade e a escola, demarcando campos de atuações e alcançando também a infância, propondo uma *sciencia da infancia*. O saber higienista se fez presente na escola, na família e demais instituições da infância, a partir da justificativa da proteção à criança, estabelecendo normas e condutas, dentre as quais “pregava” que as famílias deveriam ser núcleos particularizados, “santos”, onde a mulher seria “a rainha do lar” e a criança o “reizinho da casa” (SILVA JR.; GARCIA, 2010). Os desvios destes modelos implicavam na

culpabilização da família sobre os “fracassos” na educação de sua prole. Rivorêdo (1998, p.37-8) assevera que a:

Medicina vai atuar forjando o adulto que interessa ao sistema sem atinar para o que a criança mostra que é, desfigurando-a também em idealidades, desqualificando-a quando a confunde com seu corpo ou com sua doença, sem criar um raciocínio visando a cura que não se reduza a um fim em si, mas que apreenda seu corpo infantil como próprio e específico, procurando-a, encontrando-a onde quer que ela esteja feliz ou não, em casa ou na rua, na escola ou fora dela. (RIVORÊDO, 1998, p.37-8).

A criança não é vista como o sujeito em si, mas na perspectiva de concretude e perfeição para o futuro: o adulto do amanhã. Para a Ciência Médica fundamentada no Higienismo e Eugenismo, a criança emerge enquanto possibilidade (e certeza) de prevenir a sociedade de sujeitos com desvios. Enquanto um alvo constante da Ciência Médica, a criança sai da simples percepção de ser semelhante ao adulto, porém reduzido, para passar a ser vista enquanto um “ser” que possui particularidades tanto físicas quanto mentais e que devem ser asseguradas para o porvir da nação. Segundo Mansanera; Silva (2000):

A criança era outro alvo importante para o movimento higienista. Como afirmavam, a infância é a idade de ouro para a higiene mental. Na família, assim como na escola, a criança passa ser campo de ação mais promissor dos higienistas, que não se preocupavam mais somente com a saúde física, mas também com a saúde mental. Começavam a dispor de subsídios científicos para afirmar que a influencia do meio familiar deixava características na personalidade do homem adulto, a partir de suas experiências infantis. Recomendavam um acompanhamento cuidadoso na fase da infância, por ser esse o momento da formação do psiquismo, o momento em que se estruturaria a personalidade. Essa fase era ideal para se instalarem hábitos sadios no psiquismo da criança, evitando-se, assim, o surgimento de personalidades desequilibradas (MANSANERA; SILVA, 2000, p. 129).

A partir desta compreensão da infância, enquanto meio de prevenir a sociedade de desvios, doenças e degenerações, os médicos higienistas e eugenistas foram sujeitos recorrentes nas ações voltadas para a infância brasileira. Os médicos passaram a fazer duras críticas aos asilos infantis e às Rodas dos Expostos, que de acordo com os mesmos eram locais de sujeira, umidade e doenças, responsáveis pelos constantes óbitos infantis. Além disto, a racionalidades médica, em seus discursos, também passou a se ocupar da família e da escola, forjando papéis sociais idealizados sobre a família (GONDRA, 2002).

Pertencente à classe médica, dedicado exclusivamente à infância e à criança brasileira, destaca-se o Dr. Moncorvo Filho, que criou o primeiro Instituto e Proteção e Assistência à Infância (IPAI), no Rio de Janeiro, idealizado em 1899 e inaugurado em

1901. Neste momento, tinha-se como objetivo organizar metodicamente a assistência, procurando respaldo nas normas científicas e jurídicas (KUHLMANN JR., 2011).

Moncorvo Filho seguiu a trajetória de seu pai, o Dr. Carlos Arthur Moncorvo de Figueiredo, considerado o fundador da Pediatria no Brasil. Moncorvo Filho também foi o primeiro a pesquisar sobre as primeiras iniciativas realizadas no Brasil com a finalidade de atender às crianças pobres, esmiuçadas no livro *Histórico da proteção á infância no Brasil – 1500 a 1922* (RIZZINI, 2008) e considerava que a Ciência deveria ser a promotora da assistência à população na perspectiva de evitar problemas futuros.

De acordo com Silva Jr.; Garcia (2010, p. 619), os objetivos do IPAI eram:

[...] proteger as crianças pobres, doentes, defeituosas, maltratadas e moralmente abandonadas; difundir entre as famílias pobres e proletárias noções elementares de higiene infantil; promover a inspeção higiênica médica das escolas públicas e particulares que funcionem na capital da república; inspecionar as atividades das amas de leite. (SILVA JR.; GARCIA, 2010, p. 619).

Moncorvo Filho também intencionou tornar o instituto um alicerce para um programa nacional de assistência à infância, tanto que em 1919 idealizou o Departamento da Criança, com o objetivo de consolidar uma agência de pesquisa para o recolhimento de dados sobre a situação da infância para serem disponibilizadas pelo governo federal, contendo registros detalhados sobre as instituições privadas e oficiais que prestassem assistência a “menores”, além de realizar eventos que registrassem e documentassem a infância brasileira por meio de congressos, exposições e museus, tais como o Primeiro Congresso Brasileiro da Proteção à Infância e o Museu da Infância (WADSWORTH, 1999).

As preocupações com a saúde não só dos filhos, mas também das mães, somados aos avanços da Pediatria e às ações higiênicas no processo formador da nova sociedade republicana, contribuíram para as mudanças nas práticas tradicionais em práticas de assistência e filantropia. Como representante de práticas de assistência à infância, as iniciativas de Moncorvo Filho destacaram-se, representando um marco na renovação institucional da proteção à infância, que deram bases não somente para a caridade privada, mas que possibilitou o delineamento de ações de proteção e assistência à infância no nível do espaço público.

O Higienismo associado ao Eugenismo revelava outra faceta do Brasil Republicano, que munido das teorias científicas surgidas no século XIX, compreendia e pretendia realizar o “melhoramento da raça” da população brasileira. Ao se tratar da infância, tinham a pretensão

de “conceber uma criança eugenizada”: forte, saudável, robusta somados a um apelo negativo à miscigenação do povo brasileiro³⁸.

Bonfim; Kuhlmann Jr. (2013) salientam que comumente os termos Higienismo e Eugenismo andavam acompanhados e, em outros momentos, eram até usados como se tivessem o mesmo significado. Os Congressos Brasileiros de Higiene (o primeiro ocorreu em 1929) incorporaram as ideias eugênicas nos discursos sobre a saúde pública. Alguns compreendiam que a Eugenia seria a higienização da raça, nos seus aspectos físicos e psíquicos. O pai do Eugenismo no Brasil, Renato Kehl³⁹ estabelece no periódico *Boletim de Eugenia*, de 1919, que ela é “a hygiene específica das cellulas de reprodução ou hygiene da hereditariedade” (BONFIM; KUHLMANN JR., 2013).

Em finais de XIX e início de XX, observa-se os interesses que o Estado, as elites e os intelectuais da época passam a ter pela Ciência Higienista e Eugenista, mobilizando médicos para as ações profiláticas diante do acelerado crescimento e desenvolvimento das cidades brasileiras. Salientando que a profilaxia não estaria limitada às questões do corpo, mas se estenderia a uma profilaxia moral, social e racial, tornando a criança alvo principal em tais ações que se destinavam às medidas preventivas.

De acordo com Gorgulho; Barata (2013), o Eugenismo, enquanto teoria, após realizar fortes influências sob a intelectualidade brasileira, a partir de 1945 – com a derrota nazista na Segunda Guerra Mundial e a criação da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) foi perdendo força, passando a ser considerada retrógrada e preconceituosa, sendo criticada cientificamente e moralmente repudiada. Porém, a sua influência perdurou até 1962, ainda estando presente nas políticas de isolamento compulsório⁴⁰.

Há uma escassez de trabalhos que tratam sobre a mortalidade infantil no Brasil em meados do século XIX, haja vista que nos tempos de outrora não se tinha por hábito registrar as mortes e as suas causas, especialmente no que dizia respeito às crianças. Caso ocorressem os registros dos óbitos infantis, estes eram feitos de maneira isolada, dependendo dos interesses dos homens que detinham ou representassem algum poder em uma sociedade com uma pequena parcela de pessoas letradas, tais como padres e médicos.

³⁸ Ressalta-se que a visão eugenista pautada numa compreensão de “melhoramento da raça”, no qual recorriam a um discurso que realizava críticas aos aspectos da miscigenação que envolvia a população brasileira, não foi um consenso entre os médicos brasileiros.

³⁹ Renato Ferraz Kehl (1889-1974) graduou-se em Farmácia pela antiga Faculdade de Farmácia de São Paulo, em 1904 e em 1910 decidiu estudar Medicina na Faculdade do Rio de Janeiro, sendo influenciado pelas ideias de Lamarck, Darwin, Spencer, Agassiz, entre outros, porém possuía especial admiração pelos trabalhos de Francis Galton, o fundador da “ciência eugênica” (SOUZA, 2006).

⁴⁰ Por exemplo, no tratamento dos hansenianos.

Na Europa, desde o século XVII, já vinha sendo posta em prática – apesar de suas variações e limitações – um modelo de proteção aos pobres sintetizados no modelo do Estado de Bem-Estar Social, além de um despertar para a situação da infância europeia, diante de um quadro que revelava o aumento do número de adultos em relação ao número de crianças, gerando um rápido envelhecimento das sociedades europeias.

Enquanto isso, o Brasil irá observar o ensaio da formação de um Estado de Bem-Estar Social em meados da década de 1930, na Era Vargas, que apesar de sua política paternalista, personalista e ditatorial – sendo conhecido como *Pai dos Pobres* – foi o primeiro a promover política social aos trabalhadores brasileiros, estendendo tais benefícios aos filhos dos trabalhadores, ações ainda fundadas nos ideais higienistas e eugenistas.

De 1940 a 1943, a política varguista estabeleceu ações de proteção à infância e às famílias pobres, com o nítido objetivo de formar cidadãos trabalhadores, sendo nesse período criadas as seguintes estruturas: o Departamento Nacional da Criança (DNCr), o Serviço de Assistência ao Menor, a Legião Brasileira de Assistência (LBA), o Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (SENAI), o Serviço Social do Comércio (SESC) e a Campanha Nacional de Educandários Gratuitos (FERREIRA, 2013), dentre estas políticas a que se destacou foi o DNCr, já que, de acordo com Rizzini (2011):

Ao DNCr competia estudar e divulgar o ‘problema social da maternidade, da infância e da adolescência’ (art.5º), e conceber auxílio federal aos Estados e subvenção às instituições de caráter privado para a manutenção e desenvolvimento de serviço dirigidos à população, bem como fiscalizar a execução dos mesmos. (RIZZINI, 2011, p. 270).

Para Pereira (1999), por meio do DNCr, em pleno Estado Novo, foi instituído o primeiro programa estatal de proteção à maternidade, à infância e à adolescência no país, tendo como órgão executor o Ministério da Educação e Saúde (MES), criado no dia 11 de novembro de 1930. De acordo com Vieira (2003), este órgão tinha como objetivo enquadrar os indivíduos à nova ordem econômico-social, além de legitimar o novo Estado. O governo Vargas deu continuidade aos ideais higiênicos como forma de estabelecer a ordem e o progresso no país.

Estas estratégias tomadas pela política varguista tomaram forma ao longo do século XX, no qual o poder público passa a se voltar para uma política de contenção das mortes infantis para, posteriormente, realizar em torno da infância, ações de proteção que garantissem assistência social, saúde e educação às crianças brasileiras; ações que, com as contribuições

dos avanços científicos e tecnológicos ocorridos na década de 1950, possibilitaram a diminuição da mortalidade infantil nos principais centros urbanos brasileiros.

Constata-se que o século XIX, mesmo tendo a criança como “objeto caro” à Medicina, ela ainda aparecia de maneira secundária nos objetivos de fortalecimento da raça e da nação, situação que toma novas formas no século XX, momento em que se dão os delineamentos das intenções de construir uma agenda de proteção à infância brasileira, enfatizando a situação precária da vida de crianças pobres, no qual, em certa medida, já apontava a falta de saneamento e a situação de pobreza como responsável pela mortalidade infantil.

Neste sentido, verifica-se que no período de construção e consolidação dos ideários da República, as atenções passam a estar voltadas para a criança e enquanto uma situação posta e também influenciada por este contexto, a mortalidade infantil passou a despertar preocupações dos governantes e dos intelectuais da época.

Trazer para o campo do debate as primeiras matrizes do pensamento médico ocidental teve como intenção demonstrar que as normas, regras e os princípios levantados pelos médicos de fins do século XIX e início de XX fazem parte de um longo processo polifônico e dialógico, no qual não se deve somente aos primeiros pensadores da ciência moderna.

Rivorêdo (1998) diz que a prática médica, apesar de ser representada e divulgada enquanto técnica é também uma prática social, no qual a sociedade historicamente demarcou um lugar e um papel determinado para a criança. Logo, o modo de conceber a infância e os cuidados dispensados pela Medicina à criança, são resultados também de princípios, crenças, hábitos e normas que se deram em diferentes momentos históricos e culturas.

SEÇÃO IV– A MEDICINA NO ESTADO DO PARÁ EM MEADOS DO SÉCULO XX

Aspiração justissima a acaraciar o cerebro de quantos amam o Pará, assistem e tomam parte no seu progressiva eveluir, a despeito da formidavel crise economica e financeira, em que tão duramente se debate, o que admira é que há mais tempo, não se tivesse ella corporificado numa brilhante e promissora realidade, justificativa do valor profissional dos medicos que aqui trabalham, nesse recanto longiquo e quase ignorado do resto do Paiz e do mundo scientifico. (Revista Pará-Médico, 1915, grifo meu).

4.1 A MEDICINA EM SOLO PARAENSE

4.1.1 A vinda dos primeiros médicos e as epidemias

Sarges (2010) ao falar sobre as origens do núcleo urbano da cidade de Belém cautelosamente assevera: se for considerado que a história de Belém é a história de sua ocupação pelo colonizador europeu e os desdobramentos tomados pelas sociedades que se formaram nesse processo, logo o ponto de partida dessa história se dá com o estabelecimento de uma fortificação militar em seu território no século XVII, com a intenção de proteger a região amazônica de possíveis invasões estrangeiras. A construção da fortificação militar foi estratégia primeira para pôr fim às disputas por território com a Inglaterra, a Holanda e a França, que já possuíam algumas bases comerciais na região (MIRANDA, 2010).

Conforme Leal (1991)⁴¹, o século XVI foi momento em que ingleses e holandeses estavam emergindo enquanto potências com avançadas concepções mercantis que se constituíram em ameaça ao caráter atrasado do modo de colonização ibérica, que ainda estava atrelada a um mercantilismo medieval. Portugal tinha unicamente uma intenção: saquear os territórios coloniais a fim de manter os modos de vida luxuosos e de ostentação da nobreza e do Clero portugueses. Porém, as potências mercantis começam a convergir no sentido da Amazônia procurando se estabelecer⁴².

Além disto, o ano de 1615 foi o momento de expulsão dos franceses do Maranhão, em que Alexandre Moura, encarregado por Gaspar de Souza⁴³, tomou como iniciativa a colonização das terras do Pará, dando início aos preparativos para o envio da expedição do capitão Francisco de Caldeira Castelo Branco e sua tropa expedicionária, que aqui se estabeleceram no mês de janeiro de 1616, no qual construíram uma fortaleza de madeira com cobertura de palha numa ponta de terra bem elevada e definida, quase toda cercada por água, criando a fortificação que recebeu a denominação de Forte do Presépio⁴⁴ (SARGES, 2010).

⁴¹ O escrito *Uma Sinopse Histórica da Amazônia (Uma visão política)*, elaborado pelo economista Aluizio Lins Leal foi escrito em 1991 e publicado, em excertos, pelo Prof. Osvaldo Luís Angel Coggiola, nos cadernos do Centro de Estudos do Terceiro Mundo, da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas (FFLCH), da Universidade de São Paulo (USP), no qual o pesquisador realizou uma análise histórica dos empreendimentos que visavam à ocupação e a inserção da região amazônica às estruturas da economia internacional.

⁴² Nos anos de 1594 a 1595, o rio que corre pela Colômbia e Venezuela, Orenoco, é visitado pelos ingleses Sir Robert Dudley e Walter Raleigh e em 1595, o também inglês Lawrence Keymis navega pela costa do Amapá; enquanto que em 1599, os holandeses, por meio das feitorias de Orange e Nassau, se estabelecem no Xingu (LEAL, 1991).

⁴³ O então Governador do Brasil, que substitui Jerônimo de Albuquerque.

⁴⁴ O Forte do Presépio está localizado na baía do Guajará, na ponta de Maúri à margem direita do foz do rio Guamá, entre a entrada do porto e o canal de navegação que costeia a ilha das Onças, na cidade de Belém. Atualmente é um dos principais pontos turísticos da cidade, integrando o complexo arquitetônico e religioso, Feliz Lusitânia, localizado especificamente na Rua Siqueira Mendes do bairro da Cidade Velha (GOOGLE MAPS).

Assim, tais acontecimentos alertaram os portugueses, impelindo-os a fundar Belém em 1616, enquanto “estratégia de assentamento de uma base de operações para a expulsão dos concorrentes” (LEAL, 1991, p.2).

E é justamente adotando este referencial sobre a ocupação de Belém (em 1616) que o Dr. Penna de Carvalho⁴⁵, em 1922, inicia a sua abordagem sobre *A Evolução da Medicina no Pará*, em número especial da revista *Pará-Médico*, dedicada à comemoração do centenário da Independência do Brasil, no qual realiza um paralelo entre o processo de ocupação da região e a história da Medicina no estado, afirmando:

Quando Francisco Roso Caldeira de Castello Branco, em 11 de janeiro de 1616, aportou às plagas guajarinas para fixar as bases da fundação da cidade de N. S. de Belém, dominava no mundo medico da velha Europa, com grande ruido, a doutrina chimiátrica oriunda das doutrinas de Paracelso e Van Helmont, as quaes foram os preludios da emancipação da medicina (CARVALHO, 1922, p. 205).

Essas considerações do médico sobre os percursos tomados pela Medicina no estado, retratandoos debates ocorridos entre os primeiros pensadores da Medicina ocidental, como Paracelso⁴⁶, Van Helmont, Galeno⁴⁷ e Avicena⁴⁸ e os seus desdobramentos na “doutrina chimiátrica” até o desenvolvimento das ideias sobre a “physiologia geral”, demonstra o posicionamento ideológico dos médicos do estado, especialmente, em meados do século XX que ao terem a Europa como modelo civilizacional ideal compreendiam como “primitiva” as práticas de “cura” originárias da região, e tomam como referência as doutrinas da “velha Europa” que já existiam antes da fundação da cidade de Belém e da vinda dos primeiros médicos. E assim o médico continua:

A medicina de então era a aborígene, exercida pelo indígena mais considerado da tribo, não só pelo seu criterio, como pela sapiencia e moderação, cognominado – *pagé* – cuja therapeutica consistia em misturas de hervas em infusão e em cosimento que denominavam – *puçanga* (CARVALHO, 1922, p. 205).

⁴⁵José Paes de Carvalho (1850-1943), médico e político, foi um dos fundadores do Clube Republicano do Pará. Em 1890 foi senador e segundo secretário da Assembleia Nacional Constituinte e, posteriormente, foi Governador do Pará no período de 1897 a 1899.

⁴⁶Phillippus Teophrastus Von Honenheim, conhecido como *Pai da Medicina Integral*, nasceu na Suíça em 1493, tornou-se conhecido com Paracelso, nome dado como forma de se opor a Celso (médico célebre e contemporâneo do imperador romano Augusto e referência para a Medicina de sua época) e a outros médicos da Antiguidade.

⁴⁷O médico grego Claudius Galen (Galeno) viveu de 129 a 200 d.C. Elaborou por volta de quatrocentos tratados hipocráticos, sendo o maior comentador de Hipócrates, que traziam a sistematização de todo o conhecimento da Medicina grego-romana (AGUIAR, 2009; CORRÊA, 2006). Por um extenso período, as suas prescrições vigoraram na Europa, tido como *O príncipe dos médicos*, posteriormente, suas ideias foram rebatidas por Paracelso. Sendo que as prescrições do primeiro perduraram por mais tempo, diante do fato de que tais ideias eram convergentes aos dogmas da Igreja Católica (AGUIAR, 2009).

⁴⁸Avicena foi considerado um dos maiores sábios do Islã, com trabalhos de inspiração aristotélica e neoplatônica, além de ser seguidor das ideias galênicas, tornando-se num dos precursores da Medicina Homeopática.

Como se vê, enquanto as doutrinas de Paracelso, Van Helmont e Galeno estavam caminhando para a formação da Medicina moderna, na cidade de N.S. de Belém, a Medicina de viés religioso, popular, natural, pautada em crenças e de caráter empírico era prática comum no território. Contudo, observa-se que, para Penna de Carvalho, isso não significava que a Medicina era ausente nos modos de vida dos primeiros habitantes da região. Porém, esta mesma Medicina tida como “aborígene” e popular ao persistir, passara a ser alvo das ações do poder público da época e da própria classe médica a fim de limitar tais práticas (FIGUEIREDO, 1996).

Entretanto, a narrativa de Penna de Carvalho, de meados do século XX, sobre a evolução da Medicina no Pará não trata das consequências da ocupação portuguesa para o território, o corpo e a Medicina indígena, em que diversas populações foram dizimadas pelo contato com doenças até então desconhecidas pelo organismo dos indígenas, que assim como o português desconhecia as causas e as curas de determinadas enfermidades. O constante processo de ocupação da Amazônia gerou incontáveis surtos epidêmicos ao longo da história da região.

Segundo Bertolli Filho (2008), no período colonial, o território pertencente a Portugal na América, estava envolvido por diferentes dilemas sanitários, em que as guerras, o isolamento e as doenças colocavam em perigo o projeto europeu de colonização e exploração econômica das terras brasileiras. A fim de amenizar tais dilemas, o Conselho Ultramarino português, lançou mão de estratégias como a criação de cargos de físico-mor e cirurgião-mor, ainda no século XVI, a fim de zelar pela saúde da população que estava sob o domínio lusitano, entretanto, ainda assim o cargo ficou sem ocupantes.

Deste modo, segundo Penna de Carvalho (1922), não há referência sobre a presença de médicos na expedição de Castelo Branco, em que somente em 1655 aportam em Belém os primeiros médicos: Daniel Paneli, Antonio de Mattos e Domingos de Souza, que numa rápida passagem, participaram da comissão para a demarcação dos limites de Portugal e Espanha. No entanto, 34 anos após a fundação da cidade de Belém, em 1650, é instalado oficialmente o (ainda pequeno) Hospital da Santa Casa de Misericórdia que já prestava serviços à população paraense desde 1619 (CARVALHO, 1922)⁴⁹.

⁴⁹De acordo com Paim (2009), a primeira Santa Casa que surgiu no Brasil foi fundada em 1543, de iniciativa de Brás Cubas com a criação da Irmandade da Misericórdia e o Hospital de Todos os Santos, na cidade de Santos, logo após foram criadas as Santas Casas de Olinda, Bahia, Rio de Janeiro, a de Belém e a de São Paulo. Deste

Até então, o hospital era anexo da também pequena Igreja de Santa Luzia, em que ambos eram alberguesfeitos de taipa e pilão e se localizavam na antiga Rua Santo Antônio dos Capuchos com o Largo da Misericórdia (o antigo Largo da Santa Luzia), hoje, Praça Barão de Guajará, onde está o prédio da loja Paris n' América. Naquele momento,

A humilde irmandade de Belém regia-se, desde os seus princípios, pelo Compromisso da Santa Casa de Misericórdia de Lisboa, baixado em 19 de maio de 1618, com todos os deveres e regalias, incompatível, em alguns pontos, com o meio onde ia exercer a sua benéfica influencia. Cumpria-lhe assistir aos enfermos, defender os accusados perante juizes e tribunaes, proteger os fracos, amparar as órfãs, impôr á população caridade e moralidade e acompanhar os condemnados á execução da pena ultima (PARÁ-MÉDICO, 1922, p. 302).

Naquele tempo, essa irmandade não se destinava para o trato específico de doentes, havendo uma concepção de cuidado com a saúde a partir dos ideais religiosos, tomando como viés único e principal a caridade cristã, tendo como centralidade mais a pobreza do que a enfermidade, em que foi o “primeiro hospital para o tratamento dos enfermos pobres” (PARÁ-MÉDICO, 1922) e para lá, eram encaminhados todos os tipos de “enfermidades”.

O século XVII, momento de instalação do Hospital da Santa Casa de Misericórdia na cidade de Belém, foi momento de abertura dos primeiros caminhos dos espaços que no futuro seriam as primeiras ruas da cidade, tendo como principais parceiros as ordens religiosas, em que juntamente com os colonos portugueses receberam doações de terras por parte da Coroa Portuguesa. Em 1667, no dia 12 de julho, o rei de Portugal, D. Afonso VI, confere à Irmandade da Misericórdia Paraense, o diploma que concedia as mesmas isenções que desfrutava a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Lisboa.

Os Hospitais da Santa Casa foram fundamentais para o processo de ocupação do território brasileiro pela Coroa Portuguesa. Ao abordar sobre as origens das Santas Casas, Bertolli Filho (2008) esclarece que:

Foi em 1498 que a regente portuguesa dona Leonor fundou o primeiro hospital de Santa Casa de Misericórdia, cumprindo a promessa cristã de socorrer todos os enfermos, principalmente os mais pobres. A transposição desse ideal para os territórios colonizados por Portugal levou à criação de Santas Casas nos principais núcleos brasileiros. A primeira foi fundada na vila de Santos, em 1543, seguida pelas do Espírito Santo, da Bahia, do Rio de Janeiro e da vila de São Paulo, ainda no século XVI. Todas elas, foram financiadas por doações feitas pelas elites regionais e por verbas pública. (BERTOLLI FILHO, 2008, p. 11).

modo, a assistência aos pobres era realizada pela caridade cristã, que abrigava indigentes, viajantes e doentes. Enquanto que os militares eram recolhidos e cuidados pelas famílias ricas e logo depois atendidos pelos cirurgiões-militares nos hospitais das irmandades das Santas Casas, cuja responsabilidade era do governo da Colônia em realizar o pagamento de uma taxa anual para estas entidades.

A instalação dos hospitais das Santas Casas por Portugal⁵⁰, em 1498, pela rainha Leonor, com a finalidade de socorrer os pobres e miseráveis da colônia não se constituiem simples projeto de caridade da Igreja Católica em parceria com a Coroa Portuguesa, mas sim em estratégia de ocupação de um território assolado por misérias, epidemias⁵¹ e endemias⁵², em que os poucos médicos europeus que existiam na Colônia eram destinados aos que pudessem pagar por seus serviços de “cura”, enquanto que a população pobre tinha como “opção” recorrer aos hospitais públicos que lhes eram oferecidos, em enfermarias que misturavam pacientes de todos os tipos, sendo comum dois ou mais pacientes dividirem o mesmo leito (BERTOLLI FILHO, 2008).

Somados aos serviços de caráter caritativo e religioso das Santas Casas, havia alto índice de falta de higiene nos hospitais, situação que fazia com que as famílias que podiam pagar por um médico particular evitassem internar seus parentes, fazendo com que nesse local a morte fosse destino certo para a maioria dos pacientes pobres. Os médicos se sentiam desestimulados a atuar na colônia diante de um imenso território que estava assolada pela pobreza, levando-os a ter um baixo salário, além de não serem muito bemquistos pela população, especialmente a pobre, que tinham medo dos tratamentos da Medicina oficial da Colônia (BERTOLLI FILHO, 2008).

Consequentemente, a Medicina que estava sendo incentivada a ter seu ensino institucionalizado e de influência europeia não pretendia ser destinada a todos, diante do fato de que boa parte da população não podia pagar por tais serviços. Situação que somada ao medo dos tratamentos médicos comuns à época, baseados nas sangrias, purgantes, isolamentos e internações compulsórias em hospitais inóspitos que mais contribuíam para a morte do que para a cura, faziam com que fosse comum a população, que confiava mais nas credices populares do que na Medicina oficial, recorrer às parteiras, pajés e curandeiros negros ou indígenas.

Algo que não se deu somente no território amazônico, mas no território brasileiro como todo, contudo, na região amazônica tal situação persistiu até meados do século XX (RODRIGUES, 2008; FIGUEIREDO, 1996; MUNIZ, 2013).

⁵⁰ Porém destaca-se que as Santas Casas de Misericórdia são de origem italiana e não portuguesa: em 1240 já existia em Firenze e em Florença, na Itália, a Confraria *Fraternità dela Santa Misericórdia*, que em 1490 passou a ter organização estável por meio da feitura de estatutos e constituição (BORDALO, 2000).

⁵¹ A epidemia é a doença infecciosa e transmissível que ocorre em uma região ou comunidade, no qual há a possibilidade de que haja a expansão para outras pessoas ou regiões, gerando um surto epidêmico.

⁵² A endemia é a doença infecciosa que se dá em uma determinada região ou comunidade, em específico, não havendo a expansão para outras regiões ou locais.

Até a primeira metade do século XVII, a população belenense se resumia a 80 moradores, excluindo-se religiosos, militares e nativos, no qual dentre as construções modestas havia duas igrejas. O processo de expansão ocorreu com mais intensidade a partir da segunda metade do século XVII com a vinda de 234 colonos açorianos⁵³ (em 1676), que constituíram 50 famílias que iriam participar do desenvolvimento da agricultura, que no período da Colônia, detinha-se ao cacau, cana-de-açúcar, arroz e algodão (SARGES, 2010).

Apesar do lento processo de expansão da malha urbana e do crescimento populacional, no século XVIII – especialmente a segunda metade – o núcleo urbano já apresentava sinais de reorganização do espaço (SARGES, 2010). Substanciais mudanças de ordem geográfica não influenciaram diretamente nas questões referentes ao tratamento e zelo da saúde pública, em que as práticas do saber médico em Belém ocorreram somente após 117 anos, momento de chegada de um médico à colônia paraense, em 1733 (CARVALHO, 1922).

Conforme Penna de Carvalho, no período de 1656 a 1732, não há documentos que indiquem a vinda de médicos para a cidade, constatação reafirmada pela existência de uma carta de 16 de agosto de 1722, remetida pela Câmara Municipal de Belém para o rei D. João V, que relatava sobre “a grande falta que aqui se sentia por não haver quem curasse as enfermidades dos habitantes. Pedindo que mandasse do Reino um medico sciente e experimentado”. Em troca de tal pedido, comprometiam-se os “alguns cidadãos e pessoas principaes desta cidade” a lhe pagarem, anualmente, “dez mil cruzados, no dinheiro da terra (produções agricolas) e que elle começaria a vencer desde o dia em que chegasse a este porto” (CARVALHO, 1922, p. 206).

Somada a estas condições, em 14 de novembro do mesmo ano, também foi determinado que o médico devesse receber, além do ordenado, uma ajuda de custo para a viagem. A partir de tais determinações foi nomeado o médico Antonio Prates que não chegou a vir para Belém, somente em 1733 chegou o primeiro médico: o Dr. Antonio Caldeira Sardo Villa Lobo, diante da necessidade da prestação de assistência à população que estava em processo de crescimento e esse momento acabou por coincidir com um forte surto de varíola (MIRANDA, 2010).

A varíola, conhecida como “peste branca” ou “mal das bexigas”, introduzida pelos colonizadores portugueses, chegara ao Império português na América do Sul por meio das

⁵³Pessoas nascidas na Ilha Portuguesa dos Açores.

naus oriundas do outro lado do Atlântico, especialmente da Europa e da África. A varíola atingiu diferentes cidades, vilas e núcleos urbanos no Brasil, como São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais, sendo um verdadeiro fantasma que assombrou os portos do Nordeste brasileiro ao Norte e Sudeste das colônias portuguesas (SÁ, 2008; BERTOLLI FILHO, 2008).

Diante deste quadro, afirma-se que a vinda do Dr. Antonio Caldeira para a cidade de N. S. de Belém, em momento de forte surto de varíola não foi mera coincidência, mas sim visava pôr fim a tal enfermidade e a outras que acometiam a população. Bertolli Filho (2008) afirma que a ausência de serviços de saúde fazia com que as orientações dos médicos só fossem aceitas em momentos de grandes epidemias. Porém:

Nos surtos epidêmicos, os médicos e os curandeiros pouco podiam fazer, já que quase nada se conhecia sobre a varíola, assim como sobre as demais doenças infecto-contagiosas. A única opção possível era exigir o afastamento dos enfermos do ambiente ocupado pelos sadios – o que, na maioria das vezes, levava os ‘bexiguentos’ a morrerem sozinhos, nas matas próximas às vilas e povoados (BERTOLLI FILHO, 2008, p. 7).

Aliada à falibilidade das ações dos médicos e curandeiros, que desconheciam as enfermidades, estavam as estratégias do governo da província do Pará, que tinha como prática de prevenção a recomendação do uso de perfumes aos habitantes, atribuindo-lhes qualidades purificadoras do ar, assim como o uso do fumo de alcatrão queimado pelas ruas (VIANNA, 1975).

Diante das fragilidades da cura, seja dos médicos quanto dos curandeiros, e do desconhecimento sobre a varíola, essa enfermidade foi a que mais causou danos no Pará entre fins do século XVIII e o início do século XIX, sendo recorrente, havendo momentos curtos de estagnação e longos períodos de recorrência (SÁ, 2008). No ano de 1749, a população foi atingida por uma grande epidemia de sarampo que acometeu especialmente negros e indígenas. Deste modo, a varíola somada a doenças, como febre amarela, a peste negra, cólera e o sarampo tornaram-se verdadeiros desafios para a ocupação da região, incentivando a busca de novas estratégias, tal como a fiscalização dos portos e vinda de outros médicos.

Até então o modelo de produção alicerçado no trabalho escravo de indígenas, utilizando a região amazônica como local de saque e exploração dos recursos naturais, subjugando-a a um “estilo atrasado e devastador da exploração” ibérica, teve como consequência as recorrentes mortes dos indígenas e demais colonos, além de levar ao desaparecimento e a redução de algumas espécies da fauna e da flora amazônica, situações que refletiam o processo de produção desordenada, expondo a necessidade de mudanças no

modo de gerir os recursos naturais da Amazônia, consequentemente estabelecendo mudanças para a capital paraense (LEAL, 1991).

Em 1750, Sebastião José de Carvalho e Melo, o Marquês de Pombal (1750-77) assume o cargo de 1º Ministro de Portugal⁵⁴, durante o reinado de D. José I, e tem como principal objetivo renegar o caráter atrasado da estrutura produtiva e social portuguesa nas colônias, assim refletindo em tentativas de modernização produtiva da Amazônia. Dentre as providências tomadas para esta modernização houve a promoção da divisão política da Amazônia a partir da criação de capitanias, criando a Companhia do Grão-Pará e Maranhão e atacou os privilégios dos jesuítas (LEAL, 1991).

Como a região estava envolvida num esquema de produção extrativista centrada na coleta das drogas-do-sertão, haja vista que naquele momento não foi encontrado, pelos colonizadores, resquícios da existência de ouro ou prata, a modernização empreendida voltava-se para as melhorias na realização de tal coleta. Deste modo, foram utilizados os rios como vias de acesso, formando em suas margens, os primeiros povoados. Esta atividade de coleta se estendeu até metade do século XIX, não dando muitos resultados materiais à Amazônia, apesar de ter possibilitado significativo progresso à região, principalmente, ao Grão-Pará (PINHEIRO et al. 2007).

A sede da Companhia ficou na cidade de Belém, incentivando o cultivo do café, fumo, cacau e a pecuária, bem como ampliou a utilização da mão de obra escrava africana. Neste período do governo de Pombal, Belém avançou para o interior no sentido da mata, que eram as partes mais altas do sítio, logo se afastando do rio e da baía, evitando igarapés e igapós, resultando num perfil irregular da cidade⁵⁵. Neste período, houve um expressivo crescimento demográfico, passando a receber os seus primeiros equipamentos urbanos. (PINHEIRO et al., 2007).

Em 1751, Belém ainda é sede da Província do Grão-Pará e Maranhão, e tem Francisco Xavier de Mendonça Furtado como governador. Ele cria normas oficiais para a cidade e incrementa as culturas de café e canela. Momento em que se segue o processo de

⁵⁴ O Primeiro-Ministro português, em meados do século XVIII, havia sido diplomata na Inglaterra, no qual presenciou o desenvolvimento histórico da sociedade capitalista e o seu avanço rumo à industrialização, completamente o oposto das sociedades, como Espanha e Portugal que ainda estavam fincadas em relações de produção ainda próximas ao Feudalismo. Experiência esta que o fez ter como objetivo principal mudar a situação de atraso de Portugal perante os ingleses e o franceses (LEAL, 1991).

⁵⁵ De acordo com Pinheiro; Lima; Sá; Paracampo (2007), estas áreas, hoje, formam os bairros do Reduto, Batista Campos, Nazaré e Umarizal, em que a Avenida Nazaré foi o vetor que orientou o crescimento de Belém rumo ao bairro do Marco, no sentido de Ananindeua prolongando-se até São Brás, indo da Estrada Real até o Marco da 1ª Légua Patrimonial.

aumento populacional, haja vista que juntamente com o Governo-Geral vieram também os seus auxiliares, suas famílias e pessoas vinculadas à administração (SARGES, 2010). Nesse momento, que compreende os anos de 1751 e 1753, respectivamente, chegam os médicos Manoel Ignácio de Andrade e João de Almeida, este último, médico do 1º Regimento de Infantaria da 1ª linha (CARVALHO, 1922).

No ano de 1777 com a queda de Pombal e, logo em seguida, a extinção da Companhia de Comércio do Grão-Pará, além da diminuição das vendas das especiarias da Amazônia no mercado europeu e o fim da mão de obra escrava, acabaram por afetar a economia paraense (PINHEIRO et al. 2007). O século XVIII representa o declínio da Espanha e de Portugal acompanhado da consolidação da Inglaterra como uma potência industrial e sede da liderança capitalista a nível mundial, reposicionando o mundo colonial ibérico na esfera das influências da ordem mundial do capitalismo industrial (LEAL, 1991).

O resultado de tais mudanças para a região amazônica foi justamente as iniciativas de inseri-la no processo de acumulação capitalista por meio de seus recursos naturais. É interessante notar que em 21 de outubro de 1783 desembarcou em Belém o naturalista baiano Dr. Alexandre Rodrigues Ferreira, graduado pela Universidade de Coimbra, que recebeu como incumbência por parte do governo da metrópole: realizar estudos sobre a História Natural da região. E em 1799, o cirurgião Francisco Xavier de Oliveira, de Lisboa, veio a Belém para realizar observações e experiências com “algalias e velas de gomma elastica”, no mesmo ano regressou à sua cidade levando tais instrumentos e pondo-os à venda (CARVALHO, 1922).

Contudo, os pequenos avanços na organização urbana e sanitária da capital belenense e dos interesses que a região passou a despertar no cenário internacional não representaram avanços no quesito de controle das epidemias, tanto que houve o ressurgimento da epidemia de varíola em fins de junho de 1793, momento em que havia somente um médico e um cirurgião (CARVALHO, 1922), dando indício sobre as falhas da fiscalização dos portos, da organização da saúde pública e a fragilidade do conhecimento da Medicina portuguesa da época, cobrando outras estratégias. Segundo Vianna (1975):

Este novo contágio vinha fadado a uma notável duração e também a uma intensidade pavorosa.

Quando mal ainda estava delimitado, o governador Francisco de Souza Coutinho procurou deter a epidemia, mas as suas ordens foram umas improficuas, pelo desconhecimento da etiologia do mal, e outras iludidas e falseadas.

Debalde o capitão-general ordenou a denúncia obrigatória, castigando com multa os infratores; debalde estabeleceu a remoção dos infeccionados para os

hospitais, proibindo o tratamento em domicílio particular, debalde dificultou a comunicação com o interior, no louvável empenho de poupá-lo; debalde regulou o que se deve fazer nas povoações assim que a epidemia se declarasse. Tudo isso foi inútil, como os perfumes que recomendou aos habitantes, dando-lhes qualidades purificadoras do ar, como também o fumo do alcatrão queimado pelas ruas. (VIANNA, 1975, p. 39).

As ordens de denúncia obrigatória, remoção dos infectados para os hospitais, a proibição dos tratamentos em domicílio, o uso do fumo de alcatrão queimado pelas ruas, além das recomendações para a população sobre maiores cuidados no asseio e na limpeza das casas, foram medidas ineficazes e sem efeito, haja vista que a etiologia da doença era desconhecida (CARVALHO, 1922). Com o agravamento dos impactos da epidemia (não somente da varíola), que acrescida das diversas falhas nas fiscalizações dos portos, fizeram com que a população fosse o alvo mais duramente combatido pelo poder público da época.

Esse surto de varíola se conservou por um ano (de 1793 a 1794), porém em 1796 retornou e com mais intensidade, momento em que já havia alguns cirurgiões e médicos. Contudo, somente, a partir de 1788 passa se cogitar dar início as primeiras medidas profiláticas no estado, segundo Carvalho (1922).

Sendo que no dia 25 de julho de 1787 foi criado o Hospital Senhor Bom Jesus dos Pobres (Imagem 5), construído e inaugurado por Frei Caetano Brandão, no Largo da Sé⁵⁶, que, em 1808, passou a ser patrimônio imobiliário da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia do Pará. Considerado o primeiro hospital em alvenaria no Pará, o seu prédio era de alvenaria e madeira, dividido em três pavimentos com sala do consistório dos Irmãos da Confraria da Caridade, botica, enfermarias, cozinha, aposentos dos escravos e um cais de cantaria com escada para o rio (VIANNA, 1992).

⁵⁶Atualmente no local do antigo hospital há um chafariz, ao lado de um dos principais pontos turísticos de Belém, a Casa das Onze Janelas, que foi o espaço do antigo Hospital Real, próximo ao Forte do Presépio.

Imagem 5 – Hospital Senhor Bom Jesus dos Pobres



Fonte: Página Informativa da Santa Casa de Misericórdia do Estado do Pará⁵⁷

Os moradores da Província do Grão-Pará, durante o século XIX, enfrentaram mais dois tipos de epidemia, além da recorrente varíola que retornou no ano de 1819: a febre amarela, em 1850, e a *cholera-morbus*, em 1855, que diante de medidas profiláticas que desconheciam a etiologia das enfermidades, tornando-as insuficientes, foram devastadoras para a população. Naquele momento, o Hospital Senhor Bom Jesus dos Pobres foi o único que tratou os enfermos atingidos por tais doenças (BORDALO, 2002b).

De acordo com Miranda et al. (2015), o serviço médico oferecido à população melhorou somente em 1807 quando os bens do hospital foram incorporados à Irmandade da Santa Casa de Misericórdia, que assumiu o prédio e de lá passou a administrar o Hospício dos Lázaros do Tucunduba, o Hospício dos Alienados (em 1936 passou a ser chamado de Hospital Juliano Moreira), os Hospitais de Isolamento São Sebastião e Domingos Freire, além dos cemitérios de Nossa Senhora da Soledade e Santa Izabel⁵⁸.

Entre os anos de 1814 a 1818, os leprosos e alienados passaram a ser albergados no Leprosário do Tucunduba, também chamado de Hospício dos Lázaros, não havendo tratamento específico, no qual os enfermos viviam segregados em ambiente precário e promíscuo (BORDALO, 2002b). O Leprosário se localizava às margens do igarapé do Tucunduba, no bairro do Guamá, onde atualmente se encontra a Universidade Federal do

⁵⁷ Disponível em: <http://www.santacasa.pa.gov.br/>.

⁵⁸ Mais adiante serão explicitadas as funções e características destas instituições.

Pará, sendo o primeiro a ser construído na Amazônia (HENRIQUE, 2012). Em 1746, este local era a Fazenda do Tucunduba, antigo engenho e olaria da Ordem dos Mercedários, construída para fornecer tijolos e telhas para as casas que estavam sendo construídas em Belém, porém foi doado à Santa Casa de Misericórdia do Pará (BORDALO, 2002b; HENRIQUE, 2012).

Henrique (2012, p. 158), em pesquisa sobre o leprosário, demonstra que apesar da internação ser obrigatória para todos aqueles que estivessem doentes da lepra ou de doenças com sintomas semelhantes, a internação esteve muito mais voltada para negros escravos ou libertos e brancos ou mestiços que se encontravam em posição social de pobreza e miserabilidade, sendo o que compunham as “famílias não remediadas”, o que o pesquisador se refere como “negregada instituição”. O autor afirma:

Enquanto escravos e brancos pobres eram segregados nos leprosários, os membros de ‘famílias remediadas’ escapavam com mais facilidade do isolamento, recebendo os cuidados de familiares e amigos. Evitavam, dessa forma, aquilo que aparece nos documentos da época como um dos motivos que mais apavoravam as pessoas contaminadas pelo mal de Hansen: sentir-se ‘segregado’, ‘sequestrado’, ‘proscrito da sociedade’. (HENRIQUE, 2012, p. 158).

O grande número de negros escravos ou livres segregados no leprosário fazia com que fosse reforçada a crença de que os negros fossem mais propícios à lepra do que os brancos, desconsiderando as condições de vida e sobrevivência da maioria deles. A lepra também atingia os membros das famílias ricas, contudo, o poder público estabelecia uma postura de tolerância e empatia para com eles, haja vista que acreditavam na necessidade de que os leprosários deveriam estabelecer espacialmente as hierarquias e distinções entre os segregados, não admitindo que “moças finas de educação” e “jovens educados com mimos” convivessem com negros e pobres, os degenerados, então acatavam que mesmo com a lepra, os membros das “famílias remediadas” poderiam ser tratados em suas casas⁵⁹.

De acordo com Vianna (1991), a irmandade ao transformar um grande telheiro em edifício de nosocômio por meio da simples criação de paredes e separações internas, criou um prédio defeituoso e completamente inapropriado, que não atendia às prescrições de higiene e nem mesmo de segurança e conforto que deviam ser seguidos por um estabelecimento de reclusão de infeccionados. Além disto, o terreno não foi murado e nem cercado, oferecendo diversas possibilidades de fuga aos enfermos, não havendo uma fiscalização de fato.

⁵⁹ Ler mais em Henrique (2012).

Em momentos iniciais da criação do Hospital dos Lázaros do Tucunduba acreditava-se que este estava distante da cidade, porém com a rápida expansão urbana de Belém percebeu-se que não estava tão distante assim, sendo comuns as constantes fugas dos enfermos e a aproximação entre o núcleo de ocupação e o leprosário, algo que foi visto com grande temor. Nesse espaço, os lázaros eram postos em péssimas condições de salubridade e higiene, além de estarem submetidos à péssima alimentação e longa carga horária de trabalho, resultando em elevado índice de mortalidade. Somadas a tais fatores, havia a situação de que não somente os hansenianos eram recolhidos nesta colônia, mas também havia doentes por varíola, febre amarela, tuberculose e os chamados “doentes mentais” ou “alienados”. (HENRIQUE, 2012).

No início do século XIX, a população de Belém estava distribuída em duas freguesias, a da Sé e a da Campina, indicando que o povoamento da cidade era desigual diante do fato de que para se chegar de um ponto a outro era necessário atravessar um trecho de mata alagadiça, havendo a predominância de rios que tornavam a cidade pantanosa em alguns pontos, dificultando assim a urbanização e o processo de abastecimento de água. Até 1840, havia somente poços públicos que estavam dispostos nos arredores da cidade, expondo a situação de que as tentativas de modernização que foram empreendidas na Era Pombalina não deram resultado (HENRIQUE, 2012).

A cidade de Belém apesar das dificuldades impostas às tentativas de ordenação do espaço público e das graves epidemias, sempre esteve em constante quadro de aumento populacional. A densidade populacional passou por momentos de expansão, decréscimo e estabilidade relacionados ao quadro político e econômico da região, diretamente ligada à posição assumida pelo território no quadro da economia mundial. Dentre os momentos de decréscimo destaca-se o período de 1835 a 1837 com o movimento popular e revolucionário conhecido como Cabanagem, em que a situação de instabilidade social e política, ao gerar um enfraquecimento na economia ocasionou um processo de saída dos imigrantes. A expansão foi retomada por volta de 1840 com a economia extrativista da borracha, imprimindo modificações não somente na paisagem do urbano, mas também na conduta e comportamento dos sujeitos (SARGES, 2010).

Com a economia da borracha ocorre o fim das estruturas escravagistas, em que a Amazônia passa a se integrar aos mecanismos de poder do sistema capitalista internacional. A elite intelectual que até então era produzida na Europa, juntamente com o grupo dirigente, ao estarem impregnados pelas noções de liberalismo econômico passam a ter como horizonte de suas ações o progresso e o desenvolvimento da região,

adotando como medidas ações que incentivavam a migração europeia e a liberdade de navegação (SARGES, 2010). Logo, se observa que esta região estava muito mais voltada para o além das fronteiras do Brasil, sendo comuns à época, as relações estreitas com os países europeus.

A organização e constantes reorganizações do espaço urbano de Belém comumente estiveram articuladas às estratégias médico-sanitárias para a contenção das epidemias (SILVA, 2009). Tinha-se como intenção reproduzir em solo amazônico o mesmo modelo estético e urbano aos moldes das principais cidades europeias, a fim de afastar as doenças e aproximar o desenvolvimento. Conforme Sarges (2010), a transformação ocasionada pela economia gomífera em Belém foi a materialização da modernidade por meio de obras, urbanização e a estruturação de elites, que tinha como escopo um modelo ideal de sociedade moderna, que estaria, pretensamente, livre de perturbações.

Dentre estas “perturbações” não há como negar o incômodo que os sujeitos tidos como *desviados* causavam, dentre os quais não se incluíam somente negros, pobres e doentes por hanseníase, varíola e tuberculose, mas também os alienados, que até então também eram confinados em albergues não específicos, como a Enfermaria dos Lázaros, da Santa Casa de Misericórdia. Neste momento, os “enfermos mentais” estavam sob os cuidados dos cônegos, padres e freiras, não havendo uma “Medicina” capaz de “curar” os pacientes, impondo-os a internação sem possibilidade de saída (em vida) e a prática de violência de uma ordem hospitalar religiosa que compreendia a loucura como mais um dos desígnios de Deus (PEDROSO, 2008).

No ano de 1865, o Dr. Francisco da Silva Castro⁶⁰, o então provedor da Santa Casa de Misericórdia, instalou um pequeno manicômio em uma das dependências desse hospital (RIBEIRO, 1922). Contudo, com a ampliação da ala da Psiquiatria da Santa Casa de Misericórdia, houve a superlotação da população hospitalar, exigindo do diretor do hospital, em 1870, realizar apelos junto ao governo imperial e estadual para solucionar tal inchaço. No ano de 1872, por decreto de Dom Pedro II, reforma-se uma casa abandonada no bairro do Tucunduba (o atual bairro do Guamá) (PEDROSO, 2008).

⁶⁰ Formado pela Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa e Doutor em Medicina pela Universidade de Louvain (Bélgica), o Dr. Castro, como era conhecido, foi um dos mais influentes médicos brasileiros do século XIX, notabilizou-se como grande cientista a partir de suas pesquisas em Zoologia, Botânica e Farmacologia, inclusive se dedicou também aos estudos em Arqueologia e Etnografia da Amazônia. Tendo também contribuído na elaboração de vários verbetes do Dicionário de Medicina Popular do Dr. Chernoviz e atuado como médico na capital carioca no período do Império (FIGUEIREDO, 1996).

Como solução, os dirigentes da Santa Casa e os governos imperial e estadual encaminharam os internos para o *Asylo do Tucunduba*, tornando esse albergue um verdadeiro depósito de enfermos (PEDROSO, 2008).

O médico Azevedo Ribeiro (1922), ao tratar sobre “Assistência aos Alienados no Pará”, afirma que o “asylo regular para os alienados neste Estado” (o Asilo do Tucunduba) foi inaugurado no dia 10 de março de 1873 com “apenas 7 loucos”. Pedroso (2008) argumenta que com esta transferência houve um enorme retrocesso quanto ao método de trabalho, já que no novo espaço para atendimento dos alienados enfatizava as ações no “controle e retração dos alienados”, com a nítida intenção não de defender as inovações na assistência psiquiátrica, mas sim de garantir a segurança da sociedade.

Até aquele momento os “enfermos mentais” estavam sob os cuidados e visão metafísica dos dirigentes da Santa Casa, com uma ação pautada na fé católica, que não os permitia um exame mais detido sobre a problemática da loucura. A pequenos passos, a sociedade paraense e a Medicina passaram a se voltar para tal questão exigindo a criação de um hospício que se orientasse pelo saber médico. Assim, o Governo, autorizado pela Lei n. 1.289, de 13 de dezembro de 1886, e pela Lei n. 1.214, de 1 de dezembro de 1889, decide construir um hospício para os alienados. Em 1892 é fundado no bairro do Marco, sob (parcial) tutela da Santa Casa, o Hospital de Alienados de Belém (RIBEIRO, 1922; PEDROSO, 2008).

Imagem 6 – Vista geral do edifício do Hospício dos Alienados (1922)



Fonte: Pará-Médico (1922, p. 295).

Até então, os albergues serviam como repositório de pessoas doentes de diferentes naturezas, seja endêmica ou epidêmica. Naquele momento, a fundação do Hospício dos Alienados – que passou a atentar para as questões mentais da população não só do estado, mas também de outras regiões do Norte do Brasil – representou uma das primeiras iniciativas de organização do serviço de assistência médica, refletindo os avanços que a *sciencia moderna* vinha experimentando no contexto internacional, com os ideais cientificistas da época. Contudo, no estado do Pará, a Psiquiatria continuava sob o domínio dos religiosos da Santa Casa, quadro que mudou somente em 1965 quando as irmãs da Congregação das filhas de Santana se desligam do Hospital Juliano Moreira (PEDROSO, 2008).

Além disto, o internamento compulsório e o isolamento ainda eram práticas tidas como as mais eficientes no controle das enfermidades, sobretudo para loucos e hansenianos perdurando até meados da década de 1980. Sarges (2010, p. 27), afirma:

A modernidade trouxe em seu bojo a ideia de uma sociedade baseada no mito da razão, na industrialização da produção transformadora do conhecimento científico em tecnologia, no fortalecimento dos Estados nacionais, na internacionalização do mercado, na explosão demográfica, na criação de novos mecanismos de controle de

poder e do acirramento da luta de classes, na massificação dos indivíduos e na destruição de antigos hábitos e ambientes. (SARGES, 2010, p. 27).

Os princípios da modernidade, pautados na razão passava a dar espaço para um novo discurso que pretendia “contagiar” a sociedade paraense que estava em meio à industrialização, tecnologia e pensamento científico em ascendência. Apesar dos avanços conquistados no planejamento urbano e no surgimento de uma elite agrária e a formação de uma elite intelectual, ainda assim, as epidemias se constituíam em verdadeiros fantasmas. Mesmo tendo diversos surtos de diferentes doenças já nos séculos XVIII e XIX, somente em 1891, com a Proclamação da República, é que foi criada uma nova organização dos serviços de higiene no estado do Pará (PARÁ-MÉDICO, 1922).

No ano de 1897, o governo federal criou a Diretoria Geral de Saúde Pública, a fim de regulamentar o serviço sanitário e de orientar as políticas locais de saúde pública, enquanto que os serviços de higiene estaduais estavam em fase inicial de organização ou não existiam. As execuções deste órgão nos serviços sanitários marítimos tiveram como lógica a divisão do litoral brasileiro em três distritos sanitários: o primeiro com sede no Rio de Janeiro e o restante em Recife e Belém para que realizassem o controle da entrada e saída de navios nos respectivos portos (FAVACHO, 2002).

Se a varíola perdurou por um bom tempo no estado, esta passou a se tornar ameaça juntamente à febre amarela que em fins do século XIX assombrou o país inteiro. Como afirma Bordalo (2002), as duas últimas décadas do século XIX foi momento de intenso fluxo migratório para a Amazônia e Grão-Pará, o que contribui sobremaneira para o aumento dos casos de mortalidade dos *amareletos*.

Segundo Vianna (1902), os primeiros registros de febre amarela no Pará datam de janeiro de 1850, trazida para o porto de Belém por duas embarcações oriundas do Nordeste, porém o ápice da doença no estado ocorreu nos momentos finais do século XIX e início de XX. Em 1900, o médico e Governador do Pará, José Paes de Carvalho, faz o seguinte relato sobre o quadro epidêmico do estado:

Desde Março desenvolveu-se epidemicamente a variola importada da Hespanha e dos Estados do Sul pela grande leva de imigrantes, que affluem ao nosso territorio e, apezar dos meios empregados para evitar a propagação, não foi possivel de prompto dominal-a.

O nosso povo ainda se mostra indifferente aos conselhos hygienicos, não quer comprehender a necessidade das visitas domiciliarias dos inspectores sanitários, occulta doentes que muitas vezes morrem ao abandono, difficulta o isolamento e foge systematicamente da vaccinação, que se fôra praticada obrigatoriamente, pouparia muitas vidas e nos livraria da vergonha de termos endemica nas mais adiantadas cidades do paiz uma moléstia pestilenta e gravissima, cujo contagio seria tão facil evitar e combater.

Alem da variola deram-se casos de febre perniciosa na população acclimada, e alguns casos de febre amarella que ameaça asyalar-se no nosso porto, e se não recorremos com energia á pratica das desinfecções e isolamento.

Em compensação foram observados raros casos de beriberi e hypohemia, desapareceu a epidemia de sarampo, que victimou algumas crianças e vê-se claramente pelos quadros nosologicos da repartição sanitaria, que, se cresceu o obituario, foi isto exclusivamente devido á epidemia de variola, que felizmente tem declinado e tende a desaparecer⁶¹.

No governo de Paes de Carvalho são inaugurados dois Hospitais de Isolamento: o São Sebastião (destinado aos doentes acometidos pela varíola) e o Domingos Freire (destinado aos doentes acometidos pela febre amarela)⁶², pois a Medicina e os legisladores da época acreditavam no controle das doenças por meio de rigorosa segregação dos enfermos (CARVALHO, 1922).

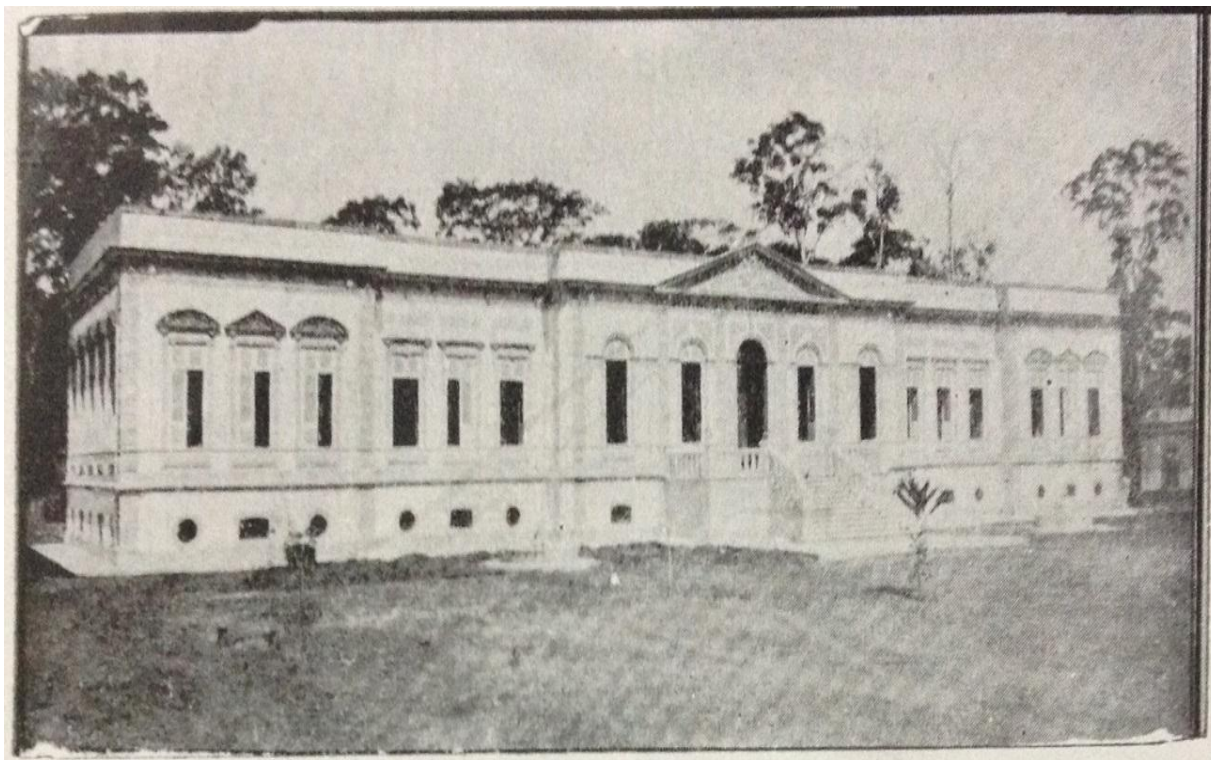
Em Belém, o responsável pela *Comissão de Hygiene* foi o Dr. Francisco da Silva Castro, que também foi inspetor geral da Instrução Pública e eleito provedor da Santa Casa em 1847 (PARÁ-MÉDICO, 1922). Paim (2009) cita que em 1850, as questões de saúde pública eram de responsabilidade das Municipalidades, e que durante o Império foram realizadas reformas no serviço sanitário, com a criação da Inspetoria Geral de Higiene, da Inspetoria Geral de Saúde dos Portos e de um Conselho Superior de Saúde Pública.

Nesta ocasião, também, são adotadas as primeiras medidas voltadas para a higiene escolar e para a proteção de crianças e adolescentes no trabalho das fábricas nos principais centros brasileiros.

⁶¹ PARÁ. **José Paes de Carvalho, Mensagem de 1º de fevereiro de 1900.** p. 63. Disponível em: <http://brazil.crl.edu/bsd/bsd/u2432/000063.html>.

⁶² Especificamente, no dia 29 de abril de 1900, situado na travessa Barão de Mamoré e sob a direção do Dr. Pontes de Carvalho. Dentre os médicos adjuntos aceitos no Domingos Freire estavam Eduardo Jansen Vieira Mello, Malcher Bacellar, José Albino Cordeiro, Nestor Nina Rosa, Mecenas Fecundo de Lima Salles e João Epaminondas de Mello Passos.

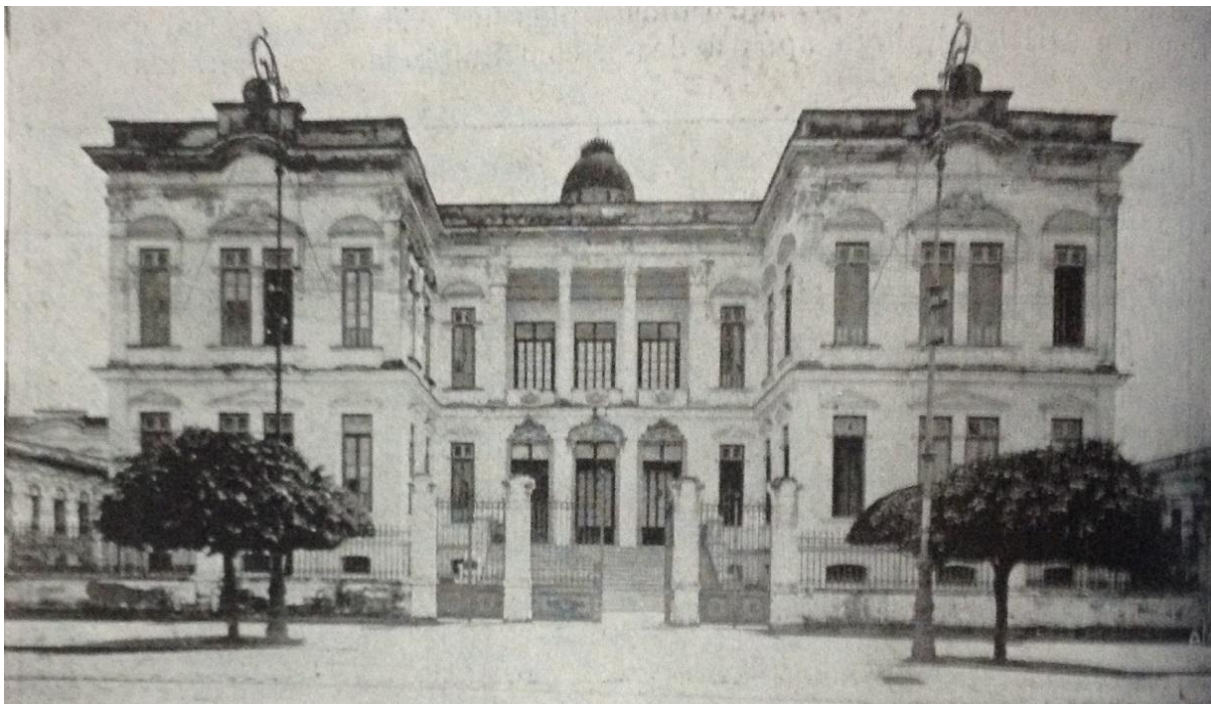
Imagem 7 – Hospital Domingos Freire



Fonte: Pará-Médico (1922, p. 234)

Neste mesmo ano, no dia 1º de agosto, foi provisoriamente inaugurado o novo Hospital da Santa Casa, sendo chamado de Hospital da Caridade, removendo do antigo Hospital Senhor Bom Jesus dos Pobres, 177 doentes, tanto homens quanto mulheres (CARVALHO, 1922). A cerimônia de inauguração ocorreu no dia 15 de agosto de 1900, estando presentes o Governador José Paes de Carvalho, o Intendente Antônio José Lemos e demais autoridades civis, militares e religiosas. O novo Hospital de Caridade foi construído na atual Rua Oliveira Belo, entre as atuais Trav. 14 de Março e a Av. Generalíssimo Deodoro, com os fundos para a atual Trav. Bernal do Couto.

Imagem 8 – Fachada do Hospital da Caridade – Santa Casa de Misericórdia do Pará (1922)



Fonte: Pará-Médico (1922, p. 302).

Ressalta-se que com fundação em 1650, a Santa Casa de Misericórdia, funcionou como irmandade até 1890, momento em que o Governador Justo Chermont assinou um decreto lhe dando o estatuto de Associação Civil de Caridade (MIRANDA et al., 2015; HERINQUE, 2012)⁶³. O surgimento dos primeiros albergues e hospitais no estado indicia que a Santa Casa de Misericórdia do Pará foi uma das primeiras instituições de saúde na Amazônia, e conforme foi se dando a expansão de suas atividades ao longo do núcleo urbano de Belém, também foram se ampliando as ações das políticas higienistas no estado, haja vista que além de seu hospital próprio também administrou outras unidades de saúde na capital.

⁶³ A partir de 1990 se tornou Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará e passou a ser financiada pelo Governo do Estado, permanecendo no mesmo local, estando logo em frente à Faculdade de Medicina, da Universidade Federal do Pará.

4.1.2 A “*Medicina Experimental*” e os seus primeiros adeptos

O período que compreende os séculos XVIII a XIX foi o momento que surgiu uma variedade de doenças na região, dentre as quais se destacaram a varíola (1721); o sarampo (1749); a febre amarela (por volta de 1710 e que teve um novo surto em 1850); e a cólera (em 1855). (MOREIRA, 2002). Os surtos de doenças causados pela falta de higiene e salubridade eram “contidos” com uma ciência ainda em estágio primário, em que no período anterior ao século XX, verificam-se os pequenos avanços obtidos no interior da ciência moderna no contexto internacional, e que passaram a ser fomentados e estimulados na realidade do estado apesar das limitações tecnológicas.

Até então, as iniciativas não eram consolidadas no intuito de atingir um mal em específico, em que a internação e o isolamento eram tidos como as únicas opções de cura. As estratégias eram pontuais e as instituições que estavam sendo formadas ainda eram muito frágeis para as demandas que surgiam no estado, especialmente ao que tange à quantidade de profissionais que aqui atuavam, ainda em finais do século XIX. Aos poucos, vão sendo dados os primeiros passos no sentido de formar uma estrutura de assistência à saúde, visando não somente a cura, mas também a prevenção.

Além disto, em meados do século XX no estado do Pará, os poucos médicos que aqui atuavam ainda eram adeptos das *Teorias dos Miasmas* e *Quatro Humores*, que se mantinha em contraposição aos novos médicos que já estavam em contato com as teorias de Louis Pasteur e de Claude Bernard, gerando conflitos entre a velha e a nova geração. As primeiras iniciativas de sociedades médicas do estado procuraram estabelecer a harmonia entre estes diferentes grupos, no entanto, sem muita duração (RODRIGUES, 2008; SILVA, 2014; MIRANDA, 2013). Porém, entre estes profissionais e o poder público era consenso a compreensão de que a higiene seria meio mais eficaz de fortalecimento e de afastar as epidemias, mesmo num momento em que as prescrições religiosas se sobrepunham às prescrições da ciência, como foi mencionado sobre a assistência “médica” prestada aos doentes da Santa Casa de Misericórdia e também aos “loucos” assistidos pelo Hospício dos Alienados nos momentos iniciais de sua criação.

Diwan (2007) demonstra e argumenta o quanto as diferentes sociedades travaram lutas históricas contra a situação de fragilidade e instabilidade que envolvia o corpo humano, lançando propostas e dogmas que deveriam levá-los ao fortalecimento e evolução do seu povo ou raça (termo comum entre os intelectuais do século XIX), por isso, eram latentes ideais como a de “Purificar a raça. Aperfeiçoar o homem. Evoluir a cada geração. Se superar. Ser

saudável. Ser belo. Ser forte [...] Para ser melhor, o mais apto, o mais adaptado é necessário competir e derrotar o mais fraco pela concorrência” (DIWAN, 2007, p. 21).

Até então, a Medicina e a Ciência da Higiene estavam pautadas muito mais em crenças e valores, e que logo após passa a estar envolta em teorias elaboradas por prescrições de Hipócrates (tido como o Pai da Medicina Ocidental), Galeno (chamado de Príncipe dos Médicos) e Paracelso (o Pai da Medicina Integral) que também passam a ser inquestionáveis, mas que mesmo assim não garantiam a sobrevivência dos povos e nações. É somente com o advento do conhecimento científico que surge a garantia de uma raça forte e saudável (ALFONSO-GOLDFARB, 2004; AGUIAR, 2009; DIWAN, 2009).

No cenário internacional, o século XIX foi momento de constantes disputas realizadas entre os diferentes setores da ciência moderna, que neste período procuravam se estabelecer enquanto um saber oficial e com um objeto e método de investigação próprio. Assim como também estabeleciam escalas entre os diferentes saberes e a posição de legitimidade alcançada pelos especialistas da Ciência, que ao passarem a uma posição privilegiada nos estratos das sociedades ditas modernas, passam a determinar não somente a vida pública, mas a vida privada dos sujeitos. Diferente da ciência antigo-medieval, que passou por um longo período distanciada das práticas sociais dos indivíduos (ALFONSO-GOLDFARB, 2004; ARIÈS, 2011).

Enquanto base das demais Ciências Naturais, a Biologia sobressai-se na segunda metade do século XIX, explicando, significativamente, as principais problemáticas que emergiam na época, sejam de ordem científica ou não. Inseridas no cabedal da Biologia encontraremos: a Microbiologia, A Fisiologia e o Evolucionismo. A Fisiologia tratava sobre o funcionamento dos órgãos e sua relação com o organismo, logo tendo aplicação direta à Medicina Experimental (ALFONSO-GOLDFARB, 2004).

Destacou-se a Fisiologia de Claude Bernard⁶⁴, que em suas considerações afirmava que o organismo é uma máquina e que a sobrevivência do indivíduo dependia do equilíbrio do organismo em relação a seus órgãos. Bernard transpôs as suas ideias sobre a Fisiologia para

⁶⁴O fisiologista francês Claude Bernard (1813-1878) tornou-se conhecido pelas suas descobertas sobre a Fisiologia da Digestão, tendo avançando muito no entendimento do papel exercido pelo pâncreas, pelo suco gástrico e dos intestinos, bem como a sua atuação no funcionamento do corpo humano. Até então se acreditava que os principais processos da digestão acontecem no intestino delgado e não no estômago, além de descobrir que o pâncreas realiza a quebra das moléculas de gordura em ácido graxo e glicerol. Em 1865 publicou a obra *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale* (Introdução ao estudo da Medicina Experimental), no qual o fisiologista aborda a Fisiologia como base da Medicina, sendo extremamente inovador, contribuindo deveras para o desenvolvimento da Medicina Experimental, haja vista que a Anatomia se tornou a disciplina médica de maior importância (DUTRA, 2003).

os aspectos sociais e políticos da sociedade do seu tempo, concluindo que a sobrevivência do Estado dependeria do equilíbrio da sociedade em relação a seus grupos, no entanto, a sua teoria não logrou (FELISBERTO; PRESTES, 2011).

Entretanto, segundo Diwan (2007), a não popularização da Fisiologia estaria ligada ao fato de suas elaborações serem muito mais de caráter técnico e teórico em comparação à Microbiologia. A Microbiologia pensada pelo também francês Louis Pasteur⁶⁵ fundamentou a noção e a construção da Saúde Pública e da Medicina Social, haja vista que a descoberta dos micróbios possibilitou a criação de vacinas e demais técnicas curativas que assolaram não só a Europa, mas também outros centros urbanos, em meados do século XIX.

[...] a teoria de Pasteur obteve repercussão imediata tanto na medicina quanto na sociedade. Suas idéias são fundadoras da saúde públicas e da medicina social uma vez que a descoberta dos micróbios possibilitou criar vacinas e outras técnicas curativas para as doenças epidêmicas do século XIX [...] passaram a ditar as normas para solucionar doenças como tuberculose, a sífilis e a raiva. A vacinação obrigatória, os sanatórios de confinamento para a quarentena e as regras higiênicas individuais e públicas eram algumas das normas que adquiriram mais e mais prestígio, na medida em que, durante sua implantação, apresentavam resultados positivos (DIWAN, 2009, p. 28).

A teoria de Pasteur encontrou um terreno fértil para a sua expansão, haja vista que passou a dar base para as intervenções no campo da saúde, possibilitando que as Ciências Biológicas passassem a ditar as regras na vida social, diante dos seus êxitos de cura. E assim, conforme Stepan (2005), multiplicam-se os institutos “Pasteur” no contexto internacional da Medicina. Afirma-se que o mesmo processo de *Pasteurização* também se deu no estado do Pará por meio das entidades e intenções dos médicos da região que queriam se estabelecer nacional e internacionalmente enquanto grupo social e científico legítimo. Em que até então a Teoria Higienista vinha associada a uma compreensão de que doenças só poderiam ser propagadas por meio do ar.

Em 1915, no primeiro fascículo da *Pará-Médico* (da nova agremiação médica) ao tratar sobre a história da Medicina “mundial”, Acylino de Leão, orador oficial, da instalação da Sociedade Médico-Cirúrgica do Pará, demarca posição daquela entidade na Medicina experimental e moderna, afirmando:

Nós, que aqui nos reunimos em sociedade medica, somos todos discipulos [...] [da] medicina empírica ou experimental, que vem dominando os espiritos sensatos e

⁶⁵Louis Pasteur (1822-1895) teve as suas descobertas referenciadas no mundo todo e sendo utilizadas como referência no campo da Medicina Social, sobre isto se verificou significativas homenagens e agradecimentos dos médicos paraenses, que além de enaltecer as suas contribuições à ciência médica, também lamentaram profundamente a sua morte.

pesquisadores desde Hippocrates a Pasteur. Repulsamos os systemas aprioristicos, porventura philosophicos, e nos atamos á observação paciente e conscienciosa dos phenomenos (LEÃO, 1915, p.9).

Já no primeiro quartel do século XX, num discurso extenso, a elite médica demonstrava e estabelecia a sua posição enquanto um conhecimento verdadeiro que tinha por influência os conhecidos pensadores europeus, ou melhor, os pais da Medicina Experimental até as principais referências da Medicina Social e da Saúde Pública, numa nítida contraposição às práticas de cura provenientes do curandeirismo e da pajelança, deixando claro entre os colegas de profissão: “[...] cuidemos de ser, aqui dentro, sómente medicos, unidos pelo mesmo ideal scientifico que, atravez dos séculos, guiou os pioneiros da medicina”.

O *boom* das teorias científicas irá incidir em diversos setores da sociedade, possibilitando a compreensão de que os discursos científicos enquanto produtos histórico-sociais, tal como a teoria bakhtinianaensina, são *ecos de vozes anteriores* que mesmo estando distantes no tempo e no espaço estabelecem diálogos entre os diferentes falantes, estando presentes em todos os espaços, porém com intencionalidades particulares que estão de acordo com o contexto de quem fala.

Nos primeiros anos do século XX, a Medicina começa a assumir um caráter mais técnico e científico e também passa a ampliar o seu papel social, em que a sua profissionalização e expansão estava associada ao crescimento institucional generalizado da ciência na América Latina, especialmente, no período correspondente aos anos de 1890 a 1930. Expansão e concretização dos ideais cientificistas estiveram intimamente relacionadas aos avanços ocorridos no interior da Bacteriologia (STEPAN, 2005).

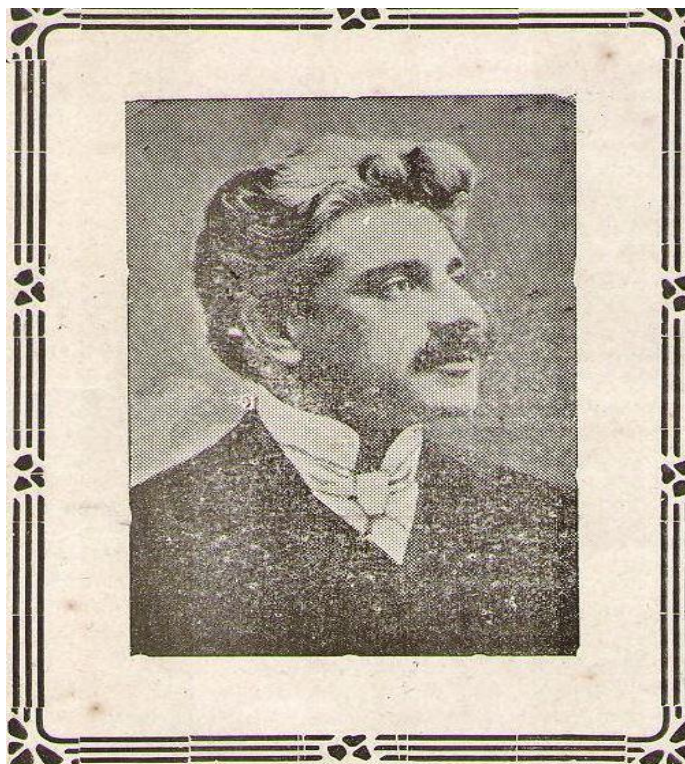
O Pará não ficou alheio a esse movimento, processo que desencadeou e incentivou várias outras ações no interior do estado a fim de se fortalecer enquanto povo e ciência. Considerando que os principais centros da Medicina Higienista e Eugênica eram a Bahia e o Rio de Janeiro, observa-se constante intercâmbio entre estes intelectuais e a presença deles na região amazônica no sentido de organizar um programa de Saúde Pública pautado nos ideais de formar uma nação forte e um povo sadio, segundo os princípios da Higiene e da Eugenia.

O período de 1900 a 1915 corresponde a este momento, em que os médicos que atuavam no estado passaram a se articular em uma verdadeira força-tarefa a fim de erradicar as principais doenças que acometiam a população paraense, sobretudo da capital, contando com o investimento do Governo do Estado e incluindo-se no Programa Nacional de

Erradicação de Doenças Tropicais, gozando dos avanços conquistados no campo da Medicina Sanitária com as ações de Oswaldo Cruz.

Não só o Pará, mas o Brasil como um todo era acometido por graves epidemias, como varíola, peste bubônica e febre amarela, mesmo em um período de expansão da revolução da Medicina Experimental associada à Bacteriologia. As principais iniciativas foram campanhas de saúde pública, ocorridas especialmente entre os anos de 1903 a 1911, que tinha como liderança a figura de Oswaldo Cruz, resultando em grande prestígio às Ciências do Saneamento, tornando o sanitarista um verdadeiro herói nacional entre a elite, sendo um dos primeiros a ser aclamado por suas atividades como cientista, o que Stepan (2005), chama de um processo de “pasteurização” da Medicina na América Latina.

Imagem9 – Fotografia em homenagem a Oswaldo Cruz na revista *Pará-Médico*, de 1917



Fonte: *Pará-Médico* (1917, p. 181) ⁶⁶.

Naquele momento, as etimologias das diferentes doenças não eram muito bem definidas, um vírus era confundido com bactéria e vice-versa e, comumente, acreditava-se que eram propagadas pelo ar, haja vista que até fins do século XIX ainda predominava a Teoria Miasmática. Portanto, poucos se atentavam para a possibilidade de mosquitos ou outros tipos de insetos serem transmissores de doenças, não sendo popular a Entomologia, ciência que estudava e classificava os diferentes insetos.

No Rio de Janeiro, os médicos já se dedicavam ao estudo das doenças tropicais, como a febre amarela e a doença de Chagas, desenvolvendo políticas sanitárias que tinham como referência o Instituto de Patologia Experimental de Manguinhos, criado em 1900 e que em 1908 passou a se chamar Instituto Oswaldo Cruz, em homenagem ao médico sanitário que pôs fim à febre amarela no Rio de Janeiro, no ano de 1907.

Contribuindo para o processo de criação de instituições que visavam fortalecer a formação de uma intelectualidade brasileira, figura no campo da Medicina o Instituto

⁶⁶ Fotografia utilizada pela Sociedade Médico-Cirúrgica do Pará à memória de Oswaldo Cruz que havia falecido neste mesmo ano. Logo abaixo da referida imagem consta as seguintes palavras: “Ao eminente sabio patricio – prof. Oswaldo Cruz.”.

Manguinhos⁶⁷, um dos principais centros de pesquisa ao ter como uma de suas principais ações o combate à febre amarela e a sanitização das cidades (SCHWARCZ, 1993; SILVA, 2013).

A febre amarela se tornou endêmica no Pará em 1850, mas causou muitos mais prejuízos em 1909. Assim, durante o governo de João Coelho (1909-1913), o sanitarista Oswaldo Cruz esteve em Belém, em 1910, desenvolvendo medidas profiláticas contra a febre amarela, que só foi erradicada em 1912, conforme relato na *Pará-Médico*:

Esse benemerito governador teve a feliz idéa de convidar o inolvidavel mestre Dr. Oswaldo Cruz, o creador da medicina experimental brasileira, para dirigir os trabalhos prophylaticos do terrivel mal amarilico. O grande sábio patricio pôz em execução os methodos que deram resultados brilhantes e satisfactorios na campanha de saneamento no Rio de Janeiro. No curto espaço de oito mezes, essa entidade nosologica desaparecia do quadro necrologico de Belém. O saneamento teve por base a exterminação dos mosquitos, principalmente o *stegomia fasciata*; o isolamento dos doentes; o expurgo das casas infectadas comprehendendo todo o quadrilatero das ruas onde apparecem focos do mal; a petrolisação dos pântanos, vallas, boeiros, etc. (PARÁ-MÉDICO, 1922, p. 223).

Em Belém, foram tomadas as mesmas medidas de ação de combate à doença no Rio de Janeiro, tais como: isolamento dos doentes, expurgo nas residências dos infectados e a vigilância médica (FRAIHA NETO, 2012). O “eminente sabio patricio” – como os médicos do estado se referiram a Oswaldo Cruz, esteve à frente da comissão do Serviço de Profilaxia da Febre Amarela e contou com o auxílio dos médicos locais e outros que atuavam no Rio de Janeiro, dos quais se destacaram: João Pedroso de Albuquerque, Francisco Ottoni, Maurício de Abreu, Belisário de Oliveira Penna, João Pedro de Albuquerque, Leocádio Rodrigues Chaves, Caetano da Rocha Cerqueira, Abel Tavares de Lacerda, Angelo da Costa Lima, Emygdio José de Mattos, Augusto Serafim de Souza, Jayme Aben-Athar, Antonio de Figueiredo, Ophir de Loyola⁶⁸, Ageleu Domingues, Antonio Gonçalves Periassú e Miguel Pinto de Vasconcelos (FAVACHO, 2002; RANGEL, 2010). Os dez primeiros foram os

⁶⁷ A história do Instituto Manguinhos teve início no dia 25 de maio de 1900, conhecido como Instituto Soroterápico Federal, instalado na Fazenda Manguinhos, localizada na Zona Norte do Rio de Janeiro. O referido instituto tinha como intenção inicial a fabricação de soros e vacinas contra a peste bubônica, que foi erradicada juntamente com a febre amarela pelas mãos de Oswaldo Cruz. Ao longo do século XX, ele foi alvo de diferentes decisões políticas, dentre as quais se inclui as perdas de autonomia durante a Revolução de 1930, enquanto que com o golpe de 1964 alguns de seus cientistas tiveram os seus direitos políticos cassados, momento chamado de o “Massacre de Manguinhos”. Entretanto, em 1980, com o movimento de redemocratização, especialmente com a Constituição Federal de 1988, passou a gozar da democracia de forma ampliada com o processo de reestruturação da política de saúde. A referida instituição teve a sua trajetória diretamente alinhada aos processos políticos que levaram ao amadurecimento da política de saúde brasileira. Fonte: <http://portal.fiocruz.br/ptbr/content/historia>.

⁶⁸ A atuação e a história de Ophir Loyola serão abordadas mais adiante.

médicos formados e recrutados no Rio de Janeiro por Oswaldo Cruz e os demais eram médicos que se formaram na mesma faculdade, mas estavam atuando no estado do Pará.

Dentre estes se destacam as atuações dos médicos sanitaristas Belisário Augusto de Oliveira Pena⁶⁹ e do entomologista Ângelo da Costa Lima⁷⁰, ambos da Faculdade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, que demarcaram as suas ações naciência higienista e, posteriormente, no Eugenismo. Ambos foram referências no combate às moléstias transmitidas por insetos, no qual participaram de equipes coordenadas por Oswaldo Cruz, tendo as suas ações reconhecidas nacionalmente ficando à frente de órgãos e grupos de pesquisas que atuavam nas principais regiões brasileiras, dentre as quais, a Amazônia.

Belisário Penna começou a sua atuação ao lado de Oswaldo Cruz no ano de 1903 para dirigir os serviços federais de saúde pública e, em 1904, tomou posse do cargo de inspetor sanitário no Rio de Janeiro. Segundo Thielen; Santos (2002), Oswaldo Cruz havia oferecido o cargo de chefia do Serviço de Prophylaxia da Febre Amarela para Belisário Penna que declinou do convite, assim então o convite foi repassado para João Pedroso que chefiou uma equipe de 280 pessoas, incluindo Penna.

Costa Lima, após três anos atuando no Serviço de Prophylaxia da Febre Amarela, recebe o título de Doutor em Medicina. O referido médico pede demissão do cargo de auxiliar acadêmico para, em 1910, atender ao convite de Oswaldo Cruz para se juntar à comitiva de combate à febre amarela no Pará, desde então passa a se dedicar a carreira de Entomologista (RANGEL, 2010). Ao término destas atividades, a equipe de Profilaxia passou a monitorar toda a cidade de Belém a fim de impedir o retorno da febre amarela, porém esta foi constatada nos municípios de Santarém e Óbidos que passaram a ser monitoradas por Costa Lima, que ao utilizar o mesmo método de Oswaldo Cruz teve sucesso na erradicação das doenças nestes municípios, além de se aprofundar nos estudos sobre as diferentes espécies de mosquitos presentes na Amazônia, destacando-se no campo da Profilaxia Rural e da Entomologia (RANGEL, 2010).

⁶⁹ Belisário Penna, nascido no dia 29 de novembro de 1868 em Barbacena, Minas Gerais. Em 1886 matriculou-se na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, porém conclui o curso na Faculdade de Medicina da Bahia, em Salvador. Em 1903, ano que Oswaldo Cruz realiza nomeação para dirigir os serviços federais de saúde pública por meio de concursos para as campanhas sanitárias, Penna é aprovado e toma posse como inspetor sanitário em maio de 1904 no Rio de Janeiro (THIELEN; SANTOS, 2002).

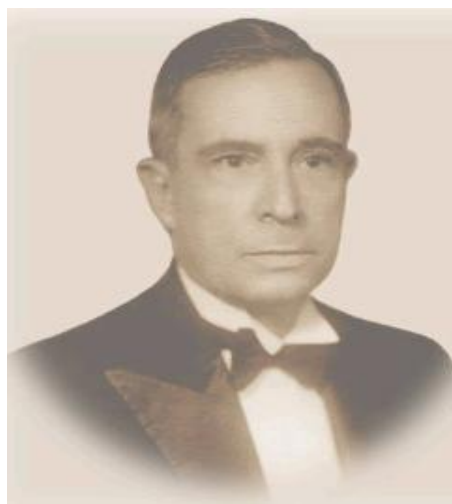
⁷⁰ Angelo Moreira da Costa Lima, nasceu no Rio de Janeiro, no dia 29 de junho de 1887. No ano de 1904 ingressou no curso médico da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, e ainda como estudante, em 27 de março de 1907, ingressou no Serviço de Prophylaxia da Febre Amarela, do Ministério de Justiça e Negócios Interiores, sob a organização de Oswaldo Cruz, na condição de auxiliar acadêmico (RANGEL, 2010).

Imagem 10 – Belisário Penna



Fonte: Revista Arquitectos⁷¹

Imagem 11– Angelo Costa Lima



Fonte: Banco de Dados dos Entomologistas Brasileiros⁷²

Quanto à receptividade das ações de combate à febre amarela no estado, Rangel (2010) destaca que esta transcorreu de um modo bem diferente do que ocorreu no Rio de Janeiro, em que Oswaldo Cruz em ofício encaminhado ao Governador do Estado do Pará tece elogios “à índole ordeira e bondosa do povo paraense, ao inestimável auxílio da ilustrada classe medica belenense, da imprensa sensata, que tão bem sabido orientar a população”. Este momento foi de crise econômica, causada pelo declínio da borracha, porém o serviço teve total apoio orçamentário do Governo do Pará (THIELEN; SANTOS, 2002), fato que demonstra o apoio que a população, a classe médica e a imprensa devotaram ao sanitaria no combate da tão propalada epidemia. Resultado: a febre amarela foi considerada extinta em 16 de outubro de 1911 e no dia seguinte, Oswaldo Cruz retorna para o Rio de Janeiro com o restante da comitiva que atuou em Belém do Pará.

Para Silva (2014), a eficácia da campanha de Oswaldo Cruz contribuiu para a credibilidade da Medicina dos doutores do estado do Pará. Essa movimentação científica causada pela visita de Oswaldo Cruz serviu para entusiasmar a classe médica do estado e também gerar mais confiança não só para a população, mas também para o poder público e a imprensa local nos avanços conquistados no interior da Medicina Experimental, incentivando-os a se reunirem e estabelecem uma agremiação científica mais coesa e que estivesse estritamente relacionada aos parâmetros da ciência moderna e da Medicina Experimental.

⁷¹Disponível em: <http://www.vitruvius.com.br/revistas/read/arquitectos/04.048/589>.

⁷²Disponível em: http://www.ebras.bio.br/entomol/entomol_desc.asp?code=5049F3A70.

4.2 DA ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE AO ENSINO PARA A FORMAÇÃO DA CATEGORIA MÉDICA NO ESTADO DO PARÁ

4.2.1 A Sociedade Médico-Cirúrgica do Pará (SMCP)

O início do século XX presenciou a crescente participação do Estado nos setores de serviço público, especialmente, nas questões ligadas à saúde pública, realizando a criação, a organização, o aparelhamento e a ampliação dos serviços. Além disto, este foi o momento em que o meio científico passou a aspirar a sua construção e solidificação enquanto “classe” e “organismo social”. Não fugindo a esta tendência, no Pará, em fins do século XIX –por iniciativa de Paes de Carvalho – a classe médica e a farmacêutica buscam se reunir em uma agremiação científica (MIRANDA, 2010).

Contudo, a primeira metade do século XX, assim como foi momento de avanços nos modos de se conceber a política, a ciência e a saúde, também foi momento de diferentes colapsos econômicos e sociais que ocorreram em escala mundial, representadas, por exemplo, pela Primeira Guerra Mundial (1914-1918) e a Grande Depressão (1929). No estado do Pará e na Amazônia, tais acontecimentos foram acrescidos pela crise econômica decorrente da crise da borracha.

Para Figueiredo (2006), o período correspondente a meados de 1910 é o momento que diversos intelectuais se articulavam em torno da imprensa e outros meios de publicação a fim de realizar debates que colocavam em cheque as tradições nacionais, tomando como fio condutor de suas articulações os fatos históricos. Por consequência, as comemorações patrióticas ganhavam posição de destaque num contexto da grande crise da borracha e do caos causado pela Primeira Grande Guerra, fato que se refletia em disputas presentes nos jornais e nas associações científicas e literárias, sobretudo.

Este é o contexto de surgimento das instituições e sociedades que tinham como objetivo fortalecer e oferecer base a uma ciência regional que alimentasse as intenções de modernização do estado, dentre os quais se destacaram, no ano de 1900, a Academia Paraense de Letras e o Instituto Histórico, Geográfico e Etnográfico do Pará. Na primeira década do século XX surgiram as primeiras escolas de ensino superior do estado, sendo a Faculdade Livre de Direito (31 de março de 1902), a mais antiga; a Faculdade de Farmácia (23 de outubro de 1903); a Escola Livre de Odontologia do Pará (criada em 4 de julho de 1914); e a Escola de Agronomia e Veterinária do Pará (1918) (MIRANDA, 2013).

Contudo, apesar da formação do ensino superior ter se iniciado em meados do século XX, isso não impediu o surgimento da *Sociedade Medico-Pharmaceutica do Pará* em finais

do século XIX (MIRANDA, 2013). Como já mencionado anteriormente, os médicos que atuavam no Pará se formavam nas universidades europeias ou nas Faculdades de Medicina da Bahia e do Rio Janeiro, apesar do número reduzido de profissionais, havia um número considerável para se formar uma agremiação científica, sobretudo porque, inicialmente, esses médicos se uniram aos farmacêuticos para a formação de uma associação única a fim de se fortalecerem enquanto agremiação científica (BORDALO, 2002b).

Em 1897, no dia 8 de novembro, a *Sociedade Medico-Pharmaceutica do Parátinha* como principal idealizador o então Governador (e médico) Dr. Paes de Carvalho, que estabelecia que a nova agremiação devesse estar voltada para os assuntos científicos, morais e materiais que contemplassem as aspirações tanto dos médicos quanto dos farmacêuticos, sendo oficialmente instalada em 1898 (CARVALHO, 1922). Essa Sociedade não contava somente com a participação de médicos e farmacêuticos da cidade, mas também dispunha de contribuições de outras categorias profissionais (DIAS, 2002).

Entretanto, o ano de 1900 foi o momento de cisão da *Sociedade Medico-Pharmaceutica do Pará*, em que o grupo divergente passou a idealizar a Sociedade de Medicina e Cirurgia do Pará (CARVALHO, 1922). A cisão ocorreu por motivos de divergências políticas, haja vista que naquele momento os médicos desfrutavam de cargos políticos de confiança do Estado, gerando posicionamentos opostos no que tange à ordem pública e dos ideais políticos e ideológicos.

Miranda (2013) aponta que esta sociedade era composta não só por médicos e farmacêuticos, que estavam em maior número, mas também por cirurgiões dentistas, químicos, veterinários e naturalistas. Logo, as divergências não seriam somente de ordem política envolvendo dirigentes do Estado, mas também incluía o fato de que a agremiação que pretendia reunir e tratar sobre assuntos tanto médicos quanto farmacêuticos passou a privilegiar mais as discussões médicas, que associada à gradativa emancipação da Farmácia em relação à Medicina passou a gerar descontentamento, havendo a progressiva redução da presença dos farmacêuticos nos encontros organizados pela Sociedade.

Conforme Silva (2014), a Associação reunia médicos de grupos políticos divergentes do estado do Pará que estavam aglutinados em torno dos ideais lauristas (Lauro Sodré) e lemistas (Antônio Lemos), conjuntura esta que pôs em risco a perspectiva de unidade tão desejada pela elite médica da época, sendo que os dois grupos políticos reuniam profissionais conceituados da área médica que acabavam por privilegiar as suas posições políticas em detrimento das convicções profissionais, impedindo assim a formação de uma identidade de grupo.

Porém, mesmo com os conflitos, após três anos de existência da *Sociedade Medico-Pharmaceutica do Pará*, foi apresentado à arena jornalística o primeiro número da revista mensal *Pará-Médico*, tendo como redatores os médicos Pontes de Carvalho, João José Godinho e Américo Campos. A *Pará-Médico* surge em 1899, durou dois anos, editou treze números e no mês de abril de 1902 publicouseu último número, sendo uma revista de Medicina e também de Farmácia (DIAS, 2002; MIRANDA, 2013).

Segundo Carvalho (1922, p. 222; grifo meu), na *Pará-Médico* foram publicados trabalhos de grande importância, no qual se destacou os trabalhos do Dr. Americo Campos e do Dr. Azevedo Ribeiro. Os do primeiro médico versavam sobre “[...] **mortalidade infantil, hygiene de Belém**; noticia sobre pathologia medica do Pará; morte natural; a tuberculose; o empirismo no Amazonas”; enquanto que os do segundo tratavam sobre “[...] syphilis do systema nervoso; a morphéa⁷³ no Pará”.

Rodrigues (2008) destaca que a *Sociedade Medico-Pharmaceutica do Pará* foi uma agremiação científica bastante heterogênea, pois além de agregar diferentes categorias profissionais, reuniu diferentes gerações entre os médicos associados, que incluía antigos médicos afeitos às teorias consideradas arcaicas, como a dos Quatro Humores, a médicos novos, assimiladores e seguidores da Teoria Microbiana de Louis Pasteur.

Dentre outros conflitos, Rodrigues (2008) também ressalta como estopim da criação de uma nova sociedade médica, o fato de que, nos primeiros meses de 1900, o Governador Paes de Carvalho (médico, idealizador e membro da Sociedade Médico-Farmacêutica do Pará) demitiu o médico Cyriaco Gurjão do Serviço Sanitário do Estado, argumentando que este não estaria cumprindo as suas obrigações de funcionário público, situação que despertou descontentamento e protestos em favor do médico Gurjão. Como resposta, Paes de Carvalho exonerou sete médicos, fato que a *Província do Pará* (gazeta aliada ao então governador) interpretava e divulgava como uma afronta decorrente de grupos alinhados ao ex-governador Lauro Sodré.

Os conflitos estabelecidos entre a classe médica e o governo eram constantemente expostos nos jornais paraenses *Província do Pará* e *Folha do Norte* (oposição ao governo e que deu espaço para os apoiadores de Cyriaco Gurjão), demonstrando que a classe médica não era tão unida, homogênea e consolidada como os médicos pretendiam demonstrar, e que muito menos se constituía em uma elite

⁷³“Morphéa” e “elefantíase-dos-gregos” são termos que designavam a lepra.

privilegiada, porque também era alvo do autoritarismo dos governos do início da República (RODRIGUES, 2008).

Em maio de 1900, por meio de uma nota na *Folha do Norte*, foi realizada a convocação de médicos para a criação de uma nova agremiação, surgindo assim a Sociedade de Medicina e Cirurgia do Pará, instalada no dia 11 de junho, tendo como presidente o Barão de Anajás, que era ex-vice-presidente da Sociedade Médico-Farmacêutica. As primeiras sessões ocorreram na residência do Dr. Pereira de Barros, de uma a duas vezes ao mês, debatendo sobre casos cirúrgicos, clínicos e de higiene pública. A Sociedade criou os *Annaes da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Pará*, tendo como redatores os médicos Henrique Mendes, Silva Rosado, Ó de Almeida e Britto Pontes (CARVALHO, 1922; MIRANDA, 2013).

De acordo com Miranda (2013), a Sociedade de Medicina e Cirurgia estava composta pelos médicos demitidos pelo governador Paes de Carvalho, os que eram solidários a eles e os insatisfeitos com a Sociedade Médico-Farmacêutica, no período de 1901 a 1902, as duas sociedades coexistiram, com os jornais noticiando as suas reuniões, porém tais notícias desaparecem durante o ano de 1903. Então, assim como a primeira sociedade, a segunda não durou muito tempo, em que a classe médica voltou a se reunir e a repensar a criação de uma nova sociedade após quase uma década.

Rodrigues (2008), ao tratar do processo de institucionalização da Medicina no Pará, apresenta os densos conflitos, debates e picuinhas que eram abertamente expostos nos jornais *A Província do Pará* e *Folha do Norte*, espaços em que a figura do médico era mais do que comum, pois além destes não gozarem de uma predileção por parte da população, eram corriqueiras as brigas entre os colegas de profissão, gerando um enfraquecimento dos médicos enquanto classe.

Rodrigues (2008) identifica que a mudança de posicionamento só veio ocorrer nos idos de 1914 a partir de dois acontecimentos: em janeiro de 1914 houve a reação de apoio dos médicos ao Barão de Anajás (Antonino Emiliano de Souza Castro) que foi acusado de matar um paciente ao tentar retirar uma bala que estava alojada no seu peito, passando a receber constantes ataques da imprensa local. Em resposta, médicos como Acyline de Leão, Cyriaco Gurjão, Renato Chaves, Otto Santos, Camillo Salgado, Antonio da Silva Rosado, Jayme Aben-Athar, Ophir Loyola e outros prestaram solidariedade ao colega de profissão.

O segundo importante acontecimento ocorreu em fevereiro do mesmo ano com a publicação da matéria *Solidariedade Profissional*, de Antonio da Silva Rosado e Camilo

Salgado na *Folha do Norte*, chamando a atenção de seus colegas sobre a necessidade de se opôr às acusações e calúnias entre colegas (RODRIGUES, 2008).

Esses fatos aliados à positiva campanha contra a febre amarela criaram um terreno favorável para uma reaproximação entre os membros da classe. Após dez anos sem notícias sobre as Sociedades Médico-Farmacêutica e a de Medicina e Cirurgia na imprensa paraense, eis que, no dia 11 de junho de 1914, surge no noticiário na *Folha do Norte* a informação sobre a criação de uma nova agremiação científica para a Medicina, sob o título de Sociedade Médico-Cirúrgica do Pará (SMCP) (RODRIGUES, 2008; MIRANDA, 2013).

Fundada no dia 12 de julho de 1914 e instalada no dia 15 de agosto do mesmo ano, no salão do Conselho Administrativo da Santa Casa de Misericórdia, a Sociedade Médico-Cirúrgica do Pará (PARÁ-MÉDICO, 1922) representou o momento de uma nova fase da classe médica paraense, que procurava se fortalecer enquanto categoria profissional e intelectual, sendo composta exclusivamente por médicos (RODRIGUES, 2008; BORDALO, 2002; DIAS, 2002). As sessões preparatórias e ordinárias foram realizadas na sede do Instituto de Proteção e Assistência à Infância do Pará (IPAI) até o dia 30 de junho de 1916, desta data em diante as sessões passaram a ser realizadas na sede própria da SMCP, localizada na Praça da República (PARÁ-MÉDICO, 1922) ⁷⁴.

No momento de inauguração estavam presentes várias autoridades civis, eclesiásticas e militares, sócios, representantes de associações e da imprensa, em que o Governador do Estado, Enéas Martins, assume a presidência da sessão, empossando o Dr. Camillo Salgado⁷⁵, como presidente; Dr. Raimundo da Cruz Moreira, como vice-presidente; Dr. João Baptista Penna de Carvalho, 1º secretário; Dr. Arthur Pinto de França, 2º secretário; Dr. Hygino Amanajás Filho, tesoureiro; e Dr. Acylyno de Leão como orador oficial (PARÁ-MÉDICO, 1915), formando assim a primeira diretoria da SMCP⁷⁶.

⁷⁴Atualmente a sua sede está localizada na Passagem Bolonha, nas proximidades da Praça da República.

⁷⁵ Segundo Miranda (2013), na reunião de fundação da Sociedade Médico-Cirúrgica do Pará, ocorrida no dia 12 de julho de 1914, dirigida pelo Barão de Anajás, o mesmo foi eleito presidente da citada agremiação. Contudo, na reunião seguinte (do dia 16 de julho), sob a direção de Cruz Moreira (vice-presidente naquele momento) foi dado destaque à leitura da justificativa do Barão de Anajás ao seu não comparecimento, em que na terceira reunião (26 de julho), ele, por meio de uma carta, reitera o seu pedido de dispensa do cargo de presidente. Com a renúncia, conforme o estatuto, foi aberta nova eleição para o cargo de presidente que estava vago, resultando na vitória de Camillo Salgado.

⁷⁶ Dias (2002) informa que não houve informações sobre a comissão fiscal.

Imagem 12 – A Primeira Diretoria da SMCP (1914-1915)⁷⁷

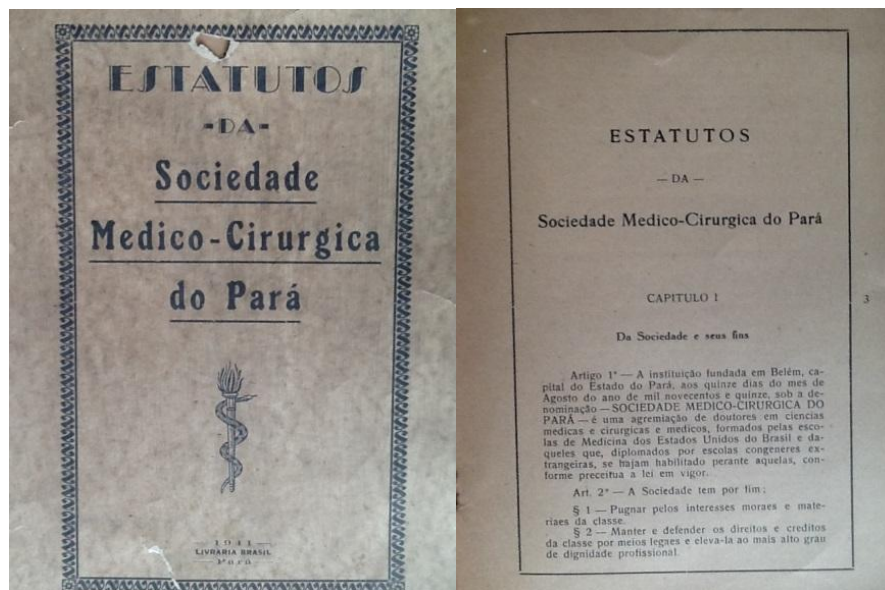


Fonte: Pará-Médico (1922, p. 225)

A primeira diretoria esteve sob a presidência do Dr. Camilo Salgado (Imagem 12). De acordo com o artigo 10, da primeira versão do Estatuto da SMCP, essa entidade deveria ser dirigida por uma diretoria composta por um presidente, um vice-presidente, um 1º secretário, um 2º secretário, uma comissão fiscal por três membros, um orador, um tesoureiro, nos quais todos seriam eleitos por um ano, havendo nos estatutos de até agosto de 1921, o estabelecimento de que as diretorias deveriam ser renovadas sempre no dia 15 de agosto (DIAS, 2002a).

⁷⁷ Sentados, ao centro, Dr. Camillo Salgado (presidente); à direita, Dr. Cruz Moreira (vice-presidente); à esquerda, Dr. Penna de Carvalho (1º secretário). De pé, ao centro, Dr. Arthur França (2º secretário); à direita, Dr. Amanajás Filho (tesoureiro); à esquerda, Dr. Acylinho de Leão (orador).

Imagem 13 – Estatuto da SMCP (1941)



Fonte: Acervo do Museu de Medicina da Sociedade Médico-Cirúrgica do Pará

A elite médica visava se fortalecer no interior da sociedade paraense, demonstrando ser um grupo social, científico e político coeso e se destacar no cenário nacional e se afastar das constantes críticas de que era alvo. Quanto a esta sociedade, Silva (2014, p. 93) afirma:

A Sociedade Médico-Cirúrgica do Pará foi a primeira associação que procurou fazer valer os princípios éticos da profissão. Os médicos associados buscaram resolver as suas divergências internas e experimentar as primeiras tentativas de autodisciplina. Os conflitos envolvendo aquela categoria profissional deveriam ser resolvidos dentro da sociedade, longe das páginas dos jornais e das vistas do público, como muitas vezes havia ocorrido. Assim, o empenho para que a sociedade se concretizasse tomou logo conta desses médicos. (SILVA, 2014, p. 93).

Com a criação da sociedade, os médicos passam a tomar como critério a resolução dos conflitos no interior da sua classe. A SMCP, ao ter como palavras centrais a “solidariedade” e a “harmonia”, visava impedir os conflitos que expunham as fragilidades da classe médica, sendo comum estes se envolverem na vida/carreira política, privilegiando os seus cargos de confiança e esquecendo de suas responsabilidades profissionais e com a Medicina (RODRIGUES, 2008; MIRANDA, 2013; SILVA, 2014).

Ao contrário do que ocorreu com as iniciativas anteriores, esta agremiação científica perdurou (existindo até os dias de hoje), contabilizando vinte diretorias ao longo dos anos de 1915 a 1955 (DIAS, 2002a), e tinha (tem) os seguintes objetivos:

§ 1.º - Pugar pelos interesses moraes e materiaes da classe.

§ 2.º - Manter e defender os credits da classe, por meios legais, e eleval-os ao mais alto grau de dignidade profissional.

§ 3.º - Zelar com esmerado amor pelos preceitos da ethica medica.

§ 4.º - Discutir questões medicas e de sciencias afins, sejam de ordem pratica, doutrinaria ou philosophica.

§ 5.º - Organizar congressos médicos, conferencias publicas sobre medicina e diffundir ensinamentos de hygiene pelo povo.

§ 6.º - Manter comissões scientificas para diversos ramos das sciencias medicas e cirúrgicas, ás quaes compete o estudo não somente dos trabalhos apresentados á Sociedade, como de tudo quanto se relacione com a saude publica.

§ 7.º - Criar uma revista medico-cirurgica e promover a sua regular circulação.

§ 8.º - Fundar uma bibliotheca e archivo, e bem assim um museu de anatomia pathologica.

§ 9.º - Entreter correspondencia com associações congeneres e a troca de revistas scientificas, nacionais e estrangeiras (PARÁ-MÉDICO, 1922, p. 268).

A Sociedade Médico-Cirúrgica do Pará objetivava lutar e defender os interesses morais e materiais da classe, privilegiando a ética médica, criando um espaço para que os esculápios pudessem discutir sobre as questões médicas de qualquer ordem, seja prática, doutrinária ou filosófica. Fomentando, assim, a organização de congressos médicos, conferências públicas e comissões científicas para os diversos ramos da Ciência Médica. Somadas a estas ações estariam inclusas a intenção de difundir ensinamentos de higiene para a população. Naquele momento, revistas científicas nos principais centros brasileiros já existiam e com as quais os médicos do estado pretendiam se comunicar e, para tal, idealizaram a criação de uma revista, que em face da necessidade de divulgação e registro da ciência em finais do século XIX e início de XX foi uma das principais estratégias tomada por estes “homens da ciência”.

4.2.2 O periódico da classe médica do estado do Pará: revista *Pará-Médico*

A Ciência Médica no Brasil procurou se estabelecer por meio de instituições específicas, tendo como base a “missão higienista” e as teorias raciais. Diante do processo de cientificização que a sociedade brasileira vinha passando, tomando como espelho os modelos europeus de conhecimento e civilidade, a ciência penetra como “moda”, estando relacionada a uma espécie de ética científica, assumindo a forma de uma “cientificidade difusa e indiscriminada”, de acordo com as palavras de Schwarcz (1993), indicado que não houve um avanço científico no sentido de possibilitar o incentivo a pesquisas originais.

Em finais do século XIX, o país busca se autorepresentar como uma sociedade científica e moderna nos institutos, nos jornais e romances, predominando um Cientificismo Retórico diante da ausência de uma produção propriamente científica no país. Fato que somado a um grave contexto epidêmico fortalecia a figura do “médico missionário” que tinha como função curar e intervir com um conhecimento verdadeiro, redefinindo a atuação médica no país (SCHWARCZ, 1993).

Conforme Schwarcz (1993) é desse contexto que emerge as revistas médicas que passam a se sobrepôr em importância aos livros sobre Medicina, que passaram a ser tidos como inúteis diante da prática médica, assim verifica-se:

[...] a partir de meados do século XIX o jornalismo científico surge como nova opção para os profissionais de medicina. Estes abandonam a imprensa cotidiana e, contando com um material específico – entre relatórios, monografias, artigos, conferências e comunicações –, passam a redigir suas próprias publicações. Por um lado, com o aumento dos produtos farmacêuticos, a publicidade se anima e aos poucos se garante a periodicidade dessas novas revistas médicas. (SCHWARCZ, 1993, p. 260).

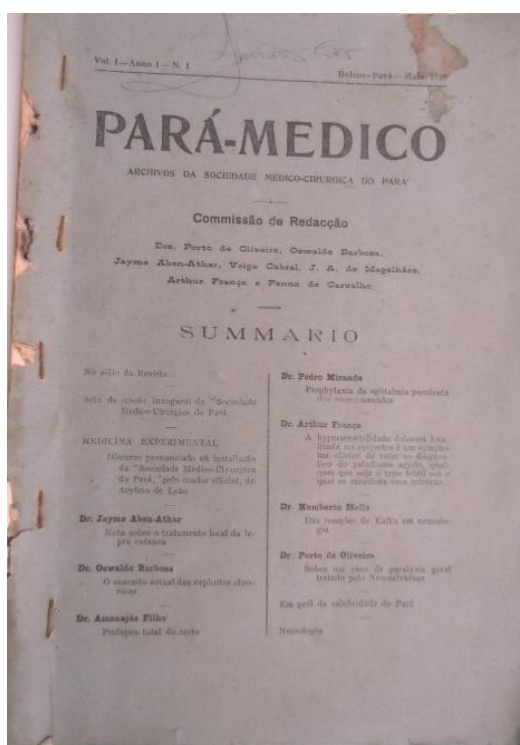
As revistas médicas surgem como resultado do avanço da influência do conhecimento científico e da Medicina na sociedade brasileira, mas tiveram poucas tiragens e duração nos principais centros médicos do Império, em que as únicas que tiveram destino diferente foram a *Gazeta Medica da Bahia*, como o título indica, da Bahia, e a *Brazil Medico*, do Rio de Janeiro (SCHWARCZ, 1993). Todavia, destaca-se que estas duas revistas eram pertencentes às regiões que possuíam uma classe médica mais consolidada se comparadas às outras regiões do país, haja vista que nestes locais surgiram as primeiras Faculdades e logo após, as primeiras Sociedades Médico-Cirúrgicas.

Diferente do que ocorreu no estado do Pará, em que o processo foi inverso, primeiro se pensou em criar uma sociedade que congregasse e normatizasse a prática médica para então, depois de fortalecida, se criasse a Faculdade de Medicina. Houve duas tentativas fracassadas, uma de 1897 e outra de 1900, vingando somente em 1914, porém mesmo assim conservando a percepção estratégica da criação de uma revista médica que servisse como memória e testemunho dos esculápios que atuavam na região amazônica.

A elite médica do Pará ansiava por um meio de divulgação e de valorização dos seus estudos e pesquisas, tendo com um dos principais objetivos da sociedade a criação de um periódico que divulgasse o trabalho que vinham sendo realizado no âmbito da Ciência Médica mundial e nacional, no qual poderia facilitar o acesso de tais estudos para intelectuais do estado, ao mesmo tempo, em que poderiam escrever artigos que visassem

orientar a população sobre como tomar medidas profiláticas contra doenças, como tuberculose, febre amarela e cólera.

Imagem 14 – Contracapa do primeiro fascículo da revista *Pará-Médico* (1915)



Fonte: Acervo do Museu de Medicina da Sociedade Médico-Cirúrgica do Pará

Assim, surge o periódico com o mesmo nome atribuído ao periódico da *Sociedade Médico-Farmacêutica do Pará*, que se apresentava em forma de jornal, enquanto o novo periódico com o mesmo nome surge em formato de revista e privilegia os interesses e decisões da classe médica, apesar de também oferecer espaço aos assuntos de outras categorias profissionais, como a Farmácia e Odontologia (RODRIGUES, 2008). Em maio de 1915 é lançado o primeiro fascículo da revista *Pará-Médico*, com a apresentação intitulada *No Sólido da Revista...* que inicia com o seguinte reclame: “De há muito que em nosso meio se impunha, como necessidade urgente e inadiável, a publicação de uma revista medica”.

A partir desta afirmação, acredita-se que estes médicos, que se reuniram novamente em meados do século XX para fazer a apresentação da referida revista, desconheciam a existência do primeiro periódico (de 1899) que possuía o mesmo nome ou

apenas ignoravam tal fato por conta do insucesso que esta teve. Conforme Dias (2002), no segundo fascículo da nova revista, do mês de agosto de 1915, na seção *Chronicas*, que tratava sobre assuntos gerais, houve a publicação do artigo *Pará-Médico Sênior e Junior*, assinado por um autor que utilizou o pseudônimo Sênior e que realizou uma “reivindicação histórica” a fim de evitar equívocos de catalogação. Porém, apesar da existência da antiga revista ter sido mencionada pelo Dr. Penna de Carvalho, no 10º fascículo, não houve o estabelecimento de qualquer vínculo desta nova versão com a anterior.

Identifica-se que apesar da existência desta versão anterior, o desejo latente por parte da classe médica do estado em ter uma revista médica se fazia mais vivo do que nunca, como se não houvesse até então outra, pois diferente da primeira esta agora se encontrava composta majoritariamente por médicos e por uma Ciência Médica, que na percepção deles, se encontrava numa fase amadurecida e avançada. Assim, continuam com os seguintes dizeres:

Aspiração justissima, a acariciar o cerebro de quantos amam o Pará. assistem e tomam parte no seu progressivo evoluir, a despeito da formidavel crise economica e financeira, em que tão duramente se debate, o que admira é que, há mais tempo, não se tivesse ella corporificado numa brilhante e promissora realidade, justificativa do valor profissional dos medicos que aqui trabalham, nesse recanto longiquo e quasi ignorado do resto do Paiz e do mundo scientifico (PARÁ-MÉDICO, 1915, p. 1).

Como indica uma de suas primeiras palavras, havia entre estes médicos um descontentamento, pois estes se viam numa posição “marginal” diante dos avanços e descobertas científicas que ocorriam nos principais centros brasileiros, no qual percebiam que a sua “ciência” que estaria num “recanto longiquo e quase ignorado do resto do Paiz e do mundo scientifico” não tinha o devido reconhecimento. Pensando nos possíveis “julgamentos” de que poderiam ser alvo, diziam:

[...] não faltará quem supponha que aqui passamos o tempo absortos em plena contemplação visionaria, deslumbrados, talvez, ante os esplendores da natureza ou, então, curvados e attentos, a amontoar as pepitas de ouro negro, producto da condensação do latex precioso de nossa tão decantada *hevea*.

E no entanto, a verdade é bem outra, podemol-o affirmar sem vaidade nem receio de contestação. O Pará orgulha-se de poder contar em seu seio medicos distinctissimos, que fariam honra ao meio mais culto, quer pela riqueza de seus conhecimentos, adquiridos em annos consecutivos de labôr proficuo, quer pelo acendrado amor com que se dedicam á profissão e procuram acompanhar a sciencia nos surtos magicos de seu maravilhoso progredir.

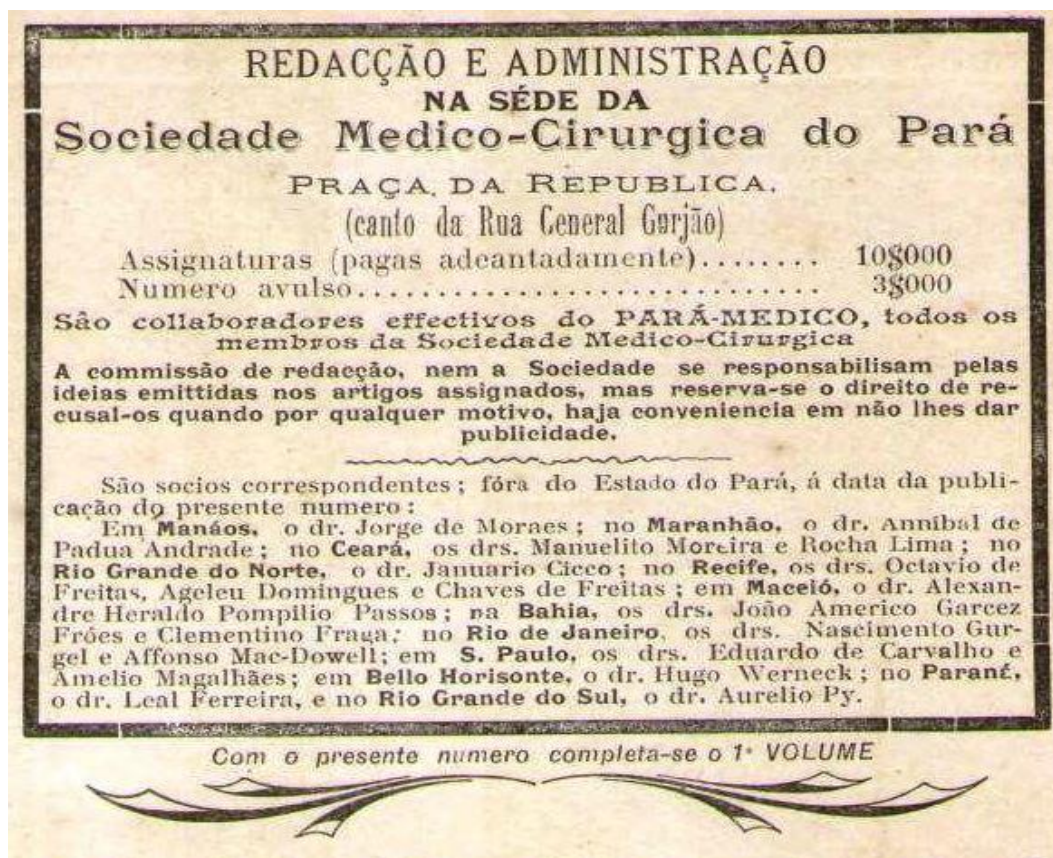
Os nosso hospitaes providos de todos os recursos da Medicina e Cirurgia modernas, os nossos consultorios, postos ao nivel dos melhores no genero, têm tornado desnecessarias as viagens frequentes á Europa por motivo de molestia, e registram

diariamente casos diversos, que bem mereciam especial menção numa gazeta medica, mas que, entretanto, ficam relegados ao mais lamentavel olvido, pela dispersão dos elementos que lhe formavam a tecitura clinica, deixando apenas, na memoria dos que nelle tomaram parte, uma vaga lembranças fugidia (PARÁ-MÉDICO, 1915, p. 1).

É possível observar que estes médicos acreditavam que as suas atuações no campo da Medicina eram desqualificadas em detrimento da função econômica exercida pela região amazônica, que se destacava pelos “esplendores da natureza”, sobretudo da borracha. Para estes médicos, a ciência que vinha se realizando na região se encontrava desenvolvida, entretanto, não havia meios que pudessem registrar os seus avanços e conquistas que ficavam limitadas às lembranças individuais. Para tanto, era fundamental a existência de um espaço que servisse não só para a divulgação dos seus intentos e descobertas, mas que servisse como memória concreta de seus feitos.

O primeiro fascículo, publicado em maio de 1915, além do artigo *No Sólido da Revista...* apresentava os seguintes textos: a ata de inauguração da *Sociedade Medico-Cirurgica do Pará* e o artigo *Medicina Experimental*, que foi o discurso pronunciado pelo orador oficial na instalação da *Sociedade Medico-Cirúrgica do Pará*, o Dr. Acyline de Leão, que aborda os planos traçados pela classe médica assim como a História da Medicina no mundo ocidental europeu até os seus meandros no Pará, adotando uma compreensão evolutiva de ciência e da história da área.

Observa-se a presença de discursos que tinham por finalidade legitimar sua prática e afirmar a “sua” ciência, assim evidenciando que, como os demais centros científicos, eles vinham acompanhando os devires da Medicina, não tendo porque a Medicina do Pará ser vista como atrasada ou aquém dos principais centros da Medicina moderna. A “aspiração justissima” se concretizou em um momento de crise econômica mundial, em que os redatores e idealizadores não contavam com a ajuda financeira do governo enquanto algo certo e obrigatório, quando na verdade trabalhavam com pequenas doações, contribuições dos membros da Sociedade Médico-Cirúrgica e com as intenções dos farmacêuticos em anunciar os seus remédios na revista, salientando que as suas publicações não teriam “datas prefixadas ao seu aparecimento” (PARÁ-MÉDICO, 1915).

Imagem 15 – Os valores das assinaturas e os sócios correspondentes da revista *Pará-Médico*

Fonte: *Pará-Médico* (1915)

Conforme demonstra a imagem 15, a assinatura da revista custava dez contos de réis, caso fosse realizado pagamento adiantado. Os colaboradores efetivos da revista eram todos os membros da Sociedade Médico-Cirúrgica. Como era de interesse, por meio da revista, os médicos do estado concretizaram o objetivo de estabelecer trocas de correspondências e de revistas científicas do território nacional, tendo como sócios correspondentes, médicos como Jorge de Moraes, de Manaus; Dr. Annibal de Padua Andrade, do Maranhão; Manuelito Moreira e Rocha Lima, do Ceará; Januário Cicco, do Rio Grande do Norte; Octavio de Freitas, Ageleu Domingues e Chaves de Freitas, de Recife; Alexandre Heraldio Pompilio Passos, em Maceió; João Américo Garcez Fróes e Clementino Fraga, da Bahia; Nascimento Gurgel e Afonso Mac-Dowell, do Rio de Janeiro; Eduardo de Carvalho e Amelio Magalhães, de São Paulo; Hugo Werneck, de Belo Horizonte; Leal Ferreira, do Paraná e Aurelio Py, do Rio Grande do Sul (PARÁ-MÉDICO, 1917).

Contudo, estas contribuições não garantiam a circulação da revista de um modo regular e contínuo. Exemplo desta situação é que no mesmo ano em que foi lançado o

primeiro fascículo, foi publicado o segundo em agosto, porém no ano seguinte, em 1916, a revista ficou sem circular, devido à ausência de recursos da SMCP e pela falta de incentivo financeiro por parte do governo estadual. No *Relatorio apresentado à Sociedade Medico-Cirurgica do Pará, em sessão de 15 de Agosto de 1916, pelo presidente, em exercicio, Dr. Cruz Moreira, relativo ao período social de 1915 a 1916*, publicado na *Pará-Médico*, de 1917, consta o seguinte relato:

Revista da Sociedade. – Pesar dos esforços empregados, não tem circulado com regularidade o órgão da nossa agremiação na imprensa. Embaraços dependentes principalmente do estado critico actual que tudo avassala e deprime, forçaram uma certa attitude de expectativa, mormente quando á directoria se impunha a necessidade de mudança da séde social e subseqüentes despesas inadiaveis a fazerem-se. Graças, entretanto, ao dedicado esforço dessa legião de trabalhadores que forma o corpo redaccional do PARÁ-MÉDICO, ahi o temos hoje á luz da publicidade, no seu 4º numero do 2º anno, repleto de trabalhos que honram a corporação medica da Amazonia.

Acolhido com justa sympathia por parte da imprensa scientifica, quer do paiz quer do estrangeiro, o “Pará-Médico” continua a manter relações de permutas que muitos nos distinguem. Oxalá possamos vel-o sempre figurar de permeio ás victorias da Imprensa de Belém.

São esses, illustres consocios, os acontecimento de maior monta, havidos durante o anno social que hoje expira. No caminho percorrido muito ha que vencer ainda. É certo, porém, que, na consecução da ardua tarefa iniciada, procuramos acertar sempre e acertamos porque tivemos a guiar-nos os passos, muitas vezes indecisos, a colaboração fidedigna, criteriosa e nobilitante dos membros da directoria, aos quaes é de justiça penhorar os protestos de cordeaes agradecimentos (PARÁ-MÉDICO, 1917, p. 216).

Eles comemoram a publicação do quarto número do segundo ano do periódico, num momento marcado pelo declínio econômico, aliado aos investimentos financeiros que deveriam ser empreendidos, constando inclusive a “necessidade de mudança da séde social”. A Sociedade manteve as parcerias com outras corporações médicas do país e o apoio por parte da imprensa científica do Brasil e do estrangeiro, destacando que tais ações, apesar das limitações financeiras, estariam honrando a “corporação médica da Amazonia”.

Em 1918 somente um exemplar circulou, sendo o de número 6, referente ao mês de janeiro. E no ano seguinte, em 1919, no mês de maio, é lançado um fascículo, no qual consta a “justificação” sobre a falta de circulação da revista devido às dificuldades causadas pelo conflito bélico mundial (1914-1918), somado à pandemia de gripe do ano anterior (DIAS, 2002).

Logo, não houve uma regularidade na publicação dos fascículos, tão menos houve um molde específico para o tamanho e a quantidade de páginas, no qual se encontra revistas com menos de quinze páginas a revistas com mais de cinquenta páginas. Por exemplo, o

fascículo de comemoração pelo décimo exemplar e de festejo pelo centenário da Independência do Brasil foi o exemplar mais volumoso em publicação de artigos, constando de 194 páginas, representando uma homenagem do estado e da Medicina paraense ao centenário.

Havia seções específicas para a realização de anúncios de remédios, em que os responsáveis expunham espaços reservados para a “venda”, a fim de atrair clientes dispostos a divulgar os seus produtos e assim ajudar no financiamento da revista. Os recursos decorrentes da venda dos exemplares eram utilizados para manter a revista, pois estes recebiam escassos recursos por parte dos médicos associados à SMCP e pouquíssimos recursos do Governo do Estado – quando isto ocorria. Por falta de financiamentos consideráveis e contínuos, a revista *Pará-Médico* não teve uma regularidade no lançamento de seus exemplares.

Na revista há anúncios, propagandas de medicamentos, artigos científicos, crônicas/ou manifestos dos médicos sobre as questões políticas, econômicas e sobre a saúde pública do estado, homenagens a “homens da ciência” que se destacaram na época, seja no estado, no Brasil e no mundo, como Oswaldo Cruz e Louis Pasteur. O periódico tratava de diferentes assuntos que não se limitaram somente a artigos científicos próprios das áreas de clínica e cirurgia, mas também se deteve em assuntos, como o saneamento básico da região.

A circulação do *Pará-Médico* esteve particularmente associada às condições econômicas da época, no qual a sua criação foi a segunda estratégia tomada pela elite médica local com a nítida intenção de demarcar a sua posição enquanto entes políticos que necessitavam de fortalecimento no âmbito nacional e regional, em que dentre os seus objetivos de difundir a Medicina nacional, já em 1939 surge a intenção de “Congregar todas as actividades dos medicos brasileiros, em especial da Amazônia”, fazendo chamada e mobilização dos seus “Collegas da Amazonia” para que manifestassem o seu apoio à revista, emprestando assim o seu prestígio ao órgão.

A intenção não era somente ou simplesmente de terem uma visibilidade no âmbito nacional ou internacional, mas naquele momento era central o fortalecimento de sua imagem no interior da sociedade paraense. Associado a estes ideais, a elite médica paraense também visa congrega a Medicina que se dava na Amazônia. Portanto, não há como não considerar que a idealização da revista foi uma estratégia de extrema importância (logo após a criação da SMCP) tomada para a institucionalização e aparelhamento da Medicina no estado Pará, preparando o terreno para a criação da Faculdade de Medicina e Cirurgia do Pará, quatro anos depois.

4.3 A FUNDAÇÃO DA FACULDADE DE MEDICINA E CIRURGIA DO PARÁ

No início do século XX, os médicos procuram se consolidar enquanto classe profissional e política no estado do Pará. Nos esforços engendrados pela intenção de se fortalecer enquanto categoria e serem reconhecidos não só em nível internacional e nacional, mas também local, idealizaram e criaram um periódico próprio, se reuniram em uma sociedade científica e divulgaram as suas pesquisas, porém ainda faltava um passo fundamental a ser dado: a criação de uma faculdade.

A constituição do ensino médico foi tardia no estado, em comparação à criação de outros cursos de ensino superior. No governo de Paes de Carvalho, encontram-se as primeiras iniciativas que visavam estruturar o ensino superior no estado, por meio da Lei n. 629, editada em 22 de maio de 1899, que previa a criação dos cursos superiores como Direito, Medicina e Engenharia, porém acabou o seu mandato e nenhuma das faculdades tiveram a sua criação efetivada. No ano seguinte, em 1900, Paes de Carvalho lamenta a impossibilidade da criação destes cursos e comemora a manutenção do curso de Agrimensura como uma alternativa a não existência do curso de Engenharia (SILVA, 2014).

O governo de Augusto Montenegro⁷⁸ deu continuidade às ações e reformas realizadas por Paes de Carvalho, realizando a unificação de todos os serviços médicos do Estado. Estabeleceu o serviço clínico para todos os institutos de Belém, incluindo penitenciário e o regimento militar, além de incluir o serviço para exames médico-legais e os de verificação de óbitos; e o aumento para 17 do número de inspetores. No Palácio do Governo instalaram-se diversas seções de Higiene, com laboratório químico e bacteriológico, além da aquisição de material para expurgo das casas, tornando obrigatória a remoção de doentes tomados por doenças infectocontagiosas. (MIRANDA, 2010).

Com o governo de Augusto Montenegro, foram criadas as Faculdades de Direito e a de Farmácia. A Faculdade de Direito, inicialmente, era de iniciativa privada, o Instituto Teixeira de Freitas, associação particular que criou a faculdade com apoio de 50 contos de reis por parte do Governo do Estado. Neste mesmo ano, essa faculdade passou para os cuidados do Estado, com o Decreto n. 1173, de 19 de novembro de 1902, tornando-se uma instituição estadual de ensino. E a Escola de Farmácia foi criada pela Lei n. 874, de 23 de outubro de 1903, sendo instalada no Palácio do Governo e utilizando o Laboratório do Serviço Sanitário do Estado (SILVA, 2014).

⁷⁸Augusto Montenegro, político e advogado, governou o estado do Pará no período de 1901 a 1909.

A formação de médicos pelas escolas europeias ou pelas escolas baiana e carioca não atendia à crescente demanda na região, mas mesmo assim não houve a consolidação de projetos que pretendessem realizar a formação desses profissionais no próprio estado. Os primeiros cursos de ensino superior foram de iniciativa privada fomentada pela elite para então depois passarem para o Estado. Mas por que houve uma demora na criação de uma Faculdade de Medicina?

Sarges (2010) informa que no raiar da República, a elite paraense da borracha tinha por hábito manter uma estreita relação com a Europa, haja vista que tal relação representava *status*. Os “modernos” seringalistas, ao estarem preocupados com a formação de uma elite de doutores coesa, que viesse a substituir a tradicional burocracia administrativa que levasse à construção de um poder de Estado Republicano nascente, procuravam mandar seus filhos para estudar na Europa (SARGES, 2010). Em consonância, Miranda (2010) afirma que:

[...] o ciclo da borracha no Pará os reflexos se fizeram sentir em termos culturais e educacionais, tais ações resultaram apenas na expansão da rede escolar, notabilizando-se, também, pelo aspecto arquitetônico das escolas, na chamada ‘monumentalização’ dos edifícios públicos destinados a este fim, como os institutos Gentil Bittencourt e Lauro Sodré. **Todo este progresso econômico não resultou na criação de cursos superiores, sendo os únicos do período a Faculdade Livre de Direito (1902) e a Escola de Farmácia (1903), ambos funcionando precariamente.** Tal atitude pode ser interpretada como reflexo das ações da elite paraense, surgida com a borracha, que mais facilmente mandava seus filhos estudar na Europa, mantendo a dependência intelectual e ‘emocional’ da metrópole. Ou significava uma prosperidade ‘efêmera e superficial’, com a manutenção de uma economia ainda vivendo e praticando usos do período colonial. Deste modo, seria desnecessário estimular a formação de ‘doutores’ no próprio Estado (MIRANDA, 2010, p. 16).

O crescimento econômico e a modernização do espaço urbano de Belém não resultaram diretamente em ganhos no sentido de estímulo e fortalecimento de estruturas que possibilitasse a formação de uma elite intelectual no próprio solo paraense, sendo notórias as possibilidades da elite da borracha em momento áureo da economia de estar preparando o terreno para tal, porém somente em meados do século XX que surgiram as primeiras escolas de nível superior no estado, com a Faculdade Livre de Direito em 1902 e a Escola de Farmácia em 1903. Até então, os médicos instalados na região graduavam-se em faculdades fora do estado ou do país, mesmo em uma cidade com potencialidades econômicas decorrentes do ciclo da borracha.

Porém, conforme o que foi citado anteriormente sobre as primeiras iniciativas sobre a organização dos profissionais da Medicina no estado, aliada a uma ausência de

interesses nítidos na formação do ensino superior na região, sobretudo, o de Medicina, acresce-se o fato da não estabilidade e organização da classe médica que aqui atuava, consolidando-se somente em 1914 com a criação da Sociedade Médico-Cirúrgica do Pará.

Silva (2014) aponta que até então não havia condições para a instalação do curso de Medicina e as autoridades locais lançavam propostas que pudessem suprir as necessidades de uma região duramente atingida por moléstias tropicais, sobretudo pelo paludismo. Assim, o governador João Coelho, em 1912, em franco estado de crise econômica, defende a ideia de criar um pequeno Curso de Moléstias Tropicais nas proximidades da Escola de Farmácia, haja vista que naquele momento, essa escola estava sendo reformada. Todavia, o pesquisador não encontrou indícios sobre a execução dessa proposta de João Coelho.

Antes de ter sido fruto somente do fortalecimento da Medicina, a criação da Faculdade de Medicina e Cirurgia foi resultado do fortalecimento científico e acadêmico do estado, que já possuía odontólogos, farmacêuticos, veterinários e médicos que tiveram como intenção consolidar a *sciencia* na região. Contudo, a constituição destes grupos sempre foi envolvida por conflitos que impedem afirmações e generalizações sobre as suas criações, havendo somente indícios. Sobre tal, Abreu Jr. (2010) e Miranda (2009) mencionam sobre a *Associação Científica do Pará* e o Centro Propagador das Ciências (ou Sociedade Propagadora das Ciências), que devem ter sido a mesma entidade (SILVA, 2014; ABREU JR., 2010; MIRANDA, 2009).

A *Associação Científica do Pará* foi fundada em maio de 1914, por Joaquim Tavares Vianna. Em 4 de julho do mesmo ano, esta entidade contava com membros como Antônio Magno e Silva, Carmelino Salgado, Antônio Peryassú, Camilo Salgado, Pinheiro Sosinho, Jayme Aben-Athar e o farmacêutico Lima e Silva, que decidem criar em Belém a Escola Livre de Odontologia do Pará, no dia 4 de julho de 1914, com um corpo docente composto por médicos e cirurgiões-dentista, tendo como diretor Joaquim Tavares Vianna, vice-diretor Antônio Magno e Silva; e Lima e Silva como secretário⁷⁹. No ano seguinte, quem assume a direção da mencionada escola é Antônio Peryassú. De 1916 a meados de 1917 passa para a direção de Jayme Aben-Athar. Somente em 1917, a direção desta escola passa para Antônio Magno e Silva, ficando aos seus cuidados até 1938 (ABREU JR.; MIRANDA, 2009).

⁷⁹ Quanto à direção da Escola Livre de Odontologia encontram-se desencontros quanto à informação, pois enquanto Abreu Jr. (2010) e Miranda (2009) apontam Joaquim Tavares Vianna como diretor, Silva (2014), em sua tese, afirma que esta entidade foi dirigida por Antônio Magno e Silva.

A Escola Livre de Odontologia do Pará era uma instituição privada com diplomas reconhecidos pelos governos dos estados do Pará e do Maranhão, a partir de uma lei assinada no dia 23 de abril de 1917 (SILVA, 2014). Porém, em setembro de 1917, o então diretor Jayme Aben-Athar pede demissão do cargo diante do abaixo-assinado dos discentes que desejavam a equiparação e anexação da Escola Livre de Odontologia à Escola de Farmácia. Enquanto no mês seguinte, Pinheiro Sossinho, o então secretário da escola, passa a se intitular diretor do estabelecimento, anulando atos da congregação, resultando em mais um protesto dos alunos, que conseguem a sua demissão e instauração de um processo disciplinar contra ele (ABREU JR., 2010; MIRANDA, 2009).

Assim, Pinheiro Sossinho e Jayme Aben-Athar e outros membros da *Associação Científica do Pará*, se reuniram e criaram o Centro Propagador das Ciências, no dia 23 de janeiro de 1918, sendo dirigido não somente por Pinheiro Sossinho, mas também por Arthur França, Porto de Oliveira e Carvalho Lima, com a intenção de criar cursos de ensino superior. Esse grupo, no mesmo ano de sua criação, criou uma nova Faculdade de Odontologia do Pará e logo após o curso de Agronomia e Veterinária, a primeira dirigida por Jayme Aben-Athar e a segunda por José Ferreira Teixeira (SILVA, 2014).

Mais uma vez, os jornais foram espaço de disputas entre duas instituições congêneres, havendo a competição de anúncios entre a Escola Livre de Odontologia do Pará e a Faculdade de Odontologia do Pará, que tiveram fim com a intervenção do senador Cypriano Santos, em março de 1919, estabelecendo o acordo entre as duas instituições, passando a valer o primeiro curso odontológico criado, em que os alunos da Faculdade de Odontologia do Pará foram transferidos para a Escola Livre de Odontologia (ABREU JR., 2010; MIRANDA, 2009).

Contudo, o importante de tais fatos é demonstrar que a criação da Faculdade de Medicina surgiu em meio a tais acontecimentos, em que ao final de 1918, com a dissidência da Escola de Odontologia, Antonio Magno e Silva lança a ideia de criar uma Faculdade de Medicina. Assim, em 1918, os membros da *Associação Científica do Pará*, sob o comando e iniciativa de Magno e Silva vão ao encontro de Camillo Salgado e propõem a criação da Faculdade de Medicina, tendo lhe sido oferecido a direção da referida instituição, porém este declina do pedido e oferece o cargo para o Barão de Anajás e fica como vice-diretor (PARÁ-MÉDICO, 1922; ABREU JR., 2010; MIRANDA, 2009).

Conforme Abreu Jr. (2010) e Miranda (2009), a escolha pelo Barão de Anajás, se deveu à compreensão da classe médica sobre o prestígio que envolvia a figura do citado médico, afinado aolauristas, os ocupantes do Governo do Estado naquele momento. Tal fato

poderia possibilitar a aglutinação de diversos representantes de diferentes setores da sociedade e da classe médica em torno da Faculdade de Medicina (SILVA, 2014).

Somente após 20 anos da edição da Lei n. 629 que criaria os cursos superiores no estado é instalado o curso de Medicina no Pará, em 1919, como uma iniciativa de alguns membros da *Associação Científica do Pará*, mantenedora da Escola de Odontologia e contando com a participação dos médicos-sócios da Sociedade Médico-Cirúrgica do Pará, sob a liderança do Dr. Camillo Salgado (PARÁ-MÉDICO, 1922). Em solenidade proferida pelo governador Lauro Sodré no salão nobre do *Gymnasio Paes de Carvalho*, no dia 9 de janeiro de 1919, é fundada a Faculdade de Medicina e Cirurgia do Pará, sendo instalada e tendo as suas primeiras aulas em duas salas cedidas pelo Governo neste mesmo edifício. Mas esse espaço não atendia às necessidades tanto dos docentes quanto dos discentes, recebendo inclusive críticas por conta da alocação improvisada do espaço de ensino (SILVA, 2014).

Em 1922, no dia 25 de março, Camillo Salgado assume a direção da faculdade e passa a realizar diversas campanhas com a finalidade de angariar recursos para aquisição de um prédio próprio para o curso, além de realizar reformas de adequação do espaço. Após campanhas e mobilizações da sociedade local para a aquisição de recursos para então adquirirem novo prédio, no dia 2 de junho de 1923, a faculdade muda-se para o prédio que era pertencente ao Sexto Grupo Escolar, conhecido como Grupo Escolar Wenceslau Brás, localizado no Largo de Santa Luzia (SILVA, 2014; ABREU JR., 2010; MIRANDA, 2009).

Até o fim do ano de 1923, o Palacete de Santa Luzia, como era conhecido o prédio, estaria alugado para o Governo a fim de estabelecer a instalação da FMCP, porém a sua compra foi efetivada neste mesmo ano por um valor abaixo do esperado, custando 100 contos de réis, quando, na verdade, custava 200 contos de réis, entretanto, com a crise econômica, as casas e os seus aluguéis passaram por uma queda brusca de valor (ABREU JR., 2010; MIRANDA, 2009).

Imagem 16 – A sede da Faculdade de Medicina e Cirurgia do Pará (1939)



Fonte: Álbum do Pará (1939, p. 131 – Acervo do Arquivo Público do Estado do Pará)

A sede oficial da FMCP passou a ser no Palacete Santa Luzia, localizado na atual Avenida Generalíssimo Deodoro, no bairro do Umarizal, logo em frente ao Hospital da Santa Casa do Pará, permanecendo até hoje, como Faculdade de Medicina da UFPA. Para a escolha do prédio ideal foi fundamental a localização, onde os médicos escolheram uma edificação próxima à Santa Casa. Quanto a isso, Silva (2009) destaca que esta posição estratégica facilitaria a equiparação da nova instituição de ensino, pois apesar do Decreto Federal n. 11.530, de 18 de março de 1915, referente à Lei da Equiparação, não fazer menção a uma obrigatoriedade dos estabelecimentos de ensino de Medicina possuir uma unidade hospitalar, era expressivo que dentro das obrigatoriedades curriculares dos cursos de Medicina no Brasil, das 24 (vinte e quatro) disciplinas oficialmente previstas, 11 só poderiam ser ministradas em unidades hospitalares.

A Lei de Equiparação visava demarcar o reconhecimento das Faculdades de Medicina pelo Governo Federal, garantindo reconhecimento nacional aos diplomas emitidos, tomando como modelo as Faculdades de Medicina da Bahia e do Rio de Janeiro. Segundo

Abreu Jr. (2010), a Faculdade de Medicina e Cirurgia conseguiu este feito no dia 4 de setembro de 1924. A FMCP teve a sua instalação oficial e início de suas atividades no dia 1º de maio de 1920 e as aulas passaram a ser ministradas no casarão do Largo da Santa Luzia no dia 1º de abril de 1924, e no mês de dezembro deste mesmo ano graduam-se os primeiros médicos da Faculdade de Medicina e Cirurgia do Pará, porém a cerimônia de colação de grau ocorreu somente em abril de 1925, após a defesa de tese.

A revista *Pará-Médico* de 1922, ao tratar dos percursos tomados pela Faculdade de Medicina e Cirurgia do Pará, destaca que no momento de instalação da faculdade havia “sessenta e poucos alunos, o que representava um coeficiente notável”, porém destes alunos da primeira turma, naquele momento de 1922, somente oito alunos alcançaram o 4º ano do curso (PARÁ-MÉDICO, 1922). De acordo com o relatório da FMCP (1939), no período de 1919 a 1939, houve a formação de 40 doutores em Medicina e 185 médicos diplomados. Na primeira turma de formados (a de 1924) houve quatro doutores e um médico, correspondendo ao total de cinco alunos.

De acordo com Abreu Jr. (2010) e Miranda (2009), entre estes quatro doutores em Ciência Médica estavam Antonio Magno e Silva, formado em Odontologia pela Faculdade do Rio de Janeiro, sendo um dos fundadores da Escola Livre de Odontologia e membro da Associação Científica do Pará, como foi mencionando acima. Concomitante ao seu período de formação no curso de Medicina no Pará, ele era professor catedrático e diretor do curso de Odontologia⁸⁰.

A escassez de alunos que conseguiam concluir o curso estaria ligada a diferentes fatores, como a complexidade das disciplinas e rigor dos docentes; as desistências e as dificuldades não só para a elaboração da tese, mas para a realização das provas finais; e os valores cobrados nas mensalidades num período de crise econômica (MIRANDA, 2013; SILVA, 2014; ABREU JR., 2010; MIRANDA, 2009).

As primeiras turmas da FMCP tinham o corpo docente composto pela 1ª geração de médicos do século XX, que foram atuantes da SMCP, no qual todos eram graduados na Bahia e no Rio de Janeiro: Germiniano Coelho, Camillo Salgado, Amanajás Filho, João Prisco dos Santos, Mario Chermont, Antonio Marçal, Remígio Filgueiras, Acatauassú Nunes Filho, Jayme Aben-Athar, José Dias Júnior, Evaristo Silva, Pinheiro Sozinho, Dionysio Bentes,

⁸⁰ Os outros três doutores eram Honorato Remígio de Castro Filgueiras, cearense, que iniciou o curso de Medicina na Faculdade Nacional de Medicina do Rio de Janeiro e se transferiu para Belém em 1922, passando a cursar com a turma que estava no 4º ano; o segundo aluno era Hippolyto Carelli, grego; e o terceiro era Bianor Penalber, jornalista que trabalhava no jornal *Estado do Pará* e na revista *A Semana* (ABREU JR; MIRANDA, 2009).

Arthur França, Américo Campos, Hermógenes Pinheiro, Acylino de Leão, Salgado dos Santos, Souza Castro, Oswaldo Barbosa, Cruz Moreira, Lauro Magalhães, Azevedo Ribeiro, Pedro Miranda, Rodrigues de Souza, Mattos Cascaes, Carlos Franco, Cyriaco Gurjão, Otto Santos, Chaves de Freitas, Emiliano Souza Castro, Francisco Pondé, Agostinho Monteiro, Antonio da Silva Rosado, Penna de Carvalho, Porto de Oliveira e Jayme Rosado (PARÁ-MÉDICO, 1922).

Imagem 17 – Corpo Docente da FMCP (1922) ⁸¹



Fonte: Pará-Médico (1922, p. 363).

Há indícios de que o médico e professor Cyriaco Gurjão, que estava à frente da disciplina de Clínica Pediátrica Médica e Higiene Infantil tenha sido substituído por Ophir Pinto de Loyola por volta de 1924. A grade curricular era composta pelas seguintes disciplinas e de responsabilidade dos respectivos docentes:

Phisica Medica – Dr. Mario Midosi Chermont
Chimica Médica – Dr. Antonio Marçal

⁸¹ Sentados, ao centro, Dr. Camillo Salgado (diretor); ladeado à direita pelo Dr. Americo Campos, Dr. Amanajás Filho e Dr. Prisco Santos; à esquerda ladeado pelo Dr. Mario Chermont, Dr. Antonio Marçal, Dr. Remigo Filgueiras e Dr. Acatauassú Nunes Filho. De pé, da esquerda para a direita, Dr. Rodrigues de Souza, Dr. Gaston Vieira, Dr. Acylino de Leão, Dr. Dagoberto Souza e Dr. Ophir Loyola.

História Natural e Parasitologia – Dr. Juliano Pinheiro L. Sosinho
 Química Biológica – Germiniano Alves Coelho
 Anatomia Descritiva (1ª parte) – Hermogenes Pinheiro
 Anatomia Descritiva (2ª parte) – José Alves Dias Junior
 Histologia Normal – João Evaristo da Silva
 Fisiologia (1ª parte) – Antonio R. de Castro Filgueiras
 Fisiologia (2ª parte) – Americo V. Gonçalves Campos
 Microbiologia - Antonio Acatauassú N. Filho
 Patologia Geral – Oscar Pereira de Carvalho
 Farmacologia e Arte de formular – Gabriel Rodrigues de Souza
 Anatomia e Fisiologia patológicas – Jayme Jacynto Aben-Athar
 Anatomia Medico-Cirúrgica – Renato Chaves da Silva Souza
 Operações e aparelhos – Dagoberto Rodrigues de Souza
 Terapêutica – Raymundo F. M. Cascaes
 Higiene – João Prisco dos Santos
 Medicina Legal e Toxicologia – Francisco de Souza Pondé
 Clínica Propedêutica Médica – Acylino de Leão Rodrigues
 Clínica Médica (1ª cadeira) – Oswaldo Ferreira Barbosa
 Clínica Médica (2ª cadeira) – Arthur Pinto de França
 Clínica Médica (3ª cadeira) – Antonino E de Souza Castro
 Clínica Propedêutica Cirúrgica – Hygino Amanajás Filho
 Clínica Cirúrgica (1ª cadeira) – Camillo Henrique Salgado
 Clínica Cirúrgica (2ª cadeira) – Raymundo da Cruz Moreira
 Clínica Cirúrgica (Via Urinária) – Lauro Antunes de Magalhães
Clínica Pediátrica Cirúrgica – Otto Santos
Clínica Obstétrica (1ª cadeira) – Agostinho M. Monteiro
Clínica Obstétrica (2ª cadeira) – Argeniro Orlando P. de Lima
Clínica Ginecológica – Antonio J. da Silva Rosado
Clínica Pediátrica Médica e Higiene infantil – Ophir Pinto de Loyola
 Clínica Dermatológica e Syphiligraphica- Manoel F. dos Santos Bastos
 Clínica Oftalmológica – Deusdedit Coelho Duarte
 Clínica Neurológica – João Baptista P. de Carvalho
 Clínica Psiquiátrica – Antonio Porto de Oliveira
 Radiologia e Fisioterapia – Jayme da Silva Rosado
 Anatomia e Fisiologia – Carlos Arnobio Franco (MAIA, 1925; PEREIRA, 1929).

A listagem acima consta nas teses de 1925 a 1929, sendo que em 1930 há a mudança de alguns nomes, porém mantendo o conteúdo das disciplinas, tais como *Physica* e não mais *Phisica Medica*; *Chimica geral e mineral* ao invés de *Chimica Medica*; *Biologia geral e parasitologia*, que antes era História Natural e Parasitologia; Anatomia Humana (1ª cadeira e 2ª cadeira), antes intitulada Anatomia Descritiva; a disciplina de *Clinica Cirurgica* que contava com três cadeiras passa a ter somente duas; e a *Clinica Cirurgica Infantil e Orthopedia*, que era *Clinica Pediatrica Cirurgica*.

A Faculdade de Medicina e Cirurgia do Pará foi a oitava escola de Medicina a ser criada no Brasil, vindo após da criação das faculdades do Rio de Janeiro (1808); da Bahia (1808); do Distrito Federal (1808), que também possuía o Instituto Hahnemanniano (1912), no Rio Grande do Sul (1898), Paraná (1912), São Paulo (1913) e Minas Gerais (1918) (SCHWARCZ, 1993; SILVA, 2014). Destas oito universidades criadas, a FMCP era a única que estava na região Norte do país, revelando a sua importância não somente para o estado,

mas para a região amazônica. Sobre isto, a revista *Pará-Médico* corrobora afirmando que o utilitarismo da Faculdade de Medicina do Pará não estaria simplesmente circunscrito “ao nosso regionalismo”, mas que também abarcava os “Estados vizinhos, como Amazonas e o Maranhão”, alcançando alunos que não poderiam ir “às longinquas Faculdades do Sul”, encontrando aqui no estado do Pará, “os ensinamentos salutareos que de futuro lhes serão proveitosos e às terras de que provêm”. Atina-se para ofato de serem os momentos iniciais de criação das primeiras entidades que serviram para estabelecer o que Silva (2014) chama de uma “identidade de classe”, pontua-setambém que, em seus discursos, transparecia uma intenção de legitimar uma atuação ímpar na região amazônica na fomentação não somente da Medicina, mas também do conhecimento científico⁸².

4.3.1 As produções acadêmicas dos médicos de outrora: as “Teses de Doutorado ou Inaugurais”

Miranda (2009) e Abreu Jr. (2010) explicitam que as “Theses Doutorais” ou “Teses de Doutorado ou Inaugurais”, como avaliação e requisito final dos cursos de Medicina do Brasil ocorreram a partir da Reforma do Ensino Médico de 1832⁸³, na Regência Trina Permanente⁸⁴, no momento em que as Academias Médico-Cirúrgicas da Bahia e do Rio de Janeiro se tornam Faculdades de Medicina, tornando a sua apresentação obrigatória ao final do curso, até o primeiro quartel do século XX.

Meirelles et al. (2004), ao pesquisar sobre as teses doutorais de titulados pela Faculdade de Medicina da Bahia, no período de 1840 a 1928, afirmam que antes desta reforma, as Academias formavam “cirurgiões formados” e não médicos, diferente dos que se formavam na Faculdade de Medicina de Portugal ou de outros países europeus que adquiriam a diplomação de “médico formado” e o título de “Doutor em Medicina”, conferido ao diplomado que defendesse a “These Doctoral” escrita em língua portuguesa ou latina.

⁸² Manaus, enquanto uma capital que gozou tanto do período áureo quanto da crise econômica da borracha, juntamente com o Pará, teve a criação da sua primeira Faculdade de Medicina somente em 1965. (Fonte: História do Curso de Medicina da UFAM, disponível em: <http://ccm.ufam.edu.br/index.php/pt-BR/19-sample-data-articles/ccm/8-historia-do-curso-de-medicina-da-ufam>).

⁸³ Lei de 3 de outubro de 1832, referendada pelo Ministro do Império, Nicolau Pereira de Campos Vergueiro, que pretendia regularizar e estabelecer critérios para o ensino médico, ampliando o tempo do curso para seis anos e mudando a denominação de “Colégios Médico-Cirúrgico” ou “Academia de Médico-Cirúrgicas” para torná-las “Faculdades”, que deviam seguir o mesmo rigor acadêmico e científico das Faculdades de Paris (MAIA, 2010).

⁸⁴ Em 1831, D. Pedro I, abdica do poder, momento em que o seu filho tinha somente cinco anos de idade, estando impossibilitado de assumir o posto deixado por seu pai. Assim, por nove anos, o Brasil foi governado por um sistema regencial. Após três meses da existência de uma Regência Provisória, em julho do mesmo ano, a assembleia geral, aprova a Regência Trina Permanente que governou o país até o ano de 1835.

Com a reforma de 1832, os formados no Brasil, após a realização de todos os exames exigidos, passam a ser considerados bacharéis em Medicina e para receber o título de Doutor em Medicina era obrigatória a defesa da “These Doutoral”. Tais exigências também se estendiam aos que se formavam fora do país, tendo também que passar por exames e avaliações para conseguir os títulos de bacharel ou de doutor. Porém, no período compreendido entre 1832 e 1840, há poucas informações sobre as “Theses Doutorais”, em que os diretores das Congregações das Faculdades de Medicina, especificamente a Faculdade de Medicina da Bahia, reclamavam pelo lento processo de implantação das medidas da Lei de 1832 pelo Ministério do Império (MEIRELLES et al., 2004). Somente a partir de 1840 se tornou crescente o número de “Theses Doutorais”.

Mesmo com as vigilâncias e rigores impostos pela reforma de 1832, as “Theses Doutorais”, além de serem escassas, apresentavam uma péssima qualidade. Enquanto um desdobramento das iniciativas da classe médica brasileira de garantir a qualidade das produções acadêmicas, esses optaram por não mais estabelecer a obrigatoriedade da apresentação. Assim, em 1925, surge a Reforma Rocha Vaz⁸⁵ que estabelecia o seguinte para os cursos de Medicina:

Art. 103 - Ao aluno, que concluir os seis anos de curso, será conferido o título de médico, e aos que fizerem defesa de tese, que é facultativa, será conferido o grau de doutor em medicina, título que será também conferido aos médicos aprovados em concurso para professor catedrático ou docente livre.

Portanto, observa-se que esta Lei de 1925 passa a estabelecer que o título de Doutor em Medicina seria destinado somente para os que, ao final do curso, defendessem uma tese, porém seria facultativo. Essa iniciativa em tornar a defesa da tese como algo opcional, para Miranda (2009) e Abreu Jr. (2010), estaria relacionada a uma “tentativa agonizante” de manter e melhorar a qualidade das teses, haja vista que se partia do princípio de que os alunos realmente interessados em elaborá-las, automaticamente, garantiriam a qualidade delas.

Em final do século XIX, as teses se encontravam em pleno estado de decadência, ao serem criadas para servir como instrumento de avaliação e estímulo à produção científica, o que acabou falhando nos seus objetivos. Os trabalhos revelavam a inexperiência dos doutorandos em criar um trabalho original e por desinteresse, copiavam ou encomendavam a elaboração das teses (MIRANDA, 2009; ABREU JR., 2010).

⁸⁵ Reforma João Luiz Alves (conhecida por Lei Rocha Vaz) – Decreto n. 16782a, de 13 de janeiro de 1925, que pode ser conferida em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/asphe/article/view/29024/pdf>.

Fatores como a má qualidade, o descrédito das teses e a presença de uma lei (como a Lei Rocha Vaz, de 1925) que tornou opcional para os graduandos de Medicina do Brasil a elaboração do trabalho final acabaram por enfraquecer mais ainda a sua produção. O mesmo se dará no curso de Medicina do Pará, que foi fundado justamente nos anos 1920. Além disto, o doutorando que tinha interesse em ter o título de Doutor em Medicina deveria pagar uma taxa de inscrição e apresentar 60 exemplares ao diretor da Faculdade, que enviaria o trabalho para uma comissão de ensino que realizaria um parecer. Caso fosse aprovado, o candidato poderia defender a tese diante da Congregação, do contrário somente poderia apresentar uma nova tese um ano depois (MIRANDA, 2009; ABREU JR., 2010).

Conforme o estatuto de 1924 da FMCP, a Congregação nomearia uma banca examinadora composta por três professores, em que um deveria ser catedrático. A arguição deveria ser feita por um professor de cada vez e correspondia a um tempo de vinte minutos. A avaliação da tese considerava dois requisitos: o mérito do trabalho e os conhecimentos exigidos do doutorando. Ao final, o doutorando poderia ter os seguintes conceitos: “aprovado com distinção”, “aprovado plenamente”, “aprovado simplesmente” ou “reprovado”. As teses deveriam ser apresentadas não só pelos graduandos que almejavam o título de doutor, mas também pelos candidatos dos concursos para Livre Docência e para Cátedra, ou seja, havia três tipos de teses: Tese (Doutorado), Tese (Livre-Docência) e Tese (Cátedra).

SEÇÃO V – A SITUAÇÃO SOCIAL, ECONÔMICA E EPIDÊMICA DA INFÂNCIA NO ESTADO DO PARÁ NO SÉCULO XX

[...] a desoladora mortalidade infantil que se verifica em nossa terra.

Problema que reclama os mais solícitos estudos e a imediata interferência dos poderes públicos é o de conhecer as causas que originam essa desproporcional letalidade de parvulos, para contrapor-lhes as rigorosas medidas que a ciência indicar.

A proteção da criança, desde o ventre, não é, hoje, somente atribuída ao obstetra, ao pediatra, aos institutos de assistência à infância.

Aos próprios governos incube essa indeclinável e decisiva proteção, que é a própria defesa da raça, a segurança do desenvolvimento da nacionalidade.

A todos, enfim, deve dominar o interesse de evitar tantas perdas de vida na infância, capital humano que desaparece em prejuízo do imenso país, de tão escassa população ainda, em proporcionalidade com o tamanho territorial. meter ombros à tarefa ridícula do impressionante problema, que nos deve assustar e comover, da mortalidade infantil entre nós, é bem um empenhamento de verdadeiro patriotismo (PEREIRA, 1929, p. 26).

5.1 A INFÂNCIA POBRE E A MORTALIDADE INFANTIL NA CAPITAL PARAENSE

Sarges (2010) descreve a formação do espaço urbano na metrópole da Amazônia diante do fausto da borracha, porém adverte que o mais importante de ser mostrado sobre a vida na região nesse período era a sua realidade concreta, em que afloravam as contradições sociais próprias de uma sociedade inserida no sistema capitalista, onde o progresso e a modernidade conviviam lado a lado com a miséria, a prostituição e outras mazelas sociais. Nesse sentido, orientando-se pela mesma problematização da pesquisadora, a presente seção dá visibilidade às doenças e aos altos índices de mortalidade infantil diante da ausência de uma estrutura não só de Saúde Pública, mas também de uma organização voltada para a proteção da infância no Pará, que estava alicerçada em bases frágeis, sendo quase inexistentes. Entretanto, demarcou modificações quanto às concepções de cuidado com a criança e a maternidade.

Como foi abordada anteriormente sobre a estrutura de atendimento de saúde no estado, a organização de um serviço público de saúde começou a se delinear a partir do século XX, em que mesmo com a criação de hospitais e asilos, eles não conseguiam combater doenças, como a varíola, a lepra, a tuberculose, a febre amarela, a malária (paludismo, impaludismo, maleita ou febre palustre). Os espaços de atendimento aos doentes eram precários e insalubres e não conseguiam atender às demandas postas. Estrutura essa que estava aliada à ausência de um corpo médico mais avolumado e próprio do estado.

No período correspondente aos anos de 1840 a 1920, a economia da região girava em torno da produção extrativista da borracha, momento que se agregam novos contingentes à cidade, levando à ampliação e modificação na paisagem do urbano. Apesar do estado, sobretudo, a capital, nesse momento, usufruírem de crescimento econômico, tal crescimento estava restrito a uma elite, bem como para a produção de seus bens e espaço culturais e de lazer.

Dentre as problemáticas de infraestrutura e de Saúde Pública da capital estava a ausência de água encanada e potável. Almeida (2010) afirma que conforme ocorria a ampliação da cidade, maior era o número de habitantes que se dirigiam às áreas que possuíam rios e igarapés a fim de abrirem poços. Até 1830 havia dez poços públicos, sendo seis de pedra e quatro de madeira, destacando-se naquele momento a fonte das *Pepes*, os mananciais *Paul d'Água* e a Companhia de Águas do Pará, sendo que em 1856, o Presidente da Província do Grão-Pará, Sebastião do Rêgo Barros, passou a ter preocupações com a necessidade de

encanamento das águas potáveis, assim como o esgotamento das águas que eram retidas nos pântanos. Todavia, as empresas responsáveis por boa parte da água consumida na cidade não levaram a efeito a obra.

Com a Proclamação da República e o fortalecimento dos ideais e campanhas higienistas, as autoridades da capital paraense passaram a proibir a permanência de poços públicos, em que mesmo com a desapropriação e declaração de utilidade pública da Companhia de Águas do Pará, a maioria da população não tinha acesso à água encanada, recorrendo assim às torneiras públicas (que tinham altas taxas de cobrança e falhas no fornecimento) ou aos já habituais poços.

Almeida (2010) identifica em seu estudo, que pelo menos até as duas primeiras décadas do século XX, não havia em diversas habitações água encanada e potável. Então, a população continuou seguindo como estratégia de moradia a procura por locais que fossem próximos ao rio ou a igarapés a fim de criar poços que pudessem possibilitar o encontro regular com a água. A água surge no discurso de considerável parte das autoridades, como intelectuais e dirigentes, sobretudo nos jornais, como um dos principais meios de propagação de doenças.

O ano de 1909 foi o momento em que a malária assumiu forma epidêmica, que conforme a comissão de serviço de saúde de combate ao mal malárico decorria, especialmente, pelo depósito inadequado de água, escavações no solo, obstrução dos igarapés e valas, além da chegada de pessoas doentes provindas do interior do estado (Alcobaça e Madeira-Mamoré)⁸⁶. As considerações sobre o inadequado armazenamento da água como um dos fatores do alastramento da malária legitimou as medidas do poder público da época que visavam extinguir os focos que pudessem facilitar a criação do mosquito *Anopheles*⁸⁷, dentre os quais se incluía a obstrução completa de igarapés (PARÁ, 1910).

Além da ausência de água encanada e apropriada ao uso, a população pobre também estava exposta a local de péssimas condições materiais e higiênicas. No mesmo relatório, publicado em 1910, mas que se refere ao ano de 1909, correspondente ao governo de João Antonio Luiz Coelho, são descritas as ações realizadas para combater o impaludismo na capital, que se tornou uma epidemia que vinha atingindo os bairros tidos como periféricos na

⁸⁶ Relatório (referente ao ano administrativo de 1909) da Secretaria de Estado do Interior, Justiça e Instrução Pública, apresentado ao Governador do Estado, João Antonio Luiz Coelho, pelo desembargador Augusto Olympio de Araújo e Souza.

⁸⁷ O *anopheles* é um inseto que está presente em áreas tropicais e subtropicais, sendo um mosquito responsável pela transmissão de doenças, como a malária e a filariose. As suas larvas não são adaptadas a viver em águas que estejam em movimento, se desenvolvem potencialmente em microclimas de água quase parada (CONSOLI, 1994).

época, como Marco da Légua, Souza, Canudos, Jurunas e 22 de Junho, dentre outros. Segundo a descrição das condições sociais, econômicas e higiênicas da rua e da moradia dos habitantes que viviam em tais bairros:

As habitações no Marco, Pedreira e Canudos são geralmente constituídas por pequenas barracas, habitadas por operários. Ao redor delas existe grande quantidade de bananeiras que em alguns pontos são duma densidade tal que impossibilitam a passagem de uma por entre ellas. A vida, ahi é pobre, sem conforto nem hygiene. Estas zonas são cercadas e cortadas por igarapés e terrenos baixos, outr'ora inteiramente cheios de d'agua, hoje, felizmente, seccos. As barracas são cobertas com palha de ubussú e telhas de zindo, com paredes e pavimentos de barro. Não possuem latrina, nem deposito d'agua, apropriados, sem compartimentos especiaes para refeições e dormitórios. Compõem-se comummente de tres compartimentos: sala de entrada, um quarto sem janella e formado por tres meias paredes e em seguida cosinha. A agua de que se servem os habitantes para beber, lavar, etc., é retirada de pequenos buracos, feitos no solo e no fundo dos quintaes: alguns juntos dos locais onde são lançadas as dejecções, aguas servidas, restos de comida e lixo. Os logares que servem de latrinas são apenas protegidos por um pedaço de panno e ficam nos fundos das barracas ou dos quintaes. Em muitos nem isso é feito; as pessoas defecam nos quintaes e terrenos circunvizinhos. Numa barraca onde poderiam residir apenas duas ou tres pessoas, acotovelam-se de oito a quinze. Crianças e adultos; homens e mulheres, dormem no mesmo compartimento em redes e esteiras ou sobre o solo de barro. Vivem em commum com muitos animais domésticos, especialmente porcos, galinhas e patos (PARÁ, 1910, p.41).

Desse breve relato nota-se as principais características das moradias dos habitantes não somente dos bairros do Marco, Pedreira e Canudos, mas das demais periferias da época, eram pequenas barracas cobertas por palha e com paredes de barro, não havendo divisões por compartimentos, sem espaços específicos para dormitórios e refeições e, caso houvesse, no máximo possuía somente três cômodos, não havia latrinas e nem depósito de água, as ruas não eram arejadas e eram alagadiças, a água para consumo era retirada de buracos feitos no solo dos quintais, alguns ficavam juntos ou próximos dos locais que eram utilizados para o despejo dos materiais fecais, lixo e resto de comida. As casas, sem qualquer infraestrutura, comumente, abrigavam de oito a quinze pessoas, além de animais domésticos, como porcos, galinhas e patos, não havendo separação entre os ambientes que seriam ocupados por crianças e adultos, homens e mulheres.

Diante do contexto descrito, qual era a situação social, econômica e epidêmica da infância no estado do Pará? Anteriormente, indicou-se que as práticas de registrar as mortes infantis não eram tão comuns ainda em meados do século XX. Em levantamento de relatórios do Estado e do Município de 1909 a 1913 verificou-se a presença de dados sobre as taxas de natalidade, de óbitos gerais e dados sobre a natimortalidade, que

ofereceram elementos sobre o quadro epidêmico e de mortalidade da infância no Pará em meados do século XX.

Nos óbitos gerais constavam os números de mortes de homens e mulheres, porém, sem especificação de idade, logo incluindo crianças de 1 a 12 anos de idade. As taxas de natalidade indicam os números de nascimento durante um ano, enquanto que os de natimortalidade se referem aos casos em que o feto morre dentro do útero materno, durante o trabalho de parto ou poucos dias após o nascimento. Os dados sobre os natimortos que constam nos relatório permitem a análise sobre a (não) assistência prestada às mulheres durante o período da gravidez e do puerpério, no qual se constata que houve o crescimento das taxas de nascimento seguidas por morte. Os dados sobre a proporção de mortalidade nos anos de 1905 a 1910 são os seguintes:

Quadro3 – Proporção de mortalidade nos anos de 1905 a 1910

	1905	1906	1907	1908	1909	1910
Total de nascimentos	2.700	5.814	2.752	2.757	2.698	2.700
Total dos óbitos	4.100	3.593	3.741	3.622	3.957	4.266
Total dos natimortos	930	346	399	406	446	423
Total dos casamentos	—	—	—	—	441	375
Em 1.000 nascimentos houve óbitos	1518, 51	1276, 83	1359, 37	1313,74	1466,64	1580,0
Em 1.000 habitantes houve óbitos	23,16	20,29	20,22	18,57	21,38	22,45
Em 100 habitantes houve nascimentos	15,25	16,46	14,87	14,51	15,58	14,21
Em 1.000 habitantes houve casamentos	—	—	—	—	2,22	1,97

Média diária dos óbitos	11,23	9,84	10,24	9,89	10,84	11,68
Média mensal dos óbitos	341,66	229,0	311,75	301,83	229,75	355,5

Fonte: Relatório da Diretoria do Serviço Sanitário – Anno de 1910

Observa-se que o total de nascimentos no período de 1905 a 1910 mantém uma constante, havendo um rompimento no ano de 1906, porém segue para uma média de 3.884,2 nascimentos ao ano, no período de 1905 a 1910. Quanto ao total de óbitos gerais (tanto adultos quanto menores) comumente são mais elevados que as taxas de nascimento, havendo uma média de 4.655,8 casos de mortes durante os cinco anos indicados, porém deixando como questionamento: quanto deste total de óbitos representa a morte de crianças entre 1 a 12 anos? Enquanto isso, os casos de natimortos têm uma média de 590 casos, o quadro a seguir ilustrado com esses dados, consta no relatório sobre o movimento do estado civil de 1909.

Quadro 4 – Movimento do estado civil do ano de 1909

MÊS	NASCIMENTOS			ÓBITOS			NATIMORTOS		
	Masc.	Fem.	Total	Masc.	Fem.	Total	Masc.	Fem.	Total
Jan.	101	107	208	215	156	371	18	20	38
Fev.	100	103	203	201	147	348	20	16	36
Mar.	119	127	246	216	175	391	25	17	42
Abr.	134	112	246	211	175	386	20	20	40
Mai.	104	122	226	238	166	404	20	21	41
Jun.	116	87	203	186	127	313	22	24	46
Jul.	146	119	265	177	127	304	26	22	48
Ago.	129	116	245	163	116	279	16	19	35
Set.	109	102	211	147	113	260	15	10	25
Out.	115	112	227	166	124	290	12	14	26
Nov.	99	104	203	175	142	317	18	16	34

Dez.	124	91	225	174	120	294	14	21	35
SOMA	1396	1302	2698	2269	1688	3957	226	220	446

Fonte: Relatório da Diretoria do Serviço Sanitário – Anno de 1909

De acordo com o Relatório, a população da capital paraense estava calculada em 185 mil habitantes, havendo no período, 2.698 nascimentos, 3.957 óbitos gerais (sem especificação de idade) e 446 natimortos. O geral das médias mensais era: 224,83 nascimentos; 329,75 óbitos; 37,16 natimortos; e 162,58 pessoas acometidas por moléstias transmissíveis. De acordo com o mesmo relatório, as principais moléstias transmissíveis que levaram a óbitos em 1909 foram 169 por febre amarela, 9 por peste bubônica, 3 por varíola (empessoas vindas de regiões fora do Pará, como Lisboa, Pernambuco e Bahia), 1 por difteria, 9 por gripe, 8 por febre típica, 42 por beribéri, 75 por lepra; **1.159 por paludismo** e 432 por tuberculose. Destes números, o paludismo, segundo o referido relatório, foi o único *morbos* que se manifestou epidemicamente, no qual excedeu para mais de 40% da média anual até então registrada. Os coeficientes dos dados sobre nascimento, óbitos gerais, natimortos e casamentos no ano de 1909, revelam que:

Em 1000 nascimentos houve 1466,64 obitos geraes.

Em 1000 obitos geraes houve 291,83 obitos de menores de 5 annos.

Em 100 obitos geraes houve 855,69 obitos de nacionaes.

Em 100 obitos geraes houve 144,31 obitos de estrangeiros.

Em 1000 habitantes houve 21,38 obitos de geraes

Em 1000 habitantes houve 15,58 nascimentos

Em 1000 habitantes houve 2,22 casamentos (PARÁ, 1909, p. 5; grifo meu).

No que diz respeito ao número de nascimentos afere-se que permaneceu inferior ao número de óbitos, em que os “291,83 obitos de menores de 5 annos” em “1000 obitos geraes” significa que houve a morte de aproximadamente 1.155 crianças do total de 3.957 óbitos gerais. Nesse mesmo ano, a comissão de médicos da Diretoria do Serviço Sanitário do Estado, sob a chefia do Dr. Antonio Peryassú, médico bacteriologista e entomologista, procurou conhecer as zonas infectadas e dar início à execução do programa de serviço de saneamento, que objetivava pôr fim à epidemia do impaludismo, adotando como pontos principais de sua estratégia o expurgo das casas, a quininição⁸⁸ dos habitantes e a utilização da polícia de focos, sendo que o programa consistia nos seguintes pontos:

⁸⁸A quininição consistia no emprego da quinina, substância que possui ação antitérmica, antimalárica e analgésica.

1º. Exploração da zona inficionada; 2º. visitas systematicas ás habitações; 3º. organização duma lista completa dos habitantes; 4º. pesquisas das especies de anophelinas; 5º. tratamento de todos os individuos moradores [...] como impaludados (pela quinina); 6º. proteção dos doente contra os culicideos, por meio de mosquiteiros e isolamento dos indigentes em hospital especial; 7º. rectificação e limpeza dos cursos d'agua naturaes e vallas, aterramentos de poços, dissecação de pântanos e petrolagem; 8º. Expurgo das habitações dos impaludados e policia de focos; 9º. pesquisa do hematozoario nas creanças e nos antigos impaludados e determinação de typos morfológicos; 10º. pesquisa dos casos de splenomegalia (para isolamento); 11º instrucções ao povo para evitar o impaludismo.

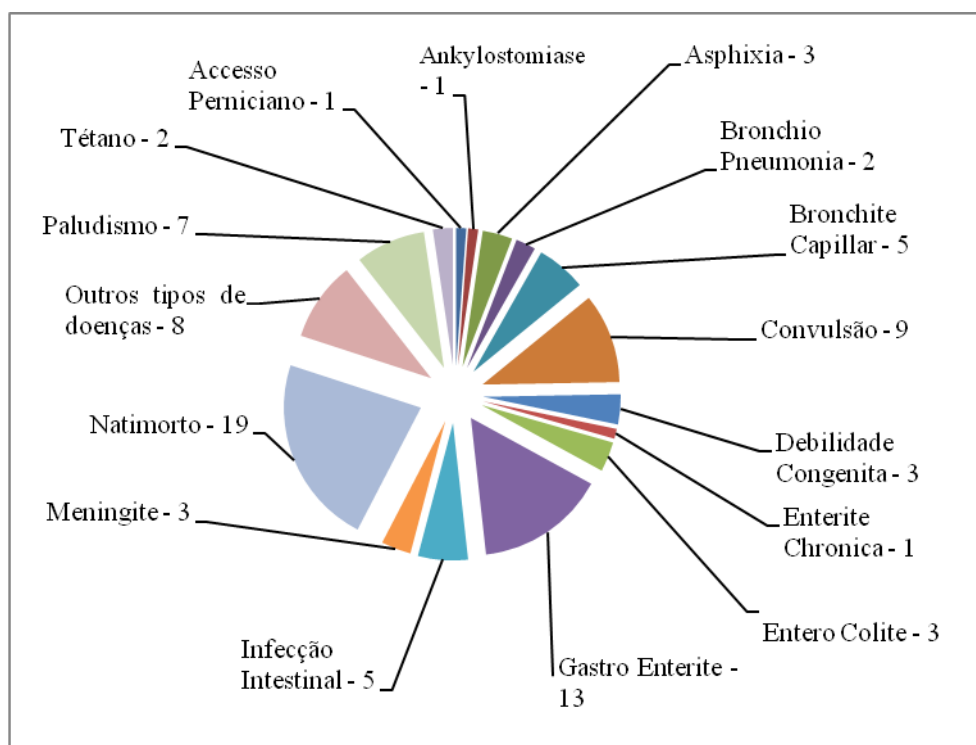
Além do aterramento de igarapés e poços, o programa visava explorar as zonas infectadas a partir de visitas sistemáticas às habitações a fim de fazer o levantamento e o tratamento dos indivíduos doentes, dando atenção aos possíveis parasitas existentes em crianças e pessoas que já tiveram a doença e juntamente com estas estratégias seria realizada a instrução da população sobre a malária, mas tais medidas foram eficientes no combate à mortalidade infantil?

Apesar da indicação dos relatórios, acredita-se que os índices de doenças e mortes foram maiores do que os apresentados oficialmente, principalmente quando se confronta estes números com os resultados da pesquisa coordenada pela Dra. Laura Alves intitulada *A história do Instituto de Proteção e Assistência à infância do Pará (1912-1934): significados e sentidos das ações do médico Ophir Loyola*, que ao realizar uma investigação sobre as *causa mortis* infantis, do período de 1909 a 1934, a partir dos livros perpétuos de menores do Cemitério Santa Izabel⁸⁹, encontrou relevantes dados sobre as epidemias e demais causas de mortes infantis no Pará.

Resultados parciais da pesquisa foram publicados, até o momento, em dois artigos produzidos pela pesquisadora em parceria com os seus bolsistas, além de contar com artigos produzidos por seus alunos do Curso de Mestrado em Educação do ano de 2012. Ressalta-se que, em tal pesquisa, não houve a relação entre o total dos casos de mortos enterrados no Cemitério Santa Izabel equiparados às mortes de crianças, haja vista que foi feita, inicialmente, a delimitação da pesquisa especificamente nos livros perpétuos de menores e que ainda está em andamento. Na pesquisa foi constatada que, somente no mês de dezembro de 1909, foram registradas 85 mortes nos livros perpétuos de menores do Cemitério de Santa Izabel, indicando as seguintes *causa mortis*:

⁸⁹ Fundado em junho de 1876, o cemitério de Santa Izabel é o mais antigo de Belém em funcionamento, localizado no bairro do Guamá, especificamente na Av. José Bonifácio, entre a Rua dos Mundurucus e Rua Paes de Souza (COSTA, 2010).

Gráfico 1 – *Causa Mortis* de crianças no mês de dezembro de 1909, segundo os livros perpétuos de menores do Cemitério de Santa Izabel



Fonte: Elaborado pela autora, com base na pesquisa de Alves; Chagas; Viana (2015)

Conforme a indicação do gráfico, dos 85 (oitenta e cinco) casos de mortes de crianças no mês de dezembro de 1909, 7 (sete) foram por paludismo, apesar das medidas de desinfecção que foram tomadas nos primeiros meses desse ano. Porém, observa-se também que a principal causa de mortes (após os casos de natimortos) é a gastroenterite, com 13 (treze) casos. Essa doença é uma inflamação aguda que pode ser causada por vírus, bactéria e parasitas, acometendo pessoas que vivem em locais sem tratamento de água, rede de esgoto, água encanada e destino adequado para os dejetos fecais, atingindo o sistema gastrointestinal (cavidade oral, faringe, esôfago e estômago) (FILHO, 2013).

Não somente a gastroenterite e a malária surgem como doenças associadas às condições inadequadas de armazenamento da água, mas também competem como principal *causa mortis* infantil, a meningite, a enterocolite e a infecção intestinal que associada às péssimas condições de higiene a qual as famílias estavam submetidas, tornava a criança um alvo fácil de doenças. Essas doenças também se tornaram presentes no ano seguinte, em que a malária, ainda em finais do ano de 1909, foi considerada extinta, mas em 1910 as autoridades

sanitárias passam a reconsiderar a sua existência, apesar de indicar baixos números quanto a sua presença dentre os motivos de óbito, passando a dar atenção para a febre amarela. Abaixo se observam as especificações dos dados oficiais do ano de 1910.

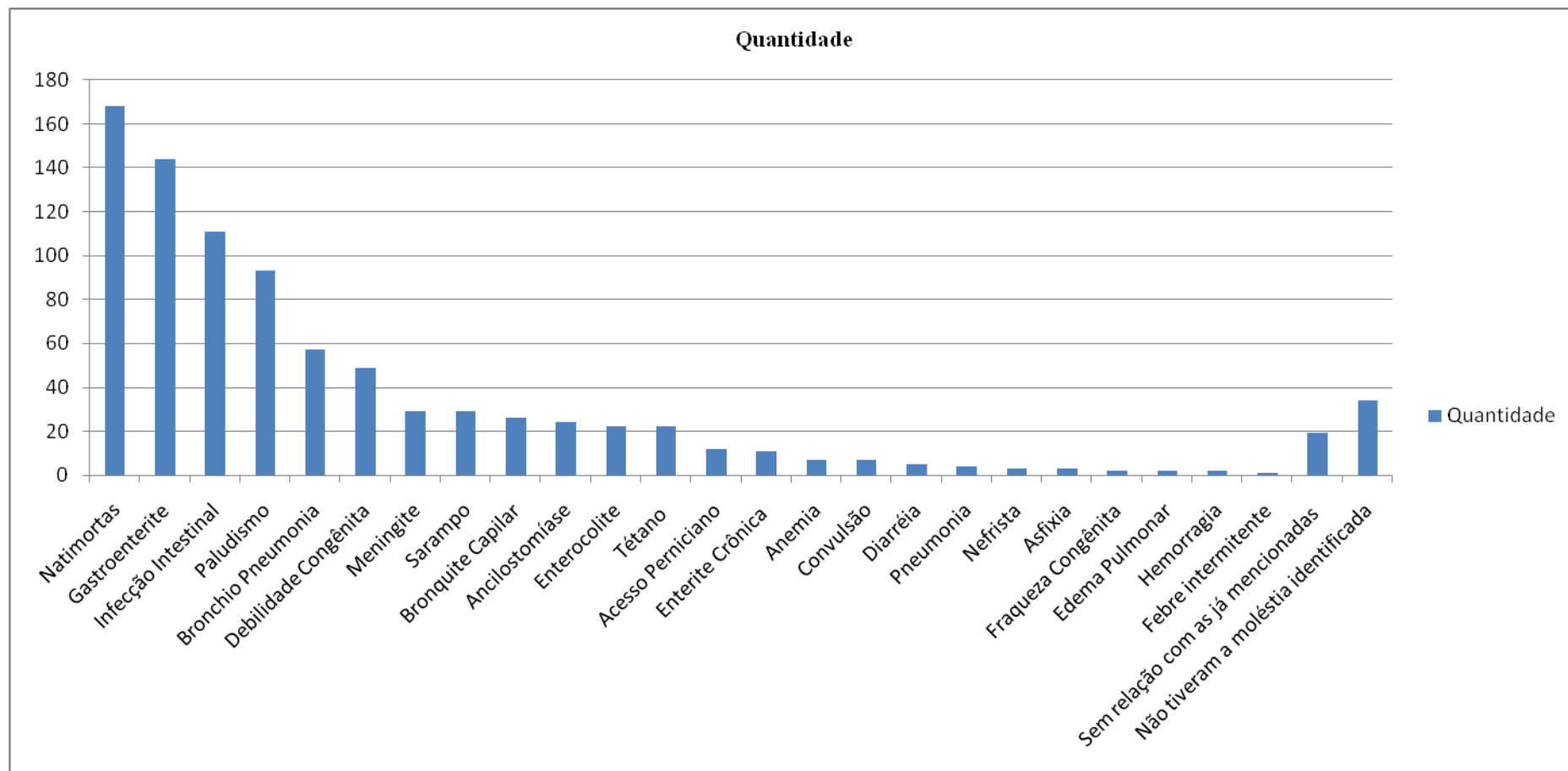
Quadro 5 – Movimento do estado civil do ano de 1910

MÊS	NASCIMENTOS			ÓBITOS			NATIMORTOS		
	Masc.	Fem.	TOTAL	Masc.	Fem.	TOTAL	Masc.	Fem.	TOTAL
Jan.	108	93	201	166	116	282	20	20	40
Fev.	96	98	194	195	103	298	20	10	30
Mar.	125	124	249	286	186	472	19	14	33
Abr.	131	131	262	251	152	403	18	16	34
Mai.	98	107	205	247	186	433	22	19	41
Jun.	119	114	233	230	161	391	21	17	38
Jul.	128	99	227	172	144	316	22	10	41
Ago.	119	130	249	220	150	370	20	8	28
Set.	121	119	240	178	128	306	12	14	26
Out.	111	116	227	219	125	344	20	24	44
Nov.	123	96	219	195	146	341	18	16	34
Dez.	102	92	194	188	122	310	17	17	34
SOMA	1.381	1319	2700	2547	1719	4266	229	194	423

Fonte: Relatório da Diretoria do Serviço Sanitário – Anno de 1910

As taxas de nascimento que eram de 1.396 passam para 1.381 em 1910; enquanto que os óbitos gerais que correspondiam a 3.957 aumentam para 4.266. Quanto às taxas sobre a natimortalidade, de 446 diminui para 423, porém ainda assim continuam sendo preocupantes para o poder público da época a mortalidade dos menores, mesmo não havendo a explicitação das mortes dos indivíduos menores de 12 anos de idade. Os coeficientes revelam que “Em 1000 óbitos geraes” houve “305,43 obitos de menores de 5 annos”,correspondendo a 1.302 óbitos de crianças inclusas nos óbitos gerais, que era de 4.266.

Retomando os dados fornecidos pelos livros perpétuos de menores do Cemitério de Santa Izabel, verifica-se que houve significativos números de sepultamento de crianças entre os anos de 1910 a 1911, correspondendo a 948 crianças sepultadas no período, sendo que no ano de 1910 foram 613 crianças e em 1911 foram 335 crianças, indicando o significativo número de mortalidade infantil em 1910 (ALVES; CHAGAS; VIANA, 2015), também indicando o aumento dos óbitos infantis. O gráfico a seguir demonstra a recorrência de doenças, como a gastroenterite, a infecção intestinal, o paludismo, entre outras.

Gráfico 2 – A *causa mortis* de crianças nos anos de 1910 e 1911

Fonte: Elaborado pela autora, com base na pesquisa de Alves; Chagas; Viana (2015)

Das 948 crianças falecidas, 168 (17.7%) eram natimortas; 144 (15.2%) morreram por gastroenterite; 101 (10.7%) por infecção intestinal; 80 (8.4%) por paludismo⁹⁰; 57 (6%) por *bronchio pneumonia*; 49 (5.2%) por debilidade congênita; 29 (3.1%) por meningite; 29 (3.1%) por sarampo; 26 (2.7%) por bronquite capilar; 24 (2.5%) por ancilostomíase; 22 (2.3%) por enterocolite; 22 (2.3%) por tétano; 12 (1.3%) por *accessio pernicioso*; 11 (1.2%) por *enterite chronica*; 7 (0.7%) por anemia; 7 (0.7%) por convulsão; 5 (0.5%) por diarreia; 4 (0.4%) por pneumonia; 03 (0.3%) por *nephrista*; 3 (0.3%) por asfixia; 2 (0.2%) por fraqueza congênita; 2 (0.2%) por edema pulmonar ; 2 (0.2%) por hemorragia; 1 (0.1%) por febre intermitente⁹¹.

As três doenças mais recorrentes estão relacionadas não somente à ingestão de água imprópria para o consumo, mas também pela ingestão de alimentos contaminados, a desnutrição, além das práticas de cuidados pessoais não afeitos à higiene. Há uma recorrência desses resultados na pesquisa exploratória realizada por Melo; Araújo (2014) que também tomam para análise os livros perpétuos de menores do Cemitério de Santa Izabel, entretanto, os autores adotaram como critério a escolha dos livros que compreendiam os três primeiros meses e os últimos três meses dos anos de 1910 a 1915.

No período definido verificou-se que era comum o falecimento das crianças por doenças, como infecção intestinal, enterocolite, impaludismo, bronquite aguda, gastroenterite, meningite, bronquite capilar, tétano, debilidade congênita, febre amarela, impaludismo e febre intermitente. Abaixo se tem uma síntese dos resultados sobre as principais doenças que causaram mortes, no período de 1910 a 1915 (Tabela 1).

⁹⁰ Nos 80 casos identificados como paludismo nos livros perpétuos, agregou-se os casos identificados como febre palustre (8) e os 5 (cinco) referidos como *cachezia palustre*, porque são moléstias que estão relacionadas.

⁹¹ 91 (9.6%) dos casos não tiveram relação com as moléstias apontadas e 34 (3.6%) não tiveram a sua moléstia identificada.

Tabela 1 – As principais doenças que causaram mortes infantis - 1910 a 1915

ANO	DOENÇAS QUE MAIS CAUSARAM MORTES INFANTIS	NÚMERO	PORCENTAGEM	MORTES NOS TRÊS PRIMEIROS E TRÊS ÚLTIMOS MESES DOS ANOS INDICADOS
1910	Infecção intestinal e enterocolite	447	51,80%	863 mortes
1911	Infecção intestinal e enterocolite	443	51,45%	861 mortes
1912	Infecção intestinal e gastroenterite	427	54,39%	785 mortes
1913	Infecção intestinal e enterocolite	394	51,77%	761 mortes
1914	Febre intermitente e impaludismo	319	49,9%	639 mortes
1915	Febre intermitente e impaludismo	300	63%	476 mortes

Fonte: Elaborado pela autora, com base na pesquisa de Melo; Araújo (2014)

Nos dados oferecidos pelos livros perpétuos de menores observa-se que, no período que compreende os anos de 1910 a 1913, as doenças que acometiam as crianças, e levavam a óbito, eram doenças relacionadas ao estômago e ao intestino, logo indicando que tais doenças podiam ser causadas pelas más condições de saneamento da cidade quanto pelos maus hábitos alimentares, decorrentes da pobreza da população paraense, que na intenção de alimentar seus infantes os nutria com alimentos pesados e inadequados para a condição física dos recém-nascidos e das crianças que tinham menos de 5 anos de idade.

E nos anos que se seguem, 1914 e 1915, a natimortalidade e doenças, como infecção intestinal, enterocolite e gastroenterite não aparecem mais entre as *causa mortis* infantis registradas nos livros perpétuos do Cemitério de Santa Izabel. Por que houve uma diminuição das mortes consideradas não epidêmicas e também da natimortalidade nos registros do Cemitério? As possíveis causas da redução da natimortalidade e de doenças causadas pela má alimentação e falta de cuidados com a higiene infantil serão abordados mais adiante.

Ao recorrer aos dados oficiais de 1912 do município de Belém consta que no período de 1º de fevereiro a 30 de abril foram sepultados no Cemitério de Santa Izabel, 1.202 pessoas, discriminados da seguinte maneira:

Imagem 18 – Especificação dos sepultados no cemitério de Santa Izabel durante o período de 1º de fevereiro a 30 de abril de 1912

Adultos.....	704
Menores.....	498
Dos adultos são do sexo:	
Masculino.....	406
Feminino.....	298
Dos menores são do sexo:	
Masculino.....	248
Feminino.....	250
Molestias infecciosas:	
Tuberculose.....	136
Febre amarella.....	2
Lepra.....	27
Variola.....	7
Peste bubonica.....	15
Outras molestias.....	1015
Dos adultos são:	
Indigentes.....	332
Não indigentes.....	372
Dos menores são:	
Indigentes.....	214
Não indigentes.....	284
No mez de fevereiro.....	386
No mez de março.....	393
No mez de abril.....	423

Fonte: Relatório do Conselho Municipal de Belém (1912)

Conforme os dados apresentados, dos 1.202 sepultados, 704 eram adultos enquanto 498 eram menores, correspondendo a 41,4% do total. De acordo com o relatório, de modo geral, os sepultados (adultos e menores) foram acometidos por doenças, como tuberculose, febre amarela, lepra, varíola, peste bubônica e outras moléstias que correspondem a 84% dos sepultamentos gerais, mas que não foram especificadas. O Dr. Francisco da Silva Miranda, autor do relatório do Departamento de Serviço Sanitário de 1910, indica que a malária e a febre amarela acometeram a população não só na capital, mas no estado como um todo, estando acompanhados pela varíola, a lepra e a peste bubônica. E assevera:

A mortalidade de menores continúa a ser desesperadamente grande: para sanal-a ou atenuar-a, seria preciso melhorar a alimentação do infante e combater ativamente a tuberculose, a syphilis e o paludismo, factores reconhecidos da debilidade dos genitores e consequentemente miséria organica dos produtos. (BELÉM, 1910, p. 9).

Ou seja, tornava-se contínua e progressiva a mortalidade de menores, em que apontavam sobre o fator da desnutrição que deixava as crianças desprotegidas diante de doenças, como a tuberculose, a sífilis e o paludismo que associavam a condição de “debilidade dos genitores” e da situação de pobreza que os infantes viviam. Situação agravada no ano de 1913, momento que se estava iniciando a crise econômica e epidêmica. No período correspondente a 1º de janeiro a 31 de dezembro de 1913, no Cemitério de Santa Izabel, houve 3.533 enterros, dos quais 1.913 eram de adultos e 1.594 de *parvulos*. Deste total, 1.401 eram crianças de até um ano de idade e 493 eram crianças de até 8 anos, no qual 804 eram indigentes e 890 não indigentes, havendo um aumento considerável em relação às crianças de até 1 ano de idade que morreram no ano de 1912, correspondendo a 1.185 sepultamentos (PARÁ, 1913).

O cruzamento dos dados oficiais com os registros dos livros perpétuos de menores do Cemitério de Santa Izabel permite compreender que não é possível restringir não somente a fonte, mas, sobretudo os resultados e as conclusões sobre os dados que estes fornecem, tendo em consideração os modos utilizados por aqueles homens de outrora para elaborarem os seus relatórios, especialmente no momento de indicação sobre os números da mortalidade geral, tanto de adultos quanto de crianças, numa sociedade que ainda não estava afeita a utilizar os serviços oficiais.

Ao se tratar sobre a infância, doenças e mortalidade do estado do Pará do século passado é preciso lidar com a situação de escassez de registros, que apesar das particularidades e distinções das fontes apresentadas, elas oferecem pistas sobre a frágil

situação da infância daquele contexto, que inserida numa realidade de extrema pobreza era atingida por diversas doenças que não eram somente as que se tinham como epidêmicas na época. Entretanto, a partir do que foi exposto questiona-se se as endemias e epidemias apontadas pelas autoridades do Estado e dirigentes da Saúde Pública corresponderam realmente à maioria dos óbitos infantis? Será que naquele momento era dada a devida importância às doenças responsáveis pelas mortes de recém-nascidos e crianças?

Observa-se que não havia uma unidade e certeza quanto aos óbitos divulgados nos relatórios estaduais e municipais. Quanto a isso, o Intendente de Belém, Dr. Dionysio Auzier Bentes, no relatório apresentado ao Conselho Municipal no ano de 1913, menciona o fato de não haver “uma estatística perfeita da mortalidade nesta capital”. Neste mesmo relatório, indicam-se as especificações da mortalidade de adultos e de crianças, no entanto, somente no primeiro caso apresentam as causas das mortes: a tuberculose, a febre amarela, a varíola e a lepra (BELÉM, 1912).

5.2 A PEDIATRIA E A ASSISTÊNCIA À INFÂNCIA E À MATERNIDADE POBRE

Aspectos como a precariedade sanitária e higiênica que as famílias viviam e os desconhecimentos dos preceitos de higiene eram latentes consequências da pobreza, que contribuíam no crescimento dos índices de morte infantil. Contudo, nota-se que o segundo aspecto (o desconhecimento dos preceitos de higiene) passou a ser mais reforçado que o primeiro no discurso das autoridades públicas. Se as mortes causadas diretamente por contaminação e sujeira não aparecem nos dados oficiais, estas irão ter destaque nos discursos dos higienistas, tomando-a pela ótica de responsabilização da família, sobretudo das mães que passam a ter centralidade nas ações de prevenção.

Posicionamento presente nas considerações dos médicos, num momento em que o pensamento médico-pediátrico surgido entre os finais do século XIX e início de XX, passa a incentivar os primeiros movimentos em prol de uma formação acadêmica para a especialização médico-pediátrica, coincidindo com a instalação de consultórios particulares e instituições de serviços médicos para a infância (PEREIRA, 2008). E esse processo foi um movimento de proporção nacional seguindo uma tendência do que já se concretizava na Europa.

Pereira (2008) destaca que Moncorvo de Figueiredo, Moncorvo Filho, Martagão Gesteira e José Martinho Rocha foram alguns dos primeiros médicos de crianças no país. Observa-se que no estado do Pará, ainda não havia a especialidade de médicos pediatras, no

entanto, era possível verificar em jornais, como a *Folha do Norte*⁹² ou em revistas, como a *A Semana*⁹³, algumas propagandas particulares de médicos destacando as suas especialidades no trato da saúde infantil e materna. Estes médicos em sua maioria se formavam e se especializavam nas Faculdades de Medicina da Bahia e do Rio de Janeiro.

Em tais centros, os preceitos da higiene eram bastante difundidos como meio de prevenir e cuidar do desenvolvimento infantil, havendo o fomento de campanhas em torno de orientações de cuidados físicos e mentais da criança, tendo como foco de suas intervenções as práticas de cuidado das mães, a alimentação, o vestuário, brinquedos e brincadeiras dos infantes. Os jornais, em meados de finais do século XIX e início de XX, eram os principais meios de comunicação e divulgação de informações, sendo também espaço utilizado por políticos, intelectuais e “homens da ciência” para a realização de orientações de saúde para a população. Identifica-se que até então, como ainda não estava consolidada uma sociedade médica e cirúrgica no estado capaz de levar adiante a criação de um meio de comunicação próprio, os jornais foram livremente utilizados pelos médicos para a divulgação de seus serviços, de remédios e também de orientações higiênicas.

Enquanto exemplo disso destaca-se que, em 8 de março de 1908, foi publicado o artigo *Hygiene Infantil*, de autoria do Dr. Nascimento Gurgel, no jornal *Folha do Norte*. O referido médico era professor de *Clínica Pediátrica* da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e fazia parte da equipe do pediatra Moncorvo Filho, que no intento de realizar a prevenção e proteção da infância pobre, teve uma atuação profissional reconhecida nacional e internacionalmente, sendo responsável por diversos artigos na revista *Brazil Médico*⁹⁴ abordando as moléstias que atingiam a infância e sobre outras questões de saúde que estavam presentes no Brasil de finais do século XIX e início do século XX.

⁹² O jornal *Folha do Norte* – juntamente com o jornal *Província do Pará* – foi um veículo de comunicação que expunha as principais disputas políticas e ideológicas do Pará. Criado em 1896, por Enéas Martins, Cipriano Santos, entre outros, estava afinado ao Partido Republicano Federal, chefiado por Lauro Sodré e Paes de Carvalho (PINHEIRO, 2013).

⁹³ Lançada em 1887, por Crispim Amaral, se chamava *A Semana Illustrada*, mas por questões políticas, em 1889 passou a ser somente *A Semana*. Possuindo semelhanças com as revistas ilustradas que circulavam no país, essa revista apresentou inovações quanto à configuração gráfica do impresso, sendo rica em imagens, charges e ironias sobre diversos assuntos, especialmente quanto aos assuntos políticos e as mazelas da cidade. Impressa na tipografia Livro do Povo, esse foi o periódico de Crispim Amaral que mais teve duração, e teve duas fases: a primeira que durou dois anos, possuindo 50 exemplares e a segunda (já com o título encurtado) teve apenas 16 exemplares (SILVA; PAULA; SEIXAS, 2012).

⁹⁴ A revista *Brazil Médico* surgiu no dia 15 de janeiro de 1887, como revista semanal vinculada à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. As suas publicações ocorriam aos sábados, possuindo visível regularidade e estabilidade, no qual financeiramente era garantida pelas assinaturas e propagandas de farmacêuticos. Durante os seus 50 anos de vida jamais deixou de ter um número não publicado, mantendo por 25 anos a mesma equipe de redação. A *Brazil Médico* estava sobre a direção do seu criador e proprietário, o Dr. Azevedo Sodré, que também era professor e diretor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Nas páginas desta revista figuravam artigos de médicos, como Afrânio Peixoto, Nina Rodrigues, Juliano Moreira, Vital Brazil, Emílio Goeldi, Oswaldo

Almeida (2006), sobre a circulação das ideias dos médicos brasileiros nos eventos da América Latina, destaca a atuação do Dr. Nascimento Gurgel que ao ser assíduo em congressos médicos-científicos promovido na América Latina, apresentava regularmente notícias nas sessões da Sociedade de Medicina e Cirurgia, logo depois publicadas na revista *Brazil-Médico*. Gurgel foi o representante oficial do Brasil no 5º Congresso Médico Latino-Americano, ocorrido em Lima no ano de 1913, além de ter realizado visitas aos hospitais e institutos científicos de Buenos Aires indicando o seu vivo interesse em estabelecer vínculos de trabalho com os demais países latino-americanos. Entretanto, uma das principais intenções do médico era estabelecer um avivamento dos médicos brasileiros, que para ele estavam em estado de apatia e consumo passivo do que vinha sendo produzido na Europa.

Nesse sentido, o médico Nascimento Gurgel foi uma figura atuante para a Medicina do país e do continente, sendo uma referência ao lado de Moncorvo Filho para as questões referentes à Saúde Pública e Assistência à Infância, tendo também visibilidade no estado do Pará. Em artigo publicado no jornal *Folha do Norte*, o médico abordava sobre as situações tão comuns nas brincadeiras das crianças que podiam levar à intoxicação por substâncias venenosas (presentes nos brinquedos) ou às contaminações causadas pela ingestão de água e terra. O médico não realiza uma discussão específica sobre a infância da região, mas apresenta linhas gerais sobre as problemáticas da Puericultura e da Higiene Infantil, apontando as diferentes maneiras de alastramento de doenças infectocontagiosas no corpo infantil que poderiam levar à morte.

Gurgel anuncia: “Vou hoje rapidamente apontar-vos os diversos meios que procuram as creanças, em nossa terra, para a sua diversão, mostrando-vos os perigos que d’elles podem advir”. Dentre os “brinquedos”, o médico menciona a terra e a água, dizendo:

[...] a terra do interior das casas, dos jardins, dos quintaes e das ruas podem existir, além de corpos estranhos perigosos, micro-organismos diversos, como os do *tetano*, da *tuberculose*, *carbúnculo*, etc. Ha molestias, como a *ankylostomyase* ou *opilação*, em que, havendo uma perversão do appetite, levam as creanças a ingerir continuamente toda a especie de terra que encontram. Deveis evitar, pois, que os vossos filhos brinquem, com terra, não só com o *lodo*, a *lama*, porque, além das molestias que podem adquirir, apresentam-se sempre immundos, o que é bastante desagradavel para quem os observa. Temos em segundo logar a agua, seja do mar, do rio, fonte, poços, etc.É muito commum entre nós, na classe pobre, verem-se creanças a se divertirem com agua. (FOLHA DO NORTE, 1908, p.1).

Ao indicar os perigos que envolviam o corpo infantil, Gurgel indica a existência de brincadeiras de crianças que poderiam levar à ingestão de terra e água, sobretudo entre as classes pobres. Como foi referido anteriormente, sobre os tipos de moradias dos habitantes paraenses, percebe-se que as indicações de contaminação por água e terra, vetores de outras doenças, não era diferente para as crianças do estado, haja vista que as suas moradias eram barracos com cobertura de palha e chão de barro, com quintais com buracos e poços, formando lama. Gurgel continua:

Observa-se também frequentemente nas casas de nossas famílias pobres as crianças brincarem com roupas servidas, com urina e até com as próprias fezes. Não preciso mostrar aqui quão prejudiciais são esses meios de diversão e que dão atestado vivo de incuria de certas mães; terminantemente não permiti semelhantes coisa. Crianças há que têm um prazer especial em brincar com animais domésticos (cães, gatos, porcos, galinhas, etc.), os quais podem transmitir muitas molestias [...]. (FOLHA DO NORTE, 1908, p. 1).

No contexto de pobreza, eram comuns crianças convivendo e brincando com animais domésticos, além dos cães e gatos, como se menciona no Relatório de 1909, pois fazia parte do sustento daquelas famílias a criação de animais, como galinhas, porcos e patos. Contudo, no discurso de Gurgel está presente a responsabilização das mães pobres pela higienização de seus filhos, desconsiderando que essas famílias comumente eram compostas por mais de oito membros, sendo seis filhos para cada casal, além da evidente situação de penúria material.

As doenças constatadas nos óbitos infantis estão extremamente relacionadas às condições higiênicas, sanitárias e habitacionais em que o infante e suas famílias viviam, estando associada ao desconhecimento da *higiyene infantil* e de uma estrutura que visasse possibilitar ações de orientações às mães e acompanhamento do desenvolvimento infantil. Indica-se que até então as atenções e estratégias municipais e estaduais de Saúde Pública estavam muito mais focadas nas grandes epidemias (como malária, febre amarela, varíola, tuberculose e outras) do que nas mortes infantis causadas por verminose, desnutrição, problemas de pele e diarreia e vômitos causados por contaminação, por exemplo, que não entravam nos planejamentos e campanhas, tanto que não havia assistência adequada à maternidade.

Até o século XIX, no Pará, os estudos e intervenções voltadas para a saúde infantil não era algo bem estruturado e nem articulado, sendo que somente no início do século XX há a consolidação de estratégias que visavam gerar ações de cuidado em torno da infância.

Quanto a isto, o médico Clóvis Meira, em 1986, a pedido de Dilma Hermes, então presidente da Sociedade Paraense de Pediatria, discorre sobre a evolução da Pediatria no Pará, afirmando que ela não havia encontrado nada que se tratasse sobre a referida especialidade,

nem mesmo na Sociedade, demonstrando haver uma lacuna num momento em que a Sociedade Brasileira de Pediatria estava empreendendo esforços no sentido de registrar o desenvolvimento desta especialidade no país. Meira (1986) afirma:

O conceito de especialidade ou a necessidade da especialização médica, dado o universo de conhecimentos armazenados pela ciência contemporânea, começou a criar força, pelo menos no Brasil, já neste século vinte. Até então, por motivos outros, inclusive a deficiência numérica de médicos originários de cursos no exterior e das Faculdades de Medicina da Bahia e do Rio de Janeiro, não era possível pensar em limitar o exercício. O doutor tinha que ser oniciente. Deus no céu e o médico na terra. Mas, essa concepção, não poderia perdurar por muito tempo e os próprios médicos passaram a se desdobrar em dois ramos distintos: a clínica geral e a cirurgia geral, compreendendo o parto. Uns eram clínicos e os outros cirurgiões-parteiros. Mesmo assim, durante anos, os clínicos ajudavam os cirurgiões nos atos operatórios e nos partos, talvez por deficiência quantitativa (*sic*). (MEIRA, 1986, p. 160).

Anterior ao século XX, a atuação médica no estado não se dava por especialidades, haja vista o reduzido número de profissionais formados e acrescenta-se, também, o fato da Medicina de se encontrar ainda um tanto incipiente para que se pensasse na importância das especialidades, havendo duas: a da Clínica Geral e a dos cirurgiões-parteiros, mas não sendo divisões que delimitassem a prática. Logo, sendo difícil identificar o pioneiro da assistência médica infantil na história do estado do Pará. Meira (1986) aponta que João José Godinho⁹⁵, que chefiou a Clínica de Crianças da Santa Casa, quando ainda estava no antigo Hospital do Senhor Bom Jesus, é o mais antigo registro que encontrou sobre a Pediatria no Pará, datando isto de dezembro de 1889, dado que pode ser verificado na *Pará-Médico*, de 1922, mas que, equivocadamente, Meira aponta ser de 1822, ainda assim, faz a importante consideração:

Não sei, em sã consciência, se João José Godinho era especialista em pediatria, se só cuidava de crianças ou se era clínico geral, com a responsabilidade de tratar apenas crianças internadas. O que é fato incontestável, não se pode negar, é que a reorganização do Corpo Clínico se fizera por especialidade, figurando as crianças como uma clínica autônoma, divorciada da clínica médica (MEIRA, 1986, p. 161).

Apesar de não haver exatidão sobre a atuação de João José Godinho na Pediatria, é notório que a iniciativa da Santa Casa em criar a Clínica de Crianças, na reorganização do serviço clínico do hospital, tomando como guia “os progressos da ciencias medicas”, passa a destacar a infância/criança como uma clínica diferenciada das demais, passando a estabelecer, também, as seguintes especialidades: Clínica Cirúrgica, com os médicos José Paes de Carvalho e Antonio Joaquim da Silva Rosado; Clínica Médica, com Antonio Ó de Almeida e Clemente Felix Penna Soares; Clínica Obstétrica, com Brasília Magno Araújo;

⁹⁵ João José Godinho foi presidente da primeira agremiação científica que reunia os interesses dos médicos e farmacêuticos do Pará em 1901 e um dos redatores da primeira versão da revista *Pará-Médico* em 1899.

Clínica de Olhos, com Geminiano de Lyra Castro; a Clínica Sifilígrafa e Dermatológica, com Miguel de Almeida Pernambuco (PARÁ-MÉDICO, 1922, p. 312).

Porém, acontecimentos significativos na formação de uma estrutura de assistência à infância, sobretudo, a pobre, começa a se dar em meados do século XX, tendo como importante figura o médico Ophir Loyola⁹⁶, que atuou justamente num contexto de articulação por parte do Estado e de iniciativa dos médicos da região para a consolidação de um serviço sanitário e de saúde, privilegiando em suas ações, as crianças pobres do estado. Assim, Meira (1986) destaca, como segundo evento mais significativo para a Pediatria paraense, a figura de Ophir Loyola, que em suas palavras “podendo ser considerado o pai da Pediatria do Pará”.

Imagem 19 – Fotografia do Dr. Ophir Pinto de Loyola⁹⁷



Fonte: Arquivo fotográfico da Sociedade Médico-Cirúrgica do Pará⁹⁸

Ophir Loyola se formou na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e estagiou no IPAI, do Rio de Janeiro, posteriormente, se transferiu para Belém e passou a atuar como Diretor Clínico da Santa Casa de Misericórdia. Em 1910, fez parte da comissão de Oswaldo Cruz para a erradicação da febre amarela, durante o governo de

⁹⁶Ophir Pinto de Loyola nasceu em São Luís do Maranhão em 1886 e faleceu em 1934, de câncer no fígado, no Rio de Janeiro.

⁹⁷ Além do Dr. Ophir Loyola (centro), nesta imagem estão o Dr. Agostinho Monteiro e o pediatra Dr. Carlos Barbosa.

⁹⁸ Disponível em: http://www.cremepa.org.br/crm-pa/museu_medicina/galerias/fotos_antigas/.

João Coelho, enquanto que em 1914 é um dos fundadores da Sociedade Médico-Cirúrgica do Pará. Nos idos de 1922 é aprovado no concurso para docente da Faculdade de Medicina e Cirurgia do Pará, assumindo a cadeira de Clínica Pediátrica e Higiene Infantil, substituindo o Dr. Cyriaco Gurjão, um dos fundadores da Faculdade (MARTINS, 2006).

O Dr. Loyola enquanto um dos alunos de Moncorvo Filho na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e tendo participado de um curso no IPAI do Rio Janeiro, influenciado pelos ensinamentos e experiências adquiridos nessas instituições, aliado a sua vivência na Santa Casa de Misericórdia, passou a ter como horizonte de atuação a prestação de assistência médica às crianças pobres do Pará. Segundo ele:

A fundação de um estabelecimento de caridade, similar ao ‘Instituto de Protecção e Assistencia á Infancia do Rio de Janeiro’, nasceu da observação que fizemos, quando ao terminar o nosso curso, dos incalculaveis benefícios prestados pela nossa matriz ás creanças pobres da capital da Republica. (LOYOLA, 1922, p. 290).

Ao ter adquirido a experiência e vivenciado as práticas do instituto do Rio de Janeiro, ele importa tais ideais para o Pará, sendo um dos pioneiros da Pediatria na região, iniciando a sua carreira prestando atendimento às crianças dos consultórios da Santa Casa de Misericórdia, atentando-se à crescente demanda de consultas de crianças por motivos de falta de higiene e desnutrição, sequelas da situação de miséria em que viviam. A idealização de tal projeto atendia a sua compreensão de que a criação de uma instituição específica de assistência e proteção à infância pobre poderia minorar os problemas que afligiam as crianças que eram atendidas na Santa Casa de Misericórdia (MARTINS, 2006). E assim afirmava:

O Instituto do Pará representa a [...] tentativa no nosso meio de auxiliar as creanças desvalidas prodigalizando-lhes, não só o concurso medico, como também, a orientação das mães nos principios de puericulturas, tão necessarios a grandeza de uma raça, e tão garantidores do futuro de uma nação forte. (LOYOLA, 1922, p. 290).

O IPAI do Pará não visava tão somente prestar assistência às crianças, mas também às mães, pois como se indicou, as taxas de natimortalidade no estado eram muito elevadas, demonstrando as consequências nefastas da ausência de orientações e de uma assistência à maternidade. Assim, no dia 6 de outubro de 1912⁹⁹ foi fundado o IPAI do

⁹⁹ Contando com a contribuição inicial e as mensalidades dos sócios-fundadores, o Instituto teve a sua primeira sede na Rua Lauro Sodré, atual Ó de Almeida, entre a Trav. Frei Gil de Vila Nova e a Avenida 15 de Agosto, atual Presidente Vargas (Casa que mais tarde se tornou a residência da Dra. Olga Paes, que será apresentada mais adiante). Posteriormente, a sede do Instituto foi para a Rua 13 de Maio, n. 104 (antigo 52), entre a travessa 7 de

Pará, por iniciativa de Ophir Loyola com a colaboração do Dr. Raymundo Nogueira de Faria (advogado e mais à frente professor da Faculdade de Direito e Desembargador) e os professores Raymundo Proença e Matheus do Carmo (LOYOLA, 1922; MEIRA, 1986; MARTINS, 2006). Conforme o seu Estatuto, a entidade tinha as seguintes intenções:

- Auxiliar, pelos meios de que possa dispôr, a inspecção medica nas escolas;
- Inspeccionar o trabalho da mulher na industria, com o fim de favorecer indiretamente a infância;
- Pedir a regulamentação e exercer vigilância sobre o trabalho das creanças, de modo a evitar-lhes fadigas excessivas e todas as conseqüências que delas possam resultar;
- Criar, quando possível, azylos de menternidade, creches e jardins da infância, preenchendo os seus respectivos fins;
- Zelar pela vacinação e revaccinação das creanças que forem apresentadas ao Instituto, solicitando para esse fim o concurso das directorias dos serviços sanitários estadual e municipal;
- Difundir noções, princípios e instrucções tendentes á prophylaxia da tuberculose e de outros morbus communs á infância;
- zelar pela vacinação e revaccinação das creanças que forem apresentadas ao Instituto
- fundar azylos de educandos, com fim de proporcionar aos mesmos a necessária instrucção litteraria, artística e profissional, especialmente a agricultura pratica, instituindo uma caixa de pecúlios com parte do trabalho produzido pelos educandos, e da qual será entregue a cada um a parte que lhe competir, quando concluir o apprendizado, além de outras vantagens que puder obter (PARÁ, 1913, p. 4-5).

A partir destes objetivos, observa-se que as ações de proteção à infância do estado não estavam somente centradas na esfera da saúde, mas também se espraiava para os aspectos do campo educacional, haja vista que pretendia oferecer cursos de Higiene Infantil e Puericultura às mães, gestantes e nutrizes. Havendo a preocupação com as ações de prevenção e cuidados com a saúde da criança e, principalmente, com a fundação de asilos de educandos para cuidar da educação e instrução necessária ao desenvolvimento profissional dos demais médicos. Das mais diversas ações educativas do IPAI à criança do Pará, destacam-se a realização de palestras evidenciando os princípios morais e cívicos, além da interdição das crianças, cujos pais perdessem o poder pátrio por falta de atenção e assistência necessárias aos

Setembro e Avenida Portugal, imóvel pertencente à Santa Casa de Misericórdia. No ano de 1932, a sede do Instituto foi transferida para uma casa mais ampla que estava localizada na Avenida Nazaré, na esquina com a travessa Joaquim Nabuco, contando com a contribuição da elite paraense e instituições governamentais, especialmente com ajuda do Dr. Raimundo Nogueira de Farias (magistrado e professor de Direito Penal da Faculdade Livre de Direito do Pará) e dos preceptores Matheus do Carmo e Raimundo Proença. Em 1933, o Instituto não conseguia manter-se sozinho, apelando para a entidade Rotary Clube conseguindo de seus sócios a quantia de nove contos e quinhentos e quarenta mil réis. Conforme ia se expandindo a demanda de crianças carentes que necessitava ser cuidada pelo IPAI, o prédio se tornava cada vez menor, assim mais uma vez Ophir Loyola e sua equipe entraram em contato com o então Intendente do Estado do Pará, Magalhães Barata, após negociações e procura, a sede passou a se estabelecer na Avenida Independência (atual Avenida Magalhães Barata), n. 484 (MARTINS, 2006).

infantes. Somadas a estas ações, o Instituto cerceava práticas que fossem prejudiciais e que viessem a comprometer a saúde física e moral da criança.

Imagem 20 – A primeira Sede do Instituto de Proteção e Assistência à Infância do Pará (1912)



Fonte: Martins (2006)

No dia 1º de janeiro de 1913 foi instalado o Dispensário do Instituto e em dezembro de 1912 foi efetivada a matrícula de 90 crianças. Em dezembro de 1913, o número aumentou para 501 matriculados. No ano de 1922, o Dispensário contava com 2.746 crianças menores de 10 anos de idade. Além do Dispensário, havia um posto de vacinação e gabinete dentário. De 1916 a 1921, o Instituto também oferecia um serviço de *Assistencia Maternal*, que estava sob os cuidados do Dr. Crasso Barbosa, porém com a sua morte em 1918, o setor não durou por muito tempo (LOYOLA, 1922).

Imagem 21 – As mães e crianças atendidas pelo IPAI do Pará



Fonte: Pará-Médico (1922, p. 292)

Loyola afirma que desde o momento de fundação da instituição até o ano de 1922, ou seja, em dez anos de atuação do Instituto, no Dispensário foram matriculadas 2.746 crianças, realizadas 62.574 consultas, foram feitas 994 visitas domiciliares, houve 12.212 altas curadas, 107 operações de pequenas cirurgias, 43.390 receitas aviadas e 55.468 fórmulas medicamentosas. Na *Assistencia Maternal*, no período de 1916 a 1921 foram matriculadas 1.850 mulheres, feitas 914 consultas, 1.160 exames ginecológicos, 109 partos em domicílio e 243 partos na Maternidade da Santa Casa; enquanto que no posto de vacinação foram vacinadas 934 crianças.

Conforme Martins (2006), a crescente demanda de consultas a qual atendia o Dr. Ophir Loyola era especialmente motivada pela falta de higiene e desnutrição, com diagnósticos de anemia e parasitas intestinais. O IPAI do Pará se mantinha com recursos de voluntários e sócios, o próprio Loyola, disse que o Instituto do estado foi a terceira tentativa do gênero no Brasil (LOYOLA, 1922). Inspirado no modelo de atendimento à infância que era adotado no IPAI do Rio de Janeiro, no Pará também era comum a realização dos *concursos de robustez*, pautados no entendimento de que criança saudável e forte seria a criança robusta. Os *concursos de robustez* eram anuais e tinham como intenção estimular a prática do aleitamento materno entre as mães, como afirma Pereira (1929).

Imagem 22 – Revista A Semana: Concurso de Robustez do IPAI-PA no ano de 1919

A Semana

Uma instituição benemerita

Se ha uma instituição digna de todos os encomios nesta capital, pelos humanitarios fins a que se propõe, é certamente a da Assistencia á Infancia.

Os medicos, que a ella se dedicam com toda a nobre consciencia do bem que disseminam, não encaram difficuldades e atravez de todos os obstaculos têm vindo trabalhando pela causa santa.

Não é só a assistencia medica que elles proporcionam: é tambem a medicação.

E essa dedicação profissional e esse verdadeiro sacerdocio os conduz aos centros menos conhecidos da cidade, onde a miseria campeia desconhecida da maioria da população.

E' nos casebres soturnos que elles vão ter, é nas barracas despovoadas de conforto que elles vão levar a lembrança da generosidade, para dizer que se trata de creaturas dignas de amparo, carecedoras de protecção, porque são parte de uma collectividade a que, com saude, podem prestar serviços.

E não é só isso: as creanças, cujas vidas elles vão defender, com o risco da sua e com o empenho de horas que lhes poderiam ser compensadas no trabalho remunerado, podem garantir melhores dias ao futuro patrio.

E' difficil em poucas palavras, compendiar todo quanto ha feito essa instituição entre nós, guiada pelo espirito altamente emprehendedor do sr. Dr. Ophir Loyola, secundado pelos dres. Penna de Carvalho, Orlando Costa, Teixeira Mendes e ultimamente pela dr.ª Raymunda Bezerra.

As gravuras, que ahi se vêm, referem-se ás creanças premiadas no concurso de robustez, realisado domingo ultimo; ao numeroso grupo de assistidas pelo benemerito instituto, e aos seus dedicados membros, entre os quaes o professor Raymundo Proença, secretario e o nosso confrade de imprensa Uchôa Viagas, representando a "Folha do Norte".

O methodo que se observa na Assistencia á Infancia, é o attestado flagrante do empenho em que se acham os seus directores de bem servirem a terra paraense, no que respeita ao seu presente e ao seu futuro, vigilantes pelos destinos da grande patria brasileira.

E', pois, uma obra digna dos mais assignalados elogios, e não os regateamos a quem os merece.

Felizmente que a familia paraense vae comprehendendo o alcance desse desideratum e começa a despertar para o concurso grande de que elle carece. E' verdade que os obulos não affluem ainda na medida do necessario, mas é de crer que, em breve, deante de tanta dedicação, verdadeiramente estolca, elles cresçam que dêem para o amparo de maior numero de desherdados da sorte. Nesse dia todos terão concluido uma campanha santa em beneficio do bem geral.




Fonte: A Semana (1919)

Os *concursos de robustez* figuravam entre as principais estratégias tomadas pelos médicos dos principais Institutos de Proteção e Assistência à Infância dos centros do país, dentre os quais os do Rio de Janeiro e de São Paulo, pretendendo constituir um determinado tipo de civilidade e modelo de homem saudável. No estado do Pará, observa-se que ao tomar iniciativas especializadas para o atendimento e cuidado com a infância, o IPAI também lançou mão dessa estratégia – os *concursos de robustez* – juntamente com as ações de vacinação e revacinação, visitas domiciliares, distribuição de remédios, atendimento médico, partos em domicílio e exames ginecológicos como forma de combater a magreza, que corresponderia à doença, enquanto que por muito tempo a “robustez” esteve associada à noção de saúde (PEREIRA, 2008).

Diante dos altos níveis de desnutrição e anemia, que eram comuns não só do estado, mas sim no Brasil, todo o incentivo por meio de concurso procurava estabelecer novos padrões e condutas entre as mães, em que a alimentação surgia como peça-chave. Naquele momento, a robustez de uma criança correspondia não só a saúde, mas também à beleza, sendo comuns concursos infantis que tinham visibilidade em revistas e jornais.

Como mencionado anteriormente, a revista *A Semana* foi um impresso que inovou em sua configuração gráfica, com exposição de fotografias e poesias de diferentes figuras políticas do estado, e que tinha o seu próprio concurso de beleza infantil (nos idos de 1919) que incentivava o envio de fotografias de crianças, para que ao final fosse escolhida a *criança mais formosa* e enviada a sua imagem para o Rio de Janeiro¹⁰⁰. Porém, esta também abriu espaço para o concurso realizado no IPAI.

Concursos de beleza infantil e as ações de Ophir Loyola tinham visibilidade na sociedade paraense de meados do século XX, como pode-se observar na imagem 22, em que dão destaque à “Uma instituição benemerita” que é “digna de todos os encomios nesta capital, pelos humanitarios fins a que se propõe, é certamente a da Assistencia á Infancia”. Logo abaixo (Imagem 23), destaca-se a fotografia das crianças premiadas no *concurso de robustez*, que, assim como as suas respectivas mães, não são identificadas, diferente das outras crianças dos concursos de belezas expostas na galeria infantil do periódico, porém menciona-se que o referido concurso foi realizado num domingo de novembro de 1919.

¹⁰⁰ *A Semana Illustrada* foi criada no Rio de Janeiro e circulou entre dezembro de 1860 a abril de 1876 (RIO DE JANEIRO, 2007), porém os editores do Pará não explicam o porquê seriam tais fotografias (1º, 2º e 3º lugar) encaminhadas para o Rio de Janeiro, não especificando se seria um concurso nacional ou não e qual revista ou jornal seria publicada.

Imagem 23– As crianças premiadas pelo *Concurso de Robustez* do IPAI (1919).



Fonte: A Semana (1919)

Os percursos tomados por Ophir Loyola no IPAI a fim de prestar assistência às crianças desvalidas do estado permitem compreender os motivos que levaram a uma considerável redução dos casos de natimortalidade e de doenças que estavam relacionadas à má alimentação e falta de higiene entre os anos de 1914 e 1915, registrados nos livros perpétuos de menores do Cemitério Santa Izabel. Entretanto, estes casos ainda persistiam, demonstrando que o IPAI ainda exercia um trabalho solitário, não havendo uma estrutura adequada que pudesse lhe oferecer apoio financeiro.

Os dados sobre o ano de 1915 podem ser complementados pelos resultados publicados no relatório do *Serviço de Saneamento de Prophylaxia Rural no Estado do Pará*, de 1922, no qual se evidencia um novo momento para a Medicina e a Saúde Pública do estado que passou a estar mais articulada em torno da questão da infância. A publicação deste relatório foi destinada a homenagear o centenário da Independência do Brasil, tendo como chefe do serviço de saneamento, o médico Heraclides Cesar de Souza Araújo, que teve como um de seus colaboradores, o Dr. Cyriaco Gurjão, professor da cátedra de Clínica Pediátrica e Higiene Infantil da FMCP.

Quadro 6 – A mortalidade infantil em Belém do Pará nos anos de 1915 a 1919

Moléstias	Ancilostomíase	Tuberculose	Impaludismo	Gastroenterite	Outras Causas	Natimortos	Total Geral
1915	29	23	363	486	466	316	1683
1916	22	33	313	689	598	381	2036
1917	39	17	215	578	450	341	1640
1918	51	14	103	663	532	449	1812
1919	65	17	82	698	350	352	1564
Total	206	104	1076	3114	2396	1839	8735

Fonte: Pará (1922, p. 43)

No referido relatório são relatados as principais ações de combate às principais moléstias que acometiam o estado, no qual se destacaram a febre amarela, a malária e a lepra que ainda assolava o estado mesmo depois de dez anos. Porém, no referido documento não são oferecidos mais elementos sobre a situação da infância do estado, no qual ocorre somente a ilustração do quadro com os resultados apresentados acima sem haver qualquer descrição e especificação deles, indicando as origens desses dados. Todavia, é notória que mais uma vez se fazia recorrente a gastroenterite entre as crianças, que não seria simples resultado do desconhecimento dos preceitos de higiene pelas mães, mas sim da ausência de infraestrutura sanitária e de assistência à saúde nas periferias da capital, mesmo após a estruturação a organização da saúde e da Medicina no Pará.

Além do mais, outra problemática que se sobressai no referido quadro são os números de natimortos que estão atrelados à situação das maternidades do estado. Belém teve a construção de sua primeira maternidade iniciada no dia 23 de agosto de 1910, com recursos da Associação da Santa Casa de Misericórdia, porém as obras foram paralisadas em 1911 em decorrência do esgotamento dos recursos financeiros. Essa situação se estendeu até o ano de 1913, quando finalmente, com o auxílio de verba votada pelo Congresso do Estado, o Governo passou a assumir a responsabilidade de finalização da obra. Assim, a Maternidade de Belém foi inaugurada no dia 14 de agosto de 1914 (PARÁ-MÉDICO, 1922; PARÁ, 1922).

Imagem 24 – Maternidade da Santa Casa



Fonte: Pará (1922, p. 43)

Imagem 25 – Mãe e filho após 15 dias da realização de uma operação de *cesareana tardia*

Fonte: Pará-Médico (1922, p. 328)

As duas imagens acima, apesar de terem sido retiradas de diferentes documentos: um relatório e um artigo de revista, e que também foram elaboradas com a finalidade de comemorar o Centenário de Independência, tinham como principal intenção realizar um panorama epidêmico e sanitário, mas também pretendiam destacar o desenvolvimento e os avanços alcançados pela Medicina do estado, assim a exposição da fotografia da Maternidade da Santa Casa de Misericórdia e o registro de uma mãe após a realização de uma cesariana visava demonstrar os pequenos avanços que vinham sendo conquistados, em que a maternidade tinha um importante papel nos planos que vinham sendo traçados pela elite médica a fim de se consolidar do Pará.

De acordo com Meira (1986), que também era médico, durante a primeira década do século XX, a assistência ao parto comumente era de responsabilidade das parteiras práticas e realizados no espaço domiciliar, num momento em que não havia maternidade. Porém, mesmo com a criação, no novo hospital da Santa Casa, de espaços reservados para o atendimento de mulheres, dentre as quais as grávidas, a prática do parto domiciliar ainda era muito comum entre as famílias paraenses, tanto as da elite quanto as famílias pobres, demonstrando a confiança que as mulheres possuíam nas parteiras, superando a clientela dos médicos no que se tratava sobre os partos. Preferência que se confirmava cada vez mais diante da criação de mais duas maternidades, a da Ordem Terceira de São Francisco e a da

Benemérita Sociedade Portuguesa Beneficente. O médico destaca que era comum o parto serem feitos em locais sem higiene e conforto por “parteiras curiosas”.

Meira (1986) atuou na Legião Brasileira de Assistência e afirma que, em levantamento realizado pela entidade, até o final da década de 1940, apenas 35% dos partos eram realizados em maternidades. Ele destaca a atuação da médica obstetra Olga Paes Andrade, parteira, que ganhou notoriedade por ter sido a primeira ou uma das primeiras mulheres a receber o título de médica no Pará, integrando a segunda turma da FMCP, em 1926. Paes realizava partos tanto em domicílio quanto nas três primeiras maternidades de Belém. Quanto a sua atuação, Meira (1986) salienta que mesmo não sendo pediatra, preferindo a Obstetrícia, ela participava diretamente no tratamento de crianças, exercendo por anos a chefia do Serviço de Proteção à Infância do Estado, no qual exerceu a Medicina por mais de 50 anos, vindo a falecer em 2 de setembro de 1978.

Diante do que foi exposto, atenta-se que no Pará, o surgimento dos principais nomes que iriam dar início à consolidação da Pediatria e da Assistência à Infância no estado ocorre após 1912: primeiro surge o IPAI e sete anos depois surge a FMCP, que como destaca o médico Clóvis Meira (1986) foram importantes episódios para a Pediatria do estado. Entretanto, acrescenta-se que tais acontecimentos foram de fundamental importância para a assistência pública como um todo. A fundação da 8ª Faculdade de Medicina do país¹⁰¹ fortaleceu nomes, como o do Dr. Cyriaco Gurjão, professor fundador e responsável pela cadeira de Pediatria e Higiene Infantil; e na cadeira de Clínica Pediátrica e Ortopédica, o Dr. Otto Santos, que posteriormente foi substituído pelo Dr. Dogoberto de Sousa (que foi professor de Clóvis Meira no ano de 1940). Logo em seguida, a cadeira de Pediatria Clínica ocupada por Ophir Loyola e Alberto Moraes.

5.3 A INFÂNCIA SEM REMÉDIO: AS LEPROSAS E AS ENFERMAS MENTAIS

Mesmo com um corpo profissional em vias de consolidação, além do IPAI e do Pavilhão Infantil da Santa Casa do Pará, construídos na década de 1920 (e que também foi Clínica da Faculdade de Medicina) (MEIRA, 1986), as instituições que faziam a acolhida de crianças pobres estavam voltadas especificamente para meninas órfãs e *crianças indigentes*.

Para as órfãs, havia o *Orphanatório Municipal*; para as indigentes, havia o *Asylo de Mendicindade*, espaço para internamento de pessoas que estavam em situação de

¹⁰¹ Clóvis Meira em seu livro *Medicina de outrora no Pará*, publicado em 1986, se refere à FMCP como sendo a 7ª Faculdade de Medicina criada no país, quando na verdade foi o 8º curso de Medicina criado no Brasil, conforme Silva (2014).

mendicância, incluindo homens, mulheres e crianças, sejam estrangeiras ou nacionais, possuindo enfermarias e escolas para os menores, filhos dos moradores residentes nas proximidades (BELÉM, 1913). Caso houvesse nestas instituições, crianças acometidas por moléstias contagiosas, como tuberculose e varíola, elas eram retiradas de tais espaços, sendo transferidas para um dos hospitais: Domingos Freire, São Sebastião ou São Rocque, no qual deviam aguardar a cura.

Entretanto, a infância dessas crianças era vista como *sem remédio*, pois elas não eram vistas com possibilidade de futuro, não sendo reservada a cura e nem mesmo a prevenção, eram alvos do isolamento compulsório em locais afastados do centro da cidade, com condições higiênicas precárias na companhia de diferentes adultos, comumente sem a família. Estas crianças eram as atingidas por doenças que até então eram tidas como sem tratamento, logo, doenças vistas como uma ameaça para a sociedade que acreditavam no seu contágio imediato, entre elas, a lepra e as doenças mentais.

Nem todas as crianças eram assistidas pelo IPAI, haja vista que este se constituía em uma local de prevenção para a infância e a maternidade, no qual estaria destinado a realizar consultas, distribuição de alimento e medicação, assim como a orientação das mães. As crianças que se encontravam acometidas pela hanseníase ou alguma “enfermidade mental”, eram levadas para locais que exerciam “tratamentos” centrados na doença e não nos sujeitos. Pesquisadores, como Garcia (2011) e Borges (2006) demonstram que a lepra e a loucura, dois quadros patológicos muito diferentes, tiveram as suas histórias e representações semelhantes e complementares no que tange às práticas e políticas públicas de saúde, mas sempre estiveram reservadas a instituições de isolamento. E para a infância não foi diferente.

O *Asylo do Tucunduba* (ou Leprosário do Tucunduba), até meados dos anos 1920, foi o único espaço de internamento para leprosos. Desde finais de século XIX, foi local de altos índices de mortalidade, em que os doentes que ali estavam isolados eram alvos fáceis de doenças, como malária e a gripe. De 1914 a 1917, o Serviço Sanitário Estadual passou a estabelecer o isolamento obrigatório a todos os leprosos indigentes, sendo constantemente fiscalizado pela Polícia e pela *Hygiene*, tornando o local um verdadeiro repositório de doentes, sobretudo de indigentes, ex-escravos e pobres. Foram poucas as iniciativas para realizar reformas e expansão do referido local, sendo uma verdadeira colônia instalada nas proximidades do centro da capital.

Em relatório do *Serviço Sanitário de Prophylaxia Rural do Estado do Pará*, de 1922, consta a seguinte caracterização do espaço do asilo: a direita da entrada ficava o chalé de

residência do frei Daniel de Samarate¹⁰², o posto médico, prédio da administração; na praça existiam três pavilhões-enfermarias, comportando de 16 a 20 mulheres e 80 a 90 homens. Os demais doentes ficavam alocados em 70 casas de barracas de paredes de enchimento, chão de terra batida podendo ter ou não uma cobertura de telhas, e um terço delas era de madeira e as restantes de palha.

Nesta descrição não se menciona a existência de espaços próprios para as crianças, sendo comum a separação entre homens adultos e menores de mulheres adultas e menores. Neste mesmo período houve a intenção de construir um novo leprosário que ficaria entre o então Leprosário do Tucunduba e a Av. José Bonifácio, em que no seu plano constava a criação de um posto policial, uma casa de máquinas, um hospital para homens e a zona de solteiros, assim como previa a criação de um posto médico e laboratório, capela, refeitório geral e a habitação de mulheres, zona dos casados e a zona dos menores. Entretanto, passaram-se 2,5 anos e o plano do novo prédio não foi concretizado.

¹⁰² Religioso responsável pelo local e que também foi acometido pela lepra.

Imagem 26 – Grupo de crianças leprosas do *Asylo do Tucunduba*

Fonte: Pará (1922, p. 39)

A imagem acima apresenta algumas das várias crianças que estavam internadas no *Asylo do Tucunduba* para o tratamento de leprosos, não havendo informações no referido relatório sobre quantas crianças estariam encerradas no local. A lepra, tida como um flagelo nacional e regional da infância, motivou mecanismos de exclusão social, criando espaços para o isolamento compulsório de crianças pobres que passaram a estar restritas a locais insalubres e abandonados pelas autoridades, onde a maioria era afastada de suas famílias.

No relatório do Primeiro Congresso Médico Amazônico, ocorrido em 1939, o médico Jayme Aben-Athar considerava necessário a realização de trabalhos conjuntos entre os serviços da lepra e da criança a fim de que pudessem “ter a palavra final sobre a tese ‘Lepra, doença da infância’”. Neste mesmo congresso, os médicos não somente da região amazônica, mas também da região Nordeste do país (como do Ceará, Pernambuco e Bahia) deram visibilidade ao trabalho do Dr. Rinaldo Azevedo, que fazia parte da comitiva pernambucana, intitulado *O valor da ficha dermatológica entre os escolares na epidemiologia da lepra*, visando à obrigatoriedade da ficha dermatológica nas escolas, sobretudo nas zonas epidêmicas.

A partir da década de 1930 passa a se delinear o aparelhamento de medidas que visavam ter como foco a infância e a hanseníase, estruturando políticas e instituições próprias.

A criação de espaço específico para crianças leprosas ou tão somente filhas de leprosos no estado do Pará foi criado somente na década de 1940. Pacheco; Alves (2015), em pesquisa em andamento¹⁰³, apontam sobre o Educandário Eunice Weaver, fundado neste período, que objetivava prestar assistência médico-social às crianças filhas de leprosos, tendo por base as orientações eugenistas que estavam no ápice no país durante a política varguista.

Outra problemática eram as questões referentes à saúde mental no Brasil, que até o século XIX, enquanto campo de intervenção, ainda não estavam sistematizados, principalmente, os cuidados e estudos sobre a criança. O primeiro hospital psiquiátrico do país surgiu em 1852, o Hospício D. Pedro II (RIBEIRO, 2006). Porém, a primeira instituição de assistência a “crianças anormais” no país, foi o Pavilhão-Escola Bourneville, do Hospício Nacional de Alienados (HNA), em meados do século XX, sendo uma resposta aos constantes protestos feitos ao HNA (com quase meio século de criação) sobre a assistência que vinha sendo dada às crianças que lá estavam internadas (SILVA, 2009).

Enquanto isso, em meados do século XX, o Hospício dos Alienados era o único albergue do Pará voltado para o atendimento dos indivíduos com “enfermidade mental”, destinado especialmente para os loucos, os leprosos e os alcoólatras, sejam homens, mulheres, crianças e idosos. Até meados do século XIX, o conhecimento médico não distinguia os diferentes tipos de comprometimento mental, reunindo entre seus muros, indivíduos com diferentes moléstias. Os estudos que estabeleceram definições quanto o que seria deficiência intelectual e mental são próprias do século XXI, logo se observa que, naquele momento, o hospício abrigava pessoas que possuíam transtornos mentais, como *melancolia*, depressão e alcoolismo, assim como encerrava em suas paredes, pessoas com alguma deficiência intelectual.

Em relatórios dos anos de 1909 e 1910, constam doenças mentais como: *idiotia*, *imbecilidade*, *debilidade mental*, *neurasthenia*, *hysteria*, *hystero-epilepsia*, *epilepsia*, *paranoia*, *dysnoia*, *psycose toxico-alcoolica*, *psycose infecciosa palustre*, *psycose infecciosa syphilitica*, *psycose infecciosa beri-berica*, *psycose infecciosa puerperal*, *loucura maniaca depressiva*, *confusão mental*, *delirio auto-infeccioso*, *paralysis geral*, *demencia precoce* e *melancolia*, entre estes havia também os indivíduos não alienados.

¹⁰³ A mencionada pesquisa está sendo realizada no Doutorado em Educação, da UFPA, na linha de pesquisa Educação, Cultura e Sociedade, que tem por objetivo investigar a infância e as práticas educativas por meio das memórias dos ex-internos do Educandário Eunice Weaver em Belém do Pará (1942-1982), de autoria da doutoranda Tatiana do Socorro Corrêa Pacheco, orientanda da Profa. Dra. Laura Alves.

O relatório do Hospício de Alienados do ano de 1909 demonstra que entre os 277 reclusos, 14 foram classificados com *idiotia*, 5 com *imbecilidade* e 5 com *debilidade mental*, que eram enfermidades associadas aos problemas de cognição. O fluxo de entrada era intenso, sendo possível observar que, ao final de 1908, havia 119 reclusos, e no ano seguinte entraram 158, sendo que destes que entraram 15 eram menores, dos quais 10 eram meninos brasileiros, 3 eram meninas brasileiras e 2 meninas estrangeiras. Do total de 277 reclusos, somente 36 saíram, dentre eles, menores brasileiros curados das seguintes moléstias mentais: *psychose toxico-alcoolica*, *paranoia*, *psychose infecciosa palustre* e *melancolia*.

Dos menores em que foi solicitada a saída, três eram “menores masculinos nacionaes” diagnosticados com a *idiotia*, enquanto um estava em observação. Dos “menores masculinos estrangeiros”, totalizando 23, 1 estava diagnosticado com *imbecilidade*, 1 com *debilidade mental*, 1 com *Neurasthenia*, 9 com *psychose hysterica*, 3 com *psychose toxico-alcoolica*, 3 com *psychose infecciosa palustre*, 1 com *Melancolia*, 2 com *Demencia precoce*, 2 com *Loucura maniaca depressiva*; enquanto havia 1 caso de “menor feminina estrangeira” com *hystero epilepsia*.

No ano de 1910, no total de 34.909 eram “Homens menores - Nacionaes”; 6 (seis) “Mulheres menores - Nacionaes”. Dos 57 internados que saíram curados, 1 era menor do sexo masculino, que tinha *psychose toxico-alcoolica*. Dos 30 que saíram “melhorados”, 4 eram meninos que tinham enfermidades como *psychose-epileptica* e *dysnoia*.

A partir desta breve indicação constata-se que as principais *enfermidades mentais* que acometiam os menores, ou melhor, os principais diagnósticos mentais que eram dados àquelas crianças, apontam que elas sofriam de alcoolismo, epilepsia e outros casos que estavam associados à cognição ou casos ligados às condições emocionais, como a melancolia, histeria e a depressão. E aqui se faz o seguinte parêntese: o que dizer sobre *melancolia* de uma criança em quadro de desnutrição e em situação de pobreza? Ou sobre o quadro de *debilidade mental* e *imbecilidade* para crianças estrangeiras que não dominavam a língua portuguesa e não estavam habituadas à cultura nacional e regional? Quais os critérios empregados?

Apesar da presença de infantes internados, o hospício não oferecia espaços específicos para o internamento de crianças, conseqüentemente, não havia tratamentos adequados. Em 1922, o Dr. Azevedo Ribeiro se ressentia pela ausência de espaços específicos para os “menores enfermos mentais”, o médico e então diretor do hospício, indicava as intenções dos “homens da ciência” que pensavam a assistência pública aos alienados e também à infância pobre, pois apesar de ser assistida pelo IPAI, ainda assim estava envolta em uma realidade

precária que estava muito mais focada na prevenção e não na cura, haja vista que naquele momento não se tinha como horizonte a cura.

Assim, crianças acometidas por lepra e “enfermidades mentais”, como a “idioticia” ou a “demência mental” tinham como destino a internação, isolamento e afastamento da sociedade e da família, ao passo que os albergues não possuíam pavilhões específicos para crianças diagnosticadas com alguma “enfermidade mental”. Diante deste panorama, surge outro questionamento: estas crianças que estavam isoladas, sendo alvos fáceis de doenças e de mortes, entravam nas estatísticas oficiais do Município e do Estado?

Salienta-se que não se está realizando a defesa ou críticas positivas à internação de crianças, mas sim apontando que enquanto a Medicina Científica já havia avançado no reconhecimento das especificidades infantis, que estavam sendo defendidas pelos médicos do estado que pretendiam reformular a assistência à Saúde Pública e assim formar estruturas específicas de atendimento ao infante, mas a estruturação da assistência à saúde da criança caminhava a passos lentos, frequentemente sendo justificada pela ausência de recursos financeiros.

Apontar tais eventos não desconsidera o fato de que a criação do IPAI e a construção da maternidade na capital possibilitaram o amparo às mães e crianças pobres do estado, que até então estavam entregues à própria sorte, tornando a fase da gravidez e o puerpério momentos de riscos para mulheres e crianças de até 5 anos de idade. Contudo, eram medidas realizadas por um pequeno número de médicos voluntários, sem apoio efetivo do poder público municipal e estadual, que contava tão somente com as contribuições de uma elite que estava caminhando para uma crise econômica. As ações do Instituto estavam muito mais centradas nos aspectos preventivos, não havendo espaços para internamento e nem meios de realização de cura de doenças mais graves, assim, nem todas as *crianças desvalidas da sorte* poderiam ser assistidas e protegidas pelo IPAI.

SEÇÃO VI – A SAÚDE, A ASSISTÊNCIA E A EDUCAÇÃO DA INFÂNCIA NAS TESES DE DOUTORAMENTO OU INAUGURAIS

Um dos problemas de mais elevado alcance social, que vem sendo ventilado com carinho nos centros mais cultos, é, sem duvida, o da assistencia á infancia.

[...] A vida de um infante vale por certo grande cousa. Representa muito valor [...] (PEREIRA, 1929, p. 27).

Em Belem, a avultadissima mortalidade infantil, resulta, a olhos vista (sic), da inexistencia de um serviço perfeito de assistencia e de proteção á infancia [...].

Em Belem, veem-se innumeras vezes crianças cohabitando nos mesmo aposentos, desprovidos de ar e de luz, com seus paes phymatosos, destarte expostas ás contaminações massiças e repetidas justamente as mais perigosas, como affirmam os especialistas (MAROJA, 1930, p. 28).

O puerpério, nos parece uma oportunidade das mais valiosas e aproveitáveis para atacar o inimigo, debilitando-o, pela educação prática, intensa e objetiva das jovens mães que transitam pelas nossas maternidades, na mais sublime paradoxalmente tantas vêzes penosa e arriscada missão de perpetuar a espécie (LOBATO, 1954, s/n).

6.1 O CONTEXTO INTERPRETATIVO DO *CORPUS*

As teses que serão analisadas correspondem especificamente ao período de 1929 a 1954, portanto, se faz mister identificar o contexto em que os discursos foram construídos, haja vista que toda produção de texto envolve a integração do “discurso de outrem”, refletindo as tendências sociais da interação social de uma determinada época e de um grupo social específico (BAKHTIN, 2012). Ressaltando, que para tratar sobre este período e as intenções presentes nos discursos dos doutorandos do período mencionado, se faz importante retomar alguns aspectos que se referem ao processo de consolidação do grupo social a que estes faziam parte.

Como afirmado anteriormente, as medidas de assistência à saúde da população do estado foram iniciadas por um pequeno grupo de médicos que desenvolvia a sua “arte da cura” em hospitais que estavam sob os cuidados e vigilância da Igreja Católica, por meio de suas irmandades. Era um saber médico ainda incipiente e não muito bem visto pela população que temia os métodos utilizados por estes, tanto que a Medicina popular, não erudita, era a sua principal concorrente.

Após a Proclamação da República, as ações de saúde passaram a ser atribuídas aos estados, e no âmbito federal, os serviços de saúde terrestres e marítimos foram reunidos na Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP), criado em 1897, a fim de atuar diretamente nos casos de vigilância sanitária dos portos, pois não cabia a intervenção dos governos estaduais. Este tipo de organização dos serviços de saúde no Brasil é chamado pelo pesquisador e militante da política de saúde, Jairnilson Paim, como uma “espécie de não-sistema de saúde”, prevalecendo uma concepção liberal de Estado que somente intervia na situação em que o indivíduo e a iniciativa privada não podiam responder às problemáticas da saúde, prevalecendo um modelo descentralizado e que privilegiava os interesses de oligarquias (PAIM, 2009).

Em nível nacional, as epidemias de febre amarela, peste e varíola, que se deram ao longo do século XX, comprometeram a economia agroexportadora, exigindo do poder público o saneamento dos portos, aliada à adoção de medidas sanitárias voltadas para as cidades por meio de campanhas sanitárias e a vacinação obrigatória. Paim (2009) destaca que as campanhas sanitárias e a reforma dos órgãos federais marcaram a Saúde Pública, em que o ano de 1910 foi o momento de movimentação pela organização do serviço sanitário do país, tendo como liderança, médicos que estavam resguardados pelas autoridades políticas e

intelectuais. O que se tinha como Diretoria Geral de Saúde Pública, passa a ser Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), durante este momento de reorganização da saúde, passando a se estabelecer também uma estrutura permanente de serviços de Saúde Pública em áreas rurais (PAIM, 2009), o que no estado corresponderá ao *Serviço de Saneamento e Prophylaxia Rural no Estado do Pará*, tendo como lema o “saneamento da Amazônia”, fundada na centralidade da figura de Oswaldo Cruz e a sua equipe de Manguinhos.

Em finais do século XIX, há uma expansão dos albergues, nosocômios, colônias e preventórios voltados para o internamento de doentes, a fim de afastá-los do centro da cidade, ao passo que as epidemias vão se expandindo muito mais. Contudo, no país, a elite médica, no início do século XX, passa a se fortalecer e as medidas sanitárias fomentadas especialmente pelos centros científicos do Rio de Janeiro (onde os principais médicos paraenses se formaram) passam a ter espaço e parceria no estado do Pará. Pesquisadores que se detiveram em analisar sobre a elite médica do Pará, afirmam que o clima *científico* em que vivia o mundo, aliada à vinda da equipe de Manguinhos foi capaz de incentivar os médicos do estado a se aliarem e fortalecer a Medicina em torno de grupos de pesquisa, associações e outros meios de divulgação dos seus conhecimentos (MIRANDA, 2009; ABREU JR., 2010; RODRIGUES, 2008).

O período de 1910 e 1911 foi fundamental, pois apesar da crise econômica agravada e dos surtos de malária e febre amarela, foi o início de uma primeira organização bem-sucedida (se comparada às outras) fomentada pela Medicina da região. Seguindo esta trajetória, em 1912 foi fundado o IPAI, sob o comando de Ophir Loyola. Posteriormente, em 1914, é formada a SMCP; em 1915 é lançado o primeiro fascículo da revista *Pará-Médico* e, em 1919, é criada a Faculdade de Medicina do Estado. Deste modo, de forma tardia e bem diferente dos principais centros do país, a construção de um esboço de serviço público de saúde no estado do Pará ocorreu somente na República.

Assim, o início do século XX foi momento de consideráveis avanços não só para a Medicina local, mas também para a Saúde e a Assistência Pública do país, pois se aliou às campanhas sanitárias promovidas por Oswaldo Cruz, Carlos Chagas, Emílio Ribas, Belisário Penna e Barros Barreto a implantação de instituições científicas para a pesquisa biomédica, que foi capaz de estimular a formação de uma comunidade científica que tinha como preocupação estabelecer uma política de saúde. Contudo, as ações eram episódicas e visavam atingir doenças específicas. O órgão responsável pela Saúde Pública estava vinculado ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores, em que as problemáticas da saúde eram tratadas

como caso de polícia, gerando ações que correspondiam a verdadeiras operações militares (PAIM, 2009).

São estes os antecedentes das teses analisadas, em que se observam as mudanças nítidas na concepção sobre saúde e assistência para a infância e maternidade, porém prevalecendo a concepção e expectativa no que tange à função atribuída à educação, percebendo-a enquanto uma medida preventiva para os casos de mortalidade de adultos e crianças e também dos desvios morais.

Os anos que compreendem o *corpus* dessa tese correspondem a um momento de evidentes mudanças na ordem política e social do país e do estado, que se inicia na década de 1930, com o fim da República velha, em que os grupos de oposição ao presidente Washington Luiz e de apoio a Getúlio Vargas, a partir da Revolução de 1930, optam por um modelo de desenvolvimento centrado na industrialização em larga escala, substituindo o modelo agroexportador, que foi duramente atingido pela crise internacional do capitalismo ocorrida no final dos anos 1920, conhecida como a *Crise de 1929* (SANTOS, 2010; MESQUITA, 2013).

A conjuntura internacional era totalmente adversa para a economia brasileira, a crise de 1929 e a depressão econômica que se seguiu durante a primeira metade da década de 1930, fizeram com que os preços internacionais do café diminuíssem pela metade, gerando um quadro de instabilidade econômica e política, pondo em cheque o modelo político vigente, a Política do Café com Leite que marcou a República Velha.

Segundo Cunha (2010), a Revolução de 1930, que levou Getúlio Vargas a assumir o poder, foi momento de início de uma nova era na história do país. Os 24 anos de governo, Vargas podem ser assim divididos: de 1930 a 1934, Vargas era chefe do Governo Provisório garantido pelas armas das milícias das oligarquias dissidentes e do Exército; de 1934 a 1937, eleito pelo Congresso Nacional; de 1937 a 1945, como ditador sustentado por um golpe de Estado que instituiu o Estado Novo, logo após sendo deposto. Em 1951 retorna à presidência e em 24 de agosto de 1954, suicida-se, encerrando a chamada Era Vargas (DEL PRIORE; VENÂNCIO, 2010).

Del Priore; Venâncio (2010) afirmam que no período de 1930 a 1954, a história da política brasileira é marcada por constantes disputas, uniões e rupturas políticas centralizadas na figura de Vargas. O primeiro governo de Getúlio Vargas (de 1937 a 1945) estava revestido por uma capa institucional que lembrava os governos fascistas europeus, se tornando um chefe militar de escala nacional. Um de seus principais aspectos foi o extraordinário crescimento econômico, por volta de 1945, no Brasil, a industrialização finaliza seu primeiro

grande ciclo, causando um efeito até então inédito que foi a ultrapassagem da produção agrícola pela produção fabril que passou a ser a principal atividade econômica no país.

Da década de 1930 até 1970, ocorre um intenso processo de industrialização e urbanização do país (MORAES; TUROLLA, 2004). Santos (2010) destaca que este é um momento de intensificação do processo industrial, que passa a substituir as importações, havendo uma mudança, inclusive no perfil da população brasileira que, gradativamente, se tornou urbana. O crescimento da indústria passa a contar com uma intervenção maior do Estado, que dentre as medidas tomadas, passou a instituir o salário-mínimo para regular o trabalho, mediante o Decreto-Lei n. 2.162, de 1º de maio de 1940, sendo este um momento de transição, pois se trata do desdobramento da indústria do país, surgindo uma nova mentalidade capitalista para os negócios que se desenvolvia a passos lentos desde o século XIX (SILVA, 2014).

Silva (2014) considera que a principal característica do Estado Novo era o corporativismo associado à ditadura, que visavam dar sustentação ao que Vargas se referia como Trabalhismo, contexto envolvido por estratégias políticas que objetivavam dissipar os conflitos de classes por meio de legislação social e trabalhista opressivas, principal marca do seu segundo governo, que diante de uma classe trabalhadora que experimentava a crise e o desemprego passou a se fortalecer mais em torno do movimento operário. A autora destaca:

[...] o reconhecimento por parte do Estado, mediante os graves problemas estruturais: indústrias insalubres, trabalho infantil, trabalho feminino, jornadas extensas de trabalho, ausência de salário mínimo, trabalho noturno não remunerado, condições imorais de desemprego e o pauperismo, obrigando parte da população da cidade a retornar para o campo. Esse quadro ganhou força e fôlego nos anos de 1920, 1930 e 1940 (SILVA, 2014, p. 85).

Além de ser um momento de crescimento industrial e urbano, é o momento em que a classe operária passa a se articular em torno de reivindicações trabalhistas, exigindo por parte do Estado uma contrapartida que não deveria ser tão somente as medidas repressivas para as questões da exploração da mão de obra. Neste mesmo contexto, ocorre o surgimento do Serviço Social brasileiro, tendo em sua base sociohistórica a questão social¹⁰⁴, gerada pelos indesejáveis resultados da industrialização brasileira, exigindo um tratamento mais qualificado dos problemas sociais que emergiram (SILVA, 2004; YAZBEK, 2004).

Ocorrem mudanças de pensamentos que até então tratava a questão social como simples caso de polícia, para se impor uma nova forma de enfrentamento por parte do Estado

¹⁰⁴ A questão social é o conjunto das diversas expressões da desigualdade produzida pela sociedade capitalista madura, fundada na produção social e no trabalho coletivo e ampliado, enquanto que os seus frutos e lucros são privatizados e monopolizados por uma pequena parcela burguesa (IAMAMOTO, 2001).

que não seria mais puramente repressiva, e que diante da ameaça das inflexões do movimento operário, que representavam os sinais de uma possível revolução socialista no Brasil, passam a exigir uma nova postura do Estado, em que diante das reivindicações e lutas políticas empreendidas pelo operariado passou a estabelecer estratégias políticas conservadoras revestidas por discursos de proteção do trabalhador e sua família (SILVA, 2014).

Quanto às medidas na área da Saúde, a primeira iniciativa tomada foi à transferência do DNSP, que compunha o Ministério da Justiça e Negócios Interiores para o Ministério da Educação e Saúde Pública, criado neste mesmo ano, que cuidava das questões que envolviam a Educação e a Saúde, havendo uma concepção de saúde ainda um tanto fragmentada, haja vista que este mesmo ministério não tratava sobre as problemáticas da Segurança do Trabalho, por exemplo (PAIM, 2009; BRAVO, 2013).

Para Vieira (2004), a associação entre Educação e Saúde pretendia associar os seguintes aspectos: a Saúde estaria ligada às intenções de sanear o ambiente social, por meio da *higienização dos pobres* e do enfrentamento das problemáticas que atingiam diretamente nos modos de sua reprodução social e vida; enquanto que a Educação estaria relacionada à formação moral e a inculcação dos ideais do Estado Novo nas crianças. Assim, a autora conclui que, aos olhos do Governo Vargas, o adulto surge como o “atual trabalhador” e a criança é o “futuro trabalhador”, logo ambos sendo importantes para o progresso da nação, necessitando serem “sadios e úteis”.

Em 1953 foi instituído o Ministério da Saúde, gerando transformação nas campanhas sanitárias em órgãos e serviços responsáveis pela febre amarela, tuberculose, lepra, saúde da criança e fiscalização sanitária. Neste mesmo ano, ocorreu a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), que foi resultado de um convênio entre os governos brasileiro e o estadunidense durante a Segunda Guerra Mundial, que tinha também como intenção a exploração da borracha na Amazônia (PAIM, 2009).

O SESP ampliou as suas atividades, tendo como preocupação a assistência médica, a educação sanitária, saneamento, o combate à malária e o controle de doenças transmissíveis, além de desenvolver pesquisas em Medicina Tropical. Para Bravo (2013), o novo ministério teria mantido a mesma estrutura do extinto DNSP, havendo somente a ampliação do atendimento de enfermidades.

Segundo Paim (2009), entre as décadas de 1940 e 1960, em um momento de crescimento econômico do país que alcançava uma média de 10% ao ano, é também o momento em que a mortalidade infantil, que até então teve as suas taxas reduzidas, sofreu um aumento juntamente com o crescimento dos casos de tuberculose, malária, doença de Chagas,

acidentes de trabalho e outras epidemias. Apesar da reestruturação dos serviços de saúde e da assistência, estes não eram oferecidos enquanto um direito, só teria acesso a eles o considerado “cidadão trabalhador”, cabendo ao próprio indivíduo e aos seus familiares resolverem os problemas de doenças e acidentes que sofriam (PAIM, 2009).

Este é o momento em que o capitalismo monopolista tem seu início no Brasil, caracterizando-se pela crescente intervenção do Estado na regulação e execução dos mecanismos de acumulação, porém em 1950 a burguesia brasileira não conseguiu se estabelecer hegemonicamente e com a vitória de Getúlio Vargas tem que aceitar a volta do Populismo. Em 1945, sobretudo em 1950, o Estado passa a assumir os traços que o aproximava do denominado modelo do *Estado de Bem-Estar Social*, resultando no aumento dos gastos estatais na área social (BRAVO, 2013).

Segundo Bravo (2013), o enfrentamento da questão social pelo Estado se fez por meio da extensão da educação, com a ampliação da Previdência Social, com o combate às doenças endêmicas e a melhoria da habitação popular. No que se referem às políticas sociais estas foram realizadas de forma setorial, sendo criadas instituições de ensino profissional voltados para a assistência pública e formação de mão de obra, como o Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (SENAI), o Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (SENAC) e o Serviço Social do Comércio (SESC).

Enquanto isso, na Amazônia, após ter sido descartada como região de produção de borracha¹⁰⁵, há a desarticulação e fragmentação da burguesia assentada na economia gomífera, com o sistema extrativista que entra em crise que se inicia em 1911, gerando a falência do projeto de “modernidade” da cidade de Belém, gerando um decréscimo populacional e econômico entre os anos de 1920 a 1940, havendo uma crescente emigração de parcela da população que ficara na cidade sem ocupação (LEAL, 1991; COSTA, 2006).

A substituição da borracha nativa pela borracha cultivada na Ásia marca o fim do primeiro período histórico de contribuição da Amazônia à acumulação mundial, em que esta passa por um período de miséria social, sendo tal momento interrompido, brevemente, pela

¹⁰⁵ A Amazônia é descartada como região de produção da borracha com o contrabando das sementes da seringueira para as possessões asiáticas pertencentes à Inglaterra. As características naturais da região representavam obstáculos à produtividade do trabalho para a obtenção de matéria-prima para as indústrias, em que o sistema de plantagem ordenada permitia a obtenção de maior taxa de produtividade em relação à exploração florestal, possibilitando, inclusive, o maior controle deste segmento pelos organizadores da produção industrial capitalista e assim reforçando a imposição de estratégias imperialistas orientadas pela Grã-Bretanha (LEAL, 1991).

Segunda Guerra Mundial, por meio dos “Acordos de Washington”, que perdurou até a década de 1950.

Decorrente desse processo, a cidade de Belém retorna ao processo de crescimento populacional como consequência do 2º ciclo da borracha, sendo que, entre 1940 a 1950, a população da capital paraense que era de 206.331 passa para 254.494 habitantes, no entanto, se comparado aos períodos anteriores, esse crescimento não foi tão significativo (SANTANA, 2006).

Neste mesmo período, o Governo Vargas tomou iniciativas que pretendiam integrar a Amazônia econômica e espacialmente, a fim de povoar o território e promover a sua ocupação, envolvendo a criação da Superintendência do Plano de Valorização Econômica da Amazônia (SPVEA) e do Banco de Crédito da Borracha, transformado em Banco de Crédito da Amazônia – o atual Banco da Amazônia (SÁ; SANTOS; CARDOSO, 2008). Ainda na década de 1950, houve a construção da Rodovia Belém-Brasília, que colocou a capital paraense como uma importante cidade no âmbito regional e nacional (SANTANA, 2006).

A construção desta rodovia representava os interesses do governo federal de integrar a região ao restante do país e assim aproveitar o potencial extrativista da região. Este empreendimento criou um paradoxo, porque ao mesmo tempo em que aproximou a região economicamente ao Sul e Sudeste do país, também aumentou as diferenças regionais, desagregando e enfraquecendo as indústrias de pequeno porte, facilitando o acesso de outras indústrias do país à Amazônia, conferindo uma relação desvantajosa dessas com as indústrias regionais, em que, ao possibilitar o escoamento dos produtos agrícolas de outras regiões, cria uma crise nos municípios paraenses (SANTANA, 2006; CARDOSO; LIMA; GUIMARÃES, 2008, p. 316).

Neste sentido, como bem indica Del Priore; Venâncio (2010), a política agressiva de Vargas tem efeitos regionais nefastos, gerando o declínio dos estados que não conseguiam acompanhar o ritmo acelerado de competitividade econômica que estava sendo estabelecida. Mesquita (2013), ao caracterizar as principais atividades no estado do Pará e em Belém, tomando como fonte os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 1950, afirma que o comércio e a exportação eram as principais atividades que movimentavam a economia paraense nesse ano. Todavia, Carvalho; Santos (2012) indicam que este período de desenvolvimentismo do país, não resultou em um quadro positivo para a Amazônia, muito menos para Belém, haja vista que o período pós-década de 1920 na região se estabeleceu o fim de um “ciclo” de crescimento econômico (SARGES, 2010). Tal informação se confirma

com o relatório intitulado *Evolução e Perspectivas da Mortalidade Infantil no Brasil*, do IBGE, publicado em 1999:

Remontam aos anos 30, as grandes transformações na estrutura econômica e social do País. Foi nessa época que surgiram as primeiras leis regulamentando as relações entre trabalho e capital, além da Previdência Social beneficiando, principalmente, os segmentos sociais específicos da população urbana em processo de aceleração de crescimento, em vista da intensificação dos movimentos migratórios de origem rural (IBGE, 1999, p. 10).

A partir dos anos 1930 surge no país uma classe operária mais consolidada, assim como as primeiras leis que visavam garantir os direitos dos trabalhadores. Nos anos 1940, especificamente em 1943 surge a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), que passa a determinar os serviços de amparo à maternidade para a mulher operária enquanto um direito, assim como também passa a restringir a exploração do trabalho infantil.

No Estado Novo, surgem as ações para a infância e a maternidade, que demarcam as primeiras iniciativas voltadas para as mães e as crianças no país, a partir do DNCr, que estava inserido no Ministério da Educação e Saúde, por meio do Decreto-Lei n. 2.024, de 17 de fevereiro de 1940. Como indica o próprio departamento, a infância e a maternidade ficavam restritas às instâncias da Educação e da Saúde, ao passo que a principal proposta era realizar uma estrutura de assistência aos dois.

Este é um momento que, apesar do surgimento das estruturas econômicas e sociais que poderiam resultar nas mudanças para a situação da população pobre, se agudizam as desigualdades regionais, étnicas, culturais e de gênero no país, decorrentes da má distribuição e redistribuição de renda, diante do rápido crescimento econômico. De acordo com IBGE (1999), este processo, de maneira indireta, afetou a evolução da mortalidade no Brasil, contudo, reproduzindo consequências distintas para os índices de mortalidade infantil nas diferentes regiões brasileiras, que se intensificaram na década de 1950.

De acordo com IBGE (1999), os maiores índices de mortalidade infantil tanto urbano quanto rural, em meados da década de 1950, se estendendo há três décadas depois, se concentravam na região Norte e Nordeste do país, no qual as taxas de mortalidade urbanas eram maiores que a rural. Neste período, surgem no estado diferentes órgãos públicos e privados que visavam realizar assistência aos pobres (CARVALHO; SANTOS, 2012).

Diante deste contexto de aumento das disparidades regionais, que por consequência gerou aumento da mortalidade infantil na região, observa-se particularidades nos modos de organização do poder público local no sentido de lidar com a pobreza, em que, inclusive, não

haveria como excluir desse processo, desconsiderar ou até mesmo minimizar a atuação da elite médica do estado.

Neste período, correspondente às décadas de 1930 a 1950, no Pará, os nomes de Ophir Loyola e Cyriaco Gurjão, especialmente, tiveram continuidade nas ações de seus alunos, que não se limitaram às suas teses, dentre os quais se encontram os doutorandos Antonio Simões Pereira e Anísio de Mendonça Maroja. Contudo, assim como Clóvis Meira também se destaca o nome do Dr. Abelardo Santos, que também foi aluno de Ophir Loyola, e também ocupou a cadeira de Clínica Pediátrica Médica e Higiene Infantil da FMCP.

Abelardo formou-se na turma de 1939 da FMCP¹⁰⁶, defendendo tese sobre a “Kwashiokor”, uma inapetência infantil, estando associada à desordem alimentar ou desnutrição (MEIRA, 1986). Logo após se formar, ele dá continuidade aos seus estudos no Hospital Jesus e no Instituto Nacional de Puericultura do Rio de Janeiro, que eram importantes referências no tratamento de crianças.

É importante destacar a intensa trajetória desse médico paraense no campo da Pediatria e da assistência à infância no estado e no Brasil. Santos fez parte da equipe de Serviço de Assistência Social da Prefeitura Municipal de Belém e da Liga Brasileira de Assistência desde o ano de 1940, já nos idos da década de 1950 no interior da Santa Casa passou a organizar as bases para o ensino da Pediatria no Pará. No ano de 1949 defendeu a sua tese de livre-docência assumindo a cadeira de Clínica Pediátrica Médica e Higiene Infantil da FMCP e dez anos depois se tornou professor catedrático da mesma disciplina.

Enquanto clínico e gestor, Santos trabalhou e chefiou o serviço de Pediatria do Instituto Ophir Loyola e do Hospital da Santa Casa de Misericórdia do Pará, permanecendo no posto até 1980 (MEIRA, 1986), dando bases para a Escola Pediátrica Paraense.

¹⁰⁶ Em anexo, consta a lista dos alunos formados pela Faculdade de Medicina e Cirurgia do Pará no ano de 1939, dentre os quais está incluído o nome de Abelardo Santos.

Imagem 27– Dr. Aberlardo Santos, fundador da Sociedade Brasileira de Pediatria



Fonte: Página da Sociedade Brasileira de Pediatria¹⁰⁷

Deste modo, as teses de 1929 e 1930 correspondem ainda ao momento da primeira geração dos médicos higienistas do Pará, enquanto que a tese de 1954 foi elaborada numa segunda fase do ensino médico na região. Logo, as duas primeiras têm como marco os ensinamentos de Ophir Loyola, enquanto que a de 1954 tem como referência a figura de Aberlardo Santos.

Abelardo foi professor dos doutorandos Claudio Pastor Dacier Lobato, Manuel Ayres e Mário Rodrigues Ferreira, formados entre os anos de 1947 e 1948, mas que defenderam as suas teses em 1954. As décadas de 40 e 50 do século XX representaram um momento de mudanças significativas na organização e estruturação do ensino na faculdade, pois é o momento em que os “velhos mestres”, pioneiros na formação da classe médica do estado, que haviam se formado nas escolas de Medicina da Bahia e do Rio de Janeiro, e mesmo na Europa, falecem ou se aposentam.

Outro acontecimento que merece ser destacado é o fato de que nesse período houve a mudança da direção do IPAI, que a partir de 1934, passa a se chamar Instituto Ophir Loyola, após a morte do pediatra tão conhecido pelas suas “ações beneméritas à criança pobre”. Esta mesma entidade passa a realizar assistência aos pobres juntamente com a Legião Brasileira de Assistência (LBA) e o Instituto de Previdência e Assistência (IPA). Aqui, vão surgir nomes que passam a marcar a formação de uma política de assistência à infância pobre. O Instituto Ophir Loyola passa a ser dirigido por uma Junta Governativa que era liderada pelo Dr.

¹⁰⁷ <https://www.sbp.com.br/institucional/academia-brasileira-da-pediatria/patronos-e-titulares/abelardo-santos/>

Froylan Barata, que se destacou como pediatra e que, em 1953, fundou a Sociedade Paraense de Pediatria, sendo o seu primeiro presidente.

Em julho de 1939 é realizado o Primeiro Congresso Médico Amazônico¹⁰⁸ em Belém do Pará, reunindo médicos de Belém, Manaus, São Luís, entre outros estados que faziam parte da região amazônica, dentre as problemáticas levantadas pelos médicos havia também a preocupação de organizar a assistência à infância na região, apontando os principais dados sobre as doenças e a situação de mortalidade infantil em suas respectivas áreas. Em relatório elaborado no dia 15 de agosto de 1939 é apresentado o texto *Mortalidade Infantil em Belém*, tendo como congressista e relator, o Dr. Froylan Barata. O texto demonstra que os coeficientes de mortalidade infantil, apesar de não serem tão elevados quanto em outras cidades, ainda permanecem fortes, havendo a necessidade de abaixá-los.

Imagem 28 – Edifício da *Hygiene da Criança*¹⁰⁹



Fonte: Rodrigues (1939)

Entretanto, mais uma vez é possível questionar tal colocação feita pelo Dr. Barata, haja vista que naquele momento ainda havia grandes entraves para o registro de nascimento e

¹⁰⁸ O evento foi uma iniciativa da Sociedade Médico-Cirúrgica do Pará, com o financiamento dos governos do Amazonas e do Pará (BELÉM, 1939), que tinha como interventor federal José Carneiro da Gama Malcher.

¹⁰⁹ Não foram encontradas informações sobre este centro de saúde.

óbitos infantis. Sobre isto se aponta o texto do Dr. Amaral de Matos, congressista maranhense, *Sugestões para o inquérito sobre as causas da mortalidade infantil nas capitais nortistas*, que procura estabelecer uma organização que permitisse normatizar tais registros. Assim o relatório apresenta as seguintes sugestões do médico:

1.º – Propaganda intensiva por todos os meios disponíveis, afim de ser obtido o registro civil precoce das crianças dentro do período previsto para o inquérito. Despistamento sistemático por intermédio de visitadoras, das crianças néo-nascidas, ao menos dentro do perímetro urbano. Obrigatoriedade de notificação dos nascimentos por parte das atendentes qualificadas, das parteiras e curiosas matriculadas nos departamentos de saúde dos Estados (BELÉM, 1939, p. 20).

Apesar da existência de três maternidades na capital paraense, as parteiras e *curiosas*, como dito anteriormente, eram comumente escolhidas pelas grávidas. Quando se toma os relatórios municipais e estaduais de meados do século XX observa-se que os dados sobre os nascimentos anuais constavam somente os que eram realizados nos hospitais. A partir deste evento, os médicos, enquanto principais representantes da Saúde Pública e do Poder Público, procuram estabelecer enquanto obrigatoriedade a notificação dos nascimentos por parte das parteiras e curiosas matriculadas nos departamentos de saúde dos estados. O segundo ponto levantando pelo médico é sobre a necessidade de precisão quanto aos dias em que as crianças faleciam, bem como a sua alimentação a fim de melhor precisar os fatores que levaram à sua morte:

2.º – Inclusão na ficha bio-estatística dos atestados de óbitos das seguintes cláusulas:
a) quando o óbito se verificar durante os primeiros dez dias precisar o número de dias da criança, afim de ser apurada a néo-mortalidade, a qual somada a à cifra de nati-mortalidade traduz a mortalidade feto-primo-hebdomadária, dado seguro para julgar da incidência e importância do fator congênito na mortalidade infantil.
b) descrever em síntese o regime alimentar da criança na vigência da qual irrompeu a enfermidade que a vitimou. Anotar: alimentação natural, mista ou artificial quôta diária de leite, hidrocarbonados, suco de frutas, outros alimentos (BELÉM, 1939, p. 20).

Passa-se a estabelecer que os casos de óbitos devem informar sobre quantos dias a criança havia falecido, assim como descrever a sua alimentação. Este momento corresponde às iniciativas tomadas pela Saúde Pública que passa a ter como principal preocupação a alimentação da população pobre da Amazônia, apontando-a como um dos principais fatores das mortes de adultos e crianças. Neste mesmo relatório surgem debates em torno do *O Problema da Alimentação na Amazônia*, reforçando os debates sobre o aleitamento materno que passam a se preocupar, pois há demonstrações de sua relação com as mortes infantis.

Observar-se-á nos discursos de Anísio Maroja, assim como de Antonio Pereira, as principais preocupações não só dos médicos do estado, mas também da sociedade civil e organizações populares de meados do século XX, não uma simples crítica aos hábitos alimentares da população pobre, mas também exigências de um posicionamento do poder público local que deveria tomar medidas que possibilitassem a alimentação adequada da população. E para este intento também concorria a importância da educação.

Em *O problema da alimentação na Amazônia*, elaborado por Araújo Lima, e com total concordância por parte dos médicos do Pará de que seria encaminhado para o poder público, propõe-se um *Plano para a reforma alimentar na Amazônia* que deveria tomar três vias para a sua consecução: 1) o estudo; 2) a educação; e a 3) ação.

No que diz respeito ao estudo, este se referia, ao “estudo do homem e o estudo do alimento”, realizando o estudo da Fisiologia e condições econômico-sociais, levantando como estes homens se alimentavam, moravam e o orçamento que dispunham “as populações amazônicas”; quanto aos alimentos, deveria ser realizado o estudo biológico e químico destes, além de elaborarem um mapa alimentar que deveria constar a distribuição dos alimentos vegetais e animais por toda a planície amazônica. A segunda estratégia:

Pela *educação*: ministrar-se-ão noções instrutivas sobre os alimentos, desde a escola primária, sob a forma de lições de coisas; nos cursos superiores, na cadeira de higiene; a propaganda educativa far-se-à pelo jornal, folhetos, cartas, revistas, conferencias, rádio, cinema, etc.; a instrução prática das populações rurais obter-se-à pela atuação dos técnicos oficiais, que penetrarão no interior, para levar aos seus habitantes as noções práticas ao cultivo de plantas uteis à alimentação – legumes, tuberculos, verduras, frutas (BORGES; MILET; AZEVEDO, 1939, p. 12).

A estratégia da Educação pretendia divulgar e instruir as pessoas quanto as formas de cultivo e utilização dos alimentos considerados mais úteis, no qual a porta de entrada para tais ensinios seria a Escola Primária, se estendendo aos cursos superiores, constando na cadeira de Higiene. A divulgação deste ensino também se daria por meio de comunicação da imprensa disponível na época, como jornais, folhetos, cartas, revistas, conferências, rádio, cinema e outros. Enquanto que a terceira estratégia:

A *ação*: administrativa ou pela instituição privada poderá se exercer pelas assistência alimentar nas escolas, nas oficinas, nas fábricas, nas coletividades proletárias em geral que deverá fornecer rações alimentares apropriadas; pela distribuição de sementes, frutas, legumes, etc.; pela fiscalização severa dos gêneros alimentícios; pela atenuação, senão supressão dos impostos ou tributos quaisquer que pesem sobre os chamados alimentos protetores – ovos, leite, frutas, legumes (BORGES; MILET; AZEVEDO, 1939, p. 12).

A ação pretendia realizar a assistência alimentar nas escolas, oficinas, fábricas e nas coletividades proletárias com o fornecimento de rações alimentares, sementes, frutas e legumes, aliada à severa fiscalização dos gêneros alimentícios. Estas estratégias deixam em evidência as intenções destes médicos, em consonância com os objetivos do Governo Federal, de prestarem assistência às famílias pobres proletárias. E as teses de Anísio Maroja e Antônio Pereira já destacavam a problemática da alimentação da população pobre, especificamente a proletária, assim como a ausência de fiscalizações rigorosas na distribuição e armazenamento dos gêneros alimentícios, especialmente do leite, o que acarretavam morte infantil e materna.

Enquanto um quadro que preocupava o poder público local, a partir da década de 1940, a mortalidade infantil passa a fazer parte de uma articulação nacional fomentada pelo Governo Federal. Assim, no dia 16 de outubro de 1944, Froylan Rodrigues Barata, como chefe da então Subseção de Proteção à Maternidade e Infância, do Departamento Estadual de Saúde, representou o estado do Pará na reunião dos Chefes de Serviços de Puericultura, realizada no Rio de Janeiro, sob convocação do Ministro da Educação e Saúde ¹¹⁰.

Foram realizadas sete reuniões, presididas pelo ministro Gustavo Capanema, visando organizar a Política Nacional de Proteção à Infância Pobre, que realizou um balanceamento do “problema de proteção à maternidade e à infância” nos estados, além de abordar sobre a conveniência ou não de permanecerem os serviços infantis nos Departamentos de Saúde Pública, propondo a criação de Departamentos Estaduais da Criança para que compusessem o DNCR.

Froylan Barata apresentou à Assembleia a “rede assistencial” que o Pará dispunha, no qual destacou o projeto de Decreto-Lei que criou o *Serviço de Proteção à Maternidade e à Infância*, extinguindo a “simples Sub-Secção de igual nome” que fazia parte do Departamento Estadual de Saúde, contribuindo para a abertura de crédito para a construção do Hospital Infantil, ele relata que os debates de “feição acalorada” se dividiram em dois grupos contrários: os que julgavam ser urgente a criação de um departamento autônomo que cuidasse não somente da Higiene e da Medicina Infantil, mas também da Assistência Social, enquanto que o outro grupo considerava inoperante tal proposta, utilizando como argumento a situação de “parcos recursos técnicos e financeiros de certos Estados que não comportariam tais encargos”.

¹¹⁰ BARATA, Froylan. **[Ofício]** 11 de nov. 1944, Belém/PA [para] Interventor Federal Interino, Belém/PA. 2p. Sobre as reuniões dos chefes de Serviços de Puericultura dos Estados.

Diante da dificuldade em se chegar a uma conclusão, ficou acordado que os Estados que tivessem renda e permissão, criariam o Departamento da Criança e caso não houvesse meios e possibilidade, o Serviço seria individualizado, permanecendo, nos já existentes Departamentos de Saúde. O único acordo alcançado, segundo Barata, foi referente à criação e utilidade das Juntas Municipais da Criança, no qual foi ressaltado a “[...] grande missão de patriotismo que as mesmas podem executar nos municípios brasileiros”. Destas sete reuniões houve os seguintes resultados:

Do depoimento dos representantes e dos debates havidos, resultaram elementos para os seguintes projetos de Decreto-Leis a serem submetidos a apreciação do Exmo. Sr. Presidente da Republica: 1º dispondo sobre os Departamentos Estaduais da Criança ou Serviços de Proteção á Maternidade e á Infancia, fixando a sua competencia, objetivos, etc; 2º regulamentando o auxilio federal aos Estados para o desenvolvimento desses Serviços; 3º regulamentando o artigo que criou o Departamento Nacional da Criança na parte referente ás Juntas Municipais da Criança, estabelecendo o funcionamento das mesmas dentro das idéias consubstanciadas no texto da lei; 4º um texto de lei, autonomo, a de regulamentação do citado decreto, referentes definição das instituições que realizem a obra de assistencia e proteção á infancia (BARATA, 1944).

Os representantes de São Paulo, Maranhão e Ceará informaram que seus respectivos governos haviam criado o Departamento Estadual da Criança. Porém, o mesmo não se deu no Pará. Em ofício enviado ao Governador Magalhães Barata¹¹¹, o Dr. Waldir Bouhid, diretor do DES, ao sintetizar o relatório de Rodrigues Barata, sobre a reunião no Rio de Janeiro define que a única mudança empregada à política de assistência à infância seria o nome do serviço que deixava de ser “Sub-seção” para ser “Serviço”, achando ser desnecessária a criação de um departamento específico para os “serviços infantis”¹¹². Porém, antes de ter divulgado o seu posicionamento, o diretor do Departamento Estadual de Saúde fez as seguintes considerações:

Os serviços de Higiene Infantil sempre estiveram dentro dos Serviços de Saúde, articulados com os demais.

Dentro do ambito da Saúde Pública moderna, isso é perfeitamente logico, pois se ha um órgão publico encarregado de conservar a saúde e o bem estar da coletividade, não haveria razão plausivel para separar essa coletividade por seus elementos constituintes. Embora articulados com os mais, os serviços infantis nunca se confundiram com estes. É uma parte especial, como o são os serviços de exames de saúde, controle das doenças transmissiveis, higiene de habitação, higiene de trabalho, etc.

¹¹¹ Foi Governador do Estado do Pará três vezes, a primeira de 12 de novembro de 1930 a 12 de abril de 1935; a segunda de 20 de fevereiro de 1943 a 29 de outubro de 1945. A terceira de 10 de junho de 1956 a 29 de maio de 1959, ficou conhecido por ter um governo autoritário e populista, Entretanto, é interesse destacar que o ofício do dia 16 de novembro de 1944 foi elaborado pelo diretor do DES e destinado a João Guilherme Lameira Bitencourt, como interventor federal interino.

¹¹² BOUHID, Waldir. [Ofício] 19 de dez. 1944, Belém/PA [para] Interventor Federal Interino, Joaquim de Magalhães Cardoso Barata, Belém/PA. 2p. Sobre o relatório apresentado pelo Dr. Froylan Rodrigues Barata, chefe da Sub-seção de Proteção á Maternidade e á Infancia.

Entretanto, de alguns anos para cá, surgiram, entre pediatras, alguns idealistas que julgaram, embora sem nunca apresentar argumentos convincentes, nociva a permanência dos serviços infantis dentro das repartições de saúde.

No Brasil, um dos propugnadores dessa idéia, conseguiu fazer escola, e obter, mesmo, a criação de um Departamento Nacional da Criança. Em alguns Estados, também foram criados Departamentos da Criança, e que ocorre também no próprio Distrito federal. Na Capital Federal, entretanto, na Secretaria Geral de Saúde e Assistência possui Departamento da Criança, para supervisão técnica de todos os serviços que dizem respeito à infância, mas entretanto, estes são executados nos Centros de Saúde (BARATA, 1944).

Os serviços de Assistência Pública à Criança se confundiam com os serviços de Saúde Pública, tanto que desde o período da Colônia, a assistência aos pobres era realizada no interior dos hospitais, e os percussos da assistência à proteção e assistência à infância foi idealizada por médicos pediatras. Se a ideia de criação do Departamento da Criança tenha surgido em início do século XX, com Moncorvo Filho, somente a partir da década de 1930 passou a ser possível tal serviço em alguns estados brasileiros. Neste momento, a compreensão sobre a Higiene Infantil não se restringia a uma percepção de corpo e organismo, mas envolvia os aspectos sociais e morais dos indivíduos, justificando que as entidades e os serviços públicos de assistência e educação fossem concentrados nas políticas de saúde.

Entre os anos de 1930 e 1950 vai surgindo uma política de assistência com estrutura própria, visando ser a base da saúde, pois surge uma noção de prevenção que toma a pobreza como o principal flagelo da população, sobretudo da infância. Para Bouhid, o Governo do Estado mesmo concentrando as ações de Higiene, Medicina e Assistência Social para a infância no serviço de saúde estaria contemplando as demandas postas pela problemática da infância pobre paraense:

Alem disso, o órgão principal do Departamento Nacional da Criança, é o Instituto Nacional de Puericultura que se dedica, principalmente, à pesquisa e estudo de tudo que diga respeito à higiene e à assistência à infância.

Nos Estados, ocorre mais ou menos o mesmo, a não ser que em cuidados com a criança dentro dos Departamentos de Saúde sejam tão sem importancia, que obrigam os Governos a criar departamento especial para tratar com mais interesse do assunto.

E, aí um dos argumentos dos que defendem a autonomia dos serviços dizem respeito à infância, é a falta de assistência social, que temem a palavra, então, os Departamentos de educação e os Juizados de Menores. A existencia destes últimos, faz crer que alguma delas existe já sobre o assunto. Em nesse Estado, apenas sobre o Departamento de Educação podemos afirmar que realiza o que lhe compete.

Nada podemos dizer, por falta de elemento, sobre o Juizado de Menores.

Si e que diz respeito à higiene da criança está sendo tratado com a atenção devida, um Departamento da Criança que tenha a mesma finalidade trará, apenas, dualidade de Serviços, inconveniente, técnica e financeiramente.

Devemos acrescentar que o Governo de V. Excia. já enviou ao Conselho Administrativo, ante-projeto pelo qual fica extinta a Sub-Secção de Proteção à Maternidade e Infancia da Secção Técnica deste Departamento, e criação de

Serviço de Proteção á Maternidade e Infancia. Esse fato mostra que o assunto tem sido tratado com bastante antecedencia pelos Poderes Públicos do Pará, e que, pelo menos no que diz respeito a este Estado, torna inutil qualquer cogitação sobre a criação de um Departamento da Criança.

As Juntas Municipais da Criança sobre cuja utilidade os membros da reunião mostram-se de pleno acôrdo, não revelam, pelo seu titulo, qual o seu alcance.

Esperamos que seus idealizadores expliquem melhor sobre sua finalidade.

Aproveitamos o ensejo para renovar a V. Excia., senhor interventor, os nossos protestos de alto apreço e distinta consideração (BOUHID, 1944).

No relatório emitido por Froylan Barata, não há a exposição da opinião do chefe do “Serviço de Proteção á Maternidade e á Infancia” quanto à necessidade ou não de ser criado um departamento autônomo para a infância. Bouhid, enquanto diretor do Departamento Estadual de Saúde e não sendo pediatra, não comungava e não estava em harmonia com os debates que vinham sendo realizados pelos pediatras, educadores e demais *benfeitores da infância pobre* do país.

A proposta de criação de um departamento autônomo para a infância planejava, com a desvinculação do Departamento de Saúde, que fosse possível dar conta da grande demanda de trabalhos e responsabilidades imposta a esta divisão e assim possibilitar a maior autonomia e arrecadação de recursos orçamentários para os serviços infantis (MARIANO, 2006). Entretanto, assim como não houve o entendimento por parte do diretor do DES, que afirma que os “idealizadores” e “pediatras” não explicaram muito bem qual a finalidade e o aproveitamento desta mudança, nesse período, a região amazônica estava envolvida num crescimento desigual por qual passava o país com a sua inserção no processo de industrialização.

A década de 1950 foi período representativo das tomadas de reorganização da estrutura da política de saúde no estado do Pará, pois além da federalização da Faculdade de Medicina, atribuindo direitos e estabilidade aos médicos professores, há a criação da especialidade de Radiologia do Instituto Ophir Loyola que passou a ser reconhecido como órgão de utilidade pública pelo Governo Estadual e pelo Governo Federal, estando mais aparelhado com as tecnologias que eram disponíveis naquele momento (MARTINS, 2005). A formação de tal estrutura, aliada ao contexto econômico e político, exigia cada vez mais a criação de novas especialidades e é neste período que é criada a primeira Escola de Serviço Social do estado do Pará, em 1951, que após ser da sede do SESC passou para os cuidados do Instituto Ophir Loyola, atuando especificamente no Departamento de Câncer. Em 1957, passou a ser regulamentada como ensino superior reconhecido pelo Ministério da Educação.

Teixeira (2008), ao tratar sobre a primeira Escola de Serviço Social do Pará, explicita que os registros históricos indicam Paulo Eleutério Álvares da Silva¹¹³ como o fundador do ensino da referida especialidade no estado. Contudo, também salienta que assim como se deve reconhecer e fazer justiça ao empenho e mérito dele, deve-se também reconhecer e não descartar tal processo dos acontecimentos históricos que foram empreendidos, nos quais já citados acima, como o quadro de pobreza, doenças e desigualdades regionais que atingiam diretamente a região amazônica.

Quanto a isto também se faz um adendo: conforme os registros feitos por Mário Ruben de Mello Martins (2005), Paulo Eleutério, em 1929, fazia parte do grupo de políticos e intelectuais que estavam presentes na visita do governador Eurico de Freitas Vale (deposto pela Resolução de 1930) ao IPAI-PA, estando o médico Ophir Loyola presente e o diretor de Instrução Pública, Dr. João Pereira de Castro. Melo Martins não se atém ao evento e nem a figura do jornalista, porém indica que este possuía uma determinada representatividade nas questões políticas do estado e pertencia a um grupo que se destacava em ações de Assistência e Filantropia no Pará, que perpassou, pelo menos até a década de 1960, o ensino do Serviço Social.

Explicar estes aspectos, no presente texto, se faz importante por dois motivos: primeiro, para demonstrar como ocorreram as articulações que foram estabelecidas entre a Política de Saúde e a Assistência Social à infância do Pará. Segundo, porque permite discorrer sobre a terceira tese, que é a de Claudio Dacier Lobato, que ao presenciar a atuação “das Assistentes Sociais” no setor de Radiologia, passa a indicar e reivindicar a organização destas nas Maternidades, no qual deveriam ter como função a educação das mães que após os difíceis partos ficariam dias e dias internadas.

Após estas considerações, expõe-se que os debates que serão empreendidos têm como objetivo perceber as articulações polifônicas, ideológicas, dialógicas e culturais deste contexto internacional, nacional e regional nos anseios e intenções dos médicos do estado que pretendiam estabelecer orientações não só para saúde, mas também para a assistência e educação da infância e da maternidade no Pará, no qual figura como principais frentes dos debates empreendidos na região as problemáticas sobre a mortalidade infantil, a prevenção de doenças, como a tuberculose, a febre amarela, a lepra e outras doenças causadas por vermes, a problemática da alimentação e do aleitamento que serão principal alvo da atenção médica, assentando-se, sobretudo na figura feminina, especificamente a mãe proletária e pobre.

¹¹³ Jornalista, professor de ensino médico, bacharel em Direito e engenheiro rural (TEIXEIRA, 2008).

6.2 OS DISCURSOS POLIFÔNICOS E IDEOLÓGICOS SOBRE A MORTALIDADE INFANTIL E A ASSISTÊNCIA À INFÂNCIA E À MATERNIDADE POBRE NO ESTADO DO PARÁ

O conceito de Polifonia originou-se em estudos sobre Dostoievsky, nos quais Bakhtin o descreveu como um autor polifônico por excelência, consistindo nas várias vozes presentes num mesmo discurso, havendo o ininterrupto diálogo entre as diferentes vozes, dando um novo sentido à questão da autoria, pois a palavra não pertence a um único falante, em que o ouvinte também estará presente numa relação dialógica. Assim, “Nenhum falante é o primeiro a falar sobre o tópico de seu discurso [...]” (JOBIM E SOUZA, 2012, p. 100). O texto de qualquer natureza ao resultar do eco de várias vozes que se deram em diferentes tempos e espaços, também revela contextos e momentos políticos e econômicos.

As teses analisadas aqui, apesar de pertencerem a momentos históricos particulares, têm as suas considerações demarcadas pelo debate da mortalidade infantil. As teses que correspondem ao período de 1929 e 1954 foram elaboradas durante um momento de consideráveis mudanças no âmbito político e social do Brasil, o século XX, e que representaram mudanças nas práticas individuais e coletivas no trato da infância, no sentido de darem os primeiros passos no estabelecimento de medidas que até então eram somente ideais. A mortalidade infantil, assim como os fatores que poderiam desencadeá-los, se tornou alvo das preocupações dos intelectuais e cientistas a partir de finais do século XVIII, e passou a adquirir contornos mais nítidos ao longo do século XIX, porém, foi no século XX que ascendeu como consenso no plano discursivo, entrando na agenda política de diferentes países.

As teses apresentadas à FMCP possuem conclusões sobre a situação da infância desvalida que permitem entrever a pluralidade de vozes de muitos outros médicos e outros higienistas da sociedade brasileira, porém resguardando particularidades, haja vista que se preocupavam com a infância local. Assim, possibilitam por meio de seus dados e discursos, alguns um tanto emotivos (como os textos de 1929 e 1930) e outros com termos mais formais pautados numa Medicina mais biológica e técnica (como a tese de 1954), ter uma compreensão quanto ao quadro da infância da Amazônia paraense entre os anos de 1929 a 1954.

Inicia-se a análise das teses estabelecendo uma relação dialógica entre as de Pereira (1929) e de Maroja (1930), pois estão próximas no tempo e revelam continuidades diretas nos dados apresentados sobre densidade demográfica e mortalidade, além dos acontecimentos

políticos. Ademais, é possível observar uma intertextualidade entre elas, apesar de seguirem caminhos ideológicos diferentes. Mas o principal fator que as diferencia é o foco da pesquisa, enquanto Pereira demonstra o flagelo da mortalidade infantil que deveria ser combatido no Pará, Maroja demonstra que a tuberculose era uma epidemia que estava avançando progressivamente na capital paraense, atingindo inclusive a infância. A tese de Claudio Dacier Lobato, defendida em 1954, reflete um outro momento histórico no que se refere à organização da Saúde Pública no país, consequentemente no Pará, que passa a ter a sua própria estrutura centrada nos espaços dos hospitais.

Os anseios e aspirações internacionais e nacionais encontram lugar nos escritos dos médicos do Pará, que passam a se focar na problemática da morbidade e mortalidade infantil como algo que deveria ser combatido e extinto, propiciando a criação de medidas que visavam direta e indiretamente pôr fim aos fatores que ameaçavam o “futuro da nação”. As medidas que fomentavam os cuidados específicos ao corpo e mente infantil, como Assistência e a Educação são desdobramentos da centralidade que assumiu o combate às doenças e mortes que atingiam a infância.

Como já se indicou sobre o século XX, o serviço médico passa a se organizar no estado por meio de ações que visavam pôr fim às doenças, como varíola, febre amarela e tuberculose, também é o momento em que se começa a delinear ações de assistência e proteção à infância a partir das iniciativas do médico Ophir Loyola, que ao atuar também como professor da FMCP passa presidir a disciplina destinada aos ensinamentos sobre a Higiene Infantil, que já vinha sendo trabalhada por Cyríaco Gurjão.

Antonio Simões Pereira e Anísio de Mendonça Maroja, enquanto alunos de Ophir Loyola se reportam as suas ações no interior do IPAI. Pereira, nas *Palavras Iniciais* da sua tese, faz o seguinte esclarecimento sobre os motivos que o levaram a ter como interesse discorrer sobre a mortalidade infantil:

Em todo o meu tirocínio academico, sempre me preocupou, assenhoreando-me a atenção, a inquietante, ou melhor – a desoladora mortalidade infantil que se verifica em nossa terra.

Problema que reclama os mais solícitos estudos e a immediata interferencia dos poderes publicos é o de conhecer as causas que originam essa desproporcional lethalidade de parvulos, para contrapor-lhe as rigorosas medidas que a sciencia indicar (PEREIRA, 1929, p. 26).

Durante a trajetória acadêmica de Pereira, foram recorrentes os casos de mortalidade que atingiam a infância em nossa região, números que deveriam ser alvo das iniciativas do poder público, tomando como ponto de apoio a *sciencia*. Combater a mortalidade infantil e as

suas causas não estaria mais somente relacionado a uma ação benemerita e espiritual, que envolvesse a caridade, ou somente a responsabilidade dos *especialistas\cientistas* como educadores, pedagogos, pediatras, obstetras ou somente a família de modo individual e particular, mas o seu combate colocava em destaque a responsabilidade do poder público da época que tinha por dever defender a *raça* e a *nação* e assim garantir a *segurança do desenvolvimento da nacionalidade*. Contudo, para Pereira, apesar de tais responsabilidades, os governos não exerciam a proteção à criança como uma de suas obrigações.

No capítulo intitulado *A mortalidade infantil em Belém*, Pereira (1929) inicia apresentando o número total de habitantes do estado do Pará no ano de 1920, indicando que girava em torno de 983.507 habitantes, segundo o recenseamento do dia 1º de setembro do referido ano, em que dois meses depois estava com um total de 996.784. O número populacional do estado teve um crescimento geográfico, anual, de 4,11%, em que num período de sete anos houve um aumento populacional de 324.754 indivíduos, representando quase 33%:

Tabela 2 – O número populacional do estado do Pará de 1920 a 1927

DIA/MÊS/ANO	NÚMERO POPULACIONAL
31 de dezembro de 1920	996.784
31 de dezembro de 1921	1.037,796
31 de dezembro de 1922	1.080,383
31 de dezembro de 1923	1.124,837
31 de dezembro de 1924	1.171,062
31 de dezembro de 1925	1.219,254
31 de dezembro de 1926	1.269,413
31 de dezembro de 1927	1.321,538

Fonte: Pereira (1929)

Numa superfície territorial de 1.350.498,80 km², o número de habitantes era de 0,98. Na capital paraense, em 1920, a população era de 144.692; e em 1927 elevou-se para 194.423, tendo um crescimento anual de 34,37%. Num período que vai de 1924 a 1927, o coeficiente de mortalidade por mil habitantes decresceu de 23,13 (1924) para 16,55 (1927), havendo um

registo de 3.238 óbitos em 1927, resultando numa média diária de 8,8 óbitos, o que, para o médico, revela muito bem as condições em que vivia a população de Belém.

Sobre a tuberculose, ao tomar para análise também o período de 30 anos atrás, ou seja, 1900, Maroja observa a acentuada progressão da “peste branca” em Belém. Em 1895, o número de vítimas dessa moléstia girava em torno de 200 para um obituário geral de 2.368, num número populacional que correspondia a 85.000 habitantes, correspondendo a 23,5% de óbitos de tuberculosos num total de 10.000 habitantes. No ano de 1900, a população total correspondia a 100.000 habitantes e houve 300 óbitos de tuberculosos, correspondendo ao número de 30 em 10.000 pessoas. Maroja (1930) indica ainda que em 1920, Belém, com uma população total de 144.000 habitantes teve 711 óbitos de tuberculosos, gerando um coeficiente de 49,3 mortes por 10.000 habitantes, o que segundo o doutorando, tal crescimento vertiginoso decorreria da violenta pandemia que assolou a capital paraense em 1918. Assim, 1920 foi um momento de pós-crise econômica e de saúde.

Conforme o médico, nos anos que se estendem de 1920 ao momento em que elaborou a sua tese, “a situação em nada tem se modificado”. O autor apresenta um quadro ilustrativo sobre a progressão da tuberculose em Belém ao longo dos anos de 1895 a 1929, revelando os seguintes dados:

Quadro 7 – A mortalidade por tuberculose em Belém (1895-1929)

ANO	POP.	M. G ¹¹⁴ .	M. T ¹¹⁵ .	COEFICIENTE EM 10.000 HABITANTES	A QUANTOS ÓBITOS CORRESPONDE UM POR TUBERCULOSE	MORTES POR TUBERCULOSE (%)
1895	85.000	2.368	200	20,5	11,84	8,70
1900	100.000	4.313	200	30,0	14,37	7,50
1905	122.000	4.100	350	28,6	11,71	8,53
1918	140.000	—	809	57,7	—	—
1920	144.000	3.902	711	49,3	5,48	18,23
1922	148.000	—	473	32,0	—	—
1924	152.000	3.985	623	40,9	6,39	15,77

¹¹⁴ Mortalidade Geral (MG).

¹¹⁵ Mortalidade por Tuberculose (MT).

1925	155.000	3.476	619	39,9	5,61	18,20
1926	157.000	4.136	721	45,8	5,73	16,76
1927	158.000	3.238	649	41,0	4,98	20,28
1928	160.000	3.202	600	37,5	5,33	18,75
1929	162.000	3.328	564	34,7	5,90	17,09

Fonte: Maroja (1930)

Quanto aos dois últimos anos, 1928 e 1929, se verifica um ligeiro decréscimo, o médico afirma que essa fato nada revela, pois ao comparar o número de óbitos por tuberculose ocorridos nos primeiros semestres de 1929 e de 1930 constata-se um acréscimo no primeiro semestre do último ano. Enquanto que nos primeiros meses de 1929 morreram 270 pessoas e em 1930 faleceram 299.

Ao revelar tais dados, Maroja compara a situação da “peste branca” em Belém com o quadro da referida doença em capitais, como Rio de Janeiro e Recife, apontadas, naquele momento, como uma das principais cidades atingidas pela tuberculose. Nas suas constatações, Maroja observa que apesar das diferenças dos números de mortes, nas referidas cidades há um número populacional maior, logo o número de óbitos também. O doutorando assegura que no período que vai de 1920 a 1929 há um significativo decréscimo das mortes causadas pela tuberculose no Rio de Janeiro e em Recife, enquanto que em Belém os números se mantiveram praticamente estacionários, com insignificantes oscilações e mais elevadas do que nas duas cidades. Assim, “A média dos obitos por molestiastransmissíveis, a partir de 1913, era de cerca de 40% (em 1918, devido á epidemia da gripe, essa percentagem se aproximou de 50%)” (PEREIRA, 1929, p.32).

Se ao que se refere a tuberculose na capital paraense constatou-se oscilações e elevações mínimas, que Maroja afirma ser “quasi estacionaria”, Pereira (1929) ao realizar uma comparação da capital paraense com outras capitais tanto nacionais quanto internacionais, afirma que Belém possuía um coeficiente de mortalidade também consideravelmente baixo. Entre as cidades estrangeiras, Pereira salienta que Veneza, por exemplo, possuía um coeficiente de 17,30% e o Cairo de 35,76%. Enquanto que entre as 16 capitais e grandes cidades brasileiras, a capital paraense apresenta um coeficiente de mortalidade de 16,65%, enquanto que em Natal é de 32,76%, considerando que Belém possuía 3.238 óbitos gerais em 194.423 habitantes e Natal estaria com 983 óbitos num universo de 30.000 habitantes.

Ainda conforme o Censo do ano de 1920, no Pará, havia a existência de 180 indivíduos maiores de 100 anos de idade, que para o médico Pereira seria uma cifra relativamente elevada quando confrontada à população total.

Todavia, destaca-se que apesar dos dois médicos ponderarem em suas considerações sobre os dados revelados sobre a mortalidade infantil e a tuberculose na capital paraense ambos, ao longo de seus respectivos trabalhos, apontam que tais quadros são vultosos e que possuem fortes possibilidades de expansão. Pereira afirma que a “mortalidade infantil na cidade de Belem do Pará [é] um facto observado em toda a União Brasileira”, ao passo que Maroja diz que:

O coefficiente da tuberculose em nosso obituario, ao lado daquellas entidades morbidas¹¹⁶ que maior numero de victimas determinam na nossa capital, é de molde a impressionar os sanitaristas e os poderes publicos locais, pelo seu elevado indice, capaz de collocar Belém entre as cidades do planeta que maior tributo pagam á peste branca (MAROJA, 1930, p. 3)

Apesar do avanço vertiginoso da tuberculose entre os dados gerais da mortalidade na capital do estado, houve outras epidemias que avançaram, conforme o crescimento urbano e a concentração populacional. Quanto ao período correspondente aos anos de 1924 a 1927 a maioria dos óbitos registrados em Belém foi causada por afecções no aparelho digestivo: em 1924 correspondeu a 30,66%; em 1925 com 26,18%; no ano de 1926 com 28,72%; e em 1927 com 25,48%. Números que correspondem a uma média de 27,76% por mortes causadas por afecções no aparelho digestivo (PEREIRA, 1929).

Apesar de não especificar a faixa etária de tais óbitos, Pereira salienta que “o maior tributo, nesse particular, é pago pelas creanças até 15 annos de idade”, no qual se constata que a definição de idade de infância adotada pelo médico em sua tese é a de menores de 15 anos, em que primeiramente apresenta um quadro geral das epidemias e da mortalidade para então indicar porcentagens sobre os infantes. Então, seus dados revelam que a mortalidade dos “menores” por moléstias que atingiam o aparelho digestivo tem as seguintes proporções: 69% em 1924; 70% em 1925; 72% em 1926 e 74% em 1927.

Entre os óbitos que atingiam os indivíduos que se encontravam na fase da infância, as principais vítimas eram crianças menores de 1 ano de idade: em 1924 era 35%; em 1925 era 41%; em 1926 era 72% e 74% em 1927. Enquanto que entre os indivíduos menores de 15 anos vitimados por moléstias no aparelho digestivo, 97% eram brasileiros e 3% estrangeiros. Contudo, segundo Pereira, no ano de 1920 em Belém, a população infantil nacional de até 1

¹¹⁶Maroja não revela quais seriam estas outras “entidades morbidas”.

ano de idade era de 23.153 e a população infantil estrangeira na capital correspondia a 30 habitantes.

Tanto Pereira como Maroja demonstram dados contundentes quanto à mortalidade, causada por tuberculose ou não. Sobre a tuberculose na infância em Belém, Maroja afirma “não é tão rara como poderá parecer á primeira vista. E se “compulsar as nossas estatísticas hospitalares, veremos que a infancia contribue com um contingente bem regular de lesões tuberculosas”. O doutorando não utiliza os dados oficiais para afirmar sobre a relação da infância com a doença do bacilo de Koch, mas se utiliza da sua experiência de trabalho nas enfermarias do Pavilhão Infantil do hospital Bartholomeu Menezes, relatando que os casos de crianças portadoras de afecções tuberculosas de natureza diversa eram diariamente constatadas. Todavia, diferente de Maroja, que não apresenta dados específicos sobre os casos de tuberculose na infância, Pereira indica os seguintes números distribuídos pelas seguintes “lethalidades”:

a tuberculose pulmonar – 625 individuos (19,30% do obituario total, concorrendo os menores de 15 annos apenas com 10 obitos);
o impaludismo – 380 obitos (11,74% do obituario), sendo 134 de menores de 15 annos;
affecções do systema circulatorio – 311 obitos, registando-se nesse numero o de 7 creanças;
idem do aparelho respiratorio – 187 obitos, sendo 94 de menores (50%);
affecções não venereas do aparelho genito urinario – 187 obitos, entre os quaes 23 de creanças;
outras causas – 771 obitos, sendo 280 de menores (PEREIRA, 1929, p. 33).

Dos óbitos registrados em Belém e apontados por Pereira as principais letalidades, em ordem por número de casos, logo depois das doenças do aparelho digestivo, eram a tuberculose pulmonar, o impaludismo, as doenças relacionadas ao sistema circulatório, doenças do aparelho respiratório, as doenças não venéreas do aparelho urinário e genital, que acometiam os menores de 15 anos de idade. Aqui, mais uma vez, observa-se que a infância não era atingida massivamente pelas doenças decretadas como epidêmicas pelo poder público, algo que pode ser verificado nos números sobre as “outras causas”, que atingiram 771 indivíduos, no qual 280 eram menores, não havendo especificação sobre quais letalidades seriam essas.

Enquanto os doutorandos Maroja e Pereira, ao longo de suas teses, apontam a pobreza, aliada as fragilidades do poder público e da ausência de um serviço de saúde mais articulado, ver-se-á que em 1954 o também doutorando Claudio Dacier Lobato acredita que a Ciência Médica no estado já teria se desenvolvido consideravelmente, no entanto, sendo necessária a inserção de novos profissionais no interior das maternidades a fim de que

conseguissem pôr fim ao principal fator que causava as mortes infantis: a “ignorância” e “incultura” das mães pobres.

Lobato não apresenta um inquérito sobre a mortalidade infantil, como Maroja e Pereira, que justificasse o seu interesse pelo tema, mas ele indica que houve uma diminuição das taxas de mortes infantis, entretanto, ainda havia um mínimo que não conseguia ser superado. Em Maroja e Pereira, encontram-se propostas que pensam na articulação da Saúde com a Educação, no qual a Escola também seria importante meio para a prevenção e cura de doenças e mortes de crianças, ao passo que, em Lobato, as suas propostas de Educação estão enquadradas no ambiente hospitalar, numa proposição específica aos serviços de Saúde Pública. Não poderia ser diferente, haja vista que a sua tese foi produzida num momento de reorganização das políticas sociais brasileiras, no qual houve a substituição do antigo Ministério da Educação e Saúde pelo Ministério da Saúde.

Após essas necessárias considerações, analisam-se os principais fatores atribuídos pelos doutorandos como responsáveis pela mortalidade infantil no estado, que seriam a má habitação, a precária alimentação e o “desconhecimento dos preceitos de higiene”. Apesar de serem de contextos diferentes, observa-se um consenso entre os doutorandos sobre a influência da pobreza nos casos de mortes, pois esta geraria a ignorância das famílias e, sobretudo das mães, que precisavam ser orientadas e instruídas. Assim emerge como principal proposta de superação desta problemática, a Educação em seus diferentes tipos e locais, podendo ser nas escolas ou nas colônias a fim de evitar o contato das crianças com os focos de contágio e de hereditariedade de doenças ou nos hospitais e maternidades, em que as mães deveriam ser educadas para cuidar adequadamente de seus filhos.

6.2.1 Os fatores sociais causadores da mortalidade infantil, conforme o discurso dos médicos

A incidência de mortes infantis era resultado de diversos fatores, sobretudo os de ordem socioeconômica, que favoreciam a fragilidade física não somente das crianças, mas também das mães, que se alimentavam mal e moravam em habitações precárias e insalubres em tempos de diferentes surtos de doenças e inexistente sistema sanitário. Mas, quais seriam os principais fatores que concorriam para mortalidade e morbidez infantil de acordo com os textos analisados? Primeiramente, nas teses analisadas aparecem dois tipos de intertextualidade. A primeira se refere ao fato de que os três autores tratam sobre pobreza e ignorância; a segunda (sendo um desdobramento da primeira) está presente nas teses de Pereira e de Maroja ao tratar sobre os principais fatores que contribuiriam para o fortalecimento da mortalidade: i) Os problemas da alimentação (os erros da alimentação,

aleitamento materno, aleitamento mercenário e o aleitamento artificial) e ii) as péssimas condições das habitações.

Os problemas referentes à alimentação são profundamente frisados pelos doutorandos, em que os problemas das habitações aparecem em menor grau e ordem nas suas considerações. Entretanto, pontua-se primeiramente sobre a “má habitação” ou a “casamaldita” que conferiam força não somente para a tuberculose. Em Pereira e Maroja, verifica-se que a situação de moradia da população da capital paraense ainda se caracterizava pelos espaços comumente úmidos, abafados, sem qualquer ventilação e iluminação e construídos com materiais frágeis ou inadequados. Ao fazer considerações “Em torno das habitações”, Maroja oferece o seguinte panorama sobre as moradias da capital paraense:

Nos bairros proletarios de Belém, pelos suburbios, escasseiam as moradias construidas scientificamente, isto é, segundo os preceitos da hygiene moderna.

Ha nelles a predominancia das ‘barracas’, typo de habitação insalubre e inesthetico, e do qual, de accordo com a cobertura, podemos distinguir duas variedades: a que é coberta com telhas de zinco e a que apresenta cobertura de palhas, em regras palhas de palmeira ubussú.

São pessimas as condições hygienicas dessas moradias, quer no que se relaciona ao typo, quer no que diz respeito ao material empregado em sua construção.

Moradias de dimensões acanhadissimas dão, em regra, guarida a um numero excessivo de moradores. Em aposentos de cubagem para duas ou tres pessoas, agasalham-se á noite seis, sete ou mais individuos. A aeração já insufficiente pela falta de abertura para o exterior, torna-se portanto nulla.

Devemos levar ainda em conta a viciosidade do ar, causada frequentemente pelo genero de illumination nocturna em geral empregado, illumination que, na mór parte das vezes, se faz custa de candieiros de petroleo ou simples lamaprinas, as quaes, consumindo o exygenio ambiente, saturam-no de anhydrido carbonico e substancias outras prejudiciaes á saude, taes como oxydo de carbono, a fuligem, etc.

Essas moradias operarias se resente quasi todas da falta de acção altamente salutar dos raios solares. Em quase todos os seus compartimentos reina uma semi-obscuridade que favorece a conservação do B. de Koch, a ponto de Guillerat proclamar ser a tuberculose “doença da escuridão”.

A vida em habitações taes, favorece a eclosão de numerosas entidades morbidas, entre as quaes figura a tuberculose, cuja prophylaxia exige a hygiene da habitação como um dos pontos principaes (MAROJA, 1930, p.21).

Segundo ele, a habitação construída nos subúrbios da capital não seguia os preceitos da higiene, predominando moradias do tipo “barracas”, insalubre, dividindo-se entre as que eram cobertas por telhas de zinco e as cobertas por palhas, sem iluminação e ventilação adequada, abrigando em “dimensões acanhadissimas” números excessivos de moradores, consequentemente, sendo espaço propício ao desenvolvimento da tuberculose e outras doenças. Situação, que aos olhos do médico Maroja, é gerada pela inexistência de regulamento municipal com dispositivos enérgicos que obrigasse os proprietários e moradores a seguirem os preceitos científicos na construção e reconstrução dos prédios.

A má habitação facilitaria a ocorrência não somente da tuberculose, mas também de outras moléstias que também afetariam o sistema respiratório. Pereira, assim como destacou a concorrência dos “erros da dietética” como principais causas da mortalidade e morbidez ocorridas na primeira infância, destaca também os “defeitos hygienicos da habitação”, que “sobre o tenro organismo da creança se fazem sentir mais profundamente do que sobre o organismo adulto”, pois em tais espaços haveria uma “defficiencia da renovação de ar athmospherico”.

A má habitação, para Pereira, é um dos principais fatores que levariam a criança a contrair a tuberculose (que conforme o seu estudo era o que mais acometia a infância na época), haja vista que as “más condições de existencia no lar, onde ella, ao contrario, deveria encontrar seguro abrigo contra os males que a perseguem” seria o espaço onde estaria presente os principais focos de contágio, que seria “creados no lar pelos paes, parentes ou pessoas outras tuberculosas que com a creança convivem” (PEREIRA, 1929, p. 41). Assim, a habitação seria lugar dos:

Erros dieteticos, ventilação deficiente, superlotação, carencia de ar e luz, desasseio, abundancia de moscas, temperatura variavel e sobretudo temperatura excessiva e humida, vindo-se ajuntar a tudo isso a existencia na habitação de fócios de contagio, eis ahi as causas que reputamos mais importantes e mais geraes na morbidez e mortalidade infantil da primeira infancia (PEREIRA, 1929, p. 41-42).

Diferente de Maroja, que apresenta em suas argumentações a precariedade vivida nos subúrbios de Belém, Pereira recorre a citações de pesquisas, ou melhor, a discursos de outros médicos higienistas europeus (especialmente franceses) que tratavam sobre a relação entre a mortalidade e o número de aberturas nas casas nas “grandes cidades”, afirmando haver uma relação inversa que estabelece que tanto maior o número de mortes quanto menor fosse o coeficiente das aberturas, como quintais, janelas e pátios.

Seguindo um panorama nacional, a capital paraense também estava inserida num contexto de caos urbano, em que os principais pontos arquitetônicos da época não eram capazes de esconder a situação precária e de falta de higiene das habitações dos bairros pobres, o que para Antonio Pereira não estariam associadas à reprodução e expansão desigual de Belém, mas sim aos modos de vida da população pobre.

Enquanto Pereira indica que as principais causas da mortalidade e morbidez infantil no estado seriam decorrentes das moléstias que atingiam diretamente o aparelho digestivo, Maroja expõe que as principais causas de mortalidade tanto adulta quanto infantil seriam resultado da pobreza que geraria uma “carencia alimentar e consequente enfraquecimento orgânico” que colocavam os indivíduos predispostos à “tuberculização”.

Verifica-se a presença do discurso polifônico quanto às discussões sobre o aleitamento com especiais críticas às mães que comumente eram alvo da Medicina Higienista, que acreditava serem elas as responsáveis por boa parte dos males que atingiam a infância, decorrente da sua “falta de preparo” em cuidar de suas crianças. Pereira, do mesmo modo, realiza detidas considerações sobre os problemas na alimentação infantil consequente da “privação do seio materno”:

O abandono do aleitamento materno, não só nas classes abastadas da sociedade, sob os pretextos fúteis de que o aleitamento enfraquece a mulher, fal-a emagrecer ou envelhecer precocemente, como nas classes proletárias, obrigadas que são as mães a passae a maior parte do dia nas fabricas, no atelier, longe dos seus lactantes, é incontestavelmente o principal desses erros dieteticos e o factor primordial dessa notavel lethalidade da primeira infância, que em todos os paizes civilisados impressiona o mundo medico [...] (PEREIRA, 1929, p. 36).

Ele salienta que a problemática da “privação do seio materno” era algo que atingia diferentes classes, em que as mães das “classes abastadas” abandonavam o aleitamento de seus infantes por motivos “fúteis”, na percepção do médico, enquanto que as mães das “classes proletárias” o fazem por motivos que escapavam a sua vontade. Comumente, as mães das “classes abastadas” recorriam às amas de leite e ao aleitamento artificial, alternativas duramente criticadas pelos médicos higienistas, já as mães pobres recorriam a outros tipos de alimentos que pudessem substituir o leite materno.

As preocupações em torno da “privação do seio materno” vinham acompanhadas pela preocupação dos médicos higienistas com o aleitamento artificial e o aleitamento feito por nutrízes de aluguel, principalmente. Pereira adverte que “[...] longe das vistas maternas, algarismos [da letalidade infantil] que estão bem a demonstrar como se torna muito mais perigoso o aleitamento artificial, quando a extranhos confiados”, contudo afirma:

[...] os effeitos lethiferos do aleitamento artificial dependem muito do modo por que este é feito, por isso que, quando praticado pela propria mãe da creança, o que suppõe a sua realisação em melhores condições, se torna menos funesto do que o aleitamento ao seio de uma nutriz de aluguel (PEREIRA, 1929, p. 36).

Para Pereira, a ausência de fiscalização rigorosa dos gêneros alimentícios que estariam à venda na capital do estado, associada à falta de regulamento “modelar” do comércio do leite seriam estimuladores do aumento da mortalidade infantil, mesmo que naquele momento já houvesse a existência de uma comissão que estaria responsável por tal. O “leite adulterado” levaria as moléstias do aparelho digestivo de crianças que estariam nos seus primeiros anos de vida.

A indústria do leite entre nós, no que se relaciona á producção para o consumo publico, é ainda deficiente e em grande parte de má qualidade. A causa é devida aos fornecedores e distribuidores desse producto que, uns por nullo preparo technico, outros por falta de honestidade comercial, defraudam este tão util alimento (PEREIRA, 1929, p. 44).

Os médicos higienistas também tinham especial preocupação com o aleitamento artificial na capital paraense, alegando ausência de higiene no armazenamento do leite da vaca, pois as várias vacarias espalhadas pela cidade de Belém não eram devidamente fiscalizadas e comumente causavam diarreias, vômitos e problemas de digestão nas crianças (ALVES; GUIMARÃES, 2014). Quanto ao aleitamento artificial, destaca-se que neste momento, no estado do Pará, já estavam disponíveis leites artificiais, como a “Farinha Lactea de Nestle”, “Alimentos Mellin” e “Leite Maltado Horlick” que eram facilmente encontrados em propagandas de jornais desde o ano de 1900, anunciados como perfeitos substitutos do leite materno, porém deveriam estar sob os cuidados e olhares atentos das mães legítimas, no momento em que passa a ser estimulado não somente os hábitos de alimentação e higiene da criança, mas também a boa alimentação e higiene das mães a fim de que não transmitissem doenças aos seus filhos através do seu leite (PINHEIRO, 2013).

Porém, para Pereira, havia entre as mães uma ignorância “acerca das regras mais comensais da bromatologia infantil”, ou seja, as mães desconheciam concepções básicas sobre a alimentação infantil, gerando problemas dietéticos que poderiam estar associados tanto à subalimentação quanto a superalimentação, capazes de prejudicar a “integridade physiologica da creança”:

A superalimentação, quer consequente a refeições muito abundantes, quer dependentes de mamadas muito frequentes, quer emfim resultante do emprego de um leite de riqueza superior ás necessidades nutritivas da creança, constitúe uma das causas mais fortemente conhecidas de perturbações gastro-intestinaes, que podem ir da mais leve perturbação dyspeptica ao mais irremediavel estado athrepsico. Por sua vez a sub-alimentação constitúe um outro erro dietetico menos conhecido do que a super-alimentação, embóra não menos do que ella importante [...] (PEREIRA, 1929, p. 37)

Para o médico, a superalimentação, as abundantes refeições, as mamadas frequentes e o emprego de leite com alto nível nutritivo seriam uma forma de perturbação gastrointestinal mais conhecida do que a subalimentação, que estaria dividida entre líquida (ausência ou baixo consumo de água), quantitativa (dispepsia por hipoalimentação) e qualitativa (alimentação deficiente em matérias azotadas, gordura, açúcar e sais). Para Pereira, este quadro da subalimentação não estaria relacionado simplesmente à situação de pobreza e miséria que se expandia entre a população paraense, concluindo que:

E esse aumento da frequência com que a sub-alimentação vae agora figurando na etiologia das perturbações morbidas da infancia entre nós, não pensamos que se deva explicar por influencia do aumento crescente da miséria originada das dificuldades da vida cada vez maiores.

Não pensamos que seja essa a explicação, por duas razões. Em primeiro lugar porque nas classes proletárias o leite que a mulher não tem ou não póde adquirir para o sustento do filho é substituto por alimentos outros que ella, na sua ignorância, suppõe capazes de nutrir o pequeno, cujas perturbações digestivas resultam então dessa alimentação impropria e muita vez grosseira, filiando-se assim antes ao grupo das dystrophias por má alimentação do que ao das dependentes de sub-alimentação (PEREIRA, 1929, p. 38).

Ou seja, o contexto que é mais de pauperismo do que abundância não seria o principal responsável e não tornaria mais conhecida a subalimentação, que seria resultado muito mais da falta de conhecimento das mães (sobretudo as pobres) sobre as necessidades fisiológicas dos filhos. Quanto ao outro fator, causador das doenças “dyspepticas”, ou melhor, dispépticas/dispepsia, que são dificuldades de digestão, a superalimentação, argumenta:

Ao lado das infrações quantitativas do regimen figuram em não menor cópia as de ordem qualitativa, consistindo no emprego prematuro de substancias alimentares improprias á capacidade digestiva do lactante. Entre nós, por exemplo, nas classes inferiores da sociedade é quasi systematica a administração de papas ás creanças recém-nascidas, tendo apenas tres ou quatro dias de idade [...] E o que torna ainda mais perigosa essa pratica, tão seguida entre nós, é o emprego, para preparo dessas papas, *farinha de mandioca*, a mais accessivel aos recursos pecuniarios dessa pobre gente, e que ao lado dos inconvenientes de alimentação feculenta encerra o da sua riqueza em cellulose, cujas fibras, incapaz de qualquer digestão, constituem fonte abundante de residuos irritantes para a mucosa digestiva do bebé (PEREIRA, 1929, p. 39; grifo do autor).

O autor tece críticas aos hábitos alimentares que são postos pelas mães aos recém-nascidos, especialmente às mães das “classes inferiores”, que na ausência de recursos financeiros oferecem “substancias alimentares improprias á capacidade digestiva do lactante”, como a farinha de mandioca abundante na região. Destaca-se a preocupação com a alimentação do lactante e o leite materno não era algo exclusivo de uma classe médica que estava se formando na região na segunda década do século XX.

Alves; Guimarães (2014), em análise do artigo da médica Paula Guimaraens publicado no jornal *Folha do Norte*, no ano de 1913, indicam que esta, assim como Pereira em sua tese, aborda os aspectos referentes à amamentação, reforçando a importância das mães nutrirem os seus filhos com o seu próprio leite, condenando as mães que por vaidade “delegavam” a amamentação às amas de leite. Sendo da elite ou da classe pobre, a figura da mãe nos discursos dos médicos sobre a mortalidade infantil assume centralidade, em que as mães da elite eram tidas como vaidosas e as mães pobres eram tidas como ignorantes por não partilharem dos preceitos de higiene.

Apesar de haver estas duas colocações nos discursos dos médicos, nas teses de Medicina aqui analisadas, apresentam com muito mais destaque a *segunda mãe*. Lobato, ao tratar dos problemas com a amamentação de recém-nascidos, revela que eram comuns situações em que as puérperas se queixavam da falta de leite, além de ficarem receosas e entristecidas com a “fome do filho” acabando por recorrer ao leite de terceiros, entregando a amamentação às vizinhas de leito ou a uma nutriz.

Para o médico, a estas mães não havia sido ensinado sobre o colostro, conforme ele, o alimento ideal, rico em princípios nutritivos e que teria ação leve de laxante necessário aos primeiros dias de vida do recém-nascido. Pereira argumenta que esta atitude de amamentar a criança com leite que não fosse da mãe, era uma “prática condenável”, constituindo-se em fácil meio para a transmissão da sífilis.

A importância da amamentação e de uma dieta adequada e particular para os infantes estava comumente sendo mencionada nos trabalhos destes médicos, recebendo uma boa parcela de responsabilidade nos altos níveis de mortalidade infantil. A racionalidade médica ao estar voltada para a Higiene Infantil forma um discurso de cuidado com a criança, aliada às críticas que pretendiam estabelecer aos comportamentos mais adequados àqueles que lidavam diretamente com as crianças, sobretudo as mães. Pereira, ao dialogar com os franceses Pinard e Hutinel, para explicar os dados da mortalidade infantil ocasionados pela má alimentação da criança, afirma que elas seriam decorrentes da “privação do seio materno”, argumentando que o precoce afastamento da criança do leite materno seria responsável pelos altos números de letalidade infantil.

[...] em todos os países civilizados impressiona o mundo médico, a letalidade que, segundo Pinard, atinge a 300 por 1.000 e pode ir mesmo a 600 por 1.000 nas crianças criadas à mamadeira” e em “[...] estatísticas [...] citados por Hutinel, mostram que a mortalidade é de 13% nas crianças amamentadas ao seio por mãe, de 32% nas amamentadas ao seio por nutriz mercenárias, e de 65% nas nutridas à mamadeira [...]” (PEREIRA, 1929, p. 36).

Recorrendo aos dados fornecidos por Pinard, Pereira afirma que os casos de mortalidade infantil são menores entre as crianças amamentadas ao seio da mãe, ao passo que se tornava mais provável a morte de crianças amamentadas por nutriz e por leite artificial. Este posicionamento revela a centralidade assumida pela figura da mulher-mãe nos discursos médicos científicos que passam a associá-la como principal e exclusivo “instrumento” de procriação e maternidade.

Nas teses de Pereira (1929), de Maroja (1930) e de Lobato (1954) encontram-se discutidas discussões em torno do quadro de pobreza da população paraense, em que a capital surge como especial local da proliferação de famílias que viviam em situação de precariedade. A pobreza nos debates empreendidos pelos doutorandos vai tomando diferentes caminhos ideológicos e, por consequência, ela surge associada ao entendimento de que as mães das camadas mais pobres, especialmente, seriam responsáveis (quase que exclusivamente) pelas mortes de seus filhos.

Para Pereira, os casos de mortalidade infantil eram consequência da “ignorância” das pessoas pobres, que “surgiria” primeiro independente da pobreza vivida por aquelas famílias, em que as mães não conheciam os preceitos de higiene e as formas adequadas de alimentar os recém-nascidos. Ele trata dos “erros da dietética” das mães das “classes abastadas”, porém os “erros” cometidos pelas classes pobres e operárias são mais frisados. Assim, a ignorância (e não a pobreza) seria a principal responsável pelas mortes infantis:

Não só a pobreza e a miséria, observadas em todos os núcleos populosos, devem ser accusadas da grande mortalidade que ora se observa entre as crianças de Belém, e assim é que o paludismo, ancylostomíase, tuberculose, lepra syphilis e alcoolismo, se impõe como medida contribuidora e, em grande parte, para a diminuição do obituario infantil (PEREIRA, 1929, p. 43).

Para Antonio Pereira, a “pobreza” e a “miséria” seriam fatores que estariam caminhando lado a lado com as moléstias, pondo fim à vida dos infantes, no qual não a percebia enquanto efeito e consequência do mesmo processo. A pobreza e as moléstias mencionadas para o autor são “causas geraes”, sendo importante citar “outras decorrentes da falta de conhecimentos da hygiene individual, da puericultura e do abandono em que se ha deixado, até o momento actual, a decretação de leis protectoras da infancia desvalida” (PEREIRA, 1929, p. 36).

Dado que apontava para a necessidade de se realizar orientações que discorressem sobre os cuidados que deveriam ser tomados durante a alimentação infantil, já que as causas da mortalidade seriam consequência não da situação de precariedade material e social que a maioria da população da capital paraense, em meio a uma crise econômica, em uma sociedade desigual, e sim do desconhecimento dos preceitos de higiene. Quanto à realidade social e higiênica de Belém, o doutorando expõe:

Belém, como todas as cidades do Brasil colonial, resente-se ainda de grandes falhas na sua edificação. Falhas estas que mais se accentuam na construcção e hygiene dos bairros pobres, factos estes já mencionados nas nossas considerações geraes, muito embóra a bôa vontade das actuaes autoridades vá pouco a pouco, e na proporção, corrigindo as lacunas mais sensíveis. **Sendo justamente nos bairros pobres onde o**

hygienista mais dificuldades encontra em pôr em execução as medidas necessarias á boaconservação da saúde, e mais tem a lutar com a ignorancia das classes proletarias, barreira quasi intransponivel; mais necessario se torna a execução dos preceitos sanitarios tendentes a diminuir o grande numero, que aqui se observa, de creanças mortas (PEREIRA, 1929, p. 43; grifo meu).

Enquanto os indivíduos eram os principais responsáveis pela mortalidade infantil, haja vista que a pobreza em si, tão simplesmente, não seria a única responsável pelos óbitos infantis, para Antonio Simões Pereira, a mãe era um especial “agente” que estaria diretamente avolumando as letalidades de crianças. Apesar de especificar as diferentes relações das mães de diferentes classes, identifica-se que o principal alvo do doutorando são as mães *pobres e ignorantes*, como se refere.

As considerações sobre o binômio pobreza e ignorância têm continuidade em Claudio Pastor Dacier Lobato, que primeiramente explicita sobre os avanços da Medicina, nos ramos e especialidades da Cirurgia, Terapêutica e Diagnóstico Auxiliar, que resultaram em significativos progressos no âmbito da Obstetrícia, impactando na redução cada vez maior das taxas de mortalidade, sendo difícil de ser superado o mínimo, que até então fora alcançado, de 0,34% e 0,5% do risco fetal e materno, que seriam as taxas de mortalidade materna e fetal irredutíveis.

Diante desses fatores, o médico Lobato procura demonstrar que os riscos de natureza médica representada pela distócias e enfermidades intercorrentes¹¹⁷, próprias da gestação, do parto ou do puerpério já haviam sido dominados pelo conhecimento médico, porém havia outros “fatores sociais entrelaçados” que seriam de ordem social que contribuíam para a mortalidade materna e infantil, já que complementa:

A pobreza, causa da ignorância, do baixo salário, da má nutrição, dos vícios e da doença arrastam o indivíduo no turbilhão da decadência na escala social, aviltando-o e aos seus descendentes, qual maldição punitiva da cólera Divina, à vaidade e intemperança do rei da criação (MAROJA, 1954, s.p.; grifo meu).

Fatores sociais estes, que aos estarem entrelaçados e causando mortes de mães e filhos, seriam a pobreza, a ignorância, o baixo salário, a má nutrição, vícios e doenças, que seriam “desajustamentos sociais”. Todavia, para o médico, tais processos seriam produtos de uma “maldição punitiva da cólera Divina” que estaria dominado por uma “vaidade e intemperança” que tomava as classes mais pobres e não fruto do desenvolvimento desigual

¹¹⁷Distócias são as dificuldades encontradas na evolução de um trabalho de parto, enquanto que as enfermidades intercorrentes são ocorrências de um segundo incidente na vigência de um desastre.

por qual passava a região amazônica em pleno momento de crescimento urbano e industrial do país.

Para Lobato, as causas dos “desajustamentos sociais” eram a “incultura” e a “ignorância”, que eram o “núcleo de precipitação das demais” causas, havendo a necessidade de que fosse “vencida por os meios ao nosso alcance e máximo de energia”.

Para o médico, as maternidades ainda estavam limitadas à função de realização dos partos, em que tal ação estaria inconclusa, haja vista ainda na década de 1950, muitas grávidas ainda não tinham por hábito a realização do pré-natal, onde a assistência à maternidade estava reduzida aos serviços de cirurgia, clínica e internamento, quando na verdade, para o autor do texto, deveriam educar as grávidas e parturientes que escapavam a sua ação. Porém, também destacava a importância da *contribuição do público*, argumentando:

Um fator de grande relevância, para o bom êxito das tarefas é representado pela colaboração do público, dependendo, esta sem dúvida alguma da cultura geral, adquirida nos cursos de humanidades, paralelamente à educação básica, em moldes práticos, de bons hábitos de higiene, conquistas infelizmente restritas à minoria e de que tanto carecem as classes sociais menos evoluídas.

Sem estes requisitos de preparação do povo, de que valerão os recursos da técnica, da excelência do material, do bom aspecto e requinte do ambiente, se não pudermos contar com a compreensão da massa, bem trabalhada para assimilar os preceitos especiais de higiene, indispensáveis à conservação da boa saúde geral, e inubitavelmente (sic) dos estados ligados às funções de reprodução? Os resultados seriam amplamente compensadores para o bom desenvolvimento e qualidade do produto da concepção, o que influiria, decisivamente, na redução das taxas de morbi-mortalidade materna e infantil (LOBATO, 1954, p. 11).

Lobato se refere a dois tipos de colaboração/contribuição: a pública e a particular, quanto à primeira, entende-se o poder público estadual e a segunda seriam as de ordem privada, seja de sociedade e demais entidades privadas, assim como profissionais. Apesar de dever à “cólera Divina” as “agruras da população pobre”, em Lobato é possível observar que há um reconhecimento de que houve um descompasso entre os avanços que vinham sendo conquistados no âmbito tecnológico e técnico com o desenvolvimento socioeconômico, que refletia as suas consequências na educação da maioria da população pobre, porém é algo que não é alvo de problematização pelo autor.

As dificuldades na realização dos programas de saúde deviam-se, principalmente, à predominância do analfabetismo entre “as classes sociais menos elevadas”, que estariam “impermeáveis aos meios usuais de difusão cultural e educacional”. Para Lobato, o “espírito da pobre gestante” estava dominado pelas crendices, em que “se aquieta ou estremece ante os bons ou maus augúrios”:

Embora supersticiosa, vive despreocupada, ignorando a existência dos locais que deveria frequentar, onde seria assistida com a finalidade de evitar as complicações que rondam a oportunidade de agressão. Essa frequência, parecendo desnecessária, devia ser encarecida, mesmo na ausência de sintomas subjetivos porém capazes de evidenciar em exames periódicos minuciosamente executado, prodigalizado a tôdas as gestantes, no fim bem louvável de agir sempre no interêsse supremo de saúde e do feto (LOBATO, 1954, p.11).

Lobato, entre os três doutorandos, é o único que se refere às superstições das mulheres grávidas, que ao escaparem “à ação da Maternidade Moderna”, tinham por hábito recorrer às “parteiras curiosas”, afirmando:

As pacientes, não raro são internadas, já em trabalho de parto, ou abôrto consumado; presas de convulsões eclâmpticas ou cansaço obstétrico; o feto em sofrimento agudo final ou apresentação viciosa insolúvel; manipuladas à vontade pelas curiosas que existem por aí, aos milhares, na mais completa ignorância da maneira de resolver os casos. No desespero da salvação da própria vida. O pavor de algumas parturientes pelo hospital se dissipa, de modo aparente no conformismo, à imperiosa indicação operatória para terminar o parto, geralmente bem sucedido quanto à preservação da vida materna, mas com sacrifício do feto. Passada a borrasca, reconstituída a paciente a custa de muito trabalho e dos melhores recursos da medicina atual, após um lapso variável de dias, 5 a 20, é devolvida para cada (sic), com ou sem o filho (LOBATO, 1954, p. 03-04).

As grávidas, além de não terem por hábito fazer o pré-natal nas maternidades, comumente chegavam nos hospitais em trabalho de parto e com sérias complicações, que o doutorando não afirma de modo direto, mas deixa em suspenso que tais complicações seriam resultado das manipulações “à vontade pelas curiosas”. As “parteiras curiosas”, juntamente como os pajés e curandeiros, desde os finais do século XIX, foram constantes alvos das críticas dos médicos, que assim que criaram a FMCP, trataram de formalizar a sua atuação por meio de carteirinhas, formações no curso de Medicina e de fundar as maternidades da Santa Casa e do Hospital Beneficente Portuguesa, entretanto, mesmo assim as mulheres pobres ainda recorriam às *curiosas*. Para Lobato (1954), a não realização do “prenatal” se devia ao fato de que:

Confiante demais no determinismo fisiológico da multiplicação da espécie e na sua conclusão quase sempre de bom êxito funcional, as gestantes geralmente negligenciam a frequência aos consultórios prenatais, ignorando ou menosprezando a possibilidades de complicações, perfeitamente evitáveis quando descobertas a tempo. Por êstes motivos não se deverá, jamais, deixar de insistir na necessidade de acompanhar, durante todo ciclo gestacional ou, ao menos, a maior parte dêle, na medida do possível, extensiva a tôdas as camadas sociais, pois que nenhuma delas gosa do privilégio da impunidade ao descaso da saúde, neste período especial da existência da mulher (LOBATO, 1954, p. 10).

Para ele, as mulheres grávidas não tinham o hábito da realização do pré-natal ou de realizar consultas ao menos esporádicas com obstetras. Entretanto, é importante questionar as

condições dadas a estas mulheres para realizarem as suas consultas num momento em que a política de saúde era “garantida” a um públicos restrito: os trabalhadores assalariados (que contribuíssem com a Previdência) e sua família. O médico faz estas afirmações, mesmo apresentando, posteriormente, um inquérito, que ao mesmo tempo indica ser uma tentativa de ensaio de “uma verificação minuciosa da história das pacientes” atendidas na Enfermaria de Santana, da Santa Casa de Misericórdia do Pará¹¹⁸ durante o período de 1º de setembro a 31 de outubro de 1954, no qual constatou que das 290 pacientes atendidas que participaram do processo estatístico elaborado por ele “tôdas [eram] da classe não remunerada (indigentes)”.

Assim como Antonio Pereira, para Lobato, as mortes infantis seriam consequência da ignorância que estava acompanhada pelas superstições que estas mães carregavam confiantes no “determinismo fisiológico da multiplicação da espécie”, no qual ele aponta ser um consenso entre os autores que se detinham em perquirir a mortalidade infantil:

Se o maior número de vítimas é recrutado na classe materialmente menos favorecida, o motivo está justamente, ao menor interesse e desconhecimento dos problemas de higiene consequentemente aos fatores sócio-econômicos. Aceitamos a ignorância, concordes com quase totalidade dos autores, como a principal, a raiz mestra de todo o complexo problema que assoberba a massa popular. É por assim dizer o centro eixo do círculo vicioso, constituindo-se em fenômeno de causa e efeito (LOBATO, 1954, p. 10).

Mais uma vez, a mortalidade não se devia principalmente à situação de pobreza e de instabilidade social que as mulheres viviam, aparecendo como algo “secundário”, nas considerações dos “homens da medicina”, que creditavam as mudanças nos quadros de doenças e mortes a uma estrutura adequada de assistência e saúde, concorrendo a atuação do Estado e dos setores privados que deveriam ceder a importante missão da *benemerencia*. Lobato não se refere à Eugenia e Higienismo, mas se detém em uma apurada discussão sobre a Medicina Social, devendo a ela os avanços nas políticas de proteção à infância e à maternidade, pois não se concentraria no indivíduo e sim na coletividade, demonstrando que a saúde deveria andar acompanhada com o social.

Não há como desconsiderar que nas teses dos médicos paraenses (aqui analisadas), todas se centram especialmente na infância e famílias pobres, lançando divergentes olhares sobre a pobreza. Como todo discurso se constitui em verdadeira arena de disputas, Anísio de Mendonça Maroja, ao tratar sobre a epidemia da tuberculose que avançava na capital

¹¹⁸Conforme Claudio Dacier Lobato, a Enfermaria de Santana possuía 15 leitos que serviam para a instrução prática dos estudantes matriculados na cátedra de Clínica Obstétrica da Faculdade de Medicina do Pará.

paraense, não absolve a pobreza e tão menos responsabiliza estes sujeitos, expondo os fatores da subalimentação ou a total ausência de alimentos que “preparavam” as famílias paraenses para o quadro intenso de morbidez e mortalidade, resultado da crise que a região estava vivendo.

Maroja ressalta a situação financeira de boa parte da população de Belém, que interferia diretamente na sua alimentação, consequentemente, levando-os facilmente ao acometimento pela tuberculose. Maroja expõe:

A recrudescencia da tuberculose em Belém, nos últimos tempos, parece estar **ligada às dificuldades da vida, oriundas da grave situação financeira em que nos vimos debatendo ha quasi duas decadas e que determinaram, pela insuficiencia da alimentação**, certo enfraquecimento ou depauperamento da maioria de nossa população.

Effectivamente, os modernos estudos emprehendidos sobre os elementos determinantes ou agravantes da tuberculose, mostraram o papel salientissimo que representa a resistencia organica na etiopathogenia da tuberculose. A depressão organica intervem como factor preponderante na tuberculização. Assim, **uma alimentação deficiente, ou pobre de elementos nutritivos, e ocasionada na mór parte das vezes pela miseria**, collocando o organismo em estado de depauperamento manifesto, concorrerá notavelmente para tornal-o apto a contrahir a tuberculose a qual, nessas condições, irromperá num praso maior ou menor (MAROJA, 1930, p.7, grifo meu).

Maroja explicita que a tuberculose era uma doença diretamente relacionada à pobreza e, consequentemente, à má alimentação, pois gerava fraqueza física. Para ele – diferente dos doutorandos Pereira e Lobato – o fator principal da mortalidade não seria a superalimentação ou a ausência de pré-natal que estaria associada à ignorância das mães, mas sim a subalimentação ou *hypoalimentação* gerada pelo quadro de pobreza extrema vivida por boa parte das famílias da capital paraense e assim revela o contexto socioeconômico belenense de meados da década de 1930:

Em Belém, o custo elevado da vida, que, dia a dia, cada vez mais se accentua, em contraste com exiguos rendimentos da quasi totalidade de nossos habitantes, deu em resultado o que seria inevitavel: a deficiencia alimentar, a hypoalimentação das classes menos abastadas, que constituem a maioria de nossa população; deficiencia assim quantitativa como qualitativa, pois em geral o nosso povo além de consumir uma somma reduzida de alimentos, utiliza-se também de generos em grande parte deteriorados e pobres em elementos nutritivos.

O nosso proletario, o homem do povo, alcança pelo seu trabalho uma parca remuneração, que daria apenas para a sua subsistencia. Com esses fracos recursos é ele, porém, na maioria das vezes, forçado a prover às necessidades de numerosa familia. Nessas condições, bem se comprehende que os individuos de uma tal familia, não podem absolutamente receber alimentação sufficiente e sadia, rica em principios nutritivos, ou pelo menos uma parcella de alimentos capazes de fornecerem energias necessarias ao funccionamento organico. Subordinada a um regimen pobre em vitaminas, em substancias proteicas, em saes mineraes, a sua economia não poderá oppôr aos riscos de um contagio tuberculoso, uma resistencia segura por suas reacções de defesa, que, não funcionarão em toda pujança, porque está sabido que a boa alimentação tanto assegura ao ser vivo a fixidez de

composição de seus tecidos, mantendo o calor vital e produzido energias, como ajuda a defesa do organismo contra as influencias pathogenas, pela activação da phagocytose e produção dos humores bactericidas.

Assim, dado que num organismo hypoalimentado, sobrevenha uma infecção ou outra qualquer causa que desperte a energia, ele succumbirá fatalmente aos assaltos do germen tuberculoso. (MAROJA, 1930, p. 08).

Maroja retrata nitidamente o modo de vida do “homem do povo”, “o proletariado”, que duramente maltratado pela pobreza, estava vulnerável à tuberculose. É notório nos discursos dos médicos paraenses por ora analisados que o principal alvo de seus trabalhos era a população pobre, e o outro aspecto é a centralidade que a figura da mãe das “classes menos abastadas” assume nas suas discursividades. A responsabilização ou absolvição das mães¹¹⁹ estava justificada pelos ideais de proteção à maternidade, em que proteger a mãe significava proteger a criança e a família, no qual esta seria extensão do corpo do filho, sendo alvo dos discursos de cuidado dos médicos higienistas, então, para prevenir o corpo infantil de possíveis doenças era necessário prevenir o corpo da mulher seja na puberdade, na gravidez e no parto, pois comumente as mulheres também estavam expostas à deficiência alimentar, consequentemente, levando a criança para o mesmo quadro de deficiência.

[...] a quasi totalidade da crianças de Belém tem uma alimentação não só deficiente com prejudicial á saude. O lactante absorve quasi que exclusivamente o leite fornecido pela propria mãe, a qual, muita vez depauperada, está longe de poder dar uma quantidade sufficiente ás necessidades do organismo infantil. Não raro o lactante com poucos mezes passa a absorver toda a sorte de alimentos improprios, que lhe arruinam a saude, causadores que são de perturbações digestivas e dystropias de toda natureza (MAROJA, 1930, p. 28).

Em Maroja (1930) encontram-se as motivações que levariam muitas mães pobres a substituírem a amamentação com seu próprio leite por outros tipos de alimentos que não seriam próprios aos recém-nascidos, pois a gestação representaria em “vultuoso dispêndio de energias gastas na plasmação do ser que se gerou em seu ventre”, sendo para o médico o período da gravidez um momento facilitador para a tuberculização da mulher. E por consequência, “O lactante [...] cresce enfraquecido, adynamico, incapaz de offerecer plena resistencia ás successivas contaminações bacilares do meio, ás quaes se torna sujeito, pelas suas proprias condições de vida” (MAROJA, 1930, p. 29).

Maroja, diferente de Pereira, explicita que a deficiência de alimentação também atingia de igual modo às mães pobres, estando suscetíveis a doenças, como sífilis e varíola, também “portas de entrada” para a tuberculose, haja vista que seus corpos estariam debilitados pela ausência de alimentação adequada. Apesar da compreensão de que a

¹¹⁹ Pois para Maroja, essas mulheres pobres, sendo mães ou não, juntamente com a criança, seriam uma das principais vítimas da má-alimentação gerada pela pobreza.

tuberculose fosse causada pelo contágio e não por hereditariedade, no momento que compreende os anos de 1920 a 1940, os debates em torno da tuberculose destacaram-se entre as teses de doutoramento e os artigos da revista *Pará-Médico*, no qual o debate sobre a “tuberculose e gravidez” e “tuberculose e maternidade” foram constantemente repensados pela elite médica do estado. O Dr. Henrique Esteves (1939) chama a influência da gravidez sobre a tuberculose pulmonar de “velha questão” que permanecia sempre latente em seus estudos, reunindo em torno dela opiniões de diferentes naturezas, indo do pessimismo absoluto ao incrível otimismo.

As atenções se tornavam ainda mais ferrenhas quando se tratavam de mães doentes, como as tuberculosas, colocando em questão as teorias que visavam descobrir se a “ethio-pathogenia” dessa doença era de hereditariedade ou de contágio. Guimarães (1927), em sua tese sobre *As causas prováveis da tuberculose no Pará*, discorre sobre os aspectos e autores que se debruçam sobre o provável caráter hereditário da tuberculose. Apesar de estabelecer que a hereditariedade da tuberculose fosse uma teoria equivocada quanto aos casos de gravidez de tuberculosas, diz que a questão da “Herança – é ainda discutível a herança tuberculosa”, que crê que o “germe” da tuberculose passaria diretamente para o recém-nascido, fazendo com que “[...] ao nascer já seria a criança portadora do bacillo uma vez provinda de mãe tuberculosa ou infectada pelo esposo. É a tuberculose congenita e placentária”:

Entretanto á luz dos conhecimentos modernos o que está estabelecido é que a herança nada mais faz que doar ao novo organismo uma predisposição accentuada para o contagio, tanto mais fácil por viverem as creanças em commum com os paes tuberculosos.

Contagio – A theoria da hereditariedade da tuberculose foi lançada por terra no dia em que Villemin, medico francez, demonstrou o erro deste asserto, provando que se tratava na realidade de contagio. O contagio está hoje demonstrado experimental e clinicamente. Para que um individuo se torne tuberculoso, é necessario que o bacilo de Koch penetre por uma via qualquer em sua economia; por outra parte as portas abertas ao germe são numerosas (GUIMARÃES, 1927, p. 30).

Guimarães (1927) expõe não haver mais dúvidas de que o principal meio de transmissão da tuberculose é o contágio, em que até então se acreditava que todo filho de tuberculoso estaria fadado a carregar consigo o bacilo de Koch. Apesar do entendimento quanto o caráter de contágio e não de hereditariedade da tísica para os médicos, esta moléstia ainda representava perigos à unidade mãe-filho. Médicos, como Maroja, acreditavam ser incontestável as influências da gravidez no surgimento da tuberculose, pois seria um momento que exigiria mais força e saúde de mulheres que já eram enfraquecidas e sem saúde. Contudo,

esta moléstia em grávidas não se manifestaria em qualquer momento e sim teria terreno fértil nos dias que antecederiam o parto, sobretudo nos casos das “primigestas”.

Havia os casos em que a gravidez era percebida enquanto um risco para a mulher tuberculosa, pois acreditavam que os esforços e forças dispendidos durante o parto seriam capazes de agravar o quadro de tuberculose. O doutorando Jorge Alves Maia, em sua tese defendida e apresentada em 1925 à FMCP, ao descrever um atendimento realizado por ele durante a residência médica concluída na Maternidade da Santa da Casa apresenta um caso, que aos seus olhos, era incomum: a gestação, o parto e o pós-parto de uma mulher tuberculosa grávida de trigêmeos, que tinha 31 anos de idade, natural do Rio Grande do Norte.

Imagem 29 – Mãe tuberculosa e seus trigêmeos (1925)



Fonte: Maia (1925, p. 48)

Imagem 30 – A mãe tuberculosa e sua família no momento de saída da Maternidade da Santa Casa



Fonte: Maia(1925, p. 48)

Maia (1925) diz que, apesar de estudos acurados realizados pelos especialistas, ainda não havia um acordo perfeito em relação ao modo de agir do parteiro a cada momento em que uma mulher tuberculosa engravidasse, constituindo-se em um tema complexo, porque uns achavam que a gravidez agravaria o prognóstico da tuberculose, devendo ser interrompida, cabendo ao parteiro garantir ao menos uma vida. Naquele momento, independe dos debates

sobre a hereditariedade ou contágio da tuberculose, os médicos higienistas acreditavam que a gestação representaria para a mulher tuberculosa gasto de energia física.

Conforme o médico, a tuberculosa se encontrava muito debilitada, em que uma gravidez poderia ser uma ameaça à sua vida, quanto mais uma “prenhez de trigêmeos”. No que Maia (1925) assevera: “Nenhuma lei humana nos auctoriza a sacrificar uma vida sob o pretexto de salvar a outra”. Apesar de não saber que se tratava de uma “prenhez tripla”, este tomou como opção aguardar, afirmando ser esta a “sciencia do parteiro” e assim não tendo realizado o aborto ou induzido o parto prematuro. Mas o que deve ser destacado neste caso é que a tuberculosa, assim como as demais grávidas da capital paraense, não teve acesso ou acompanhamento e a sua entrada na Maternidade da Santa Casa ocorreu somente aos sete meses de gravidez, quando os sintomas da tuberculose, que estava “curada”, se agudizaram aliada ao crescimento “incomum” do seu ventre que os médicos acreditavam ser uma gravidez acompanhada de um tumor.

Diante de casos como estes, que representavam considerável parcela das grávidas da capital paraense, que comumente não realizavam o pré-natal ou qualquer visita a obstetras e pediatras, além da ausência de estrutura para tal atendimento, os médicos realizavam duras críticas e reivindicações sendo taxativos quanto ao fato de que a criança deveria ser protegida e assistida desde o ventre da mãe.

A Puericultura, ao colocar a unidade mãe-filho como alvos especiais da atenção médica, reforça a percepção da criança enquanto recurso biológico-político da nação, enquanto que a mulher, para os puericultores, é reafirmada numa visão tradicional de família estando voltada exclusivamente para reprodução, devendo criar seus filhos de forma saudável a partir dos modernos princípios médico-higiênicos para o bem do país, no qual o Estado concorreria nos seus deveres de regular a saúde dessas crianças (STEPAN, 2005).

Freire (2006) argumenta que a elevada taxa de mortalidade infantil, no Brasil, era inaceitável para as elites urbanas reformistas que visavam alcançar os seus anseios republicanos de ordem e progresso, colocando a maternidade no centro dos debates da sociedade, estando presente em jornais e revistas de meados do século XX. O discurso maternalista brasileiro foi diretamente influenciado pelo modelo francês que tinha o seu movimento pró-natalista baseado na proteção à maternidade como parte de uma política ampla de proteção à família, forjando uma ideologia da maternidade como uma função primordial da mulher, enquanto parte da construção de uma identidade feminina.

No quarto capítulo de sua tese, Antonio Pereira, em “Os meios de as combater” ao apontar dez caminhos para se combater a mortalidade infantil, especialmente na capital

paraense, após considerações sobre as condições de alimentação, de habitação e sobre a estrutura da assistência e a proteção à infância, acredita que as medidas que atingissem a mortalidade infantil não deveriam ser tratadas somente como “leis geraes” próprias ao âmbito da “União Brasileira”, mas que era fundamental o estabelecimento de “leis locais” que beneficiassem as “classes pobres do Estado”. Antes de fazer suas recomendações, ele salienta que as medidas por ele indicadas são fruto dos debates e ensinamentos do “distinto professor dr. Ophir Loyola”.

A sua primeira proposta é o estabelecimento de leis rigorosas contra o “aborto criminoso e o infanticídio”, assim como quaisquer outros meios que visassem interromper a gravidez. Interessante apontar esta primeira medida, pois ela se coaduna com a terceira, que visava criar leis especiais que protegessem os filhos ilegítimos, em que se deduz que os casos de aborto eram comuns entre as mulheres solteiras. Da mesma forma, Lobato (1954) também indica isso em sua tese, argumentando que as mães solteiras não gozavam de uma gravidez que contassem com o apoio familiar e da sociedade.

Assim como já foi indicado, as “mulheres mães pobres” eram alvos especiais nos discursos dos médicos higienistas, em que o médico Pereira, dando continuidade ao discurso do médico Ophir Loyola, pensa em formar uma rede de atendimento que pretendia prestar assistência a estas mulheres, por meio de leis que garantissem proteção à “mulher grávida proletária”, assim como criar as “Organizações de Mutualidades Maternae” que já vinham sendo proposta por Moncorvo Filho no Departamento Nacional da Criança, o que segundo Mello (2008), foi criado tomando como modelo a agência federal americana “Children’s Bureau”, instituição federal e de iniciativa pública, que era responsável pela proteção das crianças pequenas e suas mães.

Nunes (2011), ao analisar os documentos produzidos pelos Congresos Panamericanos del Niño, do período de 1916 a 1948, demonstra que nestes eventos já surgiam as intenções de criação das mutualidades para mulheres grávidas e parturientes nos eventos difundidos pela América Latina, havendo resistência por parte dos industriais na implantação desses serviços. As sociedades de ajuda mútua ou mutualidades seriam os antecedentes do Seguro Social na América Latina, que deveriam ser financiados pelos próprios beneficiários, a fim de possibilitar pecúlios por invalidez, morte ou acidente de trabalho, mas é de deduzir que tal proposta não se concretizou, haja vista que estas mães operárias se encontravam em situação de extrema pobreza, quadro que se agudiza quando se trata da situação da mãe não trabalhadora.

Os médicos das décadas de 1920 a 1950 ainda estavam “reivindicando” em suas teses e artigos a criação de serviços de “hygiene pré-natal” para a cidade de Belém que atendesse especificamente as gestantes pobres. Quanto à necessidade do trabalho de assistência à gravidez, Maroja diz:

É indispensavel, pois, a criação de um serviço de hygiene pre-natal em nossa cidade. Esse serviço deveria possuir um dispensario onde fossem attendidas todas as gestantes pobres, as quaes seriam convenientemente examinadas e medicadas. Sabido o papel que desempenha a syphilis, como factor predisponente á tuberculose, a reacção de Wassermann seria praticada entre as matriculadas. E desde que uma apresentasse a reacção positiva, soffreria o tratamento adequado. Mesmo naquelles casos de reacção negativa, seria feita a reactivação por meio de injeccções de mercurio. A gono-fixação seria um meio indispensavel para o diagnostico dos corrimentos vaginaes. Exames outros de urina e de fezes seriam feitos e, conforme o apurado, poderiam orientar o tratamento. Quando a gestante não necessiatasse de tratamento especifico, far-se-ia a tonificação (MAROJA, 1930, p.36).

Em Maroja, que apesar de não ter como principal alvo de sua tese a mortalidade infantil, é possível encontrar os delineamentos de medidas que tinham por intenção estabelecer a assistência às mães, no qual incluiria exames de urina e fezes, além dos exames que pudessem detectar a *syphilis*, que juntamente com o alcoolismo, era apontada não somente como doenças que pudessem predispor os individuos à tuberculose, mas também era visto como meio de se desenvolver a lepra, doenças mentais e os desvios morais.

Aliadas a tais ações, o médico também propõe que o serviço de assistência à maternidade poderia dispor de duas ou três parteiras diplomadas, incubidas de realizar os partos em domicílios nos locais que fossem mais afastados do centro da cidade. E as “parturientes” que não pudessem ser assistidas receberiam utensílios esterilizados, como gase, algodão, fio de seda e outros instrumentos cirúrgicos simples. Isto é, as propostas de combate ao *flagelo da infância*, ao tomar as mães como meios de prevenção, estariam focadas na assistência à saúde destas:

O serviço de assistencia á infancia, além da parte tocante á hygiene infantil propriamente dita, deveria abranger a hygiene pre-natal, por meio da qual as gestantes seriam examinadas e medicadas a preceitos. E coroar-se-ia o serviço com a assistencia á parturiente (MAROJA, 1930, p. 28).

Observa-se que apesar dos diferentes posicionamentos quanto à pobreza e a *ignorância* das mães, entre os três médicos o combate à mortalidade e às doenças que acometiam as crianças deveriam surgir pautadas por políticas que atendessem primeiramente às mães, seja pela assistência à saúde ou por meio da criação de sistemas de proteção social ou tomando as ações educativas como principal estratégia – como será visto mais adiante.

6.2.2 A assistência e a proteção à infância desvalida no discurso dos médicos

Somente nas teses de Pereira e Maroja encontra-se uma Polifonia Discursiva sobre o surgimento da assistência e proteção da infância no Brasil e no estado do Pará, no qual se reforçam as principais referências e os caminhos que ainda precisavam ser seguidos no estado tomando como exemplo os IPAI's de outras capitais brasileiras. É importante tomar em nota o contexto situacional e discursivo destas considerações que estava fundado num momento em que surgem as primeiras iniciativas para fortalecimento e consolidação de políticas, seja de cunho público ou privado, voltadas para as crianças desvalidas.

Quanto aos problemas de registros das morbimortalidades infantis em finais do século XIX e início do século XX, Pereira endossa ao revelar sobre as dificuldades que teve ao elaborar a sua *these* em decorrência da ausência de registros mais específicos que o possibilitasse se aprofundar sobre as concepções e finalidades dos objetivos de assegurar as “possibilidades futuras da nação” no estado do Pará e assim as expõe:

A vida de um infante vale por certo grande cousa. Representa muito valor. Balanceiem-se a natalidade e a letalidade. O saldo ou *deficit* desse computo estabelece elemento seguro para julgar das possibilidades (sic) futuras da nação. Não temos em mira, na desvalia desta these, um retrospecto historico ou um estudo aprofundado sobre a concepção e finalidade desse objectivo. Seja-nos, entretanto, permitido, como elemento subsidiario e preliminar ao que procuramos versar, alludir á execução do problema no Brasil, especialmente no Pará (PEREIRA, 1929, p. 27).

A fim de contornar a ausência de dados e registros sobre a problemática da mortalidade infantil, Pereira indica as primeiras ações de prevenção e proteção da infância no Brasil, em que revela e destaca o pioneirismo das ações do Dr. Moncorvo Filho. Nas palavras de Pereira, o médico Arthur Moncorvo Filho seria um “digno herdeiro do nome, do talento e da sciencia do nosso grande Moncorvo”, se referindo ao seu pai Carlos Arthur Moncorvo de Figueiredo, tido como o pai da Pediatria no Brasil. Assim prossegue, esclarecendo que este no dia 24 de março de 1899 lançou a ideia de fundar o Instituto de Proteção e Assistência à Infância no Rio de Janeiro, concretizando-a em 1901, definida pelo doutorando como “obra de fê e patriotismo”.

Em Moncorvo e, conseqüentemente, em Pereira, a Ciência deveria ser a promotora da assistência à população na perspectiva de evitar problemas futuros. A evidente compreensão da infância enquanto meio de prevenir a sociedade de desvios, doenças e degenerações fez com que os médicos, embebidos pelos ideais higienistas e eugenistas,

fossem sujeitos recorrentes nas ações voltadas para a infância brasileira. A partir dessas noções, Pereira, sobre as medidas de Moncorvo Filho no IPAI do Rio de Janeiro, destaca:

Hoje, a golpes de tenacidade e patriotismo, mantem Dispensarios para tratamento de rceanças (sic.) pobres de todas as edades, <<Crèches>>, <<Gottas de leite>>, jardins de infancia, asylos de maternidade, hospitaes infantis, escolas elementares, escolas profissionaes, escolas ao ar livre, colonias de férias, escolas para anormais, asylos, serviços de puericultura intra e extra-uterina, serviços de exame e attestação de amas de leite. E um solarío, que foi o primeiro instalado no Brasil, emfim, um deslobrimento incansavel de atividades em pról de campanhas tão nobre (PEREIRA, 1929, p. 28).

Arthur Moncorvo Filho, em suas ações no primeiro IPAI do Brasil, articulou pontos que tocavam às questões de Saúde e Educação em torno da assistência não só para as crianças, mas também para mães pobres. Segundo Rizzini (2008), ele foi um dos maiores críticos das instituições e asilos que não atendiam os “preceitos científicos e sociais” da Higiene, sendo locais propícios a doenças e mortes infantis, justificando assim a criação de uma estrutura de atendimento que ao mesmo tempo exercesse a assistência e a fiscalização das práticas das instituições que não atendessem aos preceitos da Higiene. Pereira (1929) registra que a iniciativa de Moncorvo Filho “frutificou” ao longo do país, em que posteriormente:

[...] fundaram-se instituições de fins idênticos na Bahia (1903); Recife (1906); S. Luiz (1911); Belem (1912); Parahyba do Norte (1912); Fortaleza (1913); Nitheroy (1914); Santos (1914); Natal (1917); Aracajú (1918); Ribeirão Preto (1919); Bello Horizonte (1919); Petropolis (1919); Therezopolis (1920) (PEREIRA, 1929, p. 28).

A expansão dos institutos de proteção à infância se deu pelo fato de que Moncorvo Filho, professor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e idealizador e promotor do IPAI, também realizou a formação de futuros médicos com o objetivo de expandir os seus ideais em outras localidades do país, dentre os quais se destacou o médico higienista Ophir Loyola. Assim, o doutorando Pereira salienta que a movimentação em torno da infância no nosso estado não foi descurada, haja vista a iniciativa dos médicos Ophir Loyola, Raymundo Proença e Nogueira de Faria em fundar o IPAI do Pará no dia 12 de outubro de 1912. Após tal fundação seguiram os seguintes passos:

[no dia] 3 de janeiro do anno immediato installou o <<Dispensario>> para o tratamento de creanças, vindo a seguir, o posto vaccinico; a Pharmacia Abel Araújo, onde têm sido aviadas gratuitamente 43.603 prescripções medicas; a Assistencia Maternal em Domicilio, que funcionou durante tres annos e suspendeu temporariamente os seus serviços, tendo naquelle periodo, dado assistencia gratuita ao parto, em domicilio, a cerca de 300 gestantes pobres, alem de innumerous exames e tratamentos gynecologicos: a <<Obra de Proteção ao Berço>>, consequencia da anterior, para a proteção medica e material das creanças nascidas das gestantes da Assistencia Maternal; Gabinete de Odontologia, para o tratamento e inspecção dentaria dos parvulos do instituto; palestras sobre assumptos palpitantes de

puericultura; concursos annuaes de robustez, visando estimular o aleitamento natural, etc (PEREIRA, 1929, p. 29).

Das ações apontadas observa-se que estas destoavam, em certa medida, das ações fomentadas por Moncorvo Filho, pois aqui no estado do Pará, a “rede” de assistência à infância pobre estava mais focada nas ações de Saúde Pública, compreendendo a criação de postos de vacinação, farmácia, assistência maternal em domicílio, em que as ações educativas sobre puericultura eram realizadas no interior do instituto ou por meio de visitas às escolas, não havendo a criação de uma escola no próprio instituto. Todavia: “[...] a tarefa de cuidar da saúde dos infantes” não estava restrita ao Instituto, em que segundo Pereira: “Ultimamente, installou a Santa Casa de Misericórdia o Pavilhão <<Bartholomeu Menezes>>, o primeiro nosocomio infantil do Pará e, talvez, do Norte” (PEREIRA, 1929, p. 29). Ao concluir o primeiro capítulo de sua tese, Antonio Simões sentencia:

Não iremos mais longe nesta exposição incolor; no entanto, registramos ainda que, directa ou indirectamente, o problema infantil, em Belém, se exerce também nas maternidades da Santa Casa, da Sociedade Portuguesa Beneficente e da Ordem 3.^a de S. Francisco; em educandarios modelos, como os Institutos Lauro Sodré, Gentil Bittencourt, Orphanato Municipal, etc. (PEREIRA, 1929, p. 28-29).

Em tais conclusões, o doutorando pretende demonstrar que apesar das iniciativas do IPAI no estado do Pará, as medidas se tornam inócuas diante de um grave contexto de crise econômica, que gera a falta de recursos públicos, tendo como garantia somente o “trabalho porfiado e confiante” de alguns médicos e professores que exerciam uma ação solitária, ainda que houvesse instituições próprias para a infância, entretanto nem todas estavam preparadas ou eram voltadas para casos de crianças acometidas por alguma grave moléstia. Corroborando com esta constatação, Maroja (1930) apresenta o seguinte panorama:

Quem quer que, como nós, procure observar e estudar comparativamente o assumpto relevante da assistencia e proteção á infancia em Belém, há de constatar, embora constrangido, quanto inferiormente nos achamos collocados, em confronto com as principaes cidades do paiz. Além do Rio, São Paulo e Recife, que possuem organizações verdadeiramente modelares, diversas outras cidades de nosso paiz dispõem de um serviço de assistência infantil mais ou menos bem installado, auxiliados que são não só pelos poderes publicos como também pela iniciativa particular (MAROJA, 1930, p. 27).

E continua:

O serviço de assistencia á infancia que existe em Belém, mantido quasi que exclusivamente á **custa da tenacidade e abnegação de illustre e dedicado pediatra, professor em nossa Faculdade**, dispondo de recursos precarissimos, não poude ainda ser organizado de maneira a preencher sua verdadeira finalidade. Máo grado esta installação ainda imperfeita, são entretanto inestimaveis os serviços que presta á nossa população infantil (MAROJA, 1930, p. 27).

Tanto Pereira quanto Maroja, ao abordarem sobre a assistência à infância no estado em meados do século XX, pontuam sobre a importância do IPAI no Pará, que tinha como contribuição garantida os esforços dos seus idealizadores, sobretudo a de Ophir Loyola e também de Penna de Carvalho. Porém, apesar de reduções consideráveis na taxas de natimortalidade e mortalidade, ainda assim os recursos eram precários e a infância constantemente apresentava outras demandas que deviam ser acolhidas pelo poder público, que só atuava em situações de extrema gravidade. Logo, a mortalidade infantil ainda era um flagelo a ser enfrentado, no qual somente uma instituição não seria capaz de contê-la, exigindo a tomada de medidas mais amplas na realização do seu intento. Assim, Antonio Simões Pereira e Anísio de Mendonça Maroja propõem medidas e estratégias que estes pensavam que poderiam ser acatadas pelo Governo do Estado e também de práticas higiênicas que poderiam ser tomadas pelas famílias, especialmente pelas mães pobres.

A problemática da mortalidade infantil e do aumento dos índices de doenças que atingiam a infância, com a ascensão da “assistência científica” se tornou algo que deveria ser combatido e extinguido, havendo a criação de medidas que colocassem fim em tais flagelos. Dentre elas, estava a Assistência, até então tomada a partir dos ideais da caridade, mas que passa a ser substituída por uma concepção de Filantropia, que com a ascensão do discurso científico passa a restringir o discurso religioso nas ações públicas. Quanto a isto, é importante destacar que naquele momento, no estado do Pará, enquanto algo incentivado pelas orientações da *sciencia*, pautada na noção de Filantropia, a assistência à infância desvalida era realizada por sociedades e grupos da elite.

Pereira e Maroja fazem a caracterização do quadro epidêmico, endêmico e de mortalidade do estado do Pará, especialmente da capital, mas também apresentam considerações sobre a assistência à infância e lançam propostas que visavam pôr fim ou amenizar o quadro precário da saúde e da assistência pública. Pereira (1929), em suas considerações, dá destaque sobre a necessidade de que estes mesmos *parvulos* fossem cuidados de uma maneira ampla, como uma estratégia do governo e assim continua:

A proteção da creança, desde o ventre, não é, hoje, sómente atribuída ao obstetra, ao pediatra, aos institutos de assistência á infancia.

Aos proprios governos incumbe essa indeclinavel e decisiva proteção, que é a propria defesa da raça, a segurança do desenvolvimento da nacionalidade (PEREIRA, 1929, p. 26).

Segundo Pereira (1929), a “vida na infância” representa “capital humano”, em que o seu desaparecimento se constituiria em prejuízo ao “nosso imenso paiz”, diante da escassez

populacional, em que “Metter hombros á tarefa redimidora do impressionante problema que nos deve assustar e commover, da mortalidade infantil entre nós, é bem um entendimento de vero patriotismo” (PEREIRA, 1929, p. 26) e assim assevera: “Infantes tuendo pro Patria laboramos”, ou seja, trabalhando pela infância, trabalhamos pela Pátria.

Estes “homens da ciência” percebiam a infância como meio de prevenção para os diferentes tipos de desvios físicos, mentais e morais, em que o trabalho em torno da sua proteção representava os verdadeiros intentos em prol da Nação e da Pátria. Da mesma forma que Pereira, Maroja (1930), ao tratar sobre o avanço da tuberculose na capital paraense, tendo a infância como colaboradora de “um contingente bem regular de lesões tuberculosa”, realiza diferentes considerações sobre as possibilidades de prevenção contra a “peste branca”. Assim, para o doutorando: “O problema da protecção á infancia, é de alta significação economico-social para as nações e intimamente ligado ao da lucta anti-tuberculosa”, em que “Todos povos civilizados cuidam de proteger a infancia; porque assim é que se póde obter uma geração sadia e robusta” (PEREIRA, 1929, p. 28).

No diálogo entre estes dois doutorandos observa-se que o combate à mortalidade infantil e à tuberculose constitui-se um dever patriótico e para tanto se fazia necessário a criação de medidas que pudessem evitá-las. Rizzini (2008) destaca que nos primeiros tempos republicanos, a criança estava envolvida pelo discurso “salvacionista” dos médicos, processo que a autora chama de “Higienismo Infantil”, sendo a “célula” da infância o meio pelo qual os higienistas poderiam atuar sobre a família, ensinando-lhes as noções básicas de higiene e saúde que deveriam abarcar o físico e a moral dos sujeitos.

De acordo com Rizzini; Pilotti (2011), entre os anos de 1920 a 1930, se prolongando no Governo de Vargas, a elite da época passou a ter grandes preocupações quanto à assistência à infância, passando a estabelecer a necessidade da utilização de critérios científicos, havendo a conjunção entre os setores públicos e o privado em defesa da nacionalidade, no qual a problemática da mortalidade infantil ascendia enquanto algo vergonhoso que colocava em perigo a formação de uma raça sadia e de cidadãos úteis.

O posicionamento científico e modernizador do Estado passa a lidar com a maternidade e a infância como questão social que deveria ser protegida e, para tanto, seria necessário o estabelecimento de leis e diretrizes para a formação do “novo cidadão brasileiro”, em que a proteção às mães e às crianças constituir-se-ia num dos principais caminhos a serem tomados para a formação de uma nação forte. Aos médicos puericultores caberia à modernização das práticas das maternidades e com o cuidado com as crianças, tendo como foco a diminuição da mortalidade infantil (BARBOSA, 2012).

Diferentes dois primeiros médicos, Claudio Dacier Lobato tem especial atenção pela organização das maternidades no estado, tomando como parâmetro as maternidades de outras capitais brasileiras e de outros países. Para o referido doutorando, a maternidade, enquanto organização parahospitalar, passou por profundas modificações estruturais, contando com “inúmeros departamentos, dispondo de todos os recursos de diagnóstico e tratamento não só no campo de medicina clínico-cirúrgica, mas também, e principalmente, no âmbito médico social” (LOBATO, 1954). Mas para ele, uma Maternidade verdadeiramente atualizada de uma grande cidade não seria uma simples clínica, mas possuiria uma organização complexa, sendo um Instituto de Maternidade que deveria possuir dois departamentos que trabalhassem de forma colaborativa, mas com direção única: a Clínica e o Serviço Social.

Nas considerações de Lobato, maior parte da solução aos problemas da assistência e proteção das mães e crianças pobres se devia à atuação do Serviço Social nas maternidades. Assim, para o médico, o desenvolvimento do Serviço Social nas maternidades teria que obedecer aos “imperativos de ordem econômica da instituição e o volume do trabalho a executar”, fatores que dependeriam da densidade populacional, assim como das condições gerais de vida e organização das comunidades. O Serviço Social seria “um sexto sentido” que deveria orientar o rumo de uma Maternidade Moderna, porque estaria centrado no tratamento adequado de cada caso ao abranger “o indivíduo na família”, que Lobato destaca ser “razão de ser da sociedade e da manutenção da espécie” (LOBATO, 1954).

Naquele momento, Lobato não foi o único a apontar a necessidade da inclusão de profissionais qualificados para lidarem com a situação de pobreza que as famílias se deparavam, Ferreira (1954), ao afirmar que apesar de reconhecer que houve avanços na assistência à criança, ainda faltava muito a fazer por ela, colocando em dúvida se realmente o Brasil estaria vivendo “em pleno século da criança”, haja vista que “através de qualquer ângulo em que abordemos o problema da criança brasileira” sempre surgem novas questões a serem resolvidas, entre os quais o médico indica a ausência do Serviço Social, dizendo:

No que se refere ao Serviço Social, quem desconhece a importância e a necessidade do mesmo ser aplicado corretamente na proteção da criança, nos diversos períodos etários de sua vida, e a deficiência, de um lado, de assistentes sociais e, de outro, a deficiência a ausência de obras sociais e não serviço social. Os médicos, que trabalham em hospital infantil, sabem como é frequente a volta de crianças anteriormente internadas e que regressam em condições piores, quando muitas vezes não veem a falecer após alta de um tratamento demorado e dispendioso. O Serviço Social, instalado em um hospital, fazendo as investigações que se tornem necessárias junto à família da criança, poderia, desde que existentes os recursos, efetuar o tratamento do caso que concorreu para a volta da criança enferma ao hospital ou facilitou seu falecimento. No entanto, de modo geral, isto ainda é uma esperança e não uma realidade. (FERREIRA, 1954, p. 16).

Inspirados na Medicina Social, estes médicos reclamam pela atuação de assistentes sociais nos hospitais e maternidades tomando como entendimento que as moléstias e a mortalidade estariam intimamente relacionadas às condições sociais que os seus pacientes viviam, apesar de responsabilizá-los por tal situação. O Serviço Social teria uma finalidade preventiva e profilática. Este apontamento de médicos dos anos 1950 exige fazer breves considerações sobre o percurso do Serviço Social na política de saúde do Brasil, a fim de demonstrar as suas feições naquele contexto.

Apesar do surgimento da profissão ter se dado na década de 1930, com nítida influência europeia, a sua expansão ocorreu a partir de 1945, quando aumenta significativamente a influência norte-americana no Brasil, tendo como marco o Congresso Interamericano de Serviço Social, ocorrido em 1941, em Atlantic City (EUA), no qual foram estabelecidas ações de interação entre os assistentes sociais brasileiros com a estrutura formada e consolidada nos Estados Unidos (BRAVO, 2013).

No modelo norte-americano, a ação profissional estava pautada no julgamento moral com relação à população cliente, mas passa a ser substituído por uma análise de cunho psicológico. Além disto, em 1948, surge o que Bravo (2013) define como “o ‘novo’ conceito de Saúde” que passa a focar nos aspectos biopsicossociais que determinaram a requisição de outros profissionais para atuar no setor, dentre os quais estaria o assistente social. Quanto a isto, a autora destaca que naquele momento o assistente social, pelas suas características, se consolidou enquanto um profissional que deveria estar executando tarefas educativas quanto aos hábitos de higiene e saúde no modo de vida de sua “clientela”, estando presente também nos programas prioritários estabelecidos.

No que se trata sobre o caminho trilhado pela Saúde no país, sobretudo no Pará, observa-se que apesar das constantes reivindicações de médicos, como Pereira e Maroja para que se realizasse uma ação coletiva e preventiva e não somente individual e curativa, observa-se que o novo conceito de Saúde estando associado ao Social somente a partir da década de 1950 entra nas ações públicas, apesar de ter sido centralizada e separada da Educação, passa a se concretizar, a despeito das restrições de seus debates ao espaço dos hospitais e maternidades.

6.2.3 A Eugenia e o Higienismo no discurso dos médicos

Os debates em torno da constituição da raça avolumam-se a partir da década de 1920, os intelectuais, cientistas e o poder público passam a assentar suas considerações na Ciência Eugenista, que seria o estudo dos fatores favoráveis à melhoria da raça, bem como daqueles que provocavam a sua decadência. Este contexto resulta na aproximação entre a assistência à infância e a Eugenia (RIZZINI; PILOTTI, 2011; STEPAN, 2005).

Em Pereira e Maroja verifica-se a articulação entre a noção de proteção de assistência à infância desvalida e a noção de “eugenia”, havendo uma ausência deste termo na tese de Lobato. Contudo, salienta-se que esta não estava em desuso em 1954 no estado do Pará, pois é encontrada na tese *Considerações sobre a mortandade infantil (a propósito de um inquérito em São Luís-Maranhão)*, defendida em 1955, na FMCP pelo também paraense Mário Rodrigues Ferreira que afirma: “Povo sadio, eugênicamente forte, é o desejo e aspiração das nações civilizadas”, logo tomando a Eugenia como importante fator para a redução da mortalidade infantil, articulando-o a uma noção de assistência e direitos da infância¹²⁰.

Pereira (1929) expõe que: “Um dos problemas de mais elevado alcance social, que vem sendo ventilado com carinho nos centros mais cultos, é, sem duvida, o da assistência á infância”, em que ele considera que o avanço em torno da proteção e assistência da criança pobre não estaria ligado a uma ciência qualquer, mas sim estaria relacionada à Ciência Eugenista, em que completa: “A eugenia vae, aos poucos, extendendo raizes, produzindo fructos. Seu estudo interessa os estadistas, preocupados com o futuro da raça” (PEREIRA, 1929, p. 27).

A “eugenia” e a “higiene” foram, historicamente, muito controversas, estando ligadas à noção de raça, em que intelectuais associavam o povo brasileiro ao entendimento de inferioridade racial relacionado ao processo de miscigenação, vendo a população pobre como indivíduos “entregues” aos vícios, desemprego (entendido como vagabundagem), desprovidos de educação e propensos às doenças físicas e mentais de toda a sorte, sendo os únicos e exclusivos responsáveis pelo seu estado de depravação e mediocridade moral e intelectual – conforme os discursos das elites e intelectuais de momentos anteriores.

Tais termos (Eugenia e Higiene) foram fortemente carregados ideologicamente como justificativa para exercer o controle, assim como também forjaram iniciativas que pretendiam

¹²⁰ Análise desta tese consta no artigo *A mortalidade infantil nos anos 50* apresentado e publicado nos Anais do VII Encontro Maranhense de História da Educação, ocorrido entre os dias 22 a 24 de abril de 2014.

estabelecer uma nova mentalidade visando afastar da população como um todo o caos que estava instalado numa sociedade em constante processo de transformação e crescimento populacional, ao mesmo tempo, a pobreza tendia também a crescer com o acúmulo de capital, a despeito dos avanços tecnológicos.

Contudo, de acordo com o contexto político, social, territorial e histórico estes termos, especialmente a Eugenia, foram utilizados segundo as intenções e problemáticas de cada sociedade, logo não seguiram a mesma tendência nas diferentes capitais brasileiras. Como bem destaca Stepan (2005), a Eugenia era um projeto discursivo, que procurava oferecer uma estrutura para prescrição cultural e investigação médico-social, no qual, enquanto ciência, gerou percepções e técnicas que reuniram em torno de si interpretações culturais que produziram o desenvolvimento de estratégias sociais.

E enquanto um projeto discursivo é também ideológico, e partindo de um entendimento dialético e dialógico, compreende-se que a palavra Eugenia não se constituiu em um termo esvaziado de conflitos e incoerências presentes num mesmo grupo social como no caso dos “homens da medicina”, gerando diferentes compreensões e formas de apropriação do termo. Stepan (2005) afirma que não foi qualquer tipo de Eugenia que vingou no país. Nos países latino-americanos logrou o tipo preventivo que estava pautado nas influências francesas e fundado nos ideais de Jean-Baptiste Lamarck, especificamente o “neolamarckismo”.

O Lamarckismo, enquanto uma teoria geral do século XIX, pregava que o meio ambiente e o comportamento possuem capacidades de influenciar os caracteres hereditários. Após a redescoberta de Mendel e suas leis da hereditariedade, em 1900, a teoria se transforma em “neolamarckismo”, passando a significar uma teoria sobre o funcionamento da hereditariedade. Ao que se referia ao seu viés político, ela significava que as reformas do ambiente social resultariam em melhorias permanentes, justificando a crença de que o esforço dos indivíduos e da sociedade possibilitaria melhoramentos que poderiam ser transmitidos geneticamente (STEPAN, 2005; DIWAN, 2007).

Stepan (2005) desenvolve um extenso estudo que demonstra o quanto diversos foram os caminhos tomados pela Eugenia nos países da América Latina, no qual tiveram como principal influência as teorias científicas francesas, especialmente a noção de Eugenia proveniente do Neolamarckismo. Na França, o Lamarckismo dominou a cena científica não somente no início do século XX, mas perdurou entre as décadas de 1920 a 1930, avançando consideravelmente em 1940. A influência francesa na América Latina é justificada da seguinte maneira pela autora:

O francês era a segunda língua da elite educada, e muitos trabalhos científicos estrangeiros chegavam à região em tradução francesa. Assim, a biologia francesa era fonte cultural natural das novas idéias biológico-sociais, fonte esta que se refletia no fato de que os invariavelmente citados pelos latino-americanos eram autoridades francesas (STEPAN, 2005, p. 81).

Stepan (2005) fala sobre as influências francesas nas ideias biológico-sociais dos cientistas latino-americanos, dentre os quais cita a presença do obstetra e puericultor Adolphe Pinard, que juntamente com Vitor Henri Hutinel, também francês, surge como um dos interlocutores de Antonio Pereira no desenvolver de sua tese sobre a mortalidade infantil e a assistência à infância. O pediatra e obstetra Vitor Henri Hutinel foi diretor do primeiro hospital pediátrico, o *Hôpital des Enfants Malades*¹²¹. Enquanto Adolfo Pinard foi professor de Obstetrícia Clínica, da École de Médecine, dando um novo impulso à Puericultura na década de 1890 – apesar de ter sido um termo introduzido na cena científica em 1865 – ele deu visibilidade ao que os médicos franceses percebiam como complexos problemas relacionados às baixas taxas de reprodução e persistentes taxas da alta mortalidade e morbidade materna (STEPAN, 2005).

Pinard deu continuidade à Teoria Neolamarckiana associada à Puericultura e, apesar de não ter participado do Primeiro Congresso Eugênico Internacional, realizado em Londres no mês de julho de 1912, elaborou um documento sobre os aspectos da Puericultura que estaria intimamente relacionada à hereditariedade. Seis meses depois, os franceses criaram a sua própria organização eugênica, a Sociedade Eugênica Francesa. Em 1918, a nova Sociedade Eugênica de São Paulo, organizada também em 1918 adotava como modelo a congênere francesa, seguindo inclusive seus estatutos¹²².

No ano de 1889, Pinard começa a redefinir a noção de Puericultura como “puericultura pré-natal”, destacando as influências parentais sobre as condições hereditárias da prole. A Puericultura, para Pinard, era a pesquisa do conhecimento que tratava sobre a reprodução, conservação e aprimoramento da espécie humana, no qual dava especial destaque aos médicos enquanto principais agentes para o futuro da nação e do cuidado com as mães e as crianças, enfatizando o momento da concepção, pois acreditava que o fator do ambiente

¹²¹ Ver *El inicio de la medicina perinatal*, de Clara Aurora Zamorano Jiménez, disponível em <<http://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2012/bc124a.pdf>> e *100 anos da SBP e vitória da puericultura*, disponível em <<http://www.sbp.com.br/src/uploads/2015/02/sbp60.pdf>>.

¹²² Segundo Stepan (2005), Renato Kehl, em 1923, comentou que os médicos brasileiros, antes de 1918, ignoravam a Eugenia porque os principais trabalhos sobre o tema eram escritos em alemão e inglês: “Esta orientação neolamarckiana, puericulturista, pelo saneamento influenciou até eugenistas que tinham considerável contato com as idéias anglo-saxônicas sobre hereditariedade e eugenia” (STEPAN, 2005, p. 89).

dos pais poderia representar uma ameaça à saúde da prole. Deste modo, o aspecto fundamental da Puericultura seria a unidade mãe-filho enquanto principal alvo da atenção médica, tornando a Obstetrícia, a Ginecologia e a Pediatria as principais especialidades da Medicina (STEPAN, 2005).

Para Pereira (1929), até então, as problemáticas que atingiam a infância no Brasil eram ignoradas, e no seu entendimento tal mudança tem sua parcela devida aos avanços que a “Ciência Eugenista-Higienista” vinha atingindo e consolidando durante o século XX. Contudo, conforme o doutorando, não somente os centros que se reuniam em torno de uma concepção eugênica de saúde levou às mudanças no trato da infância, argumentando que:

Nem só a eugenia, propriamente dita, porem, entra nessas cogitações: congressos, conferencias, instituições de aspectos varios, estudam, lateralmente, o problema da protecção e assistencia á infancia desvalida. A vida de um infante vale por certo grande cousa. Representa muito valor. Balanceiem-se a natalidade e a lethalidade. O saldo ou *deficit* desse computo estabelece elemento seguro para julgar das possibilidades futuras da nação (PEREIRA, 1929, p. 27).

Pereira destaca outros movimentos científicos nos avanços das discussões sobre a proteção e assistência à infância, porém não explicita de que natureza seriam tais eventos, porém não se pode desconsiderar que o século XX foi realmente um momento significativo para a realização de congressos, criações de sociedades e grupos formados tanto pela elite médica quanto por cientistas que visavam debater sobre a situação da infância.

O que se percebe de ponto comum entre Pereira e Maroja é justamente a noção de assistência à infância fincada nas influências dos obstetras e pediatras franceses e a referência da Eugenia como base para se pensar a proteção à infância no estado, devendo à Educação e à Escola, importante papel no combate às doenças contagiosas e hereditárias (a serem tratadas especificamente mais adiante). Maroja não se refere à Pinard, mas as suas proposições e apontamentos sobre as condições sociais de vida da infância da capital paraense revelam que também compartilhava do modelo de Puericultura Pré-Natal proposta inicialmente por Pinard, um dos expoentes da Eugenia, indicado por Stepan (2005).

É importante ressaltar que Pereira e Maroja não dialogavam somente com os pediatras e obstetras franceses, mas com ingleses e alemães, porém as suas considerações são extremamente demarcadas pela Eugenia Preventiva do modelo francês que estava pautado num pró-natalismo que se fundava na preocupação com as altas taxas de mortalidade materna e infantil e com o crescimento inadequado da população, forjando uma visão pró-família a partir de um modelo conservador.

Tendo como influência o modelo da Puericultura e da Eugenia verificam-se, nas teses de Maroja e Pereira, pontos fundamentais e que se repetem em seus textos, dando destaque as condições ambientais em que vivem as crianças, indicando a situação de moradia, da alimentação e o quadro epidêmico/endêmico no qual a centralidade estava na família, especialmente na figura da mãe, que surge como “meio” para a formação de uma nação forte e saudável. Aliado a isto, havia a centralidade dada à Educação e à Escola enquanto meios de prevenir e curar os desvios morais, físicos e mentais por meio dos ensinamentos da Higiene, comportando uma concepção de Eugenia que oferecia possibilidades de regeneração acima das questões hereditárias. Outro dado é que o termo Eugenia surge carregado de vários sentidos, no qual estes médicos não o utilizam numa perspectiva racial que recriminasse a miscigenação da população paraense, mas sim reivindicam o termo como um dos caminhos pelos quais foram desenvolvidos os ideais de assistência e proteção à infância, concorrendo em um projeto de saúde que tinha como ponto fundamental a Educação para se evitar a mortalidade e as doenças, como se verá mais adiante.

6.2.4 A Educação no discurso dos médicos

- A Escola como ambiente de prevenção e cura da infância

Primeiramente, vale esclarecer que a Educação, por estes médicos, é tomada por diferentes enfoques: em Pereira (1929) são realizadas críticas à ignorância e ao desconhecimento dos preceitos de higiene e das regras de alimentação por parte das mães, porém, ele não se detém em propostas que visem criar medidas de instrução para as mães e se concentra em propor ações que se deem no interior das escolas, tendo como foco as crianças. Pereira, diferente de Maroja, trata da Escola e da Educação de modo muito pontual, literalmente, aparecendo somente ao final do seu texto, no momento de oferecer propostas para o combate da mortalidade infantil e nas conclusões finais, não perquirindo em detalhes sobre os modos de funcionamento do ensino e o porquê e para quê destas instituições.

Anísio Maroja em “Educação Sanitária”, que mais adiante trata como “educação sanitária popular”, realiza considerações em que a trata como importante meio de se realizar a profilaxia da tuberculose, indicando que deveria ser destinada não só aos indivíduos doentes, mas que também deveria ser feita a “educação dos sãos”. A “educação do phymatoso” deveria ser feita nos dispensários, no sanatório ou no domicílio, contando com a contribuição de enfermeiras visitadoras e do clínico; enquanto que para os sãos, esta educação deveria estar presente em diferentes setores como na escola primária, nas escolas secundárias, em

conferências, em gravuras ou projeções cinematográficas, nas prisões, nos quartéis, nas repartições públicas, nas casas etc. Destaca-se sua firme convicção de que esta educação deveria ser “emprehendida desde a infância”, e que na escola primária, a criança deveria receber, além da instrução, as primeiras noções práticas de higiene:

Ao professor das classes primarias entregaremos essa tarefa. Instruindo as crianças nos preceitos de hygiene, na pratica dos habitos salutareos, teremos dado um passo gigantesco. Porque é nessa epoca da vida, em que a criança tudo assimila com a maior facilidade, que a aquisição de habitos sadios é de melhores resultados, para que depois os pratique inconscientemente, tão naturaes e espontaneos se tornaram (MAROJA, 1930, p. 54).

A função do professor seria de introjetar desde cedo na criança os hábitos higiênicos e sadios para que elas os praticassem de forma natural e espontânea, logo as escolas surgem como ambiente propício para se criar condições de prevenir, curar e amenizar doenças contagiosas e hereditárias que acometiam a infância. Maroja menciona a Conferência Internacional de Tuberculose, que realizada em Roma no ano de 1928, havia proposto que o ensino da higiene se tornasse obrigatório nas classes elementares, tal como ocorria com a Gramática e a Aritmética. A Higiene enquanto parte do “programma educativo da infancia”, faria a criança aprender a ler livros que ocupassem dos meios que procurassem evitar as moléstias e estudaria as regras sanitárias.

Em Antonio Pereira e Anísio Maroja se vê papéis específicos e determinantes que deveriam ser exercidos pela Escola, havendo uma diversidade de modalidade, como as escolas ao ar livre, as escolas correcionais e as escolas profissionalizantes que seriam voltadas para infâncias específicas, além destas também aparecem as colônias de férias que deveriam ser anexadas às escolas de um modo geral.

Stephanou (2002), ao debater sobre a Educação e os saberes médicos, se refere às contradições presentes na discursividade médica nas primeiras décadas de XX, ao falar sobre crença dos médicos na hereditariedade, ao mesmo tempo em que depositavam a sua confiança nos “poderes” da Educação para que a raça brasileira deixasse de ser degenerada. Os “homens da ciência” sejam os médicos ou os educadores mantinham uma postura um tanto conflitante quanto a sua “crença nos poderes da ciência”, pois assim como depositavam na hereditariedade as causas dos vícios, da indolência e do mau caráter, também tinham “fé” no “poder” redentor da Educação enquanto meio de formar homens fortes em moral, caráter e corpo físico.

Por consequência, a Escola tornava-se espaço para se disseminar as pretensões quanto ao progresso da nação e a civilização da sociedade, onde a criança era compreendida

como meio mais fácil para se introduzir novos hábitos e costumes em uma sociedade tida como moral e fisicamente doente (PYKOSZ; OLIVEIRA, 2009). A instituição escolar, local de ensino da higiene, deveria estar focada para a defesa social contra as mazelas sociais como as patologias, a pobreza e os vícios (SOUSA; MELO, 2013). A sua importância para a higienização social era tida como fundamental, pois elas não estariam mais somente a serviço da transmissão dos conhecimentos escolares sobre Português e Matemática, mas também estariam a serviço da formação de uma sociedade civilizada.

No quarto capítulo de sua tese, Antonio Pereira, em “Os meios de as combater”, como nona estratégia, propõe a criação de um curso de Maternologia na Escola Normal do Estado, que atendia ao projeto de se estabelecer um modelo burguês de família e de feminilidade, no qual as mulheres deveriam estar voltadas para a sua função da maternidade (CAMPOS, 2009), logo, a formação de professoras do ensino primário com este curso visava também fazer da escola um lugar que ensinassem meninas a serem futuras mães.

Quanto à formação das futuras mães nas escolas, é importante destacar que era uma das principais propostas difundida no Congresso Internacional de Proteção à Infância, de 1913, em Bruxelas, ideia que foi incorporada pelos médicos brasileiros, dentre os quais estava Alfredo Ferreira de Magalhães, diretor do IPAI de Salvador, que relatou sobre o evento destacando sobre a recomendação de que a Puericultura se fizesse presente no ensino para as meninas já no jardim de infância, no qual brinquedos como bonecas seriam instrutivos para a formação de “uma amável escola de mamãezinhas”, enquanto os meninos se ocupariam dos jogos de construção (KUHLMANN JR., 2010).

A Educação, percebida enquanto meio de prevenção, desponta nos discursos médicos como possibilidade de avanços. As discussões em torno da hereditariedade, pelos intelectuais da *ciencia*, não se davam somente numa perspectiva de doenças físicas, mas se espalhava para os aspectos morais e sociais da população pobre, mesmo havendo a compreensão quanto ao caráter de contágio ou de hereditariedade de determinadas moléstias e mesmo as considerações quanto à proteção, assistência, instrução e saúde da infância vinham acompanhadas pelo “ponto de vista eugenico”.

Nas primeiras décadas do século XX, a Escola, ao estar sob a perspectiva da Eugenia, passa a ser percebida como um centro de expansão das práticas homogeneizadoras e higienizadoras, sendo o espaço privilegiado (mas não único) para a atuação educativa da Ciência Médica (com o aval dos demais setores da sociedade e do poder público) de cunho eugenista e higienista no intento de obter a elevação física e moral dos escolares, em torno de uma “consciência sanitária” (GRACIA, 2009).

Oliveira (2008) argumenta sobre a “cientificização da escola e da escolarização da ciência”, no qual, num processo de mão dupla, houve grande investimento na ciência e na educação a fim de inculcar novos valores e uma nova moral. Logo, as orientações dos “homens da ciência” sobre o cuidado com o corpo, a mente e a moral infantil não estavam distanciadas de uma prática educativa demarcada por um contexto econômico, político e social, ligado a um projeto de modernização do país, estando presente em todos os setores e espaços que pudessem estabelecer uma mudança de comportamento e mentalidade não só das crianças, mas também de adultos.

Logo, não somente Pereira (1929) faz uso dos preceitos eugênicos em suas considerações, a fim de demonstrar a importância da articulação entre a Educação e a Assistência, mas Maroja também estabelece a articulação entre a Eugenia e a proteção à infância, tomando-a enquanto um marco para as suas considerações sobre a mortalidade e morbidade infantil:

O problema de protecção á infancia, encarado modernamente, não tem em vista diminuir apenas o obitupario infantil pela salvação dos debeis e dos enfermos. Hoje em dia, no ponto de vista eugenico e levando-se em consideração o valor economico da vida humana, procura-se beneficiar o producto, tomando para isso cuidados de hygiene pre-natal, continuados posteriormente pela hygiene post-natal até a puberdade. Verificou-se que no computo da mortalidade infantil o numero de crianças que falleciam dentro do primeiro mez de vida constituia quasi a metade, variando de 40 a 45% a porcentagem em relação ao total, o que indicava uma influencia notavel das causas que precediam o nascimento ou que vinham logo após. Entratanto, essa mortalidade assim tão avultada poderia ser evitada desde que se tentasse a educação e se tomassem cuidados de assistencia para com as futuras mães (MAROJA, 1930, p.36).

A partir de uma compreensão da proteção à infância enquanto uma responsabilidade coletiva, o doutorando apresenta um entendimento de que estas ações não devem ser vistas como simples estratégia de diminuição dos obituários infantis, voltada para “débeis” e “enfermos”, tributando à Eugenia a percepção da vida humana enquanto um capital, que deveria ter incentivo (assistência e proteção) não somente durante o pré-natal, mas que fosse algo feito durante toda a infância se estendendo até a puberdade, tomando como importante meio para se evitar a mortalidade a Educação e assistência das futuras mães. Contudo, nem sempre a educação de mães e pais seria o suficiente para alguns casos de moléstia, apesar da compreensão de que doenças, como a tuberculose, não seriam hereditárias e sim de contágio.

Os médicos higienistas, como o português Camilo Augusto de Figueiredo (1922), afirmavam que a tuberculose seria frequente no período da idade escolar, mas entre os 5 e 15 anos de idade provocaria menores taxas de mortalidade. A partir de tal afirmativa tomava-se a compreensão de que durante a idade escolar, a tuberculose se encontraria numa fase latente

“ganglionar”, no qual dos 5 aos 15 anos, o organismo infantil possuiria meio de defesa mais “energéticos” e melhores contra os agentes mórbidos, porém o bacilo permaneceria até a vida adulta, momento que seria possível diagnosticá-la, assim, se acreditava que a tuberculose do adulto seria o “despertar duma tuberculose adquirida na infância” (FIGUEIREDO, 1922, p. 44).

Portanto, acreditava-se que se deveriam possibilitar meios que levassem à “robustez orgânica, afastar as probabilidades dum desfalecimento” (FIGUEIREDO, 1922, p. 35), em que o meio tuberculoso constituir-se-ia o maior perigo para a criança, logo se fazendo necessária a criação de espaços que afastassem as crianças do meio contagioso, o que, para os médicos higienistas, era especialmente o ambiente familiar que acabava por se estender à escola. Com o mesmo entendimento, Maroja defende a retirada da criança do “ambiente infeccionado”, decretando:

A criança que tem pae ou mãe tuberculosos, deve ser collocada, o mais depressa possível, sob boas condições de hygiene e alimentação retirada do meio em que vive. Só desse modo conseguiremos que cresça regular e normalmente, sem apanhar infecção.

[...] durante os dois primeiros annos de vida, justamente quando a aquisição da immundade especifica é muito difficil, é que mais necessario se torna separar a criança do ambiente contaminado.

[...] a infecção tuberculosa se processa na primeira infancia, principalmente no primeiro anno de vida (MAROJA, 1930, p.37).

Ademais, o autor vai elaborando um tratado sobre quais as medidas devem ser tomadas pelos higienistas nos cuidados com um recém-nascido e com crianças que estão na primeira infância, dentre os quais aponta a necessidade de separação dos infantes da família por se constituir um ambiente contaminado e também da necessidade de vigilância das práticas de amamentação das mães tuberculosas.

Maroja chega até mesmo a propor a criação de “Asylos do Lactante” que deveriam ser instalados, de preferência, no campo, lugar onde o “innocente” viveria em compartimentos “providos de ar sadio e puro”, que conforme o autor era uma prática comum nas “nações mais adeantadas” com estabelecimentos que receberam diferentes denominações, como “Centros de Collocação Familiar” na França, idealizado por Leon Bernard, que se inspirou na “Obra de Collocação dos Pequeninos”; a “Pouponnières” na Itália; e o “Asylo de Lactantes” da Alemanha.

Os casos em que não fosse possível a separação do recém-nascido do “meio contaminado” deveria ser aplicado o “methodo moderno de immunização per-oral” contra a

tuberculose com o uso da vacina BCG¹²³, que Maroja diz estar sendo “utilizada nos centros mais adiantados do globo”. A proposta de separação do infante de sua família não era dada somente para as crianças em fase da primeira infância, era também dada para as crianças em idade pré-escolar, concorrendo às escolas a terem as melhores condições sanitárias possíveis. A fim de possibilitar essa separação, o doutorando propõe as seguintes medidas:

A prophylaxia na idade pre-escolar deve justamente cuidar da proteção da criança das contaminações do germen de Koch. A vida ao ar livre, ou á beira mar, muito auxilia a saúde das crianças atrepsicas, doentias, predispostas á tuberculização. Na idade escolar, dos 6 aos 12 annos, os cuidados devem dobrar e a atenção do hygienista deve voltar-se principalmente para as condições sanitárias das escolas. Estas desempenham um papel activo na propagação da tuberculose da infância. Na mór parte estabelecidas em prédios impróprios, mal arejados e mal iluminados, favorecem a eclozão da tuberculose na infância, principalmente se levarmos em linha de conta a acção perniciosa do cansaço escolar que, prejudicando enormemente a assimilação e a nutrição, esta muitas vezes defeituosa, determina inevitável diminuição do vigor physico e intellectual da criança e sobretudo uma diminuição de suas resistencia orgânica aos fatores mórbidos (MAROJA, 1930, p. 40).

Pereira (1929) desenvolve considerações sobre a habitação enquanto principal lugar que abriga a infância que não estaria adequado aos preceitos de higiene, e onde ela deveria estar protegida, mas que acabaria sendo um espaço de contaminação e de erros dietéticos, Já Maroja (1930) realiza críticas aos espaços que seriam responsáveis pela instrução da criança de 6 a 12 anos de idade, demonstrando a importância de que tais espaços, assim como as casas, devessem ser abertos e ventilados, exigindo por parte do poder público, severa fiscalização por meio da Inspeção Sanitária Escolar, que deveria estar “sob bases científicas e seguras”, constituindo-se em “elemento precioso de auxilio na prophylaxia anti-tuberculosa da infancia em idade escolar” (MAROJA, 1930, p.40), deste modo, para este doutorando a escola surge como importante ambiente para prevenção e cura da tuberculose infantil.

Sobre a Educação e a centralidade da escola nas medidas de combate, Pereira oferece dois pontos, indicando a atuação da Inspeção Medico-Escolar (que Maroja denomina como Inspeção Sanitária Escolar), sem fazer menções sobre como este serviço deveria atuar. Mas Maroja especifica que os serviços de inspeção deveriam ter em vista os seguintes aspectos:

- 1.º) As condições sanitárias do edifício escolar e de seu material.
- 2.º) A inspeção medica cuidadosa do pessoal docente e discente e a prophylaxia das doenças transmissíveis, nos casos indicados, entre outras da tuberculose.

¹²³ A vacina BCG, de acordo com Maroja, “Consiste este methodo de vaccinação contra a tuberculose, ideado por Calmette de collaboração com M.C. Guérin, no emprego de uma raça de bacillos bovinos, primitivamente muito virulentos e que depois de 230 passagens no meio de cultura batata-glycerina-bile, no decorrer de 13 annos, perderam completamente a virulencia. Calmette partiu do principio hoje incontestado de que a infecção tuberculosa se processa *per os* e admittiu a possibilidade de uma imunisação também *per-oral*”, ou seja, constatou-se que se a infecção tuberculosa ocorre via oral, portanto, pode ser imunizada pela utilização de remédios pela mesma via.

3.º) O ensino de preceitos elementares de hygiene e prophylaxia das molestias transmissíveis.

4.º) A instituição do exercicio physico, sob bases scientificas (MAROJA, 1930, p. 40).

A Inspeção Sanitária Escolar deveria ter como competência fiscalizar os edifícios escolares, atentando para as suas condições sanitárias e para a qualidade de seu material, realizar a inspeção médica de docentes e discentes, bem como a profilaxia das doenças transmissíveis, como a tuberculose, além de fomentar o ensino dos preceitos elementares de higiene e profilaxia das moléstias transmissíveis. Por fim, este mesmo serviço deveria ter também em vista a “instituição do exercicio physico sob bases scientificas”.

Quanto a este último aspecto, não há como não se reportar ao educador higienista paraense, José Veríssimo, que já em 1884, com a criação do *Collegio Americano*, materializou os ideais científicos higienistas que estavam surgindo. Veríssimo procurava demonstrar importância da educação moral associada à disciplina, tendo como um dos aspectos fundamentais da formação do homem a Educação Física, que deveria estar incluída no sistema geral do ensino brasileiro como forma de fortalecimento das características físicas da nação (FRANÇA, 2004; FRANÇA, 2014; SOUSA, 2014).

No século XX, a prática da Educação Física na escola estava relacionada às ações de profilaxia individual e coletiva, devendo estar em harmonia com a Educação intelectual (STEPHANOU, 2000). Em Maroja, a Educação Física nas escolas visava principalmente garantir um corpo mais fortalecido e resistente diante das doenças contagiosas, portanto, sendo também de responsabilidade do serviço de Inspeção Sanitária Escolar, que não deveria fazer somente a fiscalização dos edifícios escolares.

Além das fiscalizações regulares, as escolas também deveriam contar com a criação de colônias de férias ou colônias escolares que seriam “órgãos annexos” que contribuiriam para a “melhoria das condições physicas dos escolares”, que para o doutorando desempenhariam função primordial na defesa das crianças que estariam em idade escolar. Todavia, as colônias seriam voltadas para um grupo específico de alunos, que Maroja descreve da seguinte maneira:

Aquellas crianças que pela inspecção medica fossem consideradas fracas, lymphaticas, rachiticas seriam distribuidas para as colonias de ferias. Em nosso Estado, a criação de uma colônia de férias seria de vantagens incontestaveis para todos os nossos escolares debeis ou lymphaticos, que aliás não constituem exceção (MAROJA, 1930, p. 41).

As colônias seriam espaços não de simples prevenção para as crianças que estivessem mais afeitas às moléstias, como as “fracas”, “lymphaticas” e “rachiticas”, mas

seria, sobretudo, de cura para as crianças enfermas e débeis. Maroja lança como proposta que estas colônias fossem criadas em “locaes magnificos”: “[...] em Salinas, por exemplo, quer na Ilha do Marajó, em Soure, que é um ponto ideal”, confiando que com um pouco de “bôa vontade” dos poderes públicos, aliada à iniciativa particular seria possível a sua concretização.

Entretanto, o futuro médico explicita que as experiências demonstraram que nem sempre as colônias escolares obtiveram eficácia com resultados duradouros, pois a criança ao retornar para a capital poderia voltar a sofrer as mesmas problemáticas que a levou para a colônia escolar. Para que tivesse mais proveito dos benefícios ocasionados pelo afastamento da cidade se fazia necessário “uma cura prolongada nas colonias de férias”, porém “a instrucção ficava enormemente prejudicada. Ainda mais, com o progresso para a cidade, perdiam o que haviam alcançado de proveitoso na vida ao ar livre e com a alimentação abundante” (MAROJA, 1930, p. 41).

Pautando-se em experiências obtidas nos arredores de Berlim, Alemanha, que instalou a primeira escola ao ar livre em 1904, o doutorando propõe não somente que as escolas da cidade fossem fiscalizadas e amparadas pelas colônias escolares, mas que também fossem construídas escolas que “até certo ponto fornecessem às crianças um ar puro e salutar, quasi idêntico ao que porventura pudessem auferir nas colônias escolares” (MAROJA, 1930, p. 41).

O médico português Camilo Augusto de Figueiredo (1922), em *Escolas ao Ar Livre (Breves considerações)*, inicia a sua tese ressaltando que a questão das escolas ao ar livre deve ser considerada a partir de diferentes aspectos, afirmando ser a tuberculose umas das primeiras indicações para as escolas ao ar livre, em que esta moléstia possuiria particularidade no que se tratava sobre infância e a escola. Segundo o higienista belga Ensich, seriam colônias escolares permanentes, porém as escolas ao ar livre teriam mais vantagens que estas, pois aliariam a “[...] restauração do physico, a cultura do espirito, desempenhando, portanto, função sanitaria a par de uma função pedagogica” (MAROJA, 1930).

Caso não fosse possível o estabelecimento de escolas ao ar livre, Maroja deixa em aberto a possibilidade de serem classes ao ar livre. Não há registro sobre a existência de tais escolas no estado do Pará, mas como também registra Anísio Maroja, elas já existiam nos estados do Rio de Janeiro e São Paulo. No primeiro estado existia duas: uma na Praia Vermelha, outra na “Quinta da Bôa-Vista” e outras espalhadas pelo subúrbio, enquanto que em São Paulo, desde 1928, passou a funcionar, no Jardim da Luz, uma “escola para debeis”.

Dalben (2009), ao tratar sobre as diferentes práticas corporais e a natureza, toma como foco as iniciativas fomentadas no estado de São Paulo, em meados do século XX, voltadas para a Educação Física infantil que estava aliada às intervenções médico-educativas higienistas e eugenistas que passaram a elaborar discursos sobre a natureza brasileira não como responsável pelas enfermidades da população, mas sim como local de cura e prevenção de doenças. Corroborando para a construção de parques infantis como locais adequados para as crianças que passariam a estar distantes do espaço das ruas, locais de corrupção moral e física. Os espaços dos parques infantis, assim como as colônias de férias, escolas ao ar livre, os sanatórios e os preventórios, ao fazerem parte de uma estrutura médico-assistencialista, seriam espaços da prevenção e da cura dos corpos infantis.

Maroja, tomando como referência o *Journal of Tuberculosis*, produzido por Sir George Newman, no número de janeiro de 1928, classifica as escolas ao ar livre da seguinte maneira:

- 1.º) **Classes arejadas no recreio das escolas publicas elementares.**
- 2.º) Classes nos parques publicos e espaços ao ar livre.
- 3.º) Jornadas escolares.
- 4.º) Colonias de ferias ou colonias escolares.
- 5.º) **Classes arejadas.**
- 6.º) Escolas diurnas ao ar livre.
- 7.º) Escolas ao ar livre residenciaes (MAROJA, 1930, p. 43; grifo meu).

Conforme as sugestões de Anísio Maroja, as escolas ao ar livre poderiam ser nos parques e praças da cidade de Belém, em que o primeiro e o quinto tipo citados poderiam ser estabelecidos na capital considerando o seu baixo custo e que seria capaz de produzir “resultados brilhantes”. O doutorando defende que todas as escolas que estariam funcionando na capital e que estivessem em “predios acanhados, improprios para tal fim, mal ventilados, peor iluminados” deveriam ser transferidas para parques e jardins que estariam nas intermediações. Maroja continua defendendo que “nossa capital” dispunha de “pontos excellentes” para as escolas ao ar livre.

Em quasi todos os bairros possuimos parques ou jardins onde seriam centralizados todos os escolares debeis que residissem nas circumvisinhanças. Assim, por ex., temos a praça Frei Caetano Brandão (Largo da Sé), local optimo, por seu pouco movimento e absoluta tranquillidade, para possuir uma escola ao ar livre. Na praça da Republica, existem trechos arborizados, aprasiveis, e com a vantagem de possuirem pavilhões que serviriam para deposito mobiliario e para abrigar crianças das intemperies. No parque de Baptista Campos encontramos locaes aproveitaveis, com as mesmas vantagens da praça da Republica. Ainda um excellent local para uma classe ao ar livre é o Museu Goeldi, que dispõe de recantos arborizados e silenciosos. O Bosque Rodrigues Alves é também outro ponto privilegiado, não só por sua arborização exuberante como também por possuir pavilhões capazes de abrigar o material escolar e os proprios alumnos, Possuindo, assim, esplendidos locaes onde, com pequena despeza dos poderes competentes, poderão se installadas escolas ou classes ao ar livre, resta-nos agora

realizarmos o mais depressa esse desideratum, que proporcionará serviços inestimáveis aos deves de nossa população escolar (MAROJA, 1930, p. 43-44).

Em tais medidas, acreditava-se que o ar sadio, o sol e a luz seriam capazes de “tornar mais robustas e mais sadias as crianças fracas, atrepsicas, pre-tuberculosas, lymphaticas”, no qual estas escolas também seriam ambientes que forneceriam às “crianças enfermas e débeis” uma alimentação abundante e apropriada, no que o médico defendia:

Os benefícios decorrentes das escolas ao ar livre são incontestes. Submettidas a esse regimen, que associa a abundancia de ar e luz, ao minimo indispensavel de instrucção e um regimen adequado de exercicios, a criança debil em pouco tempo se transforma: torna-se mais viva, mais corada. A sua capacidade de trabalho intellectual aumenta: adquire peso e o crescimento intensifica-se (MAROJA, 1930, p. 41).

Nestes casos em que havia a compreensão dos “focos de contagio”, o ambiente ganhava importância nos discursos dos médicos do estado, voltando suas atenções para os locais em que a criança participava, assim como aos indivíduos que estavam próximos delas, situação que concorria à Educação, por meio de instruções higiênicas, agregadas à Educação Física e a um ambiente limpo e saudável, aliado a uma alimentação adequada, que encontrariam alento na Escola, e que seriam capazes de prevenir e amenizar as enfermidades que acometiam a infância.

Contudo, assim como as crianças recém-nascidas que deveriam ser retiradas do seio familiar, o médico também defende que as crianças em idade escolar que fossem portadoras de lesões iniciais latentes, curáveis e não contagiantes (pré-tuberculosas) fossem encaminhadas para os Preventórios ou Preservatórios e os Sanatórios, subtraindo assim a criança dos “meios infectados”.

Na expansão da Medicina, a Escola e a Educação são tomadas de maneira ampla, em que estas ações estiveram fortemente aparelhadas na Higiene, que fornecerá um modelo de organização para as cidades, para a escola e para as famílias a partir da racionalidade médica. Assim, a razão médica retira do espaço privado – o religioso e o familiar – o monopólio de formar meninos e meninas, haja vista que “para formar as novas gerações seria necessário uma intervenção não apenas no espaço público da escola, mas também, no espaço privado da casa” (GONDRA, 2010, p. 525).

Deste modo, observa-se que as propostas de ambientes próprios e específicos para crianças não era defendido somente nos casos de doenças físicas, mas também nas situações em que estas crianças se constituíssem ameaças de ordem moral. Apesar de não ter debatido ao longo de seu texto sobre a infância tida como criminosa e dada à vagabundagem, Pereira

(1929), em suas proposições, mais uma vez dá destaque à criação de Escola Correcional para repressão da “vagabundagem de menores”, porém este não explicita qual seria o regime destas escolas, se seriam semelhantes ou não às colônias e aos preventórios, se deveriam estar distantes ou não da cidade e quais os tipos de ensinamento que seria ministrado nestes estabelecimentos e se teriam que se adequar a algum tipo de regime de trabalho. O doutorando não explica estes aspectos da mesma forma que não explicita quais seriam as relações entre a “vagabundagem de menores” com os índices de mortalidade infantil para que as escolas correcionais fossem uma das medidas de combate das mortes de crianças na capital paraense.

Entretanto, acredita-se que a Escola Correcional que Pereira cita se contrapunha às Colônias Correcionais comuns em algumas cidades brasileiras, dentre as quais o Rio de Janeiro e Minas Gerais, tendo como principais aspectos a distância dos centros, o regime integral e a realização de trabalho agrícola, abrigando diferentes indivíduos, sejam adultos, menores, homens, mulheres escravos e libertos¹²⁴ (SANTOS, 2006; MILAGRE JR., 2014). Assim, a intenção de Pereira com a escola correcional seria corresponder às escolas ao ar livre, propostas por Maroja, porém voltada para os “menores vadios” atendendo a um regime não de internamento integral, no qual a escola atenderia as intenções de formação moral dos meninos tidos como desviados.

Contudo, as considerações tanto de Maroja quanto de Pereira ficavam na ordem do ideal, pois eram proposições que eles acreditavam que deveriam ser tomadas pelo Estado, apesar de destacarem a importância e a atuação do IPAI na redução das mortes infantis, porém ainda assim a infância continuava desamparada.

O IPAI do Pará, diferente do que atuava no Rio de Janeiro, era constituído por estabelecimentos que se concentravam nas questões da saúde, realizando assistência odontológica, aviamento de receitas, distribuição de leite e de remédios, não havendo uma escola que fizesse parte do seu regime institucional, apesar de realizar estas atividades nas escolas da capital. As conclusões de Pereira sobre a mortalidade infantil na capital e as medidas de combate foram assim sintetizadas:

Pelo que acabamos de expor, chegamos, ainda de accôrdo com o dr. Ophir de Loyola, ás seguintes conclusões:
1.º – A cidade de Belém do Pará é uma daquellas que, da União Brasileira, maior tributo pagam á mortalidade infantil.

¹²⁴ Sobre as Colônias Correcionais ver os textos *A República e a Repressão à vadiagem: abordagens sobre os vadios em Minas Gerais (1895-1901)*, de Milagre Júnior (2014) e *Os Porões da República: A colônia Correcional de Dois Rios entre 1908 e 1930*, de C. Santos (2006).

2.º – Collocam-se em primeiro lugar como factures dessa calamidade social: a pobreza e a miseria observadas, varias doenças como a malária, ancylostomiase, tuberculose, lepra, syphilis, o alcoolismo, a falta de conhecimento de hygiene individual e de puericultura e a ausência de fiscalisação dos generos alimenticios.

3.º – O Instituto de Proteção e Assistencia á Infancia do Pará constitui-se um aparelhamento útil, destinado a oppor embargos á hecatombe das creancinhas, revelando já o obituario, no transcurso de sua existencia de sua existencia, um abaixamento sensivel da taxa de mortalidade infantil.

4.º – Entre as medidas destinadas a diminuir a mortalidade infantil, alem da acção do Instituto que deve ser ampliada, considera-se de maior vantagem o estabelecimento de leis de proteção á infancia sob todos os pontos de vista, a organização de mutualidades maternas, prophylaxia das molestias infecto-contagiosas e do alcoolismo, a fiscalisação dos generos alimenticios, particularmente do leite,, [sic] a criação de Crèches, Gattas de Leite, Jardins de Infancia Hospitaes Infantins [sic], Escolas Profissionaes, Escolas ao ar livre, Colonias de ferias e de um serviço modelar de inspecção medica-escolar e a repressão da vagabundagem com a criação de uma Escola Correccional (PEREIRA, 1929, p. 49).

O doutorando Antonio Pereira reconhece a utilidade do IPAI para a redução da mortalidade infantil, mas também considera que o poder público local deveria ampliar as medidas de proteção à infância apoiando-se na criação de creches, jardins de infância, hospitais infantis, escolas profissionais, escolas ao ar livre, colônias de férias e as escolas correcionais. Enquanto Maroja, ao final de sua tese, se ressentia, pois “o nosso armamento anti-tuberculoso é ridiculo”, em que o Estado dispunha tão somente do Hospital Domingos Freire, constituindo-se em “simples depósitos de alguns tuberculosos”, incluindo entre eles crianças.

- A educação das mães pobres

Os médicos pensavam em formas de assistir e proteger às mães pobres e operárias, pois se tinha como pensamento comum que elas seriam as principais responsáveis pelos cuidados com a criança, assim como com a higiene do lar. Aliada a esta percepção, comumente, estas mulheres eram tidas como ignorantes e incultas, que não conheciam os preceitos científicos da higiene, que alimentavam mal suas crianças com alimentos inapropriados e que não davam atenção devida à importância da amamentação dos infantes.

É importante demarcar períodos no que tange as considerações dos médicos, pois se observa que, mesmo no início do século XX, estes reconheciam que no Pará a assistência à infância era incipiente e a situação de pobreza era latente, gerando problemas habitacionais e sanitários, mesmo assim, eram às mães que se direcionavam as principais críticas quanto aos cuidados com os seus filhos. Na década de 1950 houve avanços consideráveis na Medicina

paraense e na organização da estrutura de assistência à infância, mas mesmo assim os índices de mortalidades eram consideráveis.

Diferente destes dois autores de 1929 e 1930, Claudio Dacier Lobato se mostra satisfeito com a então estrutura aparelhada para assistir a infância do estado, entretanto, o que ele indica é a formação da assistência à saúde infantil, sem pensá-la articulada com a política de Educação, por exemplo, não se reportando as inspeções sanitárias ou às questões ligadas aos currículos escolares. Na década de 1950, com o reaparelhamento do Estado, a Saúde Pública amplia-se pela ótica da extensão relativa do atendimento e pela sofisticação das estruturas do aparelho estatal, resultando numa maior centralização, desembocando na criação do Ministério da Saúde em 1953, que antes fazia parte do órgão ministerial incumbido pela Educação (BRAVO, 2013).

No discurso de Lobato sobressai uma nova concepção de saúde que estaria relacionada ao social, deste modo, ele deve os avanços da assistência materno-infantil à Medicina Social. O médico esclarece que os “fatores sociais” seriam decisivos nas elevadas taxas de morbimortalidade tanto infantil quanto materna, estando em contraposição à Medicina Clínica, que ao visar o indivíduo e não a coletividade encararia essa problemática com simples “especulação científica ou de assistência pessoal sem cunho sociológico” (LOBATO, 1954, p. 5). Ao ter como compreensão que as epidemias são sociais e não individualizadas, Lobato aponta estudos que partem de ações que tratam as doenças pelo viés médico e social, paralelamente, dentre eles, o trabalho de Schachter e Cotter, no livro *Pediatria Prática* (1950) que toma a sífilis, o alcoolismo, o paludismo e a tuberculose como doenças que têm repercussão sobre o nível mental da descendência, logo consideradas doenças de “repercussão social”.

Lobato (1954) também se refere ao trabalho *Assistência à Infância através da família*, de Estela Budiansky¹²⁵, publicado em 1953, que aborda os alarmantes coeficientes de mortalidade infantil no Brasil e em outros países sul-americanos, destoando da situação do Uruguai, que tratava os problemas médicos e sociais paralelamente.

O doutorando, em breve descrição sobre a atuação desta médica, expõe que ela tinha experiência em trabalhos com os “maloqueiros” de Porto Alegre, que eram “verdadeiros párias sem habitação, nômades, geralmente vindo do interior. Sem recurso fracassam na

¹²⁵ A Dra. Estela Budiansky foi professora e pediatra de fama internacional, nascida em Santa Maria do Rio Grande do Sul. Médica formada pela UFRGS em 1939, foi chefe do Serviço de Clínica de Criança, da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre e médica do Serviço de Higiene Infantil, do Departamento Estadual de Saúde e do UNICEF, no período de 1962 a 1969. Também serviu na Tailândia, Índia e EUA. Faleceu em 1969 (FONTES, 2007).

cidade, por falta de oportunidade e preparo profissional”. As estratégias de trabalho tomadas pela Dra. Budiansky com os indigentes e mendigos de Porto Alegre incluía medidas que giravam em torno do “reajustamento familiar”, providenciando a eles, “alojamento provisório em casas modestas porém higienicas, onde se lhes ministrou alguma educação básica sob orientação social eficiente visando no futuro poder reconduzi-los aos lugares de origem” (LOBATO, 1954, p.6). Logo, a Educação emerge enquanto meio para o reajustamento social.

Lobato tem como foco de suas considerações a Educação Sanitária, que Maroja (1930), na sua tese, afirma que ainda estava num momento de ensaio no Brasil, contudo, o primeiro se refere a uma educação específica que deveria ser repassada às mães que estivessem internadas nas maternidades. A fim de atacar os “desajustamentos sociais” surge a importância, primeiramente, do puerpério, momento do pós-parto, ou melhor:

O puerpério, nos parece uma oportunidade das mais valiosas e aproveitáveis para atacar o inimigo, debilitando-o, **pela educação prática, intensa e objetiva das jovens mães que transitam pelas nossas maternidade**, na mais sublime e paradoxalmente tantas vezes penosa e arriscada missão de perpetuar a espécie (LOBATO, 1954; s/n.; grifo nosso).

Movido pela convicção de que a fase do puerpério seria a melhor fase para “atacar” as causas dos desajustamentos sociais – como a incultura e a ignorância, que levariam às mortes infantis e maternas, “inimigos” da sociedade e da espécie – por meio da “educação”, Lobato (1954) demonstra especial interesse não somente pelas altas taxas de mortalidade infantil, mas também pelas significativas taxas de mortalidade materna. E completa afirmando: “O amparo à maternidade, à Infância e à Adolescência conta hoje com um sem número de instituições especializadas que cumprem com ênfase os seus objetivos, quando perfeitamente articulados entre si” (LOBATO, 1954, p.1).

Para o doutorando, havia uma estrutura de amparo à maternidade e à infância que conseguia atingir os seus objetivos, devendo isto ao trabalho articulado das instituições e especialidades disponíveis para este intento. Porém, a principal reclamação de Claudio Dacier Lobato era o não aproveitamento da estadia das parturientes para que estas fossem orientadas:

A sua permanência na Maternidade, entre a vida e a morte, não foi aproveitada como deveria para um conselho ou esclarecimento dos motivos das complicações que deram origem aos grandes perigos que enfrentou e o caminho a seguir para evitá-los em futuras gestações. Assim é que, em menos de 3 anos já tivemos ocasião de atender pacientes, antes submetidas à cesariana por vício pélvico absoluto, que voltaram em condições idênticas às das outras vezes, ignorando a impossibilidade de parto intócito e muito menos com o feto vivo, quando, por medida simples de um aviso poderiam ter procurado a tempo os recursos necessários à defesa da vida do feto e a prevenção de complicações perigosas para a saúde e validade futuras (LOBATO, 1954, p.4).

O aconselhamento o qual o médico se refere e que, posteriormente, nomeia como “educação sanitária” e “orientação prática para enfrentar as dificuldades do momento, evitando o desajustamento do indivíduo e da família” que deveria ser repassada a estas mulheres no momento em que estivessem internadas e para tal serviço concorria a atuação de profissionais especializados para isto, o que para o médico incluía “como elementos de primeira linha as Assistentes Sociais”, que seriam responsáveis pelo planejamento e execução das tarefas de assistência materno-infantil.

As ações de Educação seriam justificadas pelo médico pelos constantes “erros” praticados pelas mães que vinham sendo observados ao longo do seu período de internação na maternidade. Diante de situações ligadas aos “erros da dietética infantil” (como Pereira mesmo se refere) e a forma de segurar e cuidar dos filhos recém-nascidos, Lobato indica a importância da realização de orientações, conversas e educação das mães no tempo de internamento, pois “Alguns minutos por dia, de palestra cordial com essas pacientes, valeriam muito mais do que milhares de folhetos lançados a esmo.” (LOBATO, 1954, p. 39), entretanto, não seria tão simples a execução da chamada Educação Sanitária, já que os problemas exigiam profissionais bem treinados e competentes, sendo um “[...] trabalho de catequese dirigido a cada indivíduo tarefa que só terá terminado quando a classe popular tiver atingido o grau de instrução e educação suficientes para a boa aceitação e assimilação da propaganda da imprensa.” (LOBATO, 1954, p. 9), o que só complica sua aplicação, uma vez que ela exigiria “intensa propaganda esclarecedora” e enfrentava a “limitação dos recursos dos orçamentos do poder público” e a “reduzida capacidade financeira privada”. (LOBATO, 1954, p. 10). Destarte:

A educação é indispensável nestes momentos, através a palavra esclarecida, persuasiva, amiga, de uma Assistente Social, hábil e especializada, com aperfeiçoamento, inclusive, em educação sanitária, para colaborar com o médico na solução dos casos clínicos, de certas enfermidades ou vícios capazes de interferir danosamente sobre a descendência, e de repercussão social, como a sífilis, a tuberculose, a malária e o alcoolismo [...] (LOBATO, 1954, p. 9).

Para o médico, as ações de Educação Sanitária não estariam limitadas à realização de orientações e instruções a estas mulheres, no qual se verifica na sua fala, que permeia a tese como um todo, que deveria ser realizada por um envolvimento não simplesmente técnico-operacional, mas que deveria envolver relação de afeto, concorrendo assim uma visão romantizada e emotiva do que deveria ser de competência das também mulheres assistentes sociais. A educação a ser realizada por “uma Assistente Social” deveria estar pautada nas orientações da Educação Sanitária, devendo, inclusive, colaborar com o médico na solução

dos casos clínicos de enfermidades ou vícios que poderiam interferir na descendência e que fossem de repercussão social.

Logo, seria de competência da profissional do Serviço Social elaborar e executar “Programas” que deveriam seguir a seguinte organização:

I – Educação Sanitária:

1. Higiene Pessoal
2. Noções sobre doenças transmissíveis
3. Noções de Puericultura
 - a) Vestuário, banho e alimentação do recém-nascido.
 - b) Vacinações, pesagem.
 - c) Registro civil e batismo.
 - d) Encaminhamento ao Posto de Puericultura

II – Orientação Social (investigação)

1. Estado civil dos progenitores
2. Seguro Social e Previdência
3. Frequência dos filhos à Escola
4. Direitos do trabalhador em face da legislação e dos encargos de família

III – Recreação

1. Música
2. Leitura

IV – Costura. (LOBATO, 1954, p. 40)

É interessante notar que, apesar de Lobato ter como foco a educação materna do puerpério, atentando-se aos poucos dias em que as grávidas e puérperas ficavam internadas, ele não oferece um breve roteiro de Educação Sanitária e que deveria ser fornecido pelas assistentes sociais, mas sim estabelece um programa que abarca não somente a higiene pessoal e noções de Puericultura, mas inclui registro civil e batismo, tomando ainda outras duas frentes que seriam a “Orientação Social” e a “Recreação”. Todavia, para o médico este roteiro não seria tão longo assim, no qual a maternidade ao estar assim organizada:

[...] poderia exercer, entre outras atividades, por excelência nos moldes das suas finalidades médico-sociais, decisiva influência no campo inesgotável de aprendizagem, para **centenas de esperançosas alunas das nossa Escolas de Serviço Social** muitas delas precisando de ajuda e estímulo pela necessidade inadiável que sentimos de profissionais hábeis e em número suficiente para atender aos reclamos dos nosso avolumados problemas de muitas décadas, ainda sem equação (LOBATO, 1954, p. 42; grifo meu).

Por outro lado, o médico aponta que estas maternidades seriam campos profissionais e de aprendizagem para as “centenas de esperançosas alunas” das Escolas de Serviço Social que inicialmente estavam instaladas no Hospital Ophir Loyola.

Assim como Moncorvo Filho e Ophir Loyola, para Claudio Lobato, os indivíduos que mereciam especial atenção nas medidas de proteção e assistência à infância, necessitando de ações específicas para o combate à mortalidade infantil, seriam as mães solteiras. Nas ações educativas, o Serviço Social deveria se ocupar de orientações que deveriam ser dadas a elas, por terem sua gestação restrita pela “imposição da ilegalidade”, onde não podiam contar com a assistência e o apoio “irrestrito de todos os de casa às suas necessidades”, se fazendo necessário privilegiá-las em tais medidas. Para Lobato (1954):

[...] mãe solteira, vítima dos preconceitos da sociedade e do desprezo da família, obrigada a suportar o opróbrio no clima desfavorável das vicissitudes materiais que a deixam desnorteada. Arrastam assim a gravidez como um fardo pesado demais e quase sempre chegam ao parto vencidas e degredadas, e, se recorrem ao crime, é ao desespero de uma solução, dependendo, por certo, de medidas legais ou humanas, só possíveis com o estudo minucioso de cada caso (LOBATO, 1954, p. 38)

As orientações a estas mulheres seriam de “cunho profilático” que visava prevenir e combater o “abandono definitivo ou quase definitivo do filho”, nos comuns casos de “colocação dêste em casas de ‘criadeiras’ ou de famílias amigas”. Outro aspecto destacado pelo médico, que julgava merecer grande atenção seria a “ignorância absoluta dos preceitos higiênicos, da maioria das mulheres do povo”. Durante esta estadia, o médico propõe a realização de “instrução materna, nas normas da amamentação correta, a maneira de banhar o filho, e a explicação dos certos fenômenos fisiológicos que tanto inquietam (sic) as puérperas, mormente as principiantes” (LOBATO, 1954, p. 38). Todavia,

Não queremos dizer que seria o suficiente, essa instrução intensiva, mas por pouco tempo, apenas durante o puerpério; contamos também com a oportunidade de renovação, em muitas das pacientes que voltam, nas reincidências de partos, à Maternidade. O fim principal da educação, nêsse período, seria a oportunidade de envolver as que tivessem escapado ao trabalho de outras organizações, no campo da assistência materna (LOBATO, 1954, p. 38 -39).

Lobato tem consciência de que tal educação não seria o suficiente para a redução da mortalidade infantil e materna e teria efeito que, em certa medida, poderia ser limitado, entretanto, percebia que esta seria a oportunidade para socializar ou tornar comum entre estas mulheres a prática de recorrerem à assistência materna.

A partir de tais ações educativas esperava-se que “dentro de algum tempo bons frutos seriam constatados” na “redução de nati-mortos, neo-mortos e de mortes maternas” a fim de que para “melhor aproveitamento das oportunidades para que um parto de prognóstico sombrio fôsse realizado em ambiente cirúrgico” (LOBATO, 1954). Ao mesmo tempo em que

se pretendia alcançar a redução também dos “maléficos que a ignorância pode disseminar, em prejuízo dos recém-nascidos, pelos maus hábitos maternos” (LOBATO, 1954).

SEÇÃO VII – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Del Priore; Venâncio (2010, p. 8) destacam que se deve “[...] pensar a história como um meio de se entender o presente [...]” e, a partir desta compreensão, saliento que não houve como intenção celebrar um momento histórico, tão menos homogeneizar e pacificar determinadas ações que foram praticadas com tanto afincio e que por vezes foram violentas, como mostra a Historiografia brasileira. Na verdade, procurei compreender as questões irradiadas nesta tese a partir do fulcro histórico das políticas que foram se consolidando em torno da proteção e assistência à infância e à maternidade. Não posso negar que o projeto de modernidade instaurado por um modelo econômico desigual provocou intensos mal-estares à população majoritariamente excluída, tais como pobres, indígenas, negros e mestiços, contudo, não se pode perder de vista que estas ações foram momentos iniciais das políticas que se conhece hoje. Estas ações instauradas de cima para baixo geraram verdadeiros desastres e violências. Todavia, não se pode esquecer que diferentes “intelectuais” daquele tempo procuraram formas de “remediar” e até mesmo pôr fim ao caos que já estavainstaurado.

Como sujeitos históricos, produtores e leitores de textos é sempre importante observar os consideráveis avanços que se conquista cotidianamente, não assumindo uma postura passiva perante o fluxo da História. Estas medidas, enquanto um processo envolvido por ideologias contrárias e conflituosas, não devem ser vistas como inteiramente ruins e nem como massivamente boas. Deve-se sim tomá-las a partir de um olhar crítico que as identifique como um movimento histórico e dialético, tendo sido construído por nós, sujeitos coletivos.

Creio ser importante destacar que as medidas que consolidaram as ações de assistência e proteção à infância, incluindo a Educação e a Saúde, foram estratégias que estavam sendo pedidas pelo contexto histórico, não sendo simples iniciativas de uma elite que pretendia “ludibriar” uma população pobre que tinha somente a mão de obra barata para vender, como alguns “críticos” colocam. Concorreram também para avanços nas ações de assistência e proteção à infância os primeiros movimentos sociais na luta por direitos, como o movimento dos proletariados e de mulheres, porém o *corpus* e os demais documentos utilizados como fonte apresentam somente um dos tantos lados da história. Um lado que não deve ser descartado, haja vista que os sujeitos envolvidos também estavam imersos numa arena de conflitos ideológicos.

No tratamento sobre a História da Medicina do Pará utilizei, ostensivamente, os trabalhos dos historiadores Silva (2009; 2014), Rodrigues (2008), Abreu Jr. (2010), Bordalo (2000; 2002), Meira (1986) e Guilliod de Miranda (2013; 2009), que foram fundamentais para a compreensão sobre os percursos tomados pelos médicos a fim de se estabelecerem política e ideologicamente no estado. Infelizmente, a história comumente retratada por estes

se encerra até a década de 1950, no qual identifiquei a escassez de documentos que se referem a esse momento em particular.

Como qualquer pesquisa histórica, não há como não se ressentir sobre as dificuldades impostas para a realização deste empreendimento, mesmo verificando que muitos dos documentos utilizados por estes pesquisadores não se encontram mais disponíveis nem no acervo do Museu de Medicina da SMCP e, muito menos, na Faculdade de Medicina da UFPA. Os pesquisadores mencionados, em sua maioria, contavam com acervos pessoais que não foram doados a nenhuma instituição de fomento de pesquisas históricas. Outro fator foi a dificuldade para se realizar pesquisa exploratória no APEP que, em constante impasse de abertura e fechamento, em decorrência de reformas, passou a limitar o acesso a pesquisadores.

Faço, também, outro adendo: enquanto assistente social, inserida num curso de Doutorado em Educação, e que, ao fazer uma pesquisa histórica sobre infância do estado, tomando como fonte documentos produzidos por médicos e, qual surpresa, encontro teses de Medicina tratando sobre a necessidade de inserção do Serviço Social nas políticas e medidas de Saúde e Educação, o que demonstrou o quanto estão articulados os debates sobre a História da Infância com o processo de consolidação da Assistência Social enquanto política.

Além do mais, por ser do Serviço Social, não me debruceiem uma discussão mais aprofundada sobre o tema, devido os recortes metodológicos estabelecidos e as limitações que a tese impôs, o que foi um verdadeiro desafio. Porém, realizar esta discussão trazendo para o campo do debate o processo de consolidação da referida profissão guardarei para um estudo futuro, haja vista a sua importância para a compreensão sobre a representação e a identidade do profissional do Serviço Social no Pará.

Guardo também para o futuro, um estudo que tenha como foco o levantamento e a análise dos discursos sobre a infância nos relatórios do Estado que tenham sido elaborados por médicos, ampliando, assim, a discussão sobre os modos de vida e sobrevivência da criança do Pará de meados do século XX. Enquanto pesquisadora/escritora tive que conter diversas vezes no momento de escrita desta tese, devido à formação de um significativo corpo documental ao longo do levantamento de fontes, que causavam ansiedade e angústia para expor e retratar o quanto a vida de crianças que viviam no estado, durante o século XX, foi extremamente sofrida e silenciada.

Registra-se, inclusive, que a leitura dos relatórios municipais e estaduais do início do século XX, além das teses e revistas do Pará de outrora me reportaram ao meu período de estágio enquanto discente do curso de graduação em Serviço Social na área de políticas urbanas, em que nas minhas constantes visitas às atuais periferias de Belém, observava as

várias crianças nuas, com doenças de pele, abdomens dilatados, anêmicas e desnutridas morando em pequenos barracos de madeiras úmidas e envelhecidas equilibradas em palafitas, convivendo com animais, como porcos, patos e galinhas, disputando espaços em salas que eram quartos e cozinhas simultaneamente. Estas memórias, e a concretude do presente trabalho, me mostram o quanto estamos distantes de impetrar os ideais de uma infância plenamente saudável que tenha ao seu alcance políticas de saúde, assistência e educação efetivas e articuladas.

Porém, como já destaquei acima, somos sujeitos históricos e não devemos assumir uma postura passiva que reconhece somente o retrocesso e desconsidera avanços; e compreendo que é sobre isto, acima de tudo, que esta tese se refere, especialmente quando temos como foco a História da Infância. Voltando-me para o que concretizei por meio de discursos escritos nesta tese, entendo que tratar sobre as articulações da História da Infância com a História da Medicina é constatar que, anterior ao século XIX, havia um estado de naturalização das mortes infantis, bem como de estratégias que levassem a brevidade de suas vidas, haja vista que, diante do quadro de miséria, guerras e doenças, tornavam-se comuns as mortes de crianças, seja intencional ou não. O homem não tinha motivações e muito menos meios para cuidar da prole, não havendo o reconhecimento de que este momento da infância seria uma fase que necessitava de cuidados específicos e caso houvesse necessidade de cuidados, a criança passava pelos mesmos tratamentos que o adulto.

Por meio de Rizzini; Pilotti (2011), Marcílio (2010), Rodrigues (2010), Rizzini (2008) e outros autores que demonstram a situação da infância antes do século XX depreendi que a criança estava envolta por diferentes práticas de violência, sendo um sujeito que ocupava uma posição de subalternidade, de inferioridade, de desproteção e de silenciamento, independente de classe social ou etnia. Contudo, não se ignora que a violência vivida seja pela criança indígena, negra, mestiça e pobre dava-se em diferentes níveis e graus. A infância estava exposta a um momento histórico em que o adulto representava a perfeição, o poder e acima de tudo a força, seja física ou simbólica. Aliás, ainda não estamos muito longe dessa percepção. Posso, com isso, afirmar que os principais fatores que caracterizavam a situação da infância antes do século XX eram os seguintes:

- A ausência de uma consciência quanto às particularidades da infância;
- Aceitação e justificção das mortes infantis;
- Divinização da morte infantil (*os anjinhos*);

- Altos índices de mortalidade infantil;
- Práticas de violências contra a criança;
- O ensino não era para todas as crianças e, caso houvesse, tinha distinções para as crianças das elites e para as crianças pobres, negras e indígenas;
- Não havia a proibição do trabalho infantil.

O processo de construção de proteção e assistência à infância se dá em processos lentos, já na virada para o século XX. A reformista social, Ellen Key em sua obra *The Century of the Child*, publicada em 1900, decreta o século XX como “o século da criança”, frase que posteriormente serviu como plataforma para as agendas que tinham como foco intervir e investir em políticas voltadas para crianças e adolescentes (PROUT, 2010). A partir daí, diferentes países passaram a se reunir em torno da construção de uma agenda pública que visava à proteção da infância. A criança, imersa numa realidade de caos urbano-industrial desponta como símbolo do futuro, do progresso e do desenvolvimento nos países tidos como civilizados e dos que pretendiam ser modelo de civilização e desenvolvimento, que foram ideais que se consolidaram no século XX a partir de uma estrutura científica mais sólida.

Nesse sentido, na historiografia brasileira, identifico que o século XIX foi o momento em que se começou a engendrar mudanças nas atenções voltadas para os infantes, porém restritos a um apelo particular e individualizante, em que não havia uma chamada por ações do poder público no que se tratava da infância pobre.

Os avanços obtidos no campo da Ciência Médica, que estabeleceu faixas etárias e fases da vida, possibilitaram avanços também no âmbito das Ciências Jurídicas e Pedagógicas no século XX, pois estabeleceu critérios para o reconhecimento da especificidade da infância. A partir disso, pensou-se em instituições que deveriam ser exclusivas para a criança, assim como também indicou a necessidade de formular direitos para este sujeito, tomando-o enquanto indivíduo que necessitava de cuidados, ações e atenções particulares. Conforme Dourado (2009), as atenções dos cientistas se voltam para compreender a diferenciação entre a infância e a vida adulta, com a intenção de “prever modificações de comportamento que conformaria ou negariam as teses evolucionistas” (DOURADO, 2009).

As teorias evolucionistas, tão presentes na época, estavam representadas pelas ciências higienistas e eugenistas, que exigiam e traçavam formas de se formar uma raça saudável, forte, robusta e inteligente, tomando a infância como um tema caro que deveria ser

aprofundado. A Ciência Eugenista e Higienista passou a estabelecer orientações para a saúde de mães e filhos a partir das atenções voltadas para o binômio ou unidade mãe-filho, no qual começam a surgir leis de proteção à amamentação materna, proibições das rodas dos expostos, somadas às orientações realizadas por médicos e pediatras direcionadas às mães e às amas de leite sobre como cuidar das crianças. (FERREIRA, 1955).

Ao longo deste estudo, percebem-se as influências das ações da Medicina Eugenista e Higienista no surgimento da proteção e assistência à infância no Brasil nos finais do século XIX e início do século XX. O Higienismo, associado a um tipo particular de Eugenismo, influenciou decisivamente os rumos tomados pelas práticas de higiene e Educação Sanitária até meados dos anos de 1950. Para os higienistas sociais, interessava a possibilidade, apontada pelo Eugenismo, de utilização de todos os conhecimentos no sentido de melhorar física, mental e racialmente a futura geração brasileira (MANASERA; SILVA, 2000).

Ao ter tomado como norte o seguinte questionamento: quais os sentidos e significados dos discursos ideológicos e polifônicos produzidos pelos médicos do estado do Pará nas “Teses de Doutorado ou Inaugurais” defendidas no período de 1929 a 1954, que indiquem as articulações entre a Saúde, a Assistência e a Educação para a infância pobre do estado do Pará de meados do século XX?

Delineei a compreensão de que as Histórias da Medicina no Brasil e no Pará estiveram envolvidas pelas constantes disputas que se realizaram não só no campo do saber, mas principalmente no campo político e ideológico, estando contidas e refletidas em seus textos a fim de demarcarem setores que poderiam ser apontados como de sua competência. Retomar alguns aspectos da Ciência Médica no Brasil, fortemente influenciada pelo quadro social, econômico e religioso de Portugal (e que posteriormente, passou a vislumbrar o status científico e desenvolvimentista da Europa próspera e civilizada) teve como objetivo possibilitar um entendimento sobre o contexto de construção da Medicina Científica na região amazônica, em especial, no Pará, apontando para as entrelinhas em que se deram a racionalização do cuidado com o corpo e a mente dos indivíduos e da sociedade.

Assim como na Europa Medieval, homens e mulheres, mesmo antes das mudanças geradas pela Ciência e pela Indústria, já estavam imersos em um verdadeiro “caldeirão de doenças”, no qual se observa que com os processos de colonização (no Brasil) e com a grande circulação de pessoas no território paraense – em função do Ciclo da Borracha – gerou-se uma espécie de “torre de babel” de epidemias que assustavam os sujeitos que aqui viveram e que

se lançavam na corrida por “descobertas” científicas, num contexto em que as mortes infantis eram alarmantes, tornando-se um verdadeiro desafio para os poucos médicos aqui estabelecidos durante o “Século da Criança”.

O período de consolidação da Ciência Médica no Pará foi tardio e ocorreu num período de crise econômica, que levou a uma conformação específica na formação dos discursos dos médicos paraenses, que expõem os seus interesses e objetivos de forma diferenciada dos demais médicos brasileiros, reivindicando por uma melhor posição na “cadeia” da produção científica e intelectual. Assim como se observa que também houve complementariedade entre os rumos tomados pela Ciência Médica dos principais centros científicos da época e a Ciência Médica do estado do Pará, porém com particularidades nos modos de apropriação das correntes científicas, assim como nas suas idealizações e anseios sobre a Saúde, a Assistência e a Educação para a infância.

Contexto que possibilita visualizar as motivações que geraram como tônica para a elite médica do estado a busca por legitimação. Associado aos ideais de reconhecimento local, a elite médica do estado também queria ter reconhecimento nacional e internacional, no qual proclamavam uma ciência de caráter amazônico, ou melhor, com uma identidade amazônica, em que discutiriam inclusive sobre os estigmas que a Amazônia carregava enquanto um local de clima quente e úmido, que na concepção da Medicina nacional e internacional era um local propenso a doenças.

Os textos produzidos pelos intelectuais e profissionais da Medicina são fontes que possibilitaram a compreensão não somente sobre o contexto político, econômico e social da região amazônica, mas também para compreender o tipo de racionalidade que foi gestada nos tempos de outrora.

Ao tomar o quadro nacional, não há como desconsiderar que as ações dos médicos eugenistas e higienistas ao longo da história do pensamento brasileiro também se constituíram em ações invasivas à vida privada de famílias, sobretudo, de mulheres pobres que passaram a ter as suas ações de cuidado com os seus filhos, vigiadas e cerceadas em nome da ciência e da profilaxia. Porém, estes possibilitaram avanços significativos ao que tange à criação de estruturas que visassem quantificar e institucionalizar as demandas postas pela infância pobre brasileira.

As ações intervencionistas dos “homens da ciência” do Higienismo eram por vezes violentas, no entanto, ao se tratar da infância, elas apresentaram significativos avanços nos cuidados com a criança, haja vista que havia uma alta incidência da mortalidade infantil, no

qual apontavam que as suas principais causas eram as práticas de cuidados realizadas de maneira equivocada e a ausência de higiene no tratamento dos recém-nascidos.

O reverberar de tal discurso se espalhou pelo estado do Pará, sobretudo, na capital, em meio às ascensões e crises econômicas e às fortes epidemias que assolavam a região atingindo crianças, que ainda não possuía uma organização de entidades que se voltassem exclusivamente para a sua saúde. O pioneirismo de Moncorvo Filho, que pautado na Ciência Higienista e Eugenista idealizou a construção de um esquema de saúde e de assistência à criança pobre brasileira por meio do IPAI-RJ, acabou por se estender polifonicamente no país, deixando sementes também no estado do Pará, por meio da figura do médico pediatra Ophir Pinto de Loyola.

Entretanto, é importante destacar que as ações de Loyola não foram isoladas e solitárias no que se refere a ideais, haja vista que a sua vinda para a capital paraense se dá num momento em que a elite médica do estado passa a estar mais articulada enquanto grupo social político. Médicos, como Camillo Salgado, Cyriaco Gurjão, Barão de Anajás, entre outros passaram a ter como intenção fortalecer a Medicina da região e, por consequência, a Saúde Pública também deveria estar condizente com os avanços científicos e dispor de uma variedade de instituições que atendessem a tal intento.

Porém, no *corpus* analisado (Teses de Pereira e Maroja) verificou-se que, pelo menos, até meados da década de 1930, o estado do Pará ainda padecia com a falta de estrutura para o atendimento das diferentes moléstias que acometiam a população paraense. Diferente da tese de 1954, na qual a região já estaria desfrutando de melhorias nos aspectos que se detinham no quesito Tecnologia e Saúde Pública, nas palavras de Lobato. Todavia, destaco que nestas teses, em certa medida, encontram-se discursos frustrados, pois suas colocações ficam concentradas em intenções, idealizações e anseios que acabavam por esbarrar na tão propalada crise econômica.

Nas teses, verificam-se orientações e princípios que visavam estabelecer políticas que deveriam ser de obrigação do Estado para com as classes pobres. Tendo sido alunos de Ophir Loyola, Antonio Pereira e Anísio Maroja, se referem a uma série de medidas que deveriam ser tomadas em prol da infância pobre, no qual incluía escolas ao ar livres, colônias de férias ou, ao menos, classes ao ar livre, entretanto, foram ideais que não chegaram a se concretizar, assim como a construção de um hospital específico para crianças pobres proposta pelo estatuto do IPAI, em 1913, salientando que a sua construção deveria ocorrer em momento econômico favorável.

Em Lobato (1954) não foi diferente, afinal, ele pertencia a um momento histórico de consideráveis avanços no campo da Medicina Científica e de reestruturação da Saúde Pública, ainda assim indicava caminhos sobre como o atendimento à mãe pobre poderia se tornar completo no âmbito hospitalar com a atuação de assistentes sociais que seriam responsáveis pela Educação Sanitária, porém ele também destaca que este processo de melhorias estaria diretamente relacionado às condições financeiras do Estado e das instituições de saúde.

Em Pereira, Maroja e Lobato encontra-se um verdadeiro tratado sobre uma política de assistência e proteção à infância, que não seria “direito” da população, mas sim “obrigação” do poder público, que de acordo com eles deveria oferecer assistência à mulher grávida, evitar o trabalho infantil, fiscalizar escolas, combater os maus-tratos à criança, oferecer alimentação adequada e pré-natal gratuitos às grávidas pobres e outras medidas que deveriam garantir a proteção à criança desde o ventre da mãe, quer dizer, deveria se estabelecer todo um planejamento de assistência pública às mães e crianças pobres. Para tanto, concorriam uma articulação entre os vieses da Saúde e da Educação.

Diante deste entendimento sobre as medidas de saúde e assistência, ao longo da elaboração do texto, me coloquei em constantes dúvidas e questionamentos quanto ao título desta tese: deveria vir primeiro a palavra Saúde ou Assistência? Então se esclarece que a opção por evidenciar a palavra saúde, vem do entendimento de que as ações tomadas por aqueles homens em prol da Assistência e da Educação vieram após a percepção de que a problemática da Saúde Pública deveria ser uma questão que devia ser trabalhada em diferentes aspectos, para tal concorrendo a assistência e a educação; porém também compreendo que após esta percepção dos altos níveis de mortalidade e doenças passaram a conceber que para a garantia do “futuro da nação” deveria ser feita a partir de uma assistência à infância e à maternidade, contemplando a Saúde e a Educação.

Os princípios de assistência à saúde de mulheres-mães e crianças foram pensados e materializados nas teses de Medicina, mas foram parcialmente concretizados nas ações do poder público que contavam com as ações de caridade e filantropia das elites locais. Tomando como parâmetro o recorte temporal das fontes analisadas, incluindo o *corpus*, relatórios e estatutos, evidencia-se que a problemática da assistência à infância foi algo que incomodou os médicos pediatras do Pará desde 1910 e se estendendo até 1939. Tanto que as mesmas situações de precariedade quanto à inexistência de Maternidades, de organização quanto à densidade populacional, a ausência de hospitais específicos e equipados para atender a infância, além da necessidade de articulações mais planejadas com as escolas para o combate de doenças e da mortalidade ainda faziam parte dos eventos dos médicos não só do Pará, mas

do Norte e Nordeste, e quando se recorre aos dados estatísticos dos anos 1950 verifica-se que as dificuldades ainda persistiam.

Ao abordar sobre a situação social, econômica e epidêmica da infância do Pará de meados do século XX, foi possível observar o quadro de penúria e precariedade que vivia a população, sendo comum a natimortalidade e as doenças causadas por contaminação seja por água ou alimento, no qual esta mesma população não tinha a quem recorrer, sobretudo com suas crianças doentes ou mulheres grávidas, sem qualquer tipo de assistência à saúde. Os dados estatísticos dos relatórios, aliados aos discursos dos médicos nas “Teses de Doutorado ou Inaugurais” indicam a importância que as ações do Instituto de Proteção e Assistência à Infância representaram num contexto de pobreza que acometia diversas famílias.

Porém, como também foi indicado, tanto pelos relatórios e artigos produzidos pelos médicos que estavam constantemente buscando maneiras de se consolidarem enquanto classe e melhorar os serviços de saúde e a assistência para a infância no estado, assim como nas teses de Medicina analisadas, constata-se que o IPAI sozinho não conseguia dar conta das problemáticas que acometiam a infância do Pará. Não havia hospitais específicos para a criança tuberculosa, nem mesmo para as “leprosas” e as consideradas com algum comprometimento mental.

Destas considerações, localizo dois posicionamentos que ora se complementam e ora se divergem, que seria justamente os médicos (em seus discursos) e o poder público estadual, pois na medida em que os médicos vão apontando o que necessitaria ser feito para a assistência adequada da infância, eles também se ressentiam, indicando que não lhes era oferecido o apoio financeiro necessário. Outro ponto é que os “doutores” também faziam parte do poder público e representavam uma elite, conseqüentemente, tinham um posicionamento político que não os levava a denominar os reais responsáveis pela situação de pobreza, doenças e mortalidade infantil: a pobreza, o modelo econômico desigual e o próprio Estado. São notórias que as medidas higienistas e eugenistas materializadas nos discursos não só dos médicos, mas do poder público da época serviam para escamotear as acirradas contradições de classes e desigualdades econômicas, havendo uma responsabilização dos sujeitos por tais mortalidades e assim tiravam de si as suas responsabilidades com o tão idolatrado “futuro da nação”.

Contudo, quando tomo alguns dos principais princípios da assistência à infância, digo do que foi escrito, desconsiderando a sua real concretização pelo poder público estadual,

não há como negar que, naquele contexto, foram verdadeiros avanços, uma vez que a população pobre não tinha garantia alguma por parte das elites e do Estado para a sua sobrevivência. Alguns dos princípios de proteção e assistência à infância e, conseqüentemente, à maternidade, pensados em meados do século XX e indicados pelos doutorandos, vinham sendo concretizados em outras capitais brasileiras e se fazem presente nas atuais políticas de proteção à infância à maternidade, como a realização do pré-natal oferecido a todas as mulheres independente da classe social, podendo acessar o Sistema Único de Saúde (SUS); a licença-maternidade a todas as mulheres que contribuem com a Previdência Social, tendo carteira assinada ou não; o direito à educação pública para todas as crianças e outras conquistas que passaram a serem efetivas no âmbito do Estado.

Apesar dos avanços no que se refere às leis (a sua elaboração/escrita), não há como desconsiderar que ainda tem-se muito que avançar na concretização dos direitos das crianças. Quando se trata de ações coletivas – como políticas sociais – é necessário visualizar que esta sempre será passível de debates e questionamentos, haja vista que ela envolve a intervenção direta do Estado em modos de vidas, mas também estas são resultados de diferentes negociações e embates entre diferentes sujeitos sociais.

Portanto, diante do que foi exposto, indico como tese que, apesar das ações de controle e de responsabilização da população pobre e de suas práticas, especialmente as das mães, pelas mortes infantis, a atuação da Medicina Higienista, associada a um particular modelo de Eugenismo, no período da República no Pará, ao ter como objetivo formar novos homens sadios em corpo e moral correspondeu a uma polifonia e intertextualidade de discursos que estavam sendo produzidos no Brasil e no mundo que tomavam a criança como a “chave” para um futuro de prosperidade para os homens da Amazônia, em que as suas intervenções não se limitaram somente em perpetrar orientações sobre cuidados para as famílias, mas, sobretudo levaram à definição de um tipo de política de atendimento voltado exclusivamente para a infância paraense a partir da criação de instituições que conformaram um modelo de atendimento específico para a infância do estado, tomando como modelo ideal a articulação da saúde com a assistência e a educação.

SEÇÃO VIII – REFERÊNCIAS, FONTES, IMAGENS

REFERÊNCIAS

- ABREU JR., J. M. C. A Faculdade de Medicina e Cirurgia do Pará: da fundação à federalização 1919-1950. **Rev. Pan-Amaz Saúde**, v. 1, n. 4, p.11-16, 2010. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/rpas/v1n4/v1n4a02.pdf>>. Acesso em: mar. 2013.
- AGUIAR, E. **Arte e Cura: passado, presente e futuro**. São Paulo: Casa do Novo Autor Editora, 2009.
- ALFONSO-GOLDFARB, A. M. **O que é história da ciência**. São Paulo: Brasiliense, 2004.
- ALMEIDA, M.R.C. **As águas e a cidade de Belém do Pará: história, natureza e cultura material no século XIX**. 2010. 340f. Tese (Doutorado em História) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Programa de Pós-Graduação em História, São Paulo, 2010.
- ALMEIDA, M. Circuito aberto: idéias e intercâmbios médico-científicos na América Latina nos primórdios do século XX. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 733-57, jul.-set. 2006.
- AMARAL, A. S. **Vamos à vacina? Doenças, saúde e práticas médico-sanitárias em Belém (1904 a 1911)**. 2006. 282 f. Dissertação (Mestrado em História Social da Amazônia)- Universidade Federal do Pará, Belém, 2006.
- ANTUNES, J.L.F. **Medicina, Leis e Moral: pensamento médico e comportamento no Brasil (1870-1930)**. São Paulo: Fundação Editora da UNESP, 1999.
- ARIÈS, P. **História Social da Criança e da Família**. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 2011.
- ALVES, L.M.S.A. **A constituição do discurso narrativo polifônico da criança em Bakhtin: um estudo dos contos de fadas e das lendas da Amazônia**. 2003. 273f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Educação, São Paulo, 2003.
- _____. Proteção e Assistência à Infância desvalida do Pará (1912-1934). In: IX SEMINÁRIO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS HISTÓRIA, SOCIEDADE E EDUCAÇÃO NO BRASIL, 2012, João Pessoa. **Anais eletrônicos...** João Pessoa: UFPb, 2012. Disponível em: <http://www.histedbr.fae.unicamp.br/acer_histedbr/seminario/seminario9/PDFs/4.22.pdf>. Acesso em: 2 fev. 2014.
- _____; CHAGAS, A.C.P.; VIANA, C.R. **A morte de anjinhos: análise da mortandade infantil no Pará nos livros perpétuos no Cemitério de Santa Isabel (1909-1914)**. In: VIII ENCONTRO MARANHENSE DE HISTÓRIA DA EDUCAÇÃO, 2015, São Luís. **Anais...** São Luís, 2015.
- _____; GUIMARÃES, J. T. S. **Prevenção e intervenção higienista: os discursos médicos e psicológicos nos cuidados com o desenvolvimento da criança e no comportamento das mães**. In: XXII ENCONTRO DE PESQUISA EDUCACIONAL DO NORTE E

NORDESTE, 22., 2014, Natal. **Anais...** Natal: UFRN/Centro de Educação/Programa de Pós-Graduação em Educação, 2014.

BAKHTIN, M. M. **Marxismo e Filosofia da Linguagem**: problemas fundamentais do método sociológico da linguagem. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2012.

BARROS, D. L. P. Contribuições de Bakhtin às teorias do discurso. In: BRAIT, B. (Org.). **Bakhtin, dialogismo e construção de sentido**. Campinas: Editora da Unicamp, 1997.

BAUER, M. W.; AERTS, B. A construção do *corpus*: um princípio para a coleta de dados qualitativos. In: BAUER, M. W; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**: um manual prático. 12. ed. Petrópolis: Vozes, 2014.

BERTOLLI FILHO, C. **História da Saúde Pública no Brasil**. 11. ed. São Paulo: Ática, 2008.

BEZERRA, A. J. C. **Admirável Mundo Médico**: a arte na história da Medicina. Brasília: Conselho Regional de Medicina do DF, 2002.

BONFIM, P. R.; KUHLMANN JR., M. **A infância no horizonte médico paulista (1918-1929)**: uma análise das propostas relacionadas à infância e sua educação no âmbito da Higiene e da Eugenia. s.d. Disponível em: [http://sbhe.org.br/novo/congressos/cbhe7/pdf/08-%20IMPRESSOS%20INTELECTUAIS%20E%20HISTORIA%20DA%20EDUCACAO/A%20INFANCIA%20NO%20HORIZONTE%20MEDICO%20PAULISTA%20\(1918-1929\).pdf](http://sbhe.org.br/novo/congressos/cbhe7/pdf/08-%20IMPRESSOS%20INTELECTUAIS%20E%20HISTORIA%20DA%20EDUCACAO/A%20INFANCIA%20NO%20HORIZONTE%20MEDICO%20PAULISTA%20(1918-1929).pdf). Acesso em: mar. 2013.

BORDALO, A. A. B. **A Misericórdia Paraense**: ontem e hoje. Belém: Sagrada Família, 2000.

_____. Os Hospitais. In: BORDALO, A.A.B; BICHARA, C.D.A.; PANDOLFO, S.M (Orgs.). **A Sociedade Médico-Cirúrgica e a Medicina no Pará**. Belém: s.e., 2002b.

_____. A Fundação da Sociedade Médica-Cirúrgica do Pará. In: BORDALO, A.A.B; BICHARA, C.D.A.; PANDOLFO, S.M (Orgs.). **A Sociedade Médico-Cirúrgica e a Medicina no Pará**. Belém, 2002b.

_____; BICHARA, C.D.A.; PANDOLFO, S.M (Orgs.). **A Sociedade Médico-Cirúrgica e a Medicina no Pará**. Belém, 2002b.

BRANDÃO, H. H. N. **Introdução à análise do discurso**. 3. ed. Campinas: Editora da Unicamp, 2012.

BRAVO, M.I.S. **Saúde e Serviço Social no capitalismo**: Fundamentos sócio-históricos. 1. ed. São Paulo: Cortez, 2013.

CALAINHO, D. B. Jesuítas e Medicina no Brasil Colonial. **Tempo**, Rio de Janeiro, n. 19, p. 61-75. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tem/v10n19/v10n19a05.pdf>>. Acesso em: jan. 2014.

CAMPOS, R. H. F. História da Psicologia e História da Educação – conexões. In: VEIGA, C. G.; FONSECA, T. N.L. (Orgs). **História e Historiografia da Educação no Brasil**. 1. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2008.

CAMPOS, R.D. **Mulheres e crianças na imprensa paulista (1920-1940):** educação e história. São Paulo: Ed. UNESP, 2009.

CARVALHO, P.A. Evolução da Medicina no Pará. **Archivos da Sociedade Medico-Cirurgica do Pará**, Belém, v. 2, n. 10, set. 1922.

CASTRO, E. Urbanização, pluralidade e singularidade das cidades amazônicas. In: CASTRO, E. (Org.). **Cidades na Floresta**. São Paulo: Annablume, 2008.

CHALHOUB, S. Prefácio. In: SAMPAIO, G.R. **Nas trincheiras da cura:** as diferentes medicinas no Rio de Janeiro Imperial. Campinas: Editora da Unicamp, 2011.

CEREJA, W. Significação e tema. In: BRAIT, B. (Org.). **Bakhtin:** conceitos-chave. 5. ed. São Paulo: Contexto, 2012.

CONSOLI, R.A.G.B. **Principais mosquitos de importância sanitária no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

COSTA, E. M. De médico e santo popular: a devoção ao doutor Camilo Salgado em Belém do Pará. **Revista Estudos Amazônicos**, Belém, v. 5, n. 2, p. 47-73, 2010.

COSTA, A. M. D. “Uma metrópole na floresta”: representações do urbano na Amazônia. In: FRÚGOLI JR., H.; ANDRADE, L. T.; PEIXOTO, F. A. (Orgs). **As Cidades e seus agentes:** práticas e representação. Belo Horizonte: PUC Minas/Edusp, 2006.

COSTA, E. **Personalidades Históricas: Renato Chaves**. Disponível em: <<http://www.cpc.pa.gov.br/index.php?7eaf3a48ae0b98d920444537f40ace8e=NTM=&3b973b16dcc9b58aae52fdb4437ede98=NDI=&377c8ebfa38f7d7f34a73f51476fc87e=MQ=>>>. Acesso em: 10 fev. 2015.

CRM-PA. **Jornal Conselho Regional de Medicina do estado do Pará**. Belém, ano 11, n. 99, out.-dez. 2012. Disponível em: <http://www.cremepa.org.br/intranet/gerenciador_de_publicacoes2/pdf_jornais/Edicao_n99_d_e_Outubro_a_Dezembro.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2015.

CUNHA, L. A. Ensino Superior e Universidade no Brasil. In: LOPES, E.M.T; FARIA FILHO, L.M.; VEIGA, C.G (Orgs.). **500 anos de educação no Brasil**. 4. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2010.

DALBEN, André. **Educação do corpo e vida ao ar livre: natureza e educação física em São Paulo (1930 – 1945)**. 2009. 172 f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2009.

DEL PRIORE, M. (Org.). **História das Crianças no Brasil**. 7. ed. São Paulo: Contexto, 2010.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FONTES, R.A. (Org.). **Logradouros públicos em Porto Alegre: presença feminina na denominação**. Porto Alegre: Gráfica da UFRGS, 2007.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. 4. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984.

FRANÇA, M.P.S. O pensamento e a prática escolar de José Veríssimo no Colégio Americano (1884-1890). **Revista Cocar**, v. 3, n. 6, 2009. Disponível em: <http://paginas.uepa.br/seer/index.php/cocar/article/view/31/21>>. Acesso em: set. 2014.

_____. **José Veríssimo (1857-1916) e a educação brasileira republicana: raízes da renovação escolar conservadora**. 2004. 186f. Tese (Doutorado em História e Filosofia da Educação) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.

FREIRE, M.M.L. **Mulheres, mães e médicos: discurso maternalista em revistas femininas**. 2006. 333f. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) – Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2006.

FREITAS, M. C.; KUHLMANN JR., M. (Orgs.). **Os Intelectuais na História da Infância**. São Paulo: Cortez, 2002.

FREYRE, G. **Casa-Grande & Senzala**. 45. ed. Rio de Janeiro: Record, 2001.

_____. **Vida Social no Brasil nos meados do século XIX**. 4. ed. São Paulo: Global, 2008.

FROSSARD, E. C. M. A teoria do dialogismo de Bakhtin e a polifonia de Ducrot: pontos de contato. **(Con)Textos Linguísticos**. v. 2, n. 2, 2008. Disponível em: <<http://periodicos.ufes.br/contextoslinguisticos/issue/view/369>>. Acesso em: 6 jan. 2015.

GIDDENS, A. **As consequências da modernidade**. São Paulo: Editora UNESP, 1991.

GONDRA, J.G. “Modificar com brandura e prevenir com cautela”: racionalidade médica e higienização da infância. In: FREITAS, M.C.; KUHLMANN JR., M. (Orgs.). **Os intelectuais na história da infância**. São Paulo: Cortez, 2002.

_____. Artes de Civilizar: medicina, higiene e educação escolar na Corte Imperial. In: ANPUH – XXIII SIMPÓSIO NACIONAL DE HISTÓRIA, 2005, Londrina. **Anais eletrônicos...** Londrina, 2005. Disponível em: <<http://anpuh.org/anais/wp-content/uploads/mp/pdf/ANPUH.S23.0522.pdf>>. Acesso em: mar. 2013.

_____. Medicina, Higiene e Educação Escolar. In: LOPES, E. M. T; FARIA FILHO, L. M.; VEIGA, C.G (Orgs.). **500 anos de educação no Brasil**. 4. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2010.

GORGULHO, G.; BARATA, G. A eugenia na política de isolamento compulsório de hansenianos no Brasil. In: MOTA, A.; MARINHO, G.S.M.C. (Orgs.). **Eugenia e história: ciência, educação e regionalidades**. São Paulo: USP/Faculdade de Medicina; UFABC; CD.G

Casa de Soluções e Editora, 2013. Disponível em <http://www2.fm.usp.br/gdc/docs/museu_129_volume_4.pdf>. Acesso em: ago. 2013.

GOUVEA, M. C. S. A escrita da história da infância: periodização e fontes. In: SARMENTO, M.; GOUVEA, M.C.S. (Orgs.). **Estudos da infância**: educação e práticas sociais. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

HENRIQUE, M. C. Escravos no purgatório: o leprosário do Tucunduba (Pará, século XIX). **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.19, supl., p.153-177, dez. 2012.

HERSCHMANN, M.M; PEREIRA, C.A.M. (Orgs). **A invenção do Brasil moderno**: medicina, educação e engenharia nos anos 20-30. Rio de Janeiro: Rocco, 1994.

HEYWOOD, C. **Uma História da Infância**: da Idade Média à época contemporânea no Ocidente. Porto Alegre: Artmed, 2004.

IAMAMOTO, M. V. A Questão Social no capitalismo. **Temporalis/ABEP**, Brasília: ABEPSS/Grafile, ano 2, n.3, jan./jun. 2001.

IBGE. **Evolução e perspectivas da mortalidade infantil no Brasil**. 1999. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/evolucao_perspectivas_mortalidade/evolucao_mortalidade.pdf>. Acesso em: ago. 2013.

JAPIASSÚ, H.; MARCONDES, D. **Dicionário básico de filosofia**. 4. ed. atual. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2006.

JIMÉNEZ, C. A. Z. **El inicio de la medicina perinatal The beginning of perinatal medicine**. Disponível em: <<http://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2012/bc124a.pdf>>. Acesso em: 16 out. 2015.

JOBIM E SOUZA, S. **Infância e Linguagem**: Bakhtin, Vygotsky e Benjamin. 13. ed. Campinas: Papirus, 2012.

KUHLMANN JR., M. **Infância e Educação Infantil**: uma abordagem histórica. Porto Alegre: Mediação, 2010.

_____. Educando a infância brasileira. In: LOPES, E. M. T; FARIA FILHO, L. M.; VEIGA, C.G (Orgs.). **500 anos de educação no Brasil**. 4. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2010.

_____. **As grandes festas didáticas**: a educação brasileira e as exposições internacionais (1862-1922). Bragança Paulista: EDUSF, 2001.

_____. Relações sociais, intelectuais e educação da infância na história. In: SOUZA, Gizele de (Org.). **Educar na infância**: perspectivas histórico-sociais. São Paulo: Contexto, 2010.

LEAL, A. **Uma sinopse histórica da Amazônia**: (uma visão política). São Paulo, 1991 (mimeo).

LÖWI, M. **Ideologias e Ciência Social**: elementos para uma análise marxista. 20. ed. São Paulos: Cortez, 2015.

MAIA, E. S. **A Construção do Ensino Médico no Rio de Janeiro no Brasil Império**. Rio de Janeiro: UFRJ/Instituto de Estudos de Saúde Coletiva/Faculdade de Medicina/Centro de Ciências da Saúde, 2010.

MAIO, M.C. A Medicina de Nina Rodrigues: análise de uma trajetória científica. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, n. 11, v. 2, p. 226-237, abr.-jun. 1995. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v11n2/v11n2a05>>. Acesso em: 10 fev. 2014.

MAINGUENEAU, D. **Discurso e análise do discurso**. 1. ed. São Paulo: Parábola Editorial, 2015.

MANSANERA, A.R.; SILVA, L.C.S. A influência das idéias higienistas no desenvolvimento da Psicologia no Brasil. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 5, n.1, p. 115-137, 2000.

MARCÍLIO, M. L. A criança abandonada na história de Portugal e do Brasil. In: VENÂNCIO, Renato Pinto (Org.). **Uma história social do abandono de crianças**: de Portugal ao Brasil (Séculos XVIII-XX). São Paulo: Alameda/Editora PUC Minas, 2010.

_____. A lenta construção dos direitos da criança brasileira - século XX. **Revista USP**, São Paulo, n. 37, p. 46-57, mar.-mai. 1998. Disponível em <<http://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/27026/28800>>. Acesso em: 10 out. 2014.

MARIANO, H. A. **A assistência à infância e o amparo à maternidade no Brasil entre o público e o particular (1927-1940)**. 2006. 144f. Tese (Doutorado em História) – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2006.

MARTINS, M.R. M. **Instituto de Proteção e Assistência à Infância do Pará**: Instituto Ophir Loyola. Belém: s.e, 2006.

MEIRA, C.O.B. **Medicina de outrora no Pará**. Belém: Grafisa, 1986.

MEIRELLES, N. S. et al. Teses Doutoriais de Titulados pela Faculdade de Medicina da Bahia, de 1840 a 1928. **Gazeta Médica da Bahia**, Salvador, n. 74, v. 1, p. 9-101, jan.-jun. 2004. Disponível em: <http://www.gmbahia.ufba.br/adm/arquivos/art_rev_20041.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2014.

MELO, D. P.; ARAÚJO, S. A. O movimento higienista e a mortalidade infantil: os casos de morte de crianças na cidade de Belém da Belle Époque (1910- 1915). In: X CONGRESSO LUSO-BRASILEIRO DA HISTÓRIA DA EDUCAÇÃO – PERCURSOS E DESAFIOS NA HISTÓRIA DA EDUCAÇÃO LUSO-BRASILEIRA. 2014, Curitiba. **Anais...** Curitiba, 2014.

MELLO, D. T. **Uma genealogia das políticas públicas para a creche no Brasil: Estado e infância (1889-1920)**. 2008. 266 f. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2008.

MARTINS, M.R.M. **Instituto de Proteção e Assistência à Infância do Pará: Instituto Ophir Loyola**. Belém: s.e., 2005.

MESQUITA, L. **Assumpção X Barata: uma relação de política e mídia que mobilizou a Amazônia**. 1. ed. Lisboa: Chiado Editora, 2014.

MILAGRE JÚNIOR, S. L. A República e a repressão à vadiagem: abordagens sobre os vadios em Minas Gerais (1895-1901). XIX ENCONTRO REGIONAL DE HISTÓRIA Juiz de Fora. **Anais...** 2014.

MIOTELLO, Valdemir. Ideologia. In: BRAIT, Beth (Org.). **Bakhtin: conceitos-chave**. 5. ed. – São Paulo: Contexto, 2012.

MIRANDA, A.G. **A epidemiologia das doenças infecciosas no início do século XX e a criação da Faculdade de Medicina e Cirurgia do Pará**. 2013. 110f. Tese (Doutorado em Biologia de Agentes Infecciosos e Parasitários) – Instituto de Ciências Biológicas, Universidade Federal do Pará, Belém, 2013.

_____. A medicina no Estado do Pará, Brasil: dos primórdios à Faculdade de Medicina. **RevPan-AmazSaude**, v. 1, n. 3, p. 11-18. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S217662232010000300002&lng=pt&nrm=is>. Acesso em: mar. 2013.

_____; ABREU JR., J.M.C. **Memória histórica da Faculdade de Medicina e Cirurgia do Pará, 1919-1950: da fundação à federalização**. Belém: EDUFPA, 2009.

MIRANDA, C. S. et al. Santa Casa de Misericórdia e as políticas higienistas em Belém do Pará no final do século XIX. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.22, n.2, p.525-539, abr.-jun. 2015.

MORAES, S. R. R.; TUROLLA, F.A. Visão Geral dos Problemas e da Política Ambiental no Brasil. **Informações Econômicas**, São Paulo, v. 34, n. 4, abr. 2004.

MOREIRA, M. A. A memória dos médicos D’Antanho e o Museu da Medicina do Pará. In: BORDALO, A. A.B; BICHARA, C. D. A.; PANDOLFO, S.M (Orgs.). **A Sociedade Médico-Cirúrgica e a Medicina no Pará**. Belém: s.e., 2002.

MÜLLER, V. R. **História de crianças e infâncias: registros, narrativas e vida privada**. Petrópolis: Vozes, 2007.

MUNIZ, D. R. M. Vendendo Saúde: Poderoso e popular “Elixir Nogueira”. In: III SIMPÓSIO DE HISTÓRIA DO MARANHÃO OITOCENTISTA, 2013, São Luís. **Anais eletrônicos...** São Luís, 2013. Disponível em <<http://www.outrostempos.uema.br/oitocentista/cd/ARQ/12.pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2015.

NASSIF, L. E. **O conceito de interesse na Psicologia Funcional de Edouard Claparède: da chave biológica à interpretação interacionista da vida mental**. 2008. 169f. Tese (Doutorado em Educação) – Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/FAEC-84KPDW/2000000143.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 8 abr. 2015.

NUNES, E.S.N. **A infância como portadora do futuro: América Latina, 1916-1948**. 2011. 314f. Tese (Doutorado em História Social) – Programa de Pós-Graduação em História Social, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

OSWALDO CRUZ. Disponível em: <<http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/oswaldo-cruz>>. Acesso em: 19 abr. 2015.

PACHECO, T.S.C.; ALVES, L.M.S.A. O discurso eugenista na assistência médico e social às crianças filhas de hansenianos no Pará. In: III COLÓQUIO DE PESQUISA DA LINHA DE PESQUISA EDUCAÇÃO, CULTURA E SOCIEDADE, 2., Belém, 2015. **Anais...** Belém, 2015.

PAIM, J. S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PEDROSO, J.S. **Loucura e Assistência Psiquiátrica no Pará**. Belém: NAEA, 2008.

PEREIRA, J. S. **História, Ciência e Infância**: narrativas profissionais no processo de singularização da pediatria como especialidade. Brasília: CAPES; Belo Horizonte: Argvmentvm, 2008.

PIMENTEL, A. Alteridade de criança. In: PIMENTEL, A. (Orgs.). **Sexualidade, diversidade sexual, relações de gênero, alteridade e sexualidade na pós-modernidade**. S.l.: Letras à Margem, 2010.

PINHEIRO, A.; LIMA, J.J.F.; SÁ, M.E.R.; PARACAMPO, M.V. A questão habitacional na Região Metropolitana de Belém. In: CARDOSO, A. L. (Org.). **Habitação social nas metrópoles brasileiras**: uma avaliação das políticas habitacionais em Belém, Belo Horizonte, Porto Alegre, Recife, Rio de Janeiro e São Paulo no final do século XX. Porto Alegre: ANTAC, 2007. Disponível em: <http://www.habitare.org.br/pdf/publicacoes/arquivos/colecao7/livro_completo.pdf>. Acesso em: 19 ago.2015.

PINHEIRO, W.C. **A infância nas páginas de jornal**: discursos (re) produzidos pela imprensa paraense na primeira década do século XX. 2013. 150f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Pará, Belém, 2013.

PONZIO, A. **A revolução bakhtiniana**: o pensamento de Bakhtin e a ideologia contemporânea. São Paulo: Contexto, 2008.

PROUT, Alan. **Participação, políticas e as condições da infância em mudança**. In: MULLER, Fernanda (Orgs.). **A infância em perspectiva – políticas, pesquisas e instituições**. São Paulo: Cortez, 2010.

PYKOSZ, L. C; OLIVEIRA, M. A. T. de. A higiene como tempo e lugar da educação do corpo: preceitos higiênicos no currículo dos grupos escolares do estado do Paraná. Currículo sem Fronteiras, v.9, n.1, pp.135-158, Jan/Jun 2009. Disponível em: <http://www.curriculosemfronteiras.org/vol9iss1articles/7-pykosz-oliveira.pdf>; acesso: março de 2014

RANGEL, M. F. Costa Lima e a campanha de combate à febre amarela no Rio de Janeiro e no Pará, Brasil. **Rev. Pan-Amaz Saúde**, n. 1, v.1, p.19-26, 2010.

RIZZINI, I. **A arte de governar**: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2009.

_____; PILOTTI, F. (Orgs). **A arte de governar crianças**: a história das Políticas Sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Especial de Comunicação Social. **Semana Ilustrada: história de uma inovação editorial**. Rio de Janeiro: Secretaria, 2007. 102p. Disponível em <<http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/4204434/4101427/memoria19.pdf>>. Acesso em: 1 jan. 2014.

RIVORÊDO, C.R.F. Pediatria: Medicina para criança? **Saúde e Sociedade**, n.7, v. 2, p. 33-45, 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v7n2/04.pdf>>. Acesso em: 1 jan. 2014.

RODRIGUES, S. F. **Esculápios tropicais: a institucionalização da Medicina no Pará, 1889-1919**. 2008. 168f. Dissertação (Mestrado em História Social da Amazônia)-Universidade Federal do Pará, Belém, 2008.

RODRIGUES, A.R. As Santas Casas da Misericórdia e a Roda dos Expostos. In: VENÂNCIO, R.P. (Org.). **Uma história social do abandono de crianças**: de Portugal ao Brasil (Séculos XVIII-XX). São Paulo: Alameda/Editora PUC Minas, 2010.

ROSEN, G. **Uma História da Saúde Pública**. São Paulo: Editora UNESP, 1994.

SÁ, M. R. A “peste branca” nos navios negreiros: epidemias de varíola na Amazônia colonial e os primeiros esforços de imunização. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, São Paulo, v. 11, n. 4, p. 818-826, dez. 2008 (Suplemento). Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142008000500008>. Acesso em: 30 mai. 2015.

SANFELICE, J. L. Dialética e Pesquisa em Educação. In: LOMBARDI, J. C.; SAVIANI, D. (Orgs.). **Marxismo e Educação**: Debates Contemporâneos. 2. ed. Campinas: Autores Associados: HISTEDBR, 2008.

SANTANA, J. V. **Banco Interamericano de Desenvolvimento e Política Urbana no município de Belém**: tensões e compatibilidade no modelo de gestão e no discurso da participação social. 2006. 204f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006. (p. 202-214).

SANTOS, M. S. Os Porões da República: a colônia correcional de Dois Rios entre 1908 e 1930. **Topoi**, v. 7, n. 13, p. 445-476, jul.-dez. 2006.

SANTOS, C. Notas sobre a mortalidade infantil nos séculos XVIII e XIX. *Humanidades*, n. 02, abr. 1982. Disponível em: <<file:///G:/MINHA%20TESE/ESTADO%20DA%20ARTE/ARTIGOS/Notas%20sobre%20a>>

[%20mortalidade%20infantil%20nos%20s%C3%A9culos%20XVIII%20e%20XIX.pdf>.](#)

Acesso em: 29 ago. 2013.

SARGES, M.N. **Belém: riquezas produzindo a Belle Époque (1870-1912)**. 3. ed. Belém: Paka-Tatu, 2010.

SAVIANI, D. Breves considerações sobre fontes para a história da educação. **Revista Histedbr on-line**, Campinas, n. especial, p. 28-35, ago. 2006.

SCALZO, M. **Jornalismo de revista**. 4. ed. São Paulo: Contexto, 2011.

SCHWARCZ, L.M. **O espetáculo das raças: cientistas, instituições e questão racial no Brasil (1870-1930)**. São Paulo: Companhia das Letras, 1993.

SILVA, J.J.N. **Em busca da cura: a institucionalização da medicina acadêmica em Belém e sua relação com outras práticas acadêmicas, entre 1889 e 1925**. 2014. 219f. Tese (Doutorado em História Social) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

_____. **Da mareba-ayba à varíola: isolamento, vacina e intolerância popular em Belém do Pará, 1884-1904**. 148f. Dissertação (Mestrado em História Social da Amazônia) Universidade Federal do Pará, Belém, 2009.

SILVA, C. N.; PAULA, J. C.; SEIXAS, N. S. A. Percurso da mídia impressa de Belém: entre jornais e revistas do século XIX. In: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PESQUISADORES DE HISTÓRIA DA MÍDIA. 2012, Belém. **Anais...** Belém, 2012.

SILVA JR., N. G. S.; GARCIA, R.M. Moncorvo Filho e algumas histórias do Instituto de Proteção e Assistência à Infância. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, ano 10, n. 2, p. 613-632, 2010. Disponível em: <<http://www.revispsi.uerj.br/v10n2/pdf/v.10n2a19.pdf>>. Acesso em: ago. 2013.

SOUSA, P. C. Considerações Ligeiras sobre a Psicologia do Lactante. **Pará-Médico:Arquivo da Sociedade Médico-Cirúrgica do Pará**, Belém, v. 21,n. 48, jun. 1939.

STEARNS, P. **A infância**. São Paulo: Contexto, 2006.

STEPHANOU, M. Saúde pela educação: escolarização e didatização de saberes médicos na primeira metade do século XX. In: I CONGRESSO BRASILEIRO DE HISTÓRIA DA EDUCAÇÃO. 2000, Rio de Janeiro. **Anais eletrônicos...** Rio de Janeiro: UFRJ, 2000. p.7. Disponível em: <http://www.sbhe.org.br/novo/congressos/cbhe1/anais/114_maria_ste.pdf>. Acesso em: 11 out. 2010.

STEPAN, N. L. **A Hora da Eugenia: Raça, Gênero e Nação na América Latina**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

SOUZA, V.S. Em nome da raça: a propaganda eugênica e as idéias de Renato Kehl nos anos 1910 e 1920. **Revista de História Regional**, v. 1, n. 2, p. 29-70, 2006. Disponível em: <<http://www.revistas2.uepg.br/index.php/rhr/article/view/2230/1712>>. Acesso em: 12 out. 2014.

SOUSA, M. S. A. **Raça e Educação na América Latina: um estudo comparado do pensamento de José Veríssimo (Brasil/1857-1916) e José Ingenieros (Argentina/1877-1925)**. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal do Pará, Instituto de Ciências da Educação, Programa de Pós-Graduação em Educação, Belém, 2014.

_____; MELO, D.P. **O pensamento higienista de educação em José Veríssimo e a formação da criança**. Anais do III Simpósio de História do Maranhão Oitocentista – Impresso no Brasil do século XIX. 04 a 07 de junho de 2013. Disponível em <http://www.outrostempos.uema.br/oitocentista/cd/ARQ/41.pdf>; acesso: março de 2014

TEIXEIRA, J. B. A primeira escola de Serviço Social do Pará. **Serviço Social e Sociedade, Serviço Social Memória e História**. São Paulo, n. 95, ano 25, 2008.

THIELEN, E. V.; SANTOS, R.A. Belisário Penna: notas fotobiográficas. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, v. 9, n. 2, p. 387-404, mai-ago. 2002.

TOLEDO, M.R.A. Mikhail Bakhtin: itinerário de formação, linguagem e política. In: FARIA FILHO, L. M. (Org.). **Pensadores sociais e História da Educação**. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2008.

VENÂNCIO, R. P. Maternidade negada. In: DEL PRIORE, M. (Org.). **História das mulheres no Brasil**. 10. ed. São Paulo: Contexto, 2012.

VIANNA, A. **As epidemias no Pará**. 2. ed. Belém: Universidade Federal do Pará, 1975. (Col. Amazônica – Sér. Camillo Salgado).

_____. **A Santa Casa da Misericórdia Paraense**: notícia histórica (1650 - 1902). Belém: SECULT, 1992.

VIEIRA, G.F. Educação, saúde e assistência no Estado Novo: O Departamento Nacional da Criança. In: III CONGRESSO BRASILEIRO DE HISTÓRIA DA EDUCAÇÃO, 2004, Curitiba. **Anais...** Curitiba: PUC-PR, 2004.

VIOTTI, A. C.C. **As práticas e os saberes médicos no Brasil Colonial (1677-1808)**. 2012. 179f. Dissertação (Mestrado em História) – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista, Franca, 2012.

WADSWORTH, J. E. Moncorvo Filho e o problema da infância: modelos institucionais e ideológicos da assistência à infância no Brasil. **Revista Brasileira de História**, v. 19, n. 37, set. 1999. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26303706>>. Acesso em: set. 2013.

WEINSTEIN, B. **A borracha na Amazônia**: expansão e decadência (1850-1920). São Paulo: Hucitec/Edusp, 1993.

FONTES E IMAGENS

Imagem 1 – Capa da tese de doutoramento *Mortalidade infantil em Belém*, de Antonio Simões Pereira (1929). Fonte: Seção de Obras Raras da Biblioteca Central da UFPA.

Imagem 2 – Capa da tese de doutoramento *O problema da tuberculose em Belém*, de Anísio de Mendonça Maroja (1930). Fonte: Seção de Obras Raras da Biblioteca Central da UFPA.

Imagem 3 – Capa da tese de doutoramento *A educação materna no puerpério*, de Cláudio Pastor Dacier Lobato (1954). Fonte: Seção de Obras Raras da Biblioteca Central da UFPA.

Imagem 4 – A anatomia infantil e os olhares da ciência médica. A lição Anatomia do Dr. Frederik Ruysch (1683) retratada por Jan van Neck (1635-1714). Fonte: BEZERRA, A. J. C. **Admirável Mundo Médico: a arte na história da Medicina**. Brasília: Conselho Regional de Medicina do DF, 2002.

Imagem 5 – Hospital Senhor Bom Jesus dos Pobres. Disponível em: <<http://www.santacasa.pa.gov.br/>>. Acesso em: jul. 2014.

Imagem 6 – Vista geral do edifício do Hospício dos Alienados (1922). Fonte: **Pará-Médico: Archivos da Sociedade Medico-Cirurgica do Pará**, Belém, v.8, n. 10, p. 295, 1922.

Imagem 7 – Hospital Domingos Freire. Fonte: **Pará-Médico: Archivos da Sociedade Medico-Cirurgica do Pará**, Belém, v. 8, n. 10, p. 234, 1922.

Imagem 8 – Fachada do Hospital da Caridade – Santa Casa de Misericórdia do Pará (1922). Fonte: **Pará-Médico: Archivos da Sociedade Medico-Cirurgica do Pará**. Belém, v.8, n. 10, p. 302, 1922.

Imagem 9 – Fotografia em homenagem a Oswaldo Cruz na revista *Pará-Médico*, de 1917. Fonte: **Pará-Médico: Archivos da Sociedade Medico-Cirurgica do Pará**, Belém, ano 3, n. 5, v.1, p. 181, ago. 1917.

Imagem 10 – Belisário Penna. Disponível em: <<http://www.vitruvius.com.br/revistas/read/arquitextos/04.048/589>> . Acesso em: ago. 2015.

Imagem 11 – Angelo Costa Lima. Fonte: Banco de Dados dos Entomologistas Brasileiros. Disponível em: <http://www.ebras.bio.br/entomol/entomol_desc.asp?code=5049F3A70>. Acesso em: ago. 2015.

Imagem 12 – A Primeira Diretoria da SMCP (1914-1915). Fonte: **Pará-Médico: Archivos da Sociedade Medico-Cirurgica do Pará**, Belém, v. 8, n. 10, p. 225, 1922.

Imagem 13 – Estatuto da SMCP (1949). Fonte: Arquivos da Biblioteca da Sociedade Médico-Cirurgica do Pará. **Estatuto**. Belém: Livraria Brasil, 1941.

Imagem 14 – Contracapa do primeiro fascículo da revista *Pará-Médico*. Fonte: **Pará-Médico: Archivos da Sociedade Medico-Cirurgica do Pará**, Belém, ano 1, n. 1, v. 1, mai. 1915.

Imagem 15 – Os valores das assinaturas e os sócios correspondentes da revista *Pará-Médico*. Fonte: **Pará-Médico: Archivos da Sociedade Medico-Cirurgica do Pará**, Belém, ano 1, n. 1, v. 1, mai. 1915.

Imagem 16 – A sede da Faculdade de Medicina e Cirurgia do Pará (1939). Fonte: Rodrigues (1939, p. 131).

Imagem 17 – Corpo Docente da FMCP (1922). Fonte: **Pará-Médico: Archivos da Sociedade Medico-Cirurgica do Pará**, Belém, 1922. p. 363.

Imagem 18 – Especificação dos sepultados no período de 1 de fevereiro a 30 de abril de 1912. Fonte: Relatório do Conselho Municipal de Belém, 1912.

Imagem 19 – Fotografia do Dr. Ophir Pinto de Loyola (centro), Dr. Agostinho Monteiro, e o pediatra Dr. Carlos Barbosa. Fonte: Arquivo fotográfico da Sociedade Médico-Cirúrgica do Pará. Disponível em: <http://www.cremepa.org.br/crm-pa/museu_medicina/galerias/fotos_antigas/>. Acesso em: jul. 2014.

Imagem 20 – A primeira Sede do Instituto de Proteção e Assistência à Infância do Pará (1912). Fonte: Martins (2005).

Imagem 21 – As mães e crianças atendidas pelo IPAI do Pará. Fonte: **Pará-Médico: Archivos da Sociedade Medico-Cirurgica do Pará**. Belém, v.8, n. 10, p. 292, 1922. A SEMANA. Belém, v. 2, n. 84, nov 1919.

Imagem 22 – Revista A Semana – Concurso de Robustez do IPAI Pará no ano de 1919. Fonte: A SEMANA, Belém, v. 2, n. 84, nov. 1919 (Acervo da Biblioteca Pública CENTUR).

Imagem 23 – As crianças premiadas pelo concurso de robustez do IPAI (1919). Fonte: A SEMANA. Belém, v. 2, n. 84, nov. 1919.

Imagem 24 – Maternidade da Santa Casa. Fonte: PARÁ, Departamento Nacional de Saúde Pública – Serviço de Saneamento de Prophylaxia Rural no Estado do Pará. A Prophylaxia Rural no Estado do Pará pelo Dr. H.C de Souza Araújo. Pará- Belém: Typ. da Livraria Gillet, 1922. p. 43.

Imagem 25 – Mãe e filho após 15 dias da realização de uma operação de “cesareana tardia”. Fonte: **Pará-Médico: Archivos da Sociedade Medico-Cirurgica do Pará**. Belém, 1922. p. 328.

Imagem 26 – Grupo de crianças leprosas do “Asylo do Tucunduba”. Fonte: PARÁ. Departamento Nacional de Saúde Pública/Serviço de Saneamento de Prophylaxia Rural no Estado do Pará. **A Prophylaxia Rural no Estado do Pará pelo Dr. H.C de Souza Araújo**. Belém: Typ. da Livraria Gillet, 1922. p. 39.

Imagem 27 – Dr. Abelardo Santos, fundador da Sociedade Brasileira de Pediatria. Fonte: Disponível em: <<https://www.sbp.com.br/institucional/academia-brasileira-da-pediatria/patronos-e-titulares/abelardo-santos/>>. Acesso em: ago. 2015.

Imagem 28 – Edifício da *Hygiene da Criança*. Fonte: Rodrigues (1939, p. 136 - Acervo do Arquivo Público do Pará).

Imagem 29 – Mãe tuberculosa e seus trigêmeos (1925). Fonte: Maia (1925, p. 48)

Imagem 30 – A mãe tuberculosa e sua família no momento de saída da maternidade da Santa Casa. Fonte: Maia (1925, p. 48).

FONTES

RODRIGUES, H. **Álbum do Pará**. Belém: s.e., 1939.

A SEMANA, Belém, n. 84, v. 2, nov. 1919.

BELÉM. **Relatório apresentado ao Conselho Municipal de Belém em 02 de março de 1914, correspondente ao ano de 1913**. Belém, 1913.

BARATA, Froylan. **[Ofício]** 11 de nov. 1944, Belém/PA [para] Interventor Federal Interino, Belém/PA. 2p. Sobre as reuniões dos chefes de Serviços de Puericultura dos Estados.

BOUHID, Waldir. **[Ofício]** 19 de dez. 1944, Belém/PA [para] Interventor Federal Interino, Joaquim de Magalhães Cardoso Barata, Belém/PA. 2p. Sobre o relatório apresentado pelo Dr. Froylan Rodrigues Barata, chefe da Sub-seção de Proteção à Maternidade e à Infância.

CASTRO, Francisco de Paula. **Da alimentação nas primeiras idades – Estudo crítico sobre diferentes métodos de aleitamento**. Tese da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1883.

ESTEVES, Henrique. Tuberculose e gravidez. **Pará-Médico**: Archivos da Sociedade Medico-Cirúrgica do Pará, Belém, ano 21, n.47, p. 6-8, mar. 1939.

FACULDADE DE MEDICINA DO PARÁ. **Relatório do ano de 1939 apresentado à Congregação pelo diretor Dr. Lauro Magalhães em sessão de 08 de janeiro de 1940**. Belém, Typ. da Liv. Gillet, 1940.

FERREIRA, Mário Rodrigues. **Considerações sobre a mortalidade infantil (a propósito de um inquérito em São Luís-Maranhão)**. Tese da Faculdade de Medicina e Cirurgia do Pará, Belém, 1955.

FIGUEIREDO, C. A. **Escolas ao Ar Livre (Breves considerações)**. S.l.: s.e, 1922.

FOLHA DO NORTE, Belém, 5 de março de 1908 (p. 1).

GUIMARÃES, Roberto Monteiro Lopes. **Causas prováveis da tuberculose no Pará**. Tese da Faculdade de Medicina e Cirurgia do Pará, Belém, 1927.

LOBATO, Claudio Dacier. **A educação materna no puerpério**. Tese da Faculdade de Medicina e Cirurgia do Pará, Belém, 1954.

LOYOLA, Ophir de. Instituto de Protecção e Assistencia á Infancia Desvalida do Pará (Breve histórico). **Pará-Médico: Archivos da Sociedade Medico-Cirurgica do Pará**, Belém, ano 8, n. 10, v. 2, set. 1922.

MAIA, Jorge Alves. **Prenhez tripla a termo em mulher tuberculosa**. Tese da Faculdade de Medicina e Cirurgia do Pará, Belém, 1925.

MAROJA, Anísio de Mendonça. **O problema da tuberculose em Belém**. Tese da Faculdade de Medicina e Cirurgia do Pará, Belém, 1930.

PEREIRA, Antonio Simões. **Mortalidade Infantil em Belém (Contribuição ao estudo das suas causas)**. Tese da Faculdade de Medicina e Cirurgia do Pará, Belém, 1929.

PARÁ-MÉDICO: ARCHIVOS DA SOCIEDADE MEDICO-CIRURGICA DO PARÁ, Belém, ano 8, n. 10, v. 2, set. 1922.

PARÁ-MÉDICO: ARCHIVOS DA SOCIEDADE MEDICO-CIRURGICA DO PARÁ, Belém, ano 3, n. 5, v. 1, ago. 1917.

PARÁ. **Estatutos do Instituto de Proteção e Assistência á Infância. Fundado em 6 de outubro de 1912**. Belém: Imprensa Oficial do Estado do Pará, 1913.

_____. **Relatório do Diretor Geral da Instrução Pública, Dr. Virgílio Cardoso de Oliveira ao Governador Dr. Paes de Carvalho, em 1900**.

_____. **Relatório da Diretoria do Serviço Sanitário, Dr. Francisco da Silva Miranda ao Governador – Anno de 1910**.

_____. Departamento Nacional de Saúde Pública, Serviço de Saneamento e Prophylaxia Rural no Estado do Pará. **A Prophylaxia da Lepra e das Doenças Venereas no Estado do Pará elaborado pelo Dr. H.C. de Souza Araujo**. v. 2. Belém: Livraria Clássica, 1922.

_____. Departamento Nacional de Saúde Pública, Serviço de Saneamento e Prophylaxia Rural no Estado do Pará. **Prophylaxia Rural no Estado do Pará elaborado pelo Dr. H.C. de Souza Araujo**. v. 2. Belém: Livraria Clássica, 1922.

PRIMEIRO CONGRESSO MÉDICO AMAZÔNICO. **Relatório dos trabalhos apresentados pela comissão composta dos congressistas Pedro Borges, Clodomir Milet e Rinaldo de Azevedo**. Belém: Oficinas Gráficas do Instituto Lauro Sodré (Escola Profissional do Estado), 1939.

SOCIEDADE MÉDICO-CIRURGICA DO PARÁ. **Estatuto**. Belém: Livraria Brasil, 1941.

APÊNDICES

TESES DEFENDIDAS ENTRE OS ANOS DE 1925 A 1955

Nº	TÍTULO	AUTOR	TIPO	ANO
01	ETIO-PATHOGENIA DAS CIRRHOSES DO FÍGADO	SILVA, Antônio Magno e;	. Tese (Doutorado)	1925
02	PROPHYLAXIA DA TUBERCULOSE ENTRE NÓS.	CARELLI, Hippolyto	Tese (Doutorado)	1925
03	PRENHEZ TRIPLA A TERMO EM MULHER TUBERCULOSA	MAIA, Jorge Alves	Tese (Doutorado)	1925
04	CONTRIBUIÇÃO AO ESTUDO DA PROTEINOTHERAPIA ASPECIFICA	RODRIGUES, Antonio Barbosa	Doutorado	1925
05	CONTRIBUIÇÃO AO ESTUDO DO ALCOOLISMO NO ESTADO DO PARÁ	COSTA, Izauro Gonçalves da	Doutorado	1925
06	CONTRIBUIÇÃO AO ESTUDO DO TRATAMENTO DA FILARIOSE	PENALBER, Bianor	Doutorado	1925
07	PATHOGENIA DAS ICTERÍCIAS, A	CERQUEIRA, Manoel Tertuliano de	Tese (Doutorado)	1925
08	CURA RADICAL DE HYDROCELE VAGINAL, PELO PROCESSO CAMILO SALGADO, A.	SILVA, Raymundo Ferro e	Doutorado	1926
09	CONTRIBUIÇÃO AO ESTUDO DA THERAPEUTICA CIRURGICA DA LITHIASE BILIAR	MAGNO, Raymundo da Silva	Doutorado	1926
10	CONSIDERAÇÕES EM TORNO DE UM CASO DE HEMATOMETRA	ARANHA, Theodoro Maria de Souza;	Doutorado	1927
11	NEPHROSE LIPOIDICA .	MELLO JUNIOR, Sebastião	Tese	1927

		Francisco	(Doutorado)	
12	CAUSAS PROVAVEIS DA TUBERCULOSE NO PARÁ.	GUIMARÃES, Roberto Monteiro Lopes	Doutorado	1927
13	PATHOGENIA DOS EDEMAS NAS NEPHRITES CHLORETEMICAS	CAVALCANTI, José Collyer	Tese (Doutorado)	1927
14	BUBÃO PORADENICO : (MOLÉSTIA DE NICOLAS-FAVRE)	OLIVEIRA, Felix Bessa d'		1928
15	MEDICAÇÕES REACTIVANTES E ESTERILIZANTES DO PALUDISMO	SILVA, Carlos Hygino da	Tese (Doutorado)	1928
16	ETIOLOGIA, PSYCHO-PATHOGENIA E SYMPTOMATOLOGIADO TÉDIO MÓRBIDO : SEU TRATAMENTO E PROPHYLAXIA	ROCHA, Avertano;	Tese (Doutorado)	1929
17	TRATAMENTO DA MAGREZA E DO EMAGRECIMENTO PELA INSULINA	MENDES, João Siqueira	Tese (Doutorado)	1929
18	MORTALIDADE INFANTIL EM BELÉM : CONTRIBUIÇÃO AO ESTUDO DAS SUAS CAUSAS	PEREIRA, Antonio Simões		1929
19	PROBLEMA DA TUBERCULOSE EM BELÉM , O	MAROJA, Anísio de Mendonça	Tese (Cátedra)	1930
20	CURA RADICAL DE HYDROCELE VAGINAL, PELO PROCESSO DE V. PAUCHET , A	MENESES, Epaminondas de Paiva;	Doutorado	1930
21	DO PNEUMOTHORAX ARTIFICIAL NA CURA DA TUBERCULOSE PULMONAR	MIRANDA, Oscar	Tese (Doutorado)	1930
22	DA SYPHILIS CARDIOVASCULAR E SEU TRATAMENTO PELO "NEO- SALVARSAN"	NEVES, Honorato d' Albuquerque	Doutorado	1931
23	DO GERME DE FRIEDMANN : SUA MORFOLOGIA, BIOLOGIA, PODER PATHOGÊNICO, ACÇÃO PROPHYLÁCTICA E CURATIVA	PEREIRA, Roberto Cândido	Tese (Doutorado)	1931

24	CONTRIBUIÇÃO AO TRATAMENTO CIRÚRGICO DA VARICOCELLE.	COSTA, Alderico de Oliveira	Doutorado	1933
25	CONSIDERAÇÕES SOBRE A LITHÍASE BILIAR	VIEIRA, Gastão	Cátedra	1936
26	FOCOS DE INFECÇÕES DENTÁRIAS DETERMINANDO PERTURBAÇÕES GERAIS	GUIMARÃES, Osires	Tese (Cátedra)	1939
27	CONTRIBUIÇÃO AO TRATAMENTO DAS SINUSITES MAXILIARES CRÔNICAS.	MALCHER, Celso da Gama	Tese (Cátedra)	1942
28	SINUSITES MAXILIARES CRÔNICAS : ESTUDO DE SUA ETIO- PATOGENIA E INDICAÇÃO TERAPÊUTICA NO CONCEITO MODERNO , AS.	MALCHER, Celso da Gama	Tese (Cátedra)	1942
29	ENSAIO CLÁSSICO SOBRE TUBERCULOSE INFANTIL: DADOS ESTATÍSTICOS SOBRE A TUBERCULOSE INFANTIL EM BELÉM	MIRANDA, Oscar	Tese (Cátedra)	1942
30	CONTRIBUIÇÃO AO ESTUDO TOPOGRÁFICO DAS REGIÕES FÊMURO- INGUINO-CRURAL E GLÚTEA FEMURAL	ROMARIZ, Rui	Livre-Docência	1943
31	ASPECTOS DA PROFILAXIA DO CÂNCER CÉRVICO - UTERINO	BORDALLO, Orlando Cerdeira;	Livre-Docência	1945
32	CONSIDERAÇÕES SOBRE A PATOGENIA DO GLAUCOMA	BARRETO, Aracy Amazonas	Cátedra	1947
33	CONTRIBUIÇÃO AO ESTUDO DA FUNÇÃO FISIOLÓGICA DO TIMO	MACEDO, José Guilherme Araújo Cavallero de	Cátedra	1947
34	CONSIDERAÇÕES SOBRE A INAPETÊNCIA INFANTIL: (HIPOLIMIAS E ANOREXIAS)	SANTOS, Abelardo	Livre-Docência	1948
35	ASPECTO MÉDICO LEGAL DAS INTOXICAÇÕES PELO TIMBÓ / 1948 -	REBELLO, Alfredo Barroso	S.I	1948
36	LEVANTAR PRECOCE DOS OPERADORES DO ABDÔMEN (CONSIDERAÇÕES GERAIS) , O	GAMA, Guaraciaba Quaresma	(Livre- Docência)	1948.
37	CONTRIBUIÇÃO AO CONHECIMENTO DA INCIDÊNCIA DOS HELMINTOS E PROTOZOÁRIOS INTESTINAIS NA AMAZÔNIA	COSTA, Orlando Rodrigues	Livre-Docência	1949

		da		
38	DERMATOSES CARENIAIS : CONTRIBUIÇÃO AO SEU ESTUDO	SILVA, Domingos	Tese (Cátedra)	1949
39	CONTRIBUIÇÃO AO ESTUDO DAS COLESISTOPATIAS EM BELÉM	RODRIGUES FILHO, Affonso	Livre-Docência	1949
40	SÔBRE O DESCENSO DA GLUCOSE SANGUÍNEA.	KLAUTAU, Benedito Cavaleiro de Macêdo	Tese (cátedra)	1949
41	ROTURAS UTERINAS	PONTES, Flávio de Britto	Tese (Livre- Docência)	1949
42	FILARIOSE	MELLO, Gervásio de Brito	Tese (Cátedra)	1949.
43	PULMÃO : COM ESPECIAL REFERÊNCIA AO ESTUDO DO ALVÉOLO PULMONAR , O	SAMPAIO, Mário Nazareno Machado	Tese (Cátedra)	1949
44	CONTRIBUIÇÃO AO TRATAMENTO CIRÚRGICO DA TONSILITE CRÔNICA	SANTOS, Ruy Ferreira dos	Livre-Docência	1950
45	VARIAÇÕES CÍCLICAS DAS GLÂNDULAS CUTÂNEAS	ABEN-ATHAR, Jayme Jacyntho Teixeira	Tese (cátedra)	1950
46	BERIBÉRI E CARDIOPATIA	SOUZA, Bettina Ferro de.	Livre-docência	1952
47	ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS E PROFILÁTICOS DA FILARIOSE EM BELÉM	CHAVES, Guilherme Lins de Vasconcelos	Livre Docência	1952
48	CONTRIBUIÇÃO AO ESTUDO DA CIRURGIA DO BÓCIO	ASSUMPÇÃO, Irineu Teixeira de	Livre-Docência	1952
49	CONTRIBUIÇÃO AO ESTUDO DA EXCITABILIDADE EM GERAL E ESPECIALMENTE DA INHIBIÇÃO DO CORAÇÃO DO BUFO MARINUS (CURURU) PELA EXCITAÇÃO DOS VAGOS	HERMES, Eduardo Granhen	Cátedra	1952
50	CONTRIBUIÇÃO PARA O ESTUDO DA LEISHMANIOSE TEGUMENTAR	FERREIRA, José Luiz de	Livre-Docência	1952

	AMERICANA	Souza		
51	CORAÇÃO BERIBÉRICO : CONTRIBUIÇÃO AO SEU ESTUDO , O	FECURY, João	Livre-Docência	1952
52	ESTUDO SOBRE OS DIFERENTES MÉTODOS DE PREPARAÇÃO E CONSERVAÇÃO DE PEÇAS ANATÔMICAS	BRAGA, Manoel da Silva	Tese (Livre-Docência)	1952
53	TIMUS : SEU ENQUADRAMENTO BIOSCÓPICO, TOPOGRÁFICO E EXPERIMENTAL	ROMARIZ, Rui	Tese (cátedra)	1952
54	INTRODUÇÃO À FÍSICO-PATOLOGIA DO TRABALHO EM GINECOLOGIA	BORDALLO, Orlando Cerdeira	Tese (Cátedra)	1952
55	ISÓTOPOS NA MEDICINA , OS	KAYATH, Henry Checrala	Tese (Doutorado)	1952.
56	CONTRIBUIÇÃO AO ESTUDO DA DENSIDADE DO SANGUE	BORBOREMA, Ruy Telles.	Cátedra	1953
57	ASPECTOS DA CIRURGIA DO BAÇO / 1953	GAMA, Guaraciaba Quaresma	S.I	1953
58	CARDIOPATIA BERIBÉRICA	BENCHIMOL, Aarão Burlamaqui	Livre-docência	1953
59	CAUSAS PREDISPOÑENTES À TUBERCULOSE ENTRE OS MARÍTIMOS DA AMAZÔNIA	MINDELLO, José Luiz de Araújo	Livre-Docência	1953
60	CONSIDERAÇÕES SOBRE A PELAGRA	LOBÃO, Antônio de Oliveira	Livre-Docência	1953
61	CONTRIBUIÇÃO AO ESTUDO DA TUBERCULOSE	GARCIA FILHO, José Gutierrez	Cátedra	1953
62	ESTUDO PROPEDÊUTICO DAS VARIZES DOS MEMBROS INFERIORES	PESSOA, Hermínio	Tese (Cátedra)	1953
63	INFLUÊNCIA DA VELHICE NA EVOLUÇÃO DA MORBIDEZ / 1953	LOBATO, Lucival Lage	Tese (Cátedra)	1953

64	ASPECTOS DA RESPONSABILIDADE MÉDICA COMO FATOR INFLUENTE NA VIDA SOCIAL	REBELLO, Alfredo Barroso.	Cátedra	1954
65	ALGUNS ASPECTOS DA CONTRATILIDADE UTERINA	PONTES, Flávio de Britto	S.I	1954
66	CONTRIBUIÇÃO AO MÉTODO DE FABING	VALLINOTO, Pedro	Livre-Docência	1954
67	EDUCAÇÃO MATERNA PUERPÉRIO, A	LOBATO, Claudio Pastor Dacier;	Tese (Doutorado)	1954
68	HEMOGLOBINOMETRIA NO PARÁ : CONTRIBUIÇÃO PARA A DETERMINAÇÃO DA TAXA MÉDIA NA ZONA URBANA DE BELÉM / 1954	KÓS, Odorico de Carvalho	Tese (Livre-Docência)	1954
69	ESTUDO PROPEDEÚTICO DAS COMPLICAÇÕES ABDOMINAIS PÓS-OPERATÓRIOS	BECKMANN, Clodoaldo	Tese (Livre-Docência)	1954
70	DOENÇA DE JORGE LOBO : CONTRIBUIÇÃO AO SEU ESTUDO ANÁTOMO-PATOLÓGICO	LEITE, José Monteiro;	Tese (Cátedra)	1954
71	PROVAS DE FUNÇÃO HEPÁTICA : RESTRIÇÕES IMPOSTAS PELA VERMINOSE À INTERPRETAÇÃO DAS PROVAS DE FLOCULAÇÃO	RODRIGUES FILHO, Affonso	Tese (Livre-Docência)	1954
72	CONSIDERAÇÕES SOBRE MORTANDADE INFANTIL: (A PROPÓSITO DE UM INQUÉRITO EM SÃO LUIS - MARANHÃO).	FERREIRA, Mário Rodrigues	Doutorado	1955
73	CONTRIBUIÇÃO AO ESTUDO DAS FALONEOPLASTIAS	COSTA, Roberto Lobato	Livre-Docência	1955
74	CONTRIBUIÇÃO AO ESTUDO DOS TUMORES DA PRÓSTATA: (VALOR DE FLEBOGRAFIA PÉLVICA PARA O SEU DIAGNÓSTICO	ALBUQUERQUE, Emídio Pedreira de.	Cátedra	1955
75	DA FIGURA CRIMINAL DO INFANTICÍDIO NA VIGÊNCIA DO CÓDIGO PENAL DE 1940.	MACEDO, José Mariano Cavaleiro de.	Livre-Docência	1955
76	CORREÇÃO CIRÚRGICA DAS FÍSTULAS VÉSICO-VAGINAIS PELO PROCESSO DO DESDOBRAMENTO	BENTES, Dionisio de Oliveira	Livre-Docência	1955

77	ESTUDO COMPARATIVO SOBRE DIVERSAS VIAS DE ACESSO ÀS APENDICECTOMIAS	FERNANDEZ, Domingo Rio;	Tese (Livre- Docência)	1955
78	INCISÃO PARARRETAL EXTERNA COMO PREFERENCIAL NAS APENDICECTOMIAS , A / 1955	COUTINHO, Rubens Guilhon	Tese (Doutorado)	1955
79	TRATAMENTO DA ASCARÍASE NA INFÂNCIA	AYRES, Manuel;	Tese (Doutorado)	1955
80	MICOSE DA LANE E PEDROSO : CROMOMICOSE OU CROMOBLASTOMICOSE; ASPECTO ATUAL DO TEMA	SILVA, Domingos	Tese (Cátedra)	1955
	KWASHIORKOR : ALGUNS ASPECTOS ESTUDADOS EM BELÉM DO PARÁ	SANTOS, Abelardo	Tese (Cátedra)	1955

Elaboração: Com base no banco de dados da Biblioteca Central da UFPA (2014) por Jacqueline Guimarães (2015)

1) Este estado da arte faz parte do Projeto de Tese “A educação e os cuidados com a criança (1915-1955): uma análise bakhtiniana dos discursos dos médicos do estado do Pará”, qualificado no dia 21 de maio de 2015, de autoria de Jacqueline Tatiane da Silva Guimarães.

2.1 ESTADO DA ARTE

No primeiro levantamento realizado no período de maio a agosto de 2013, realizou-se um recorte por teses e dissertações defendidas entre os anos de 2007 a 2012, no qual foram encontradas 07 dissertações e 05 teses, sendo que não foram encontradas dissertações sobre o assunto nos anos 2007 e 2010 e nem teses nos anos de 2007; 2008 e 2012 sobre a temática “infância e medicina”. Porém, no período de novembro de 2014 a janeiro de 2015, atualizou-se e ampliou-se o levantamento, pois conforme foi sendo realizadas novas pesquisas e sendo feitas novas reflexões sobre o objeto, percebeu-se a necessidade de não somente averiguar as elaborações defendidas nos anos de 2013 e 2014, mas sim a importância de verificar dissertações e teses defendidas antes de 2007, deste modo, não se estabeleceu um recorte de início para tal levantamento.

Portanto, em levantamento realizado no sítio da CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), no período de 2013 a 2015, em que utilizamos como palavras de busca os seguintes termos: “Infância e Medicina”; “História da Infância”; “História da Infância e Medicina” e “História da Medicina”. De um modo geral, constata-se que tanto as dissertações e as teses realizam reflexões que, direta e indiretamente, problematizam a questão da infância, no qual algumas visam compreender as concepções de infância oriunda das orientações da medicina higienista¹²⁶ e outras se direcionam no entendimento das discussões realizadas em torno da higiene da infância, a partir dos discursos produzidos pelos médicos.

Encontramos também trabalhos que, em uma visão ampla, buscam refletir sobre as influências e consequências dos preceitos da ciência médica na educação. Para tanto, também incluímos em nossos levantamentos trabalhos que abordam sobre: amas-de-leite, parteiras, mulheres e pediatria. Então, observe os quadros a seguir:

¹²⁶ Nas tabelas observamos também trabalhos que não tratam das intervenções da Medicina, enquanto algo específico, mas utiliza as suas fontes em meio à tantas outras sem haver distinções ou critérios de campos, porém optamos por inseri-las, haja vista que na chamada “Medicina e Infância” estas aparecem na lista da CAPES.

Quadro 1 – Quantidade de Teses e Dissertações na busca do site da CAPES sobre “Infância e Medicina” (período de 2003 a 2014)

ANO	DISSERTAÇÕES	TESES	TOTAL
2003	02	00	02
2004	01	00	01
2005	00	00	00
2006	02	02	04
2007	00	00	00
2008	02	00	02
2009	02	03	05
2010	01	03	04
2011	06	05	11
2012	07	01	08
2013	03	00	01
2014	01	00	01
Total	27	14	41

Elaboração: Jacqueline Guimarães (2015)

No quadro observa-se que não foram encontradas dissertações sobre o assunto nos anos 2005 e 2007 e nem teses nos anos de 2003, 2004, 2005, 2007, 2008, 2013 e 2014. No período referido somam-se 27 (vinte e sete) dissertações e 14 (quatorze) teses que foram indicadas na busca pelos termos mencionados anteriormente. A seguir, no **Quadro 02** detalhamos os títulos das dissertações, bem como as universidades, programas de pós-graduações e as áreas de concentração o qual pertencem.

Quadro 2 - Dissertações sobre Infância e Medicina

Nº	Título	Área de Concentração	Temáticas ¹²⁷	PPG/UF	Ano
01	<i>“Abandonados e Delinquentes”: A infância sob os cuidados da medicina e do Estado – O Laboratório de Biologia Infantil (1935-1941).</i>	História das Ciências	Medicina legal; História das Ciências; e Biologia Infantil.	Mestrado em História das Ciências da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz – FIOCRUZ.	2003
02	<i>A pediatria e a construção social da infância: uma análise do discurso médico-pediátrico.</i>	Saúde Coletiva	Criança; Relações mãe-filho; Relações médico-paciente.	Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Campinas.	2003
03	<i>Parteiras em Londrina (1929 - 1978).</i>	História das Ciências	Parteiras; Treinamentos; Saúde Pública.	Mestrado em História das Ciências da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz – FIOCRUZ.	2004
04	<i>No seio do debate – amas-de-leite, civilização e saber médico no Rio de Janeiro.</i>	História das Ciências	Aleitamento materno; Escravidão; e História da Medicina.	Mestrado em História das Ciências da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz-FIOCRUZ.	2006
05	<i>A pedagogia de Manoel Bomfim: uma proposta higienista na educação</i>	Fundamentos da Educação	Higienismo; Educação; Higiene Mental; e Pedagogia.	Mestrado em Educação da Universidade Estadual de Maringá.	2006
06	<i>Medicina, Educação, e Psiquiatria para a Infância: O Pavilhão-Escola Bourneville no início do século XX.</i>	História das Ciências.	Medicina; Educação Médica; e Psiquiatria.	Mestrado em História das Ciências da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz-FIOCRUZ.	2008
07	<i>Sob os auspícios da proteção: Moncorvo Filho e a higienização da infância.</i>	Psicologia	Assistência à Infância; Proteção; Higienismo; e Eugenia.	Mestrado em Psicologia da Universidade Estadual de Maringá.	2008
08	<i>“Ser mulher-mãe”: a educação da saúde nas páginas da ‘Eu sei tudo’ nas primeiras décadas do século XX (1918-1932).</i>	Educação	História da Educação; História da saúde; e Divulgação Científica.	Mestrado em Educação: Conhecimento e Inclusão Social da Universidade Federal de Minas Gerais.	2009

¹²⁷ A partir da verificação de que nem todas as teses e dissertações possuíam palavras-chaves ou ficha catalográfica optou-se por não eleger uma das opções especificamente, mas sim da dissertação como um todo, após leitura de resumos e introduções.

09	<i>Médicos e padres: maternidade e representações dos papéis sociais da mulher (1860-1870).</i>	História das Ciências	História da medicina; Catolicismo; Religião; História; e Mulheres.	Mestrado em História das Ciências da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz-FIOCRUZ.	2009
10	<i>A produção histórica da criança/infância, sua apropriação pelos discursos médico, pedagógico e psicológico e o devir-criança que escapa aos efeitos desses enunciados.</i>	Psicologia e Sociedade	Infância; Discurso Científico; Disciplina;	Mestrado em Psicologia da Universidade Estadual Paulista.	2010
11	<i>A Medicina Social Eugênica de Luiz Palmier e suas atuações em Educação e Saúde.</i>	História Social do Território	História Social; Eugenia; Educação; Saúde; Políticas Sociais para a infância; Filantropia e participação feminina no século XX.	Mestrado em História Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.	2011
12	<i>“Higiene, Educação e cuidados com a infância: o discurso médico nas teses da Faculdade de Medicina o Rio de Janeiro (1840-1882)”.</i>	Educação	Higiene da infância; Medicina; e Educação no Império.	Mestrado em Educação da Universidade Federal de Juiz de Fora.	2011
13	<i>“O controle da infância: Caminho da medicação”.</i>	Sociologia	TDH; medicalização; estigma; crianças; e aspectos sociais.	Mestrado em Sociologia da Universidade Estadual de Campinas.	2011
14	<i>Por uma intervenção precoce: Leituras da Reforma Psiquiátrica e os discursos e práticas de assistência em saúde mental da infância em Campina Grande.</i>	História	Reforma Psiquiátrica e Saúde Mental da Infância.	Mestrado acadêmico em História da Universidade Federal de Campina Grande.	2011
15	<i>Filantropia e assistência à saúde da infância na Bahia: A Liga Baiana Contra a Mortalidade Infantil, 1923-1935.</i>	História das Ciências	Criança; Assistência integral à saúde; Mortalidade Infantil e Instituições Filantrópicas de Saúde.	Mestrado Acadêmico em História das Ciências da Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ.	2011
16	<i>As origens do hospital de crianças, saúde e educação</i>	Educação	Serviço de Saúde para crianças; Educação e	Mestrado Acadêmico em Educação Universidade	2011

	<i>em Curitiba, 1917-1932.</i>		saúde; criança; educação; Hospital de Crianças; e Assistência Hospitalar.	Federal do Paraná.	
17	<i>“Saúde mental infantil na atenção primária à saúde: discursos de profissionais médicos”.</i>	Psicologia (Saúde Mental)	Saúde mental; Atenção primária à saúde; Criança; Família; e Medicalização.	Mestrado em Psicologia da Universidade Federal de São João Del-Rei.	2012
18	<i>“Educando Mulheres, Vendendo Saúde” - Propagandas e outros textos de jornais curitibanos dos anos 1920.</i>	Educação	Saúde da mulher; educação; imprensa; propaganda.	Mestrado em Educação da Universidade Federal do Paraná.	2012
19	<i>A Saúde da Criança em Rousseau.</i>	Filosofia	Rousseau; Saúde; Infância; e Educação natural.	Mestrado Acadêmico em Filosofia da Universidade Federal de Uberlândia.	2012
20	<i>A medicalização dos problemas de comportamento e da aprendizagem: uma prática social de controle.</i>	Psicologia	Medicalização, Psicologia Histórico-Cultural, Educação.	Mestrado Acadêmico em Psicologia da Universidade Estadual de Maringá.	2012
21	<i>Sociologia e puericultura no pensamento de Guerreiro Ramos: diálogos com a Escola de Chicago (1943 1948).</i>	História (História das Ciências Biomédicas)	Puericultura, Guerreiro Ramos, Escola de Chicago.	Mestrado Acadêmico em História das Ciências da Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ.	2012
22	<i>Pela criança, para a família: a intervenção científica no espaço privado através do Serviço de Ortofrenia e Higiene Mental (1934/1939).</i>	Educação	Educação. Higiene Mental. Família. Escola.	Mestrado Acadêmico em Educação Universidade do Estado do Rio de Janeiro.	2012
23	<i>As artes de fazer nascer: do parto doméstico ao parto hospitalar o corpo feminino medicalizado (Campina Grande: 1950 1970)</i>	História	Corpo. Mulher. Maternidade.	Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal de Campinas Grande.	2012
24	<i>A Divulgação Científica na Associação Brasileira de Educação: O caso da Seção de Higiene (1924 – 1932).</i>	História das Ciências	Comunicação e divulgação científica; Educação; Higiene; História; Brasil.	Mestrado em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz-FIOCRUZ	2013
25	<i>No colo da ama de leite: a prática cultural da amamentação e dos cuidados das crianças na Província do Grão-Pará no século XIX.</i>	Educação	Ama de Leite. Prática Cultural. Amamentação. Criança.	Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Pará.	2013

26	<i>A Infância nas Páginas de jornal: discursos (re) produzidos pela imprensa paraense na primeira década do século XX.</i>	Educação	Infância; Discurso; História da infância no Pará; Jornais paraenses.	Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Pará.	2013
27	<i>Higiene, educação e assistência na experiência do Asilo de Meninos Desvalidos (1875-1889).</i>	História das Ciências	Higiene; Educação; História da Medicina; Seringal; Infância; Serviço Social; Brasil.	Mestrado em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz-FIOCRUZ.	2014

Elaboração: Jacqueline Guimarães (2015) com base no banco de dissertações e teses da CAPES

De acordo com o exposto no quadro, verificamos que 10 (dez) destes trabalhos são da área de concentração da história das ciências, sendo em sua maioria do Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz-FIOCRUZ e 08 (oito) são da área da Educação. Ressalta-se que 11 (onze) são e se referem ao Rio de Janeiro (**dissertações nº 01, 03, 04, 06, 09, 11, 15, 21, 22, 24,25**); 05 (cinco) são do Paraná (**dissertações nº 05, 07, 16, 18 e 20**); 04 (quatro) são de Minas Gerais (**dissertações nº 08, 12, 17 e 19**); 03 (três) de São Paulo (**dissertações nº 02, 10 e 13**), 02 (dois) da Paraíba (**dissertações nº 14 e 23**) e duas do estado do Pará (**dissertação nº25 e 26**).

Quanto às temáticas indicadas ao longo dos trabalhos, identifica-se que as mais comuns são: Educação, Saúde ou Saúde Pública, Infância, Higienismo ou Higiene, Eugenia ou Eugismo, Criança, Higiene Mental, Medicina, História da Medicina, Assistência à infância, Mulheres, medicalização, aleitamento materno ou amamentação e filantropia. Destas 27 dissertações somente duas (nº 25 e 26) se referem à perspectiva História da Infância. Logo, abaixo, identificamos os principais aspectos teórico-metodológicos dos referidos trabalhos (Quadro 03).

Quadro 3 – Aspectos teóricos metodológicos das dissertações

Nº	Título	Objeto	Problema	Metodologia
01	<i>“Abandonados e Delinquentes”: A infância sob os cuidados da medicina e do Estado – O Laboratório de Biologia Infantil (1935-1941).</i>	O Laboratório de Biologia Infantil (LBI), criado em 1935 e extinto em 1941.	Qual foi o papel do Instituto Identificação e do laboratório dentro da política de repressão, controle e assistência do	Pesquisa qualitativa de caráter documental e bibliográfica.

			primeiro governo Vargas?	
02	<i>A pediatria e a construção social da infância: uma análise do discurso médico-pediátrico.</i>	O trabalho pediátrico no atendimento clínico voltado para as crianças.	Qual a construção do objeto de trabalho pediátrico no atendimento clínico voltado para as crianças?	O material empírico utilizado foi composto por depoimentos de nove pediatras que relataram a forma como a experiência clínica foi sendo elaborada em suas trajetórias escolares e profissionais no campo médico-pediátrico. Utilizaram-se alguns princípios teóricos presentes nas perspectivas analíticas de autores como M. Foucault, L. Althusser, M. Pechêux e E. Orlandi.
03	<i>Parteiras em Londrina (1929 - 1978).</i>	As relações entre parteiras tradicionais, profissionais de saúde e a população assistida por ambos os grupos, período de 1929 a 1978.	Como e por que a prática cotidiana e tradicional, o parto domiciliar, assistido por parteira, persistiu até os anos setenta?	Pesquisa qualitativa e documental, o qual utiliza como referencial teórico as proposições do micro-história italiana e pauta-se no referencial historiográfico de Susan L. Smith.
04	<i>No seio do debate – amas-de-leite, civilização e saber médico no Rio de Janeiro.</i>	Processo da institucionalização médica no Brasil e de suas influências no espaço urbano do Rio de Janeiro escravista, entre os anos 1850 a 1871.	Como se deu a representatividade da participação social das amas-de-leite no Rio de Janeiro do século XIX?	Pesquisa histórica que utiliza como fonte primária as teses elaboradas pelos médicos do Rio de Janeiro do século XIX.
05	<i>A pedagogia de Manoel Bomfim: uma proposta higienista na educação</i>	A obra <i>Lições de pedagogia</i> escrita e publicada em 1915 por Manoel Bomfim (1868-1932).	Quais os pressupostos higienistas contidos nas concepções educacionais de Manoel Bomfim?	Pesquisa qualitativa de caráter documental e bibliográfica.
06	<i>Medicina, Educação, e Psiquiatria para a Infância: O Pavilhão-Escola Bourneville no início do século XX.</i>	O Pavilhão-Escola Bourneville e os seus cuidados com as “crianças anormais” do Rio de Janeiro do início do século XX.	Como se produziu o discurso médico-psiquiátrico sobre a infância no Brasil do século XX?	Pesquisa qualitativa de caráter documental; para a análise do corpus da sua pesquisa pautou-se na noção de campo científico presente nas elaborações de Pierre Bourdieu e a noção de variação de escala de Revel sobre a micro-história.
07	<i>Sob os auspícios da proteção: Moncorvo Filho e a</i>	Os pensamentos de Moncorvo Filho sobre a	Qual a concepção de ‘proteção à infância’	Pesquisa histórica e documental, utilizando como

	<i>higienização da infância.</i>	proteção a infância.	presente nas obras de Moncorvo Filho, que datam de 1899 a 1938.	fontes primárias, conferências, discursos e livros produzidos por Moncorvo Filho, além de artigos e outros publicados nos 'Archivos Brasileiros de Hygiene Mental' dos anos de 1925 a 1938.
08	<i>“Ser mulher-mãe”: a educação da saúde nas páginas da ‘Eu sei tudo’ nas primeiras décadas do século XX (1918-1932).</i>	Os discursos presentes na revista “Eu sei tudo” editada no Rio de Janeiro entre os anos de 1917 e 1932.	Como a revista “Eu sei tudo” divulgava conhecimentos e formava novos papéis sociais ao contribuir para o entendimento das diversas dimensões do fazer pedagógico e das transformações das ações da família no campo educativo?	Pesquisa qualitativa de caráter documental e bibliográfica.
09	<i>Médicos e padres: maternidade e representações dos papéis sociais da mulher (1860-1870).</i>	As representações femininas produzidas pela Igreja Católica em dois jornais – A Cruz e O Apóstolo – que circularam no Rio de Janeiro nas décadas de 1860 e 1870.	Como a mulher era representada nos discursos católicos e nos discursos médicos-científicos?	Pesquisa qualitativa de caráter documental e bibliográfica.
10	<i>A produção histórica da criança/infância, sua apropriação pelos discursos médico, pedagógico e psicológico e o devir-criança que escapa aos efeitos desses enunciados.</i>	Os enunciados científicos, pedagógicos, psicológicos e médicos que tratam sobre a noção de criança/infância.	_____	_____
11	<i>A Medicina Social Eugênica de Luiz Palmier e suas atuações em Educação e Saúde.</i>	Os discursos e práticas de educação e saúde do intelectual e médico Luiz Palmier, no município de São Gonçalo nos anos de 1919 a 1955.	Quais as ações da medicina social eugênica de Luiz Palmier realizada no campo da educação e da saúde em São Gonçalo?	Pesquisa qualitativa de caráter documental e bibliográfica
12	<i>“Higiene, Educação e cuidados com a infância: o discurso médico nas teses da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (1840-1882)”.</i>	Os discursos médicos das teses de medicina da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro no período do segundo reinado.	Quais foram as principais preocupações, intervenções e representações sociais existentes em teses médicas defendidas na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, referentes à higiene da infância (1840-1882)?	Pesquisa qualitativa de caráter documental (tendo como corpus as teses de medicina) e bibliográfica com análise ancorada nos pressupostos da História Cultural e dos estudos foucaultianos.
13	<i>O controle da infância: Caminho da medicação.</i>	Imagens da criança com	Qual a definição clínica de TDH, os seus processos de	Pesquisa qualitativa etnográfica realizada a partir dos métodos e técnicas de observação participativa,

		TDH.	medicalização social?	entrevista semiestruturada e pesquisa bibliográfica.
14	<i>Por uma intervenção precoce: Leituras da Reforma Psiquiátrica e os discursos e práticas de assistência em saúde mental da infância em Campina Grande.</i>	O modelo asilar de tratamento psiquiátrico e os outros serviços públicos de assistência em Saúde Mental de Campina Grande - CAPS Viva Gente, e o CAPSInho-Centro Campinense de Intervenção precoce.	Como se deu na cidade de Campina Grande a construção de espaços destinados ao acolhimento de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico a partir do movimento de Reforma Psiquiátrica, ocorrida em 2005?	Pesquisa qualitativa que recorreu a levantamento bibliográfico sobre o tema Saúde Mental voltada para a infância e adolescência; levantamento documental a fim de identificar as práticas de saúde mental no município; e por fim entrevista realizada com os profissionais envolvidos nas práticas de acolhimento de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico.
15	<i>Filantropia e assistência à saúde da infância na Bahia: A Liga Baiana Contra a Mortalidade Infantil, 1923-1935.</i>	A Liga Baiana contra a Mortalidade Infantil (LBCMI) no processo de institucionalização da pediatria e da assistência à saúde da infância na Bahia, no período de 1923 a 1935.	Como se deu a atuação da Liga Baiana contra a Mortalidade Infantil (LBCMI) no processo de institucionalização da pediatria e da assistência à saúde da infância na Bahia, no período de 1923 a 1935?	Pesquisa qualitativa de caráter documental e bibliográfica.
16	<i>As origens do hospital de crianças, saúde e educação em Curitiba, 1917-1932.</i>	O Hospital de Crianças de Curitiba nas primeiras décadas de Novecentos.	Quais as facetas do múltiplo processo da organização do Hospital de Crianças? Quais as ideias que permeavam os debates sobre o tema e quais as instituições que precederam e colaboraram para o delineamento da organização do Hospital?	Pesquisa qualitativa de caráter documental e bibliográfica.
17	<i>“Saúde mental infantil na atenção primária à saúde: discursos de profissionais médicos”.</i>	Os discursos dos profissionais médicos sobre a saúde mental infantil.	Quais os sentidos e significados sobre saúde mental infantil dos profissionais médicos da atenção primária à saúde?	Pesquisa qualitativa com a aplicação de entrevistas estruturadas.
18	<i>“Educando Mulheres, Vendendo Saúde” - Propagandas e outros textos de jornais curitibanos dos anos 1920.</i>	A imagem da mulher nos discursos de propaganda veiculados nos jornais de Curitiba nos anos de 1920.	Qual a imagem produzida sobre a mulher nos jornais da década de 1920 sobre a mulher?	Pesquisa qualitativa e documental, análise ancorada no conceito de representações de Roger Chartier (1990).
19	<i>A Saúde da Criança em Rousseau.</i>	O pensamento de Jean-Jacques Rousseau sobre saúde desenvolvida na obra Emílio.	Quais as orientações de cuidados às crianças da primeira e segunda aparecem na obra <i>Emílio</i> de Rousseau?	Pesquisa qualitativa de caráter documental e bibliográfica.

20	<i>A medicalização dos problemas de comportamento e da aprendizagem: uma prática social de controle.</i>	A medicalização das queixas escolares (problemas de comportamento e aprendizagem dos alunos na escola).	Os efeitos da medicalização dos alunos no cotidiano da escola.	Pesquisa bibliográfica e empírica. A pesquisa bibliográfica procurou articular a história da medicalização; a pesquisa empírica envolveu dez professores que ministram aulas para alunos que estão fazendo uso de medicação.
21	<i>Sociologia e puericultura no pensamento de Guerreiro Ramos: diálogos com a Escola de Chicago (1943-1948).</i>	A produção intelectual de Alberto Guerreiro Ramos no Departamento Nacional da Criança (DNCr), entre 1943 a 1948.	Quais os critérios que nortearam a apropriação de Alberto Guerreiro Ramos das abordagens sociológicas expostas nos relatórios e demais trabalhos da DNCr no período de 1943 a 1948?	Pesquisa qualitativa de caráter documental e bibliográfica.
22	<i>Pela criança, para a família: a intervenção científica no espaço privado através do Serviço de Ortofrenia e Higiene Mental (1934/1939).</i>	As ações encaminhadas pelo Serviço de Ortofrenia e Higiene Mental (SOHM), do Rio de Janeiro, no período de 1934 a 1939.	Quais as estratégias destinadas a intervir no espaço doméstico, nas relações entre as famílias e a escola, através do SOHM?	Pesquisa qualitativa de caráter documental e bibliográfica.
23	As artes de fazer nascer: do parto doméstico ao parto hospitalar o corpo feminino medicalizado (Campina Grande: 1950-1970)	A medicalização do parto na cidade de Campina Grande, entre 1950 e 1970.	Como se deu o processo de medicalização em Campina Grande?	Pesquisa qualitativa de caráter documental e bibliográfica. Os documentos utilizados para a análise foram jornais, Regulamentos, Regimentos, Projetos de Lei, Livros de Partos, fotos e relatos orais.
24	<i>A Divulgação Científica na Associação Brasileira de Educação: O caso da Seção de Higiene (1924 – 1932).</i>	Ações em divulgação científica realizadas pela Associação Brasileira de Educação (A.B.E.) no período de 1924 a 1932.	Quais foram os preceitos de higiene divulgados pela ABE, entre os anos de 1924 a 1932?	Pesquisa qualitativa de caráter documental e bibliográfica.
25	<i>No colo da ama de leite: a prática cultural da amamentação e dos cuidados das crianças na Província do Grão-Pará no século XIX.</i>	Prática cultural da amamentação e dos cuidados com as crianças pelas amas de leite na Província do Grão-Pará no século XIX.	Qual a presença das amas de leite na história da infância paraense, sobretudo as significações culturais, sociais e afetivas na vida da criança na Província do Grão-Pará no século XIX?	Metodologicamente utilizamos a pesquisa histórica e documental, composta por um <i>corpus</i> de 92 anúncios publicados no período de 1845 a 1888, nos jornais paraenses <i>Treze de Maio</i> , <i>A Constituição</i> , <i>Diário de Belém</i> , <i>O Liberal do Pará</i> , <i>A Regeneração</i> , <i>Gazeta Official</i> , <i>Diário do Commercio</i> e <i>O Paraense</i> .

26	<i>A Infância nas Páginas de jornal: discursos (re) produzidos pela imprensa paraense na primeira década do século XX.</i>	Os discursos sobre a infância paraense nos jornais “A Província do Pará” e a “Folha do Norte”, no período 1900-1910.	Quais os discursos veiculados sobre a infância paraense nos jornais “A Província do Pará” e a “Folha do Norte”, no período 1900-1910?	Pesquisa historiográfica, que toma como corpus os jornais “A Província do Pará” e a “Folha do Norte” (1900-1910), resultando em 39 peças, que foram analisadas a partir da perspectiva analítico-discursiva de Mikhail Bakhtin (1997; 2004).
27	<i>Higiene, educação e assistência na experiência do Asilo de Meninos Desvalidos (1875-1889).</i>	O Asilo de Meninos Desvalidos, de 1875 a 1889.	Quais os princípios defendidos pelos higienistas que estiveram presentes na experiência do Asilo de Meninos Desvalidos, no período de 1875 e 1889?	Pesquisa qualitativa de caráter documental e bibliográfica.

Elaboração: Jacqueline Guimarães (2015) com base no banco de dissertações e teses da CAPES

Conforme demonstramos no quadro anterior, encontramos 27 (vinte e sete) dissertações que se referem ao tema “infância e medicina”, destes 22 (vinte) realizam um estudo de caráter historiográfico e 05 (quatro) apresentam um estudo voltado para uma perspectiva contemporânea (**as dissertações de nº 02, 13, 17, 19 e 20**). Quanto ao recorte histórico verificou-se que 12 (doze) tratam do século XX¹²⁸, 05 (cinco) sobre século XIX¹²⁹ e 03 (três) detêm-se nos finais de XIX e início de XX (**as dissertações nº 05, 07 e 11**). Porém ressalta-se que 01 (uma) ao ter como base de sua elaboração a caracterização e a análise dos anos finais do século XIX e início de XX, os toma a fim de compreender a atual psiquiatria infantil (**a dissertação nº 10**).

Quanto aos aspectos teórico-metodológicos, especialmente ao que se refere à temática dos trabalhos, observaremos que em linhas gerais estes tratam sobre a assistência à infância surgida a partir das ideias intervencionistas da ciência higienistas e eugenista, contudo apresentam algumas nuances, haja vista que em sua maioria não tomam como objetivo central pensar sobre a medicina higienistas, enquanto uma profissão e ciência específica e nem se concentram especificamente nos debates nos modos de conceber e estabelecer ações de assistência e cuidado à infância.

À exemplo disto, citamos a **dissertação nº 01**, que ao ter como objetivo analisar as ações do Laboratório de Biologia Infantil durante o primeiro Governo Vargas, entre as décadas

¹²⁸ As dissertações de nº 01, 03, 06, 08, 14, 15, 16, 18, 21, 22 e 23 e 24.

¹²⁹ As dissertações de nº 04, 09, 12, 25 e 26.

de 1930 e 1940, e verificar o seu papel no interior da política de repressão, controle e de assistência varguista, demonstra o surgimento de uma nova representação da infância pobre e desvalida, que passa a ser percebida enquanto abandonada e delinquente. Ressaltando que o a criação do tal laboratório representou a inauguração de uma rotina médico-científica no país, contudo não eram somente os médicos que ocupavam tal espaço. Tal instituição também serviu para consolidar um modelo de assistência à saúde da infância, assim como as ações fomentadas pela Liga Baiana contra a Mortalidade Infantil (**dissertação nº 15**).

Outros trabalhos se detêm nas intervenções da medicina higienista e eugenista no campo educacional, ou melhor, na escola (**dissertação 05 e 11**); e outros apontam as intervenções realizadas pela medicina higienista por meio de ações que visavam criar novas formas de condutas dos adultos, sobretudo das mulheres, diante do corpo e da moral infantil, seja esta mulher mãe, parteira, ama-de-leite ou enfermeira (veja as **dissertações de nº 03, 04, 08, 09, 18, 23 e 25**).

Enquanto práticas diretas que visavam intervir na situação da infância no Brasil, no qual se iniciam ainda no século XIX e se consolidam no século XX, iremos ver a atuação de instituições de assistência à infância pobre e desvalida (ver as dissertações 01, 07 e 16), assim como irá surgir à especialidade da psiquiatria que passa a se voltar especificamente para a saúde mental da criança, influenciando em reflexões não somente em trabalhos de perspectiva histórica, mas também os contemporâneos, levando inclusive a uma reflexão sobre os processos de medicalização da infância (ver as dissertações 06, 13, 14 e 20).

A seguir, o quadro sobre as 14 (quatorze) teses encontradas no banco de teses da CAPES e nos sites da Biblioteca Digital e no site da Fundação Oswaldo Cruz.

Quadro 4 – Teses sobre “Infância e Medicina”

Nº	Título	Área de Concentração	Temáticas	PPG/UF	Ano
01	<i>História da pediatria no Brasil de final do século XIX a meados do século XX.</i>	História	Ciência; Pediatria; História; Medicina e Infância.	Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal de Minas Gerais.	2006
02	<i>Mulheres, mães e médicos: discursos maternalistas em revistas femininas (Rio de Janeiro e São Paulo, década de 1920).</i>	História das Ciências	História da Medicina; Mulheres; Puericultura; e Publicações periódicas.	Curso de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz-FIOCRUZ.	2006

03	<i>“Higienizar, cuidar e civilizar: o discurso médico para a escola paranaense (1886-1947)”.</i>	Educação (História e Historiografia da educação)	Ciência; higiene; Eugenia; História da medicina no Paraná; Medicina e educação.	Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Paraná.	2009
04	<i>“Infâncias e “artes” das crianças: memórias, discursos e fazeres (sul de Santa Catarina - 1920 a 1950)”.</i>	Educação (História e Historiografia da educação)	História da Psicanálise no Brasil; Crianças; Psicanálise e Educação.	Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.	2009
05	<i>A infância na Psicanálise de Durval Mercondes: patologia e normalização no processo civilizatório.</i>	Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano.	História da Psicanálise; Criança e Educação.	Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade de São Paulo.	2009
06	<i>Curiosas, obstetrizas, enfermeiras obstétricas: a presença das parteiras na saúde pública brasileira (1930-1972).</i>	História das Ciências	Enfermagem Obstétrica; Parteira leiga; História; e Saúde Pública.	Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz-FIOCRUZ.	2010
07	<i>A Regulação Política da Sexualidade no Âmbito da Família por Saberes e Instituições Médicas Brasileiras (1838-1940).</i>	Ciências Humanas e Saúde	Sexualidade Infantil; Eugenia Matrimonial; Miscigenação; Saberes e instituições médicas no Brasil.	Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Rio de Janeiro.	2010
08	<i>“A infância e a medicalização das dificuldades no processo de escolarização nas teses sobre higiene escolar da Faculdade de Medicina da Bahia (1889-1930)”.</i>	Psicologia do Desenvolvimento	Psicologia do desenvolvimento; Infância; Significado; História; Educação infantil; Fracasso escolar; Saúde escolar.	Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal da Bahia.	2010

09	<i>Medos, mimos e cuidados - Leituras úteis para educar as mães: os guias maternos brasileiros (1919-1957).</i>	Educação (Conhecimento, Linguagem e Arte.)	Maternidade – manuais e guias; Mães – livros e leituras; Higiene; Infância; História da Educação; e Mulheres.	Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Estadual de Campinas.	2011
10	<i>O Instituto de Assistência à infância: saúde e educação da criança maranhense (1911-1922).</i>	Educação (História da Educação)	Campo Médico. Infância Assistência. Instituição.	Doutorado em Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Norte/RN.	2011
11	<i>Mulher e criança: ambivalência de dois mundos ditados por especialistas em artigos de revistas destinadas ao grande público entre os anos de 1940 a 1950.</i>	Educação	História da mulher, História da criança, puericultura.	Doutorado em Educação Escolar da Universidade Est. Paulista Júlio de Mesquita Filho/Araraquara.	2011
12	<i>"Educação, autoritarismo e eugenia: exploração do trabalho e violência à infância desamparada no Brasil (1930-1945)".</i>	Educação	Educação; Eugenia; Segregação; Trabalho; Infância; Violência.	Doutorado em Educação Universidade Est. de Campinas.	2011
13	<i>Entre "preceitos" e "conselhos": discursos e práticas de médicos-educadores em Ponta Grossa/PR (1931-1953).</i>	Educação	Educação. História; Campo. Medicina Intelectual	Doutorado em Educação da Universidade Federal do Paraná.	2011
14	<i>Medicina, Corpo e Educação.</i>	Educação	Educação; corpo; doença; medicina moderna;	Doutorado em Educação Universidade Católica de Goiás.	2012

Elaboração: Jacqueline Guimarães (2015) com base no banco de dissertações e teses da CAPES

É importante ressaltar que destas 14 (quatorze) teses, 08 pertencem à área de concentração da Educação, em que os demais (em menor número) são da área da Psicologia e da História/História das Ciências. Quanto à especificação dos programas de pós-graduação de tais pesquisas, identificamos que 03 (três) são e se referem ao estado do Rio de Janeiro (**teses nº 02,06 e 07**) e 02 (duas) do Paraná (**teses nº 03 e 13**), as demais são de Minas Gerais (**tese nº 01**), Rio Grande do Sul (**tese nº 04**), Bahia (**tese nº 08**), Goiás (**tese nº 14**) e Rio Grande do

Norte (**tese nº 10**). Portanto, oito teses são da região sudeste, três são da região sul, duas do nordeste e uma do centro-oeste do país.

Quadro 5– Aspectos teóricos metodológicos das teses encontradas

Nº	Título	Objeto	Problemática	Metodologia
01	<i>História da pediatria no Brasil de final do século XIX a meados do século XX.</i>	A história da pediatria no Brasil.	Quais as narrativas e os fundamentos ontológicos e epistemológicos construídos na história e constituição da pediatria no Brasil?	Pautada na perspectiva da história, toma como base a pesquisa documental, recorrendo a documentos produzidos durante os séculos XIX e XX pela medicina. A autora elegeu balizar as suas análises as noções de campos e arenas de Pierre Bourdieu.
02	<i>Mulheres, mães e médicos: discursos maternalistas em revistas femininas (Rio de Janeiro e São Paulo, década de 1920).</i>	As revistas femininas do Rio de Janeiro e São Paulo da década de 20.	Quais ideologias quanto à maternidade científica eram expostas nas revistas femininas “Vida Doméstica” e “Revista Feminina”?	Pautada na perspectiva da história, toma como base a pesquisa documental, em que a autora pauta-se nos conceitos de maternidade científica de Apple (1987) e nas contribuições dos movimentos feministas quanto os discursos maternalistas (Bock, 1991; Besse, 1999 e Fuchs, 1995).
03	<i>“Higienizar, cuidar e civilizar: o discurso médico para a escola paranaense (1886-1947)”.</i>	Os discursos dos médicos sobre higienização das escolas paranaenses, no período de 1886 a 1947.	Quais as propostas de civilidade contidas nos discursos médicos elaborados para a escola paranaense?	Pesquisa de caráter histórico, inspirada nas ideias de processo civilizador de Norbert Elias, no qual recorre aos documentos e fontes históricas. Com destaque para os periódicos da categoria - <i>Archivos Paranaenses de Medicina</i> e <i>Revista Medica do Paraná</i> .
04	<i>“Infâncias e “artes” das crianças: memórias, discursos e fazeres (sul de Santa Catarina - 1920 a 1950)”.</i>	A história das infâncias vivenciadas no sul de Santa Catarina entre os anos de 1920 a 1950.	Como se deram as práticas sobre a infância e as “trapaças e astúcias” manifestas nas “artes” das crianças, inscritas nas relações entre crianças e adultos, crianças e crianças, e destas com o meio em que viviam e o tempo em que experimentaram a condição infantil na primeira metade do século XX?	O corpus empírico foi constituído por documentos (jornais, fotografias, cartas, registros paroquiais, registros escolares, autobiografias e narrativas de memórias) e a análise teve como referencia: Michel De Certeau (1996), Walter Benjamin (1995; 2002), Manuel Jacinto Sarmiento (2004; 2005), Cleopatrê Montandon (1997)

				, Philippe Ariès (1981; 1986).
05	<i>A infância na Psicanálise de Durval Mercondes: patologia e normalização no processo civilizatório.</i>	A concepção de criança na produção científica do psicanalista Durval Mercondes.	Qual o sentido de criança nas obras do psicanalista Durval Mercondes?	A pesquisa é qualitativa e histórica, em que o corpus utilizado é o escrito de Durval Mercondes.
06	Curiosas, obstetizes, enfermeiras obstétricas: a presença das parteiras na saúde pública brasileira (1930-1972).	A história das parteiras no Brasil.	Quais as propostas e ações das instituições de saúde pública brasileira a respeito da atuação e do trabalho das parteiras “leigas” e das “tituladas” nos projetos de Saúde Pública, no período dos anos 1930 a 1972?	Enquanto um estudo que parte da perspectiva da história, a presente tese ao trabalhar com variadas fontes documentais, toma como inspiração metodológica os estudos de Carlo Guinzburg (1990), quanto os referenciais teóricos baseia-se em Londa Schiebinger (2004), quanto à participação feminina nas ciências naturais; e Mary Louise Pratt (1999) sobre a profissionalização das parteiras.
07	<i>A Regulação Política da Sexualidade no Âmbito da Família por Saberes e Instituições Médicas Brasileiras (1838-1940)</i>	A regulação política da sexualidade no âmbito da família por saberes e instituições médicas brasileiras (1838-1940)	Quais as continuidades e descontinuidades na construção de objetos, estratégias e táticas políticas direcionados para a regulação higiênica e eugênica do casamento e da sexualidade infantil?	De inspiração foucaultiana, inscreve-se no campo da história dos saberes e está subsidiada por um conjunto heterogêneo de documentos (teses, artigos de periódicos, livros, anais etc.) circunscritos, majoritariamente, ao campo da medicina.
08	<i>“A infância e a medicalização das dificuldades no processo de escolarização nas teses sobre higiene escolar da Faculdade de Medicina da Bahia (1889-1930)”.</i>	Os significados culturais de infância, de educação e os sinais de medicalização presentes nas teses inaugurais sobre higiene escolar da Faculdade de Medicina da Bahia no século XIX e XX (1889 até 1930).	Como os significados culturais de infância, educação e medicalização se transformam ao longo do tempo e se articulam entre si?	A pesquisa é qualitativa e histórica, que tem como corpus sete teses defendidas na Faculdade de Medicina da Bahia nos finais do século XIX e início do século XX que tratam sobre higiene escolar, nos quais a autora utiliza como perspectiva analítica a análise de conteúdo.
09	<i>Medos, mimos e cuidados - Leituras úteis para educar as mães: os guias maternos brasileiros</i>	Os conteúdos dos guias maternos publicados no período de 1919 a 1957	Quais os espaços que os guias maternos ocuparam no processo de difusão de práticas higiênicas ao abranger o cuidado com o corpo infantil e com a	Este trabalho é uma pesquisa de caráter documental que tem como corpus os guias maternos produzidos na primeira metade do século XX, no

	(1919-1957).		educação da criança baseadas nas recomendações médicas?	qual utiliza como campo de análise a História Cultural de Roger Chartier e a noção de poder contida em Michel Foucault.
10	<i>O Instituto de Assistência à infância: saúde e educação da criança maranhense (1911-1922).</i>	A institucionalização da infância em São Luís por meio do Instituto de Assistência à Infância do Maranhão, no período de 1911 a 1922.	Em que contexto sócio histórico se deu a implantação e a trajetória do Instituto de Assistência à Infância do Maranhão de 1911 a 1922?	Utilizaram-se os pressupostos teórico-metodológicos de análise documental (LE GOFF, 2003), trazendo à reflexão o campo médico (BOURDIEU, 1989), a higiene (PEIXOTO, 1923), a infância (ÀRIES, 1981) e instituição (SAVIANI, 2007).
11	<i>Mulher e criança: ambivalência de dois mundos ditados por especialistas em artigos de revistas destinadas ao grande público entre os anos de 1940 a 1950.</i>	Os textos em forma de artigos, produzidos em seções destinadas às mães em revistas voltadas ao grande público entre os anos de 1940 a 1950, tais como as revistas: <i>FonFon</i> ; <i>Vamos Ler</i> e <i>A Cigarra</i> .	Quais são as representações da mulher e da mãe nas revistas <i>FonFon</i> ; <i>Vamos Ler</i> e <i>A Cigarra</i> ?	A pesquisa é qualitativa e histórica, que toma como fonte primária os artigos que compõem as referidas revistas, configurando uma fonte documental de 213 artigos que são descritos e analisados no que se refere às representações da mulher mãe.
12	<i>"Educação, autoritarismo e eugenia: exploração do trabalho e violência à infância desamparada no Brasil (1930-1945)".</i>	A educação brasileira entre 1930 e 1945 a partir de relatos de vida de cinquenta meninos "órfãos ou abandonados" sob a guarda do Juizado de Menores do Distrito Federal.	Quais os modos de vida que meninos "órfãos ou abandonados", retirados do Educandário Romão de Mattos Duarte, da Irmandade de Misericórdia do Rio de Janeiro e levados para uma propriedade privada em Campina do Monte Alegre/SP, levavam entre os anos de 1930 a 1945?	A pesquisa é qualitativa e histórica, em que a documentação utilizada na narrativa fez uso de fontes oficiais, midiáticas articulando-as aos registros de depoimentos orais na reconstrução do período.
13	<i>Entre "preceitos" e "conselhos": discursos e práticas de médicos-educadores em Ponta Grossa/PR (1931-1953).</i>	Os discursos e práticas de médicos-educadores (compreendidos também como "intelectuais públicos") em Ponta Grossa/PR entre 1931 e 1953	Quais os discursos higienistas expostos pelos médicos-educadores de Ponta Grossa/PR no período entre 1931 e 1953?	Pesquisa histórica, que se aporta nos conceitos de campo, profissão e capital simbólico. Os dados tomam informações contidas em dois grandes corpos documentais, constituídos pelas atas das agremiações médicas ponta-grossenses e pelo jornal Diário dos Campos.
14	<i>Medicina, Corpo e</i>	O aparecimento do corpo na história da	Investigar o aparecimento do corpo na história da cultura	Trata-se de uma pesquisa teórico-bibliográfica,

	Educação.	cultura ocidental, bem como as transformações daí decorrentes no contexto hospitalar, na experiência e no discurso dos profissionais da saúde a partir do final do século XVIII.	ocidental, bem como as transformações daí decorrentes no contexto hospitalar, na experiência e no discurso dos profissionais da saúde a partir do final do século XVIII.	embasada em Michel Foucault e outros interlocutores foucaultianos para compreender a Idade Moderna e a medicina.
--	-----------	--	--	--

Elaboração: Jacqueline Guimarães (2015) com base no banco de dissertações e teses da CAPES

Nos aspectos teórico-metodológicos, verifica-se que as 14 (quatorze) teses são da perspectiva histórica, em que 09 (nove) se referem ao século XX, 04 (quatro) situam o seu objeto em finais do século XIX e início XX e uma centra-se no século XVIII (a **tese nº 32**). Nestas encontramos pesquisas que tratam sobre os discursos médicos e as suas influências nas representações da infância, bem como passam a moldar um modelo de educação (**tese nº 03, 08, 13 e 14**).

As **teses nº 02, 09 e 11** ao problematizarem a imagem construída sobre a mulher de meados do século XX, trazem contribuições para o campo da história da educação e da história da infância, haja vista que na busca de construir um país desenvolvido, civilizado e higienizado, e também uma infância saudável e robusta, ou melhor, eugenizada, as *mulheres-mães* foram o público-alvo das orientações da medicina eugenista e higienista brasileira, nos quais eram percebidas enquanto guardiãs do lar, da família e conseqüentemente da nação.

Verifica-se também que poucos trabalhos, que são pesquisas de caráter histórico, indicam a perspectiva analítica utilizada para a análise dos seus respectivos *corpus*, tais como as **dissertações nº 12, 18 e 26** e as **teses nº 07, 09 e 10**. A primeira dissertação esclarece que se pautará nos pressupostos da história cultural e nos estudos foucaultianos; já a segunda indica que utilizará o conceito de representação de Roger Chartier. As **teses 07 e 09** possuem em comum o fato de adotarem para análise os conceitos e pressupostos foucaultianos.

Em síntese, observa-se sobre as teses e as dissertações que:

- A maioria das pesquisas que parte da perspectiva da história da educação, tendo como objeto as intervenções dos médicos higienistas seja na educação por meio de orientações de cuidados com a criança ou por meio de manuais voltados para as mulheres-mães e que buscavam dar conta das práticas das amas-de-leite e das parteiras, toma como perspectiva analítica a História Cultural de Roger Chartier ou de outros autores.

- Quanto à análise do discurso observa-se a constância da utilização dos pressupostos de Michel Foucault, que mesmo não sendo citado diretamente na metodologia, mas se faz presença ao longo da construção analítica de tais pesquisas. Identificou-se somente uma pesquisa que parte da perspectiva analítica bakhtiniana (dissertação nº 26);
- A presença da perspectiva teórica História das Ciências, nos trabalhos que se detém diretamente na história da medicina no Brasil;
- A maioria das pesquisas concentra-se no período do século XX, sendo poucos os que tentam retomar o século XIX¹³⁰;
- São ínfimas pesquisas que adotam o uso de um único documento como *corpus* de suas pesquisas, no qual a maioria dos trabalhos utiliza como fonte primária e secundária as teses de medicina e os jornais, havendo poucos trabalhos que utilizam revistas como fonte principal em pesquisa documental;
- São pesquisas, em sua maioria, realizadas nas/sobre as Regiões Sudeste e Sul do Brasil, no qual encontramos três trabalhos da região nordeste (duas dissertações e uma tese) e dois trabalhos da região norte (duas dissertações do estado do Pará);

A partir deste panorama, demonstramos a importância desta pesquisa de tese no Programa de Pós-graduação em Educação que visa analisar, a partir das concepções bakhtinianas, os discursos produzidos pelos médicos do estado do Pará sobre a educação e os cuidados com a criança da Amazônia paraense, materializados na revista “Pará-Médico e nas *Teses de Doutorado ou Inaugurais*”, no período de 1915 a 1955.

¹³⁰ É necessário esclarecer que as pesquisas que tomaram como recorte temporal historiográfico o século XIX são trabalhos que tratam da medicina do Rio de Janeiro e da Bahia, cidades em que se instalaram as primeiras faculdades de medicina do Brasil, portanto tornando possível tal investigação. Além do mais não há como desconsiderar que peças como artigos, revistas, relatórios e teses ainda se encontram em bom estado de conservação, graças às iniciativas dos gestores responsáveis pelo patrimônio histórico dos referidos estados.