

MARIA STEPHANOU

# TRATAR E EDUCAR

DISCURSOS MÉDICOS

NAS PRIMEIRAS DÉCADAS DO SÉCULO XX

VOLUME I

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação  
em Educação, Faculdade de Educação,  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul,  
como requisito parcial para a obtenção do título  
de Doutora em Educação

Prof.<sup>a</sup> Orientadora Dr.<sup>a</sup> Marisa Faermann Eizirik

Porto Alegre / RS  
1999

**DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO-NA-PUBLICAÇÃO (CIP)**  
**BIBLIOTECA SETORIAL DE EDUCAÇÃO DA UFRGS, Porto Alegre, BR-RS**

S827t Stephanou, Maria

Tratar e educar : discursos médicos nas primeiras décadas do século XX /  
Maria Stephanou. - Porto Alegre : UFRGS, 1999.  
2 v.

Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade  
de Educação. Programa de Pós-Graduação em Educação.

1.Educação. 2.Saúde. 3.Medicina social. 4.Análise do discurso. 5.História  
da Educação. 6.Rio Grande do Sul. 7.Foucault, Michel. I.Título.

CDU 371.7(091)(816.5)

## RESUMO

---

A investigação, inscrita no campo da História da Educação, problematiza a emergência da educação como tema e problema nas práticas discursivas da Medicina social das primeiras quatro décadas do século XX, especialmente no Rio Grande do Sul, naquilo que dizem e no modo como operam em relação ao educativo. No período, os discursos médicos sobre Educação foram sendo elaborados, explicitados, confrontados com outros discursos, do próprio campo médico e do campo educacional. Emergindo sob diferentes discussões e situações, que dão conta da relevância das mudanças que se operam na Medicina, notadamente uma medicina social ancorada na Higiene como ciência sanitária, tais mudanças assinalam novos discursos sobre o ethos médico e sua função social, em especial seu papel como educador. Não se restringindo às práticas discursivas, o estudo se detém em descrever e examinar processos educativos encetados pela medicina para educar crianças, jovens e a população como um todo. Das escolas por meio da inspeção, dos exames médicos e do ensino de higiene à educação sanitária mais ampla por meio dos manuais de saúde e da propaganda sanitária, os discursos médicos propunham-se a ensinar como cada um deveria voltar-se para si mesmo a fim de autogovernar-se almejando tornar-se saudável. Trata-se de uma pesquisa de caráter histórico, que se serve de uma estratégia analítica inspirada nas proposições de Michel Foucault, embora não exclusivamente, bem como de um amplo conjunto de fontes documentais, para examinar as práticas discursivas e não-discursivas da Medicina social. A produção de saberes e práticas discursivas no campo médico a respeito da Educação constitui um capítulo importante da forma como historicamente vimos produzindo práticas e concepções de educação. Dizendo de outro modo, nossas concepções pedagógicas foram informadas, indiscutivelmente, por um conjunto considerável dos saberes e discursos produzidos pela medicina (pre)ocupada com as questões educativas.

# RÉSUMÉ

---

L'investigation, inscrite dans le champ de l'Histoire de l'Éducation, tache de résoudre l'émergence de l'éducation comme thème et problème dans les pratiques contenues dans les discours de la médecine sociale, à respect dont on parle et de la façon comme on travaille envers l'éducatif. Dans la période, les discours médicaux sur l'éducation ont été élaborés, explicités, confrontés avec d'autres discours, appartenant au même champ de la médecine et au champ de l'éducation. En émergeant sous différentes discussions et situations qui rendent compte du relèvement des changements qui succèdent à la médecine, notamment une médecine ancrée dans l'Hygiène comme science sanitaire, tels changements signalent de nouveaux discours sur l'éthologie médicale et sa fonction sociale, spécialement son rôle comme éducatrice. Sans se restreindre aux pratiques envisagés par le discours, l'étude s'arrête en décrivant et en examinant de procédés éducatifs inaugurés par la médecine pour élever les enfants, les jeunes et le peuple comme un tout. Des écoles, au moyen de la surveillance, des examens médicaux et de l'enseignement d'hygiène jusqu'à l'éducation sanitaire plus ample, au moyen des manuels de santé et de ta propagande sanitaire, les discours médicaux se proposent à enseigner comment chacun devrait retourner à soi-même pour s'autoguides désirant avoir une bonne santé. Il s'agit d'une recherche de fond historique, qui se sert d'une stratégie analytique inspirée dans les propositions de Michel Foucault, néanmoins ne pas exclusivement ainsi comme un ample rassemblement de sources documentaires, pour examiner les pratiques qu'embrassent les discours et en-dehors des discours de la médecine sociale. La production de savoirs et pratiques de discours dans le champ de la médecine par rapport à l'éducation forme un chapitre important de la méthode comme nous avons vu dans l'Histoire produisant de pratiques et conceptions d'éducation. En disant d'autre mode, nos conceptions pédagogiques ont été informées, indiscutablement, par un rassemblement de savoirs et discours produits par la médecine préoccupée avec les questions éducatives.

## DEDICATÓRIA

---

Aos meus filhos

LUCAS e JÚLIA,

que aos poucos foram percebendo que a construção desta tese era também  
um momento em que eu estava descobrindo a mim mesma,  
pelas lições de espera paciente e pela escuta sensível que tiveram  
em tantos momentos de angústia,  
pelos semblantes tranqüilos que eu espiava nas madrugadas antes de descansar,  
para que todos os dias pudesse lembrar o quanto eram minha motivação,  
dedico este trabalho:

São eles "A Coisa Mais Maior De Grande" dessa minha vida.

E para Alceu

Que é a fonte inspiradora de uma pulsão desejante  
que acalentou a vida para esta tese.

Só mesmo Djavan para me emprestar palavras:

"Por você de tudo farei  
Te quero demais, você sabe tudo, tudo é atitude  
Até o mar que é a vida do pescador  
Esse mar eu te dou  
Diga o que é que eu sou prá você  
Se sou pouco ou nada  
Não me diga nada  
Magoar prá quê?

Até porque eu não saberei viver sem você.

Longe de ti, dias sem céu  
A refletir nos olhos meus  
Casas sem cor, nenhum lugar  
Que eu queira ir ou passar  
Se você não está ali, prá me abalar  
Com sua doce visão,  
As mãos frias de amor  
Aquecendo as minhas mãos  
Dono da luz  
Que invadiu meu coração."

## PREFÁCIO

---

Viver a experiência da tese, especialmente de sua escrita, é viver a ordem turbilhonante do pensamento. Muitas coisas emergem, lacunas, o sentimento de nunca “estar no ponto”, as alegrias das descobertas, uma secreta comemoração dos textos que vão se somando, um misto de saudades do momento final e combate constante a uma vontade irresistível de interromper tudo e ir tomar um sol lá fora ...

Da janela desse mezanino em que o mundo de minha existência - mesa, discursos, livros, rascunhos, computador e telefone – havia se instalado, dessa janela, via um outro mundo que passava depressa e não esperava que eu terminasse a tese... Quantas vezes pensei no quanto teria de correr para alcançá-lo? Para por em dia as atenções que não dediquei, as convivências a que me furtei e adiei incessantemente para outro momento, os amigos de passagem que não pude receber, as sessões de defesa dos colegas que não pude assistir, encontros com alunos e alunas com quem gostaria de conversar mais e que não foram possíveis...

E, bem aqui, nesse mezanino, um mundo me habitava: as escolas, os gabinetes médicos, as aulas inaugurais e formaturas da Faculdade de Medicina, os manuais de saúde, as atenções com a higiene, os cartazes, um mundo que parecia distante, mas que tão próximo se fazia em meu pensamento e em minha memória: as tramas do humano se produzindo nos discursos, lombadas de coleções, biografias médicas, fotografias, registros dos dias da pesquisa empírica agora desfilavam em forma de imagens de um caleidoscópio: belas formas...

Mas era preciso produzir o texto e foi, então, que pude me dar conta do quanto este foi/tem sido um desafio em que me enfrentei comigo mesma, a cada dia, e em que fui descobrindo meus avanços, incertezas, inscrições numa trajetória acadêmica, desconhecimentos e aventuras do pensar.

Torcer para que o trem do mundo passasse novamente por minha janela foi o que fiz. Para isso, pedi a muitos dos passageiros, afetos dos mais queridos, lembrassem sempre de um lugar para mim nessa viagem e pudessem gritar alto

quando, ao fim, eu novamente pudesse embarcar. São a eles que gostaria de lembrar agora e agradecer do mais fundo que houver na alma.

À Marisa Eizirik, minha inspiração de *mestre*, orientadora e, sobretudo, amiga incondicional. Primeiramente pelo gesto do acolhimento que marcou nossa primeira aproximação e pela generosidade: um coração cálido para me receber, suportar meus impasses, minhas demoras, não me deixar desistir nem sucumbir às invejas e desamores. Por não forçar a barra, respeitar contingências de tantos anos, dos alagamentos às armadilhas do cotidiano. Por incentivar que o doutorado fosse um momento profundamente formativo, impulsionando-me sempre para a frente, convidando-me para parcerias e novos desafios. Pelo rigor e a sensibilidade em mostrar caminhos, guiar-me por autores e conceitos, respeitar um pensamento inquieto e hesitante, só posso dizer do quanto isso tudo foi tornando esta tese possível e que palavras são pequenas para expressar meu reconhecimento e estima.

À Marga, Margareth Rago, que oportunizou um novo e inusitado mergulho numa História inquieta, quando do doutorado sanduíche na Universidade Estadual de Campinas, em 1997 e 1998, quero manifestar a importância dos movimentos de desassossego e de reinvenção que foram provocados em nossos encontros e trocas.

São muitos os encontros e desencontros de um tão longo trabalho de tese. Alguns colegas foram especiais no olhar que dirigi às fontes, ou nos cuidados teóricos que sugeriram e nas possibilidades concretas de recursos, equipamentos e espaços de pesquisa, que juntos fomos instaurando: ao Nilton Bueno Fischer, que abriu portas preciosas para a sustentação da pesquisa e que sempre investiu em nossa amizade e coleguismo; à caríssima Julieta Desaulniers, amiga de muitas parcerias e escutas, pela aposta contínua, pelos ousados desafios e pelas lições do quanto era preciso assumir minhas incompletudes, nunca duvidando que um dia eu conseguiria chegar lá, um registro especialíssimo.

Beatriz Fischer, querida Bea, muito o que dizer para palavras que pouco dão conta... É dessas amigas de sintonias finas, sutilezas de quem entende muito as coisas de família, mãe, mulher, professora, com quem aprendi sabedorias de aulas e vida, e que em palavras meigas confortavam minha alma em noites de cansaço e desânimo. Foi de uma disponibilidade incansável na ajuda às aulas da Pedagogia, tão crucial

nestes meses finais. Através dos fios que teceu em sua tese, que li com carinho e atenção, pude aprender um jeito de ir dizendo e fazendo as reflexões ...

Marie Jane foi amiga decisiva, compreendendo minhas limitações e as atribuições da vida, não aceitando nunca a desistência, convidando-me a crescermos juntas, apesar de tudo e de muitos... Persegui algumas coisas obstinadamente pelo exemplo, pelo incentivo e pela sua espera ansiosa. Nunca faltou comigo naquelas ajudas cruciais.

Cida Bergamaschi, encontro cultivado destes últimos tempos, pela disponibilidade constante, palavras amigas de encorajamento e que, junto a Fernando e Simone, colegas que se dispuseram a assumir meus encargos docentes para que eu pudesse concluir o trabalho e que me deram uma força com aulas/alunos, avaliando a importância do doutorado também para nosso grupo de trabalho, espero retribuir na mesma medida, apostando também na importância da formação que estão empreendendo.

Outras colegas e amigas foram marcantes numa trajetória de muitos espelhos e imagens: Maria Helena Bastos, apoios constantes, generosidade na indicação de materiais preciosos, escuta sensível nos longos papos das viagens; Bela Dalla Zen, incentivo e compreensão, força especial na leitura da proposta de tese; Lúcia Peres, Bel Petry, Tota, e-mails iluminados e preciosos para vencer os “300 metros finais”!! À Roseli, pela delicadeza em me conduzir ao poema de Drummond...

Uma menção muito especial ao pessoal do Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, à coordenação, Prof<sup>a</sup>. Margarete Axt, e muito especialmente a Marisa Rolim, Mary Ignez e Cecilia, mas também aos demais, meu enorme obrigada pelos auxílios prestimosos, tolerâncias e incentivos para terminar esta etapa tão alongada de minha presença por ali, que todos acompanharam desde o tempo em que éramos colegas.

Lembrança importante dedica-se às/aos bolsistas que, em diferentes momentos, por todos esses anos puderam partilhar comigo desafios e tarefas da investigação: Marcia, Cristiane, Vera, Cleusa, Andrea(s), Anelda, Edenilson, Luciane, Fabrícia, Adriana, Luíza, Marcelisa, Ana Cristina. Mas especialmente Quézia e Alessandra, com suas alegrias, disponibilidades constantes e competências

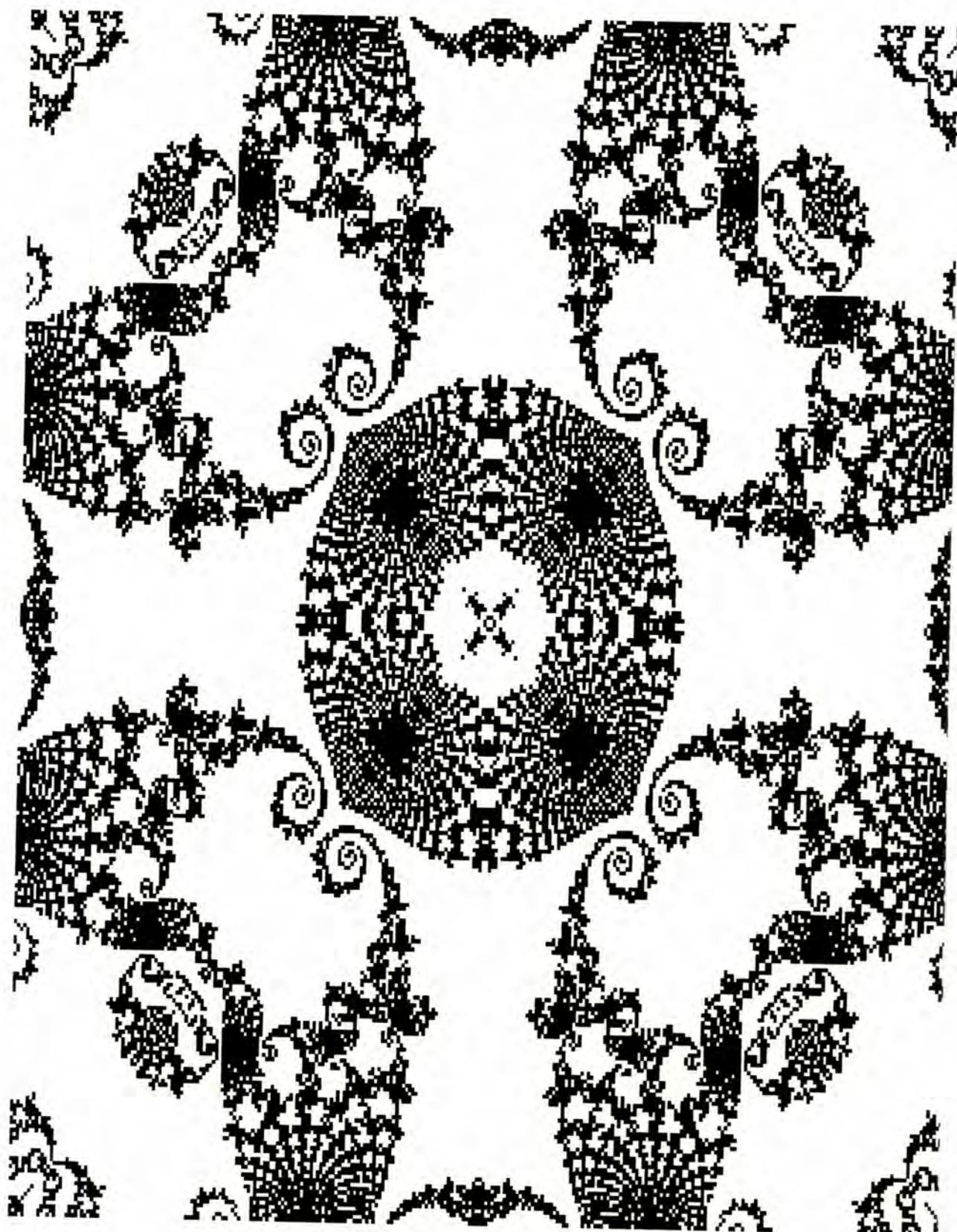
responsáveis, fizeram-se presentes na urgência desses meses finais, a quem agradeço muito a incansável ajuda.

Registro ainda apoios institucionais e logísticos fundamentais para a realização da tese, aos quais sou grata: ao Pró-Reitor de Pós-Graduação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Professor José Carlos Hennemann, que compreendendo a importância da qualificação de docentes desta Universidade, intercedeu pessoalmente em meu favor para a concessão de bolsa que viabilizasse um doutorado sanduíche, bem como em criar condições institucionais para um breve afastamento, e à CAPES pela bolsa doutorado sanduíche no país entre outubro de 1997 e setembro de 1998, experiência que qualificou substancialmente a formação de doutorado em seu conjunto. Ao pessoal da UNICAMP, especialmente da Biblioteca do IFCH e turmas do xerox, apesar das brincadeiras com meu sotaque, mas que sempre deram a “mór força”, thank you. À amiga Fábria, reencontro e acolhida em Barão Geraldo, Campinas, agradeço pela agradável companhia nos dias longe de Porto Alegre.

À Carmem Maria Teixeira, pela competência e dedicação, mesmo em meio às ventanias e adversidades, agradeço pela revisão de todo o texto da tese.

Mas é preciso ter fôlego, ainda, e muita inspiração para um reconhecimento profundo: a meu pai, Jean Maurice Stephanou, a quem segui trilhas e pegadas de um modo de ser intelectual, leitor, inquiridor do presente, crítico do passado, em quem, mesmo sem que o saiba, venho me inspirando todos esses anos. Bem, é chegado o momento de, afinal, dizer que “quando eu passava correndo e gritando em brincadeiras pela sala, no momento de seu estudo, eu estava a mirar um espelho para a minha vida”.

Porto Alegre, novembro de 1999.



TRATAR E EDUCAR

---

# O OUTRO

Carlos Drummond de Andrade

Como decifrar pictogramas de há

Dez mil anos

Se nem sei decifrar

Minha escrita interior?

Interrogo signos dúbios

E suas variações calidoscópicas

A cada segundo de observação.

A verdade essencial

É o desconhecido que me habita

E a cada manhã me dá um soco.

Por ele sou também observado

Com ironia, desprezo, incompreensão.

E assim vivemos, se ao confronto

Se chama viver,

Unidos, impossibilitados de desligamento,

Acomodados, adversos,

Roídos de infernal curiosidade.

# SUMÁRIO

---

## INQUIETAÇÕES, p.1

1. Do presente à investigação, p.1-17
2. Expressividades do discurso, p. 17-24

## TRILHAS, p. 25

1. Trajetória, p. 25-33
2. Traçados e aproximações, p. 33-74

## DISPUTAS, p. 75

### No Campo da Medicina, p. 75-78

1. Missão, sacerdócio, ciência, p. 79-93
2. Terapêutica x Profilaxia, p. 93-102
3. Clínicos x Higienistas, p. 102-108
4. Desígnios, p. 109-118
5. A Higiene, p. 118-127

### No Campo da Educação, p. 128-131

1. Saúde e Educação, p.132-144
2. Hereditariedade e Educação, p.145-159
3. Discurso científico, p.159-169
4. Críticas e proposições, p.169-179

## TRAMAS, p. 180

1. A Escola, p. 180-189
2. A Inspeção, p. 189-205
3. O Exame, p. 205-235
4. O Ensino, p. 235-272
5. As Dimensões, p. 272-303

## TODOS E CADA UM, p. 304

1. A Educação sanitária, p. 304-308
2. As Atensões, p. 308-318
3. Urbanidade e manuais, p. 318-330
4. Saúde e urbanidade, p. 330-366
5. A Propaganda, p. 367-396

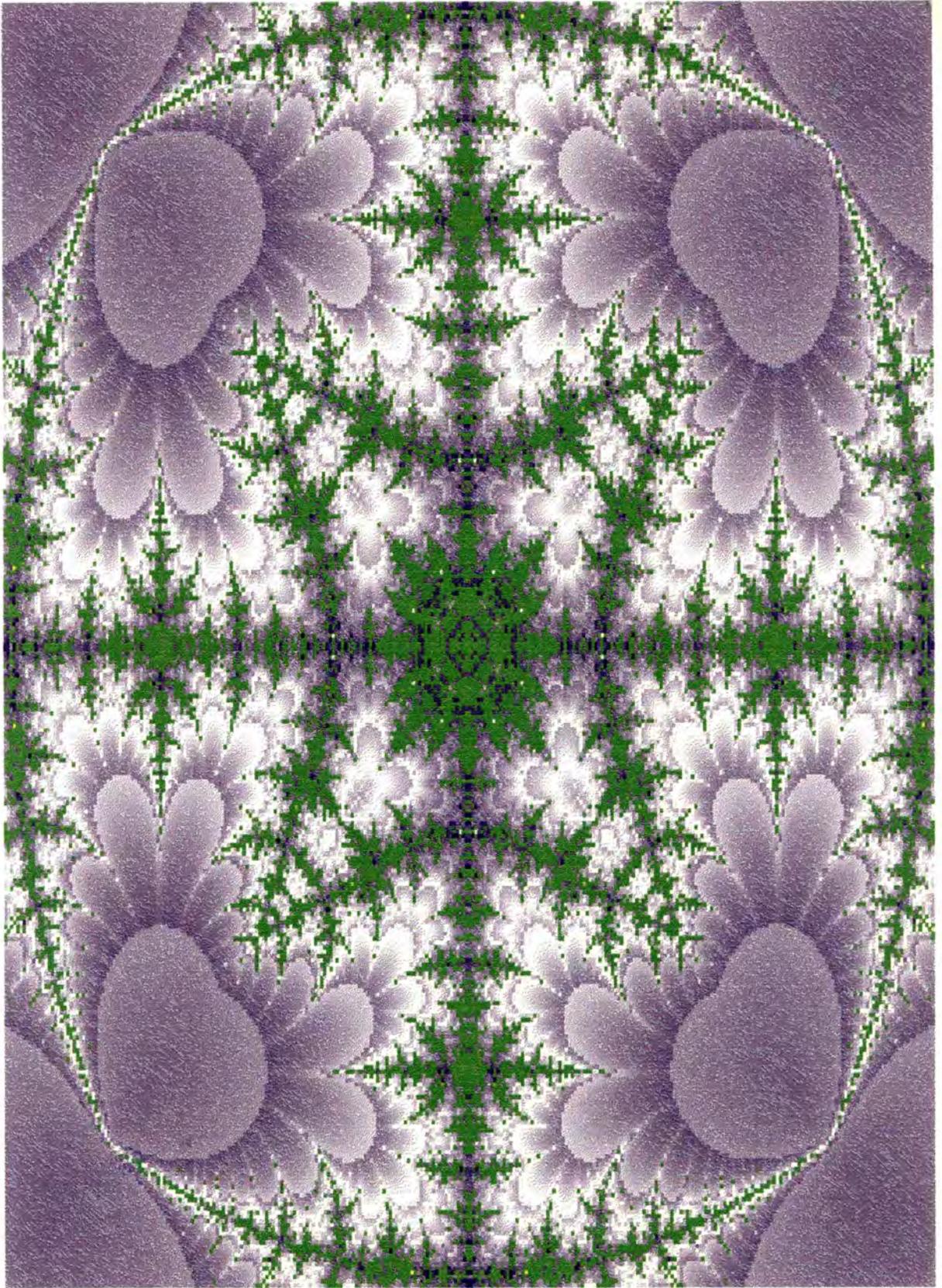
## CALEIDOSCÓPIO, p. 397-419

Caminhos da Pesquisa, p. 420-425

Referências Bibliográficas, p.427-450

Anexos, p. 451

1. Ficha do Gabinete de Neuro-Psiquiatria Infantil, p.452-466
2. Cartazes de Propaganda Sanitária, p. 467-475



INQUIETAÇÕES

---

# INQUIETAÇÕES

---

## 1. Do presente à investigação

“Como numa oficina ou num laboratório, os objetos produzidos por uma pesquisa resultam de seu aporte, mais ou menos original, no campo onde ela se tornou possível. Remetem portanto a um ‘status quaestionis’, isto é, a uma *rede de intercâmbios* profissionais e textuais, à ‘dialética’ de um trabalho em curso (se, por ‘dialética’, se quer designar, como no século XVI, os movimentos de relações entre demarches diferentes e um mesmo cenário, e não o poder conferido a um lugar particular de totalizar ou ‘superar’ essas diferenças). Vendo as coisas deste ponto de vista, os ‘objetos’ de nossas pesquisas não podem ser destacados do ‘comércio’ intelectual e social que organiza as suas distinções e os seus deslocamentos.” (Michel de Certeau, 1994, p.109-110)

A história dos discursos médicos na sociedade moderna, dos processos de medicalização do social ou de socialização da Medicina, ou ainda, das práticas disciplinares e de higienização no campo educativo, conta já com muitos e consistentes estudos. Mesmo assim, a História da Medicina parece longe de estar concluída. Os indícios que mostram a atualidade de outras tantas problematizações a respeito dessa história proliferam em nossos dias quando procuramos compreender: a

exacerbação de uma cultura do corpo, o império dos regimes alimentares, os estados de medo provocados por doenças contagiosas e sem uma terapêutica eficiente, como a aids, a busca pela saúde total como forma de protelar ao máximo a velhice, o ascenso das psicoterapias, as demandas das escolas pela atuação médica no âmbito da educação sexual e mental, o predomínio das teorias psicogenéticas no campo da aprendizagem, enfim, as muitas explicações e orientações que crescentemente demandamos da ciência médica, seja quanto à nossa individualidade, seja quanto aos nossos problemas coletivos.

Em diferentes práticas e lugares vem se produzindo este reconhecimento da medicina como ciência capaz de apontar para o futuro. A pesquisa genética desce até a particularidade mais íntima: o código genético, único, sem qualquer homologia com outro, e que identifica o indivíduo vivo em seu tempo e em seu futuro. Explica a cada um seus modos de ser e comportar-se, que até então sequer se suspeitava porque se faziam assim: respostas nos genes.

Lucien Sfez faz notar que em nossos dias o inimigo não está mais somente no exterior, para ser combatido ou civilizado. Não é mais o selvagem, o negro, o judeu, o burguês. O inimigo está dentro de nós, na cidade poluída, nos nossos genes (persistência da hereditariedade inexorável?), na camada de ozônio, na droga, no colesterol anônimo, e quem o combate é a tecnociência onipotente. A perfeição é a saúde individual. O diabo está em nós: a droga, a depressão, quem sabe o problema dos sem teto está nos nossos genes. Os problemas são medicalizados, neutralizados, nos dois sentidos da palavra (1996).

Já dizia Benjamin que “a história é o objeto de uma construção cujo lugar não é o tempo homogêneo e vazio, mas um tempo saturado de ‘agoras’” (1940/1987, p.229). A proliferação desses indícios da incisiva presença da medicina não falam por si só e não podemos atribuir a essa quantidade de referências uma importância que responda a seu próprio sentido. Entretanto, eles apontam para a atualidade de investigações que se voltem, ainda, à História da Medicina, buscando compreender como vem se engendrando a centralidade que esse campo de saber/poder possui em nossos dias e em nossas vidas. Como sucede que os discursos médicos se façam tão presentes para decifrar as causas de nossas ações? Ou, que sejam tão intensos no

conhecimento que temos de nós mesmos e nos cuidados que dispensamos para manter nossa saúde, nossa “normalidade”, nossa higiene física e mental, tão (re) inventadas nesses tempos vividos como de caos e de conturbações de toda ordem?

Como sugere Bachelard, antes de mais nada, “para o conhecimento, a realidade se manifesta em sua função essencial: *fazer pensar*”(1974, p.250). O exercício de pensamento que me propus, imersa nesse espaço de saber e de verdade a que acenei em breves lances, e a partir de minha experiência como historiadora envolvida há alguns anos em problematizar os fenômenos inscritos no campo educacional, foi o de pensar, no âmbito da História da Medicina, as imbricações dos discursos e dos saberes médicos com a Educação, em outras palavras, uma história ✕ das atenções médicas ao educativo nas primeiras décadas do século XX no Brasil.

✕ Ao reportar-me aos indícios da marcante presença da Medicina em nossa cultura pensava no quanto os discursos que hoje nos mobilizam remetem ao tema de meu estudo: Era uma vez? De que tempo mesmo estou falando? Tempos que parecem nada distantes e ... até muito presentes. Que tempos? Quais proximidades? O tempo dos discursos médicos das primeiras décadas do século, próximo dos discursos de nosso tempo? Ou, inversamente, nossas indagações contemporâneas, informadas, sem dúvida, pelos discursos médicos, próximas das questões formuladas pela discursividade médica das primeiras décadas do século? Como “*pensar o outro no tempo de nosso próprio pensamento*”, como instiga Foucault (1995, p.14)? Teriam esses discursos se impregnado de tal forma em nossos modos de pensar, ou se inscrito numa “política geral de verdade” que mesmo agora, passados 70, 80 ou 90 anos, ainda operam como decifreadores dos dramas que vivemos?

Trata-se, nesse sentido, de pensar como vimos nos constituindo no que somos, de maneira que os discursos médicos se fazem presentes em nosso modo de pensar o mundo e nós mesmos. Ou ainda, como a discursividade da Medicina vem se fazendo presente em nossa vida, em diferentes tempos e através de diferentes práticas educativas, produzindo nossas subjetividades, os sentidos de salvação, cura, cuidado, moral, beleza e higidez, dentre outros, que buscamos incessantemente, apoiados na ciência médica.

Propor à História uma análise dos modos como se tem constituído a subjetividade<sup>1</sup> moderna, é inscrevê-la no espaço das tramas do humano. “O historiador procura fazer compreender as tramas. Como se trata de tramas humanas, e não, por exemplo, de tramas geológicas, os resultados serão humanos”, afirma Paul Veyne (1982/1992, p.52). Esse humano aqui problematizado não se refere ao retorno a um sujeito unitário, essencialista, concebido no espectro de um atomismo social. Mas um humano que é sujeito de relações: dessas múltiplas, que procurei brevemente mapear e de tantas outras, nas quais a Medicina nos agencia e produz em nós um modo de conduzir nossas vidas. Uma História que reclama o desafio de mostrar “como são as relações de sujeição efetivas que fabricam sujeitos” (Foucault, 1976/1999, p.51), especialmente nas intersecções do médico com o educativo. Ou ainda, como indica Certeau, uma análise histórica que

“mostra antes que a relação (sempre social) determina seus termos, e não o inverso, e que cada individualidade é o lugar onde atua uma pluralidade incoerente (e muitas vezes contraditória) de suas determinações relacionais.” (1996, p.38)

✕ É para uma subjetividade marcada pelas relações e atenções à saúde e à higiene que se volta meu olhar para a História. As concepções do que entendemos por *higiene e saúde*, seja ela física, mental e moral<sup>2</sup> têm sido problematizadas há algum tempo, procurando-se demonstrar o caráter cultural e histórico que as preside, bem como as relações de poder e de saber que as engendram.

Mesmo assim, podemos perceber uma significativa retomada das discussões acerca da higiene e da saúde, diante das ameaças e riscos a que nos encontramos presentemente expostos: cinturões de miséria nas cidades, nos quais as condições de higiene são precaríssimas, incidindo expressivos índices de mortalidade e morbidade;

<sup>1</sup> Entende-se subjetividade como a *relação consigo*, que se estabelece através de uma série de procedimentos que são propostos e prescritos aos indivíduos, em todas as civilizações, para fixar sua identidade, mantê-la ou transformá-la em função de um certo número de fins (Eizirik, 1997, p.42).

<sup>2</sup> Como será explorado no decurso da tese a ideia de higiene ou saúde moral é recorrente nos discursos médicos examinados. Vigarello (1988, p.151) indica um processo de moralização da higiene, em especial a partir do final do século XIX. Combinações higiene/saúde/moral, de certa maneira, encontram-se presentes na discursividade da medicina contemporânea, fortemente associadas à aids.

degradação do meio ambiente ameaçando a saúde do planeta; ressurgimento de doenças altamente infecciosas e letais, outrora erradicadas, que se alastram assustadoramente.

Em artigo de periódico nacional de grande circulação, o tema da higiene foi retomado no contexto de uma metáfora que sugere uma “guerra” travada pela Medicina<sup>3</sup>. Mais grave ainda tem sido apresentada a problemática “doença e morte” associada à aids<sup>4</sup> e que retoma as prescrições quanto à necessidade de uma saúde sexual e moral.

Showalter, ao analisar a idéia de anarquia sexual associada aos períodos de *fin de siècle*, procura mostrar como a sífilis, no final do século XIX, e a aids, neste final do século XX, ocupam posições semelhantes como “doenças que parecem resultar de transgressões sexuais e que geram pânico moral”(1993, p.243). A autora indica, para ambas as situações históricas, a proeminência dos médicos tanto na análise quanto no encaminhamento de soluções. “Os médicos descrevem a aids no linguajar de uma catástrofe de final de século, numa constante atualização das estimativas do número de pessoas contaminadas e dos custos astronômicos do tratamento” (Ibid., p.248-249).

---

no que tange ao desregramento das práticas sexuais e, por exemplo, quanto aos papéis de homem e mulher nessas relações.

<sup>3</sup> “Apesar de todo o aparato que a medicina dispõe para manter o homem vivo, a ciência ainda não conseguiu vencer inimigos microscópicos (...) Vírus, bactérias e outros microorganismos continuam a matar em todo o mundo (...) A tuberculose, a malária e até mesmo a pneumonia não só resistem como recrudescem. Vários fatores contribuem para que essa guerra não termine. O aumento da pobreza é um dos mais importantes. Junto com a miséria, caminham péssimas condições de higiene, nutrição e saneamento.” Também os aglomerados urbanos são destacados entre outros motivos. In: GULLO, Carla e PEREIRA, Cilene. A ameaça invisível. *Isto é*. São Paulo, nº 1392, p.36-40, 05/06/96 (grifos meus).

<sup>4</sup> Para exemplificar brevemente esta discursividade ameaçadora, destaco um artigo que trata do impacto que o avanço desenfreado da aids vem produzindo. Estudos recentes demonstram que a meta mundial de baixar a mortalidade infantil encontra-se seriamente ameaçada, pois embora as taxas de óbitos por desnutrição ou diarreia venham diminuindo, as pesquisas estimam para 2010 um aumento significativo na mortalidade infantil em função da aids. “Atualmente, mais de um milhão de crianças são portadoras do vírus HIV. E até o ano 2000 o mundo somará a triste cifra de três milhões de pequenas vítimas infectadas”. Pelas projeções, o Brasil terá dez mil crianças contaminadas. In: VITÓRIA, Gisele. Geração Ameaçada. *Isto é*. São Paulo, nº 1374, p.40-41, 31/01/96. A notícia encontra-se informada pelo discurso de infectologistas reconhecidamente competentes quanto ao assunto. Há uma proliferação destes discursos ameaçadores associados à aids, dos quais destacaria ainda um informe da Folha de São Paulo, de 16/07/1996, p.8, que indica que, internacionalmente, “a cada dia ocorrem 6000 novas infecções de aids, uma a cada 15 segundos...”.

De certa forma, quer parecer que quanto mais o tom apocalíptico do discurso médico exerce seus efeitos, enredando-nos em explicações que alimentamos e desejamos, mais assegura para si a legitimidade de apontar os caminhos da “salvação”. Não é de se estranhar a proliferação de discursos que sublinham a anarquia, a promiscuidade, o perigo da contaminação e o medo, aliás num contexto em que “os conservadores são rápidos em tomar para si a doença, no caso a aids, como uma arma em sua luta para restaurar os valores da castidade e da monogamia” (Ibid., p.245).

Diante disso, a crítica aos padrões higiênicos e às definições de saudável, considerados verdadeiros, parece não conseguir fazer frente à ofensiva dessa discursividade que, ameaçadoramente, anuncia a doença, a degradação da vida, a morte, ou ainda os prejuízos econômicos e humanos que a carência de asseio e de saúde, seja ela física, mental ou moral, vem produzindo. Da mesma forma, parece continuar inabalável uma autoridade historicamente delegada ao campo da Medicina para prescrever e normatizar possíveis alternativas a esses problemas, tal qual eles têm sido pensados e produzidos.

✕ Da mesma forma assistimos a uma retomada das discussões sobre saúde e sexualidade na escola envolvendo um amplo leque de questões: agressividade, aids, drogadição na adolescência, gravidez precoce, hiperatividade, educação especial de portadores de deficiência ou integração ao sistema de ensino regular, currículo de programas de saúde, a saúde da escola, dentre outros<sup>5</sup>, em que médicos, psicólogos e psiquiatras são convidados a emitir seus pareceres como especialistas em saúde, considerados por alguns como aqueles que muito têm a ensinar à escola e aos pais sobre como proceder com relação ao que parece fora da competência dos pedagogos. À escola é atribuída, por pais, professores, médicos, autoridades públicas, uma importância capital para prevenir ou controlar esses problemas, antecipando junto às crianças e jovens, possíveis distúrbios, desvios ou patologias.

Tem me parecido oportuno buscar um outro olhar para estas evidências. Uma perspectiva que não se enrede nos traços mais aparentes, em um positivismo de

---

<sup>5</sup> Ver a respeito a coletânea de artigos em Meyer (1998).

primeiro exame, como alerta Bachelard (1974, p.326). Ou ainda, com o cuidado de que não se tome um contra-efeito de superfície pelo acontecimento fundamental (Foucault, 1992, p.368).

Como sugere Larrosa, inspirado em Foucault,

“...o que é evidente não é senão o resultado de uma certa dis-posição do espaço, de uma particular ex-posição das coisas e de uma determinada constituição do lugar do olhar. (...) o que determina o olhar tem uma origem, depende de certas condições históricas e práticas de possibilidade e, portanto, como todo o contingente, está submetido à mudança e à possibilidade da transformação.” (1994, p.83)

Os discursos médicos, em seu conjunto disperso e descontínuo, possibilitaram que se instituisse uma verdade: a de que “a saúde constitui a riqueza maior que um indivíduo pode possuir”. Mas essa verdade se apresenta complementada nesse discurso: “sem educação não há como alcançar uma saúde completa, quiçá mantê-la”.

No espaço dessa verdade, naturalizamos conselhos, indicações, prescrições médicas que pautam atitudes e prometem levar à saúde e proteger do mal. Parece-nos que as orientações médicas podem produzir o duplo efeito que desejamos: de um lado, garantir a vitalidade de nosso corpo, mesmo às custas de tiranias e sacrifícios (dietas rigorosas, exercícios extenuantes, controle dos prazeres perigosos) e, de outro lado, e como consequência quase imediata, assegurar uma sociedade sadia, que não ameace nossa saúde e nossa integridade físico-mental. É preciso, então, que cada um cultive um regime de vida saudável em benefício pessoal e social. Não é fortuito que figurem abundantemente na mídia televisiva e na imprensa escrita, matérias médicas de autoria dos próprios médicos ou em que estes aparecem como entrevistados. Periódicos de grande circulação, revistas femininas, masculinas e aquelas voltadas ao público *teen* dedicam espaços fixos a consultas e ensinamentos de como proceder. Revistas especializadas, dedicadas à Educação, não raro incluem matérias em que os médicos são os protagonistas dos discursos que ensinam aos professores como proceder com a indisciplina, o consumo de drogas, as doenças sexualmente

transmissíveis, para retomar alguns exemplos citados acima. Qual o sentido dessa proliferação discursiva?

Gastaldo (1997) analisa uma tendência contemporânea de promoção da saúde, a *health education*<sup>6</sup>, caracterizando-a como estratégia que visa prover informações, prevenir doenças e promover saúde em indivíduos, famílias ou grupos. A autora destaca a importância da ação da *health education* que incide tanto sobre a população inteira quanto sobre indivíduos, fomentando estilos de vida saudáveis, a fim de assegurar um regime de saúde total. Entre outros aspectos, a análise indica que a responsabilidade pessoal e a autodisciplina sustentam o estilo de vida saudável propugnado pelas iniciativas que se agrupam sob esta denominação, o que “parece ser a mais eficaz técnica de poder na sociedade moderna” (Ibid., p.7).

Além das práticas de auto-cuidado como tecnologias de poder, que aqui interessam particularmente, Gastaldo ainda salienta que através da *health education* tem-se confirmado, na atualidade, a importância dos médicos enquanto experts, profissionais que supervisionam minuciosamente o corpo e a alma de cada um dos integrantes de grupos, e por extensão, da população, possibilitando-lhes governar sob um novo estilo.

Para a autora,

“Focando corpos individualmente ou no corpo social, profissionais da saúde estão autorizados pelo conhecimento/poder científico a examinar, intervir e prescrever estilos de vida “saudáveis”. O olhar clínico é onipresente e aceitável porque seu objetivo é promover saúde ...” (Ibid., p.3)

A análise aponta ainda que nos dias de hoje o limite entre saúde e doença foi redimensionado, incorporando-se inclusive a noção de risco. Difunde-se a idéia de que as pessoas podem tornar-se a cada dia mais saudáveis e que uma mesma pessoa pode ser sã e doente ao mesmo tempo.

---

<sup>6</sup> A autora traduz como “Educação em Saúde”. Ver: GASTALDO, Denise. É a Educação em Saúde “saudável”? In: *Educação e Realidade*. Porto Alegre, v.1, n.1, jan./jun. 1997, p.147-168.

Ora, mas como estes entendimentos têm presidido nossas vidas? Quais foram e são ainda os mecanismos positivos que vêm produzindo a higiene e a saúde<sup>7</sup>? Como construímos essas noções e como elas passam a nos constituir como *sujeito*, “no sentido de assujeitado, submetido a outros através do controle e da dependência, e atado à sua própria identidade, pela consciência ou o conhecimento de si mesmo” (Foucault apud Eizirik, 1994, p.18)?

\* Enfim, instigada por todas estas indagações, propus-me a pensar nos processos educativos que sucederam aos indivíduos das primeiras décadas do século \* XX, no Brasil, mais especialmente no Rio Grande do Sul, informados pelo discurso médico que propunha orientar e educar a fim de constituir cidadãos (pre)ocupados com a saúde e a higiene. Em especial, perceber a emergência dos discursos médicos sobre Educação, a constituição de práticas médicas em escolas, e uma educação sanitária mais ampla, voltada ao conjunto da população das cidades. Com isso, dar conta do modo pelo qual o educativo se inscreveu no campo médico e, como parte de um mesmo processo, do modo pelo qual o discurso médico fez-se presente no campo educativo num determinado tempo-espaço em que se foi produzindo.

Ao lançar-me em uma pesquisa de caráter histórico não estou sugerindo um continuísmo das experiências presentes e aquelas do passado (um passado sempre presente?) que aqui são discutidas. Proponho que o problema seja recolocado numa dimensão histórica, que comporte descontinuidades e contemple a singularidade dos acontecimentos passados e presentes. Muito embora eu continue entendendo, como propõe Georges Duby:

“Para que escrever a história, se não for para ajudar seus contemporâneos a ter confiança em seu futuro e a abordar com mais recursos as dificuldades que eles encontram cotidianamente? O historiador, por conseguinte, tem o dever de não se fechar no passado e de refletir assiduamente sobre os problemas de seu tempo. (...) As pessoas que viviam há oito ou dez séculos não eram nem mais nem menos inquietas do que nós.” (Georges Duby, 1998, p.9)

<sup>7</sup> Não há uma higiene; não há uma saúde: há discursos sobre higiene e saúde, engendrados pelas práticas sociais, historicamente constituídas. Mecanismos positivos vêm produzindo, na modernidade,

As pessoas que viveram há 90 ou 80 anos também parece que não o eram..., sugere esta investigação.

Em suma, diante de fatos relacionados à higiene e à saúde, que se incorporaram ao cotidiano de nossas vidas e que se apresentam como *banais*, “cabe descobrir, ou tentar descobrir, os problemas específicos e talvez originais que encerram” (Foucault, 1990, p.96). Trata-se de sacudir as evidências, num processo de estranhamento frente às mesmas, complicando as racionalidades que presidem nosso tempo, problematizando nossas formas de pensar no espaço de verdade em que se encontram inscritas e em que foram historicamente produzidas.

Foucault sinaliza para a necessidade de um intenso trabalho junto às fontes empíricas próprias ao problema de estudo, bem como a importância de investigações de caráter histórico, buscando a partir delas não a confirmação de suposições já estabelecidas, como a hipótese repressiva que desconstruiu, tampouco generalizações e grandes sínteses, embora suas considerações se mostrem fecundas para nossos estudos presentes. Fecundas na medida em que recontextualizadas num objeto empírico e historicamente interrogado. Interrogação essa orientada pela perspectiva de um racionalismo aplicado, que se serve de uma teoria, não para utilizá-la sob a forma de uma mutilação do fenômeno, mas para capturá-lo sob um certo ângulo, para construí-lo.

Reporto-me à idéia de racionalismo aplicado como a concebe Bachelard. Para ele, o conhecimento não surge da absoluta ignorância, tampouco da observação dos traços aparentes e imediatos do real. Só as teorias são prospectivas: “sem teoria nunca saberíamos se aquilo que vemos e aquilo que sentimos correspondem ao mesmo fenômeno”(1974, p.165). Entretanto, ao repensar a importância da teoria, combatendo vigorosamente a fenomenologia, já que para ele não se trabalha sobre a realidade traduzindo-a textualmente, mas construindo-a enquanto objeto do conhecimento, as proposições bachelardianas alertam para perigosos desvios:

“...tão grande é a tentação da clareza rápida que às vezes nos apegamos apaixonadamente a seguir um esquema teórico sem relação com o fenômeno.” (Ibid., p.323).

Para empreender o exercício de pensamento que construiu esta tese, me servi de um conjunto de ferramentas conceituais<sup>8</sup>, de modos de proceder que me permitiram elaborar uma determinada estratégia analítica. Considerei que as proposições de Michel Foucault possibilitavam constituir uma “rede”, espécie de armadura instigante ao trabalho, embora não tenha me servido exclusivamente de suas contribuições teóricas e metodológicas, tampouco de muitas outras questões que sugere ao objeto de minha investigação. Busquei em Foucault “operadores”, ferramentas que pudessem auxiliar no processo de estruturar as experiências analisadas. Uma certa clareza operatória que permitiu transcender ao imediato, abrir espaço ao desconhecido e buscar uma leitura do passado. Ousei algumas “infidelidades” para responder aos muitos desassossegos que uma tese provoca. Fiz-me acompanhar de outras inspirações, outras dis-posições do olhar para dar conta da complexidade de relações de que se tece o objeto deste estudo. Como percebo essas ferramentas, um extenso inventário de suas designações e as provocações que suscitaram não têm sentido deslocadas do momento em que operam efetivamente na análise. Procuo discuti-las sim, lá onde teceram modos de ver e de analisar as problematizações que iam se constituindo. Penso tê-las evocado e indicado com pertinência ao longo do texto.

“Que seria uma razão sem possibilidade de pensar? A pedagogia da razão deve, pois, aproveitar as possibilidades do pensar. Deve procurar a variedade dos pensamentos, ou melhor, as variações do pensamento.” (Bachelard, 1974, p.245)

✱ Essa investigação consiste, nessa medida, em conceber que o imediato deve ceder ao construído (Ibid.). Há, assim, uma inspiração clara, numa certa forma de interrogar e num conjunto de estratégias analíticas de descrição ou ainda de elaboração de determinada forma de problematização, fortemente marcada pela obra

---

<sup>8</sup> Optei por explicitá-las ao longo do texto, quando evocadas ou articuladas ou articuladas às questões de análise.

de Foucault, embora não exclusivamente, para pensar e construir meu objeto de estudo - as práticas discursivas da medicina social das primeiras décadas do século XX, naquilo que dizem e no modo como operam em relação à educação.

✕ Para compreender essas práticas, busquei não limitar a investigação aos discursos, mas igualmente observar aqueles espaços institucionais<sup>9</sup>, como escolas, dispensários e centros de profilaxia, diretoria de higiene, departamentos de saúde, faculdade de Medicina, nos quais os médicos desenvolveram ações educativas, ousando uma análise “multifacética”, de uma pluralidade de discursos e instituições sociais, “referidos às condições de possibilidade de uma época na qual historicamente eles se formaram”(Santos,1996, p.9). Enfim, busquei refletir a partir de que práticas discursivas ou não, a educação sanitária esteve associada à produção da subjetividade. \*

Estou concebendo a noção de *discurso*, para além de uma concepção que considera os discursos como conjuntos de signos, como significantes que se referem a determinados conteúdos, com significados explícitos ou no mais das vezes ocultos, escondidos por trás dos textos (Fischer, 1996b, p.104). Tomo de empréstimo, na *Arqueologia do Saber* a aceção que a *discurso* lhe confere Foucault e que é recorrentemente evocada para explicitar o campo teórico-conceitual no qual se inscreve:

“(…) gostaria de mostrar que o discurso não é uma estreita superfície de contato, ou de confronto, entre uma realidade e uma língua, o intrincamento entre um léxico e uma experiência; gostaria de mostrar, por meio de exemplos precisos, que, analisando os próprios discursos, vemos se desfazerem os laços aparentemente tão fortes entre as

---

<sup>9</sup> Entendendo aqui que “tudo que em uma sociedade funciona como sistema de coerção, sem ser um enunciado, ou seja, todo o social não discursivo é a instituição” (Foucault, 1993b, p.247). Eizirik e Comerlato recuperam a origem etimológica da palavra instituição, particularmente associando-a à *instituição escolar*, que muito interessa nesta tese. As autoras indicam: “encontramos pela primeira vez no século XIII, a palavra instituir, no sentido de estabelecer, decidir (do latim *instituere*); com o nome de instituto, aparece novamente no século XV, significando ‘coisa estabelecida’; no século XVII, como regra de uma ordem religiosa; em 1749, ‘instituto de sabedoria’(do latim *institutum*), ‘aquilo que está estabelecido’. A palavra passa a se ligar ‘aquilo que instrui’, e no final do século XVIII, é o termo oficial dos mestres-escolas (do latim *institutor*), que estabelece, que ensina. Somente em 1680, aparece instituto, como ‘casa de Educação’” (Dauzat, 1971 apud Eizirik e Comerlato, 1995, p.22, grifos das autoras).

palavras e as coisas, e destacar-se um conjunto de regras, próprias da prática discursiva. Essas regras definem não a existência muda de uma realidade, não o uso canônico de um vocabulário, mas o regime dos objetos. (...) não mais tratar os discursos como conjuntos de signos (elementos significantes que remetem a conteúdos ou a representações), mas como práticas que formam sistematicamente os objetos de que falam. Certamente os discursos são feitos de signos; mas o que fazem é mais que utilizar esses signos para designar coisas. É esse *mais* que os torna irredutíveis à língua e ao ato da fala. É esse “mais” que é preciso fazer aparecer e que é preciso descrever.” (1995, p.56, grifos meus)

Portanto, não estarei em busca das ideologias subjacentes aos discursos, mas procurarei descrevê-los como práticas, práticas discursivas<sup>10</sup>, tramas discursivas imersas em relações de saber-poder, que produzem aquilo a que se põem insistentemente, “proliferantemente” a falar. Essas relações de saber-poder inscrevem o discurso em um tempo-espaço, constituem, por assim dizer, suas condições de possibilidade, e ao mesmo tempo, são discursivamente produzidas. Os enunciados<sup>11</sup> e a rede de conceitos que caracterizaram as práticas discursivas da Medicina, a maneira pela qual diferentes enunciados, por vezes discordantes ou superpostos, encontraram-se relacionados uns aos outros (cf. *Ibid.*, p.66), constituíram um viés privilegiado da investigação.

\* A importância da análise discursiva reside, em especial, no entendimento de que uma educação, ou ainda uma educação sanitária foi produzida pelo que os médicos disseram a seu respeito, pelo conjunto de formulações, enunciados, conceitos, dispersos e heterogêneos, simultâneos ou sucessivos, que a constituíram<sup>12</sup>.

<sup>10</sup> Ainda na *Arqueologia do Saber* Foucault define as práticas discursivas: “... é um conjunto de regras anônimas, históricas, sempre determinadas no tempo e no espaço, que definiram, em uma dada época e para uma determinada área social, econômica, geográfica ou linguística, as condições de exercício da função enunciativa” (1995, p.136).

<sup>11</sup> E por enunciado, conceito complexo e hermeticamente apresentado por Foucault em muitos desdobramentos, tomarei o sentido de “uma função que cruza um domínio de estruturas e de unidades possíveis e que faz com que apareçam, com conteúdos concretos, no tempo e no espaço” (*Ibid.*, p.99).

<sup>12</sup> Estou aqui me referindo à trilha metodológica explicitada por Foucault quando indica o modo como operou em sua pesquisa sobre a doença mental: “... a doença mental foi constituída pelo conjunto do que foi dito no grupo de todos os enunciados que a nomeavam, recortavam, descreviam, explicavam,

Para proceder à execução do trabalho, como em toda investigação, trabalhei simultaneamente na pesquisa junto às fontes empíricas e no estudo da bibliografia relacionada ao tema. Esse processo suscitou-me sentimentos contraditórios: a leitura dos discursos médicos me causava fascínio, pois tratavam de questões educativas em uma diversidade e complexidade que eu jamais havia pensado, o que vinha a consolidar minha hipótese inicial de que a produção de saberes e práticas discursivas no campo médico a respeito da Educação era um capítulo importante da forma como historicamente vimos produzindo práticas e concepções de educação. Dizendo de outro modo: nossas concepções educativas teriam sido informadas, indiscutivelmente, por uma boa dose daqueles saberes e discursos produzidos pela Medicina (pre)ocupada com as questões educativas. ✓

De outro lado, lidando com a bibliografia parecia-me que muito estava dito e que eu corria o risco de apenas confirmar, junto às fontes primárias do Rio Grande do Sul<sup>13</sup>, aquilo que havia sido analisado por outros autores que tratam do processo de medicalização da sociedade brasileira ou mesmo das interações saber médico e pedagogia. E então meu sentimento era de que eu não tinha nada de novo a dizer e que meu fascínio era um tanto ilusório porque baseado em uma certa ingenuidade e desconhecimento da produção a respeito. Confesso que sentimentos tão díspares, provocaram em mim uma espécie de paralisia, embora eu sempre identificasse aspectos que me pareciam descuidados ou superficialmente abordados nas análises a que consultei. Tive em mente a indicação de Larossa (1994) de que, numa abordagem foucaultiana, não se trata de produzir julgamentos de valor (por exemplo, quanto à malignidade dos discursos médicos), ou de ordenar para mostrar um fim teleológico, mas de descrever os *modos de realização* para que, através deles, possamos pensar sobre como vimos nos constituindo como sujeitos ocupados com a higiene e com a saúde sob múltiplas dimensões: física, mental, moral, intelectual. Mas isso também parecia dito, pelo menos em parte. ✕

---

contavam seus desenvolvimentos, indicavam suas diversas correlações, julgavam-na e, eventualmente, emprestavam-lhe a palavra, articulando, em seu nome, discursos que deviam passar por seus" (1995, p.36).

<sup>13</sup> Mas não exclusivamente.

Em um dia, destes todos da pesquisa, mergulhada nas teses e periódicos da Faculdade de Medicina de Porto Alegre, encontrei algum alento em meio a essa espécie de mal-estar que me assolava. Eram palavras de um médico que pareceu viver uma situação muito semelhante ao apresentar sua tese para obtenção do diploma de conclusão do Curso de Medicina. Dizia o dr. Raul Pilla, em 1938:

“O que uns deixam na penumbra, cabe a outros pôr em plena luz e, assim, não há contribuição que não tenha a sua utilidade. É a esperança que me anima ao rematar este imperfeito trabalho.”

Pensei, então, em valer-me destas palavras para dizer do *meu* trabalho e do esforço que aqui faço para dar visibilidade, espécie de regime de luz, como afirma Deleuze (1990), aos discursos médicos que, em meio a outros discursos, nos agenciaram e agenciam, atravessando-nos e produzindo-nos no que somos hoje, e que, com especial atenção, se voltaram às questões pedagógico-educativas, seja quanto ao processo de escolarização, seja quanto a ensinar a cada um como cuidar de si mesmo, valorizando uma higiene e uma saúde, produzidas pelo que sistematicamente se disse a seu respeito. E, ao descrever essas práticas discursivas, ousar desconstruí-las para pensar que jogos de poder-saber elas implicam, que processos de subjetivação elas engendram, pensar em como podem nos auxiliar a compreender o que somos e como pensamos o mundo e a nós mesmos. Não se trata de sugerir aqui uma luz salvadora ou redentora, mas a luz que traz desasossego, e permite desfamiliarizar o que parece banal, para pensar no engendramento histórico e contingente, e nas possibilidades de ruptura com aquilo que o tempo e as práticas sociais tornaram, por assim dizer, perceptível como natural.

Para mim foi se delineando, desta maneira, a tarefa que me pareceu relevante para uma tese: elaborar uma espécie de “inventário” dos discursos do campo médico a respeito da *Educação*, o que foi dito e quais os dispositivos que foram produzindo determinadas concepções, práticas, operações. Descrever o que sistematicamente se disse, quando, quem, pautado por que pressupostos e materializado em que enunciados e práticas não-discursivas. Ir mostrando, a partir da leitura que produzo sobre textos e contextos, os distintos modos de realização dos dispositivos médico-educativos, ora dirigidos aos próprios médicos, ora dirigidos aos escolares, aos

professores ou às famílias, às mães, aos doentes e aos sadios, ou a todos indistintamente.

Penso, dessa forma, que se trata de perguntar como os médicos educaram, estritamente falando, atuando junto a escolas, mas também como passaram, a partir de determinado momento, a ensinar *como educar*, fossem as mães, a família, os professores ou a sociedade. E aqui poderemos refletir sobre as imbricações do campo médico com a Pedagogia: como os saberes médicos se confrontaram com os saberes pedagógicos em determinados momentos do período em análise? Que aproximações foram possíveis entre saberes e discursos da Medicina ou das ciências que lhe eram auxiliares como a Biologia ou a Psicologia, informando a Pedagogia, concorrendo para dotá-la de um caráter de cientificidade? De outra parte, interrogar sobre as aproximações dos discursos e saberes da pedagogia, informando a medicina, particularmente a medicina social, em seu intento de consolidar a educação sanitária de jovens e crianças e da população como um todo. Considerei esse um viés de análise relevante e que, de fato, suscitaria fecundos exercícios de pensamento.

Esse foi o trabalho de investigação que empreendi para compreender a emergência da discursividade médica sobre Educação e, mais particularmente sobre a educação sanitária no contexto das primeiras décadas do século XX, especialmente no Rio Grande do Sul. Não foi meu propósito apresentar uma discursividade homogênea e coerente, pretensamente pré-formulada e que estaria apenas sendo propagada pelos médicos gaúchos, mas “analisar os discursos em suas anunciações diversas”(Ibid., p.164).

Coube ainda, a este estudo, situar os problemas que se colocaram à Medicina daquele momento histórico: as disputas entre uma medicina estritamente terapêutica e uma medicina social e preventiva; os saberes de uma medicina anatômica em confronto a uma medicina fisiológica, os adeptos de teorias que atribuíam à hereditariedade um caráter inexorável e aqueles que apostavam nas influências do meio e no papel da educação para aplacar as patologias herdadas; aquilo que julgavam como ignorância do povo e a adoção de medidas profiláticas para aplacar os altos índices de mortalidade infantil; as disputas com os “pedagogos” em torno do conhecimento da criança escolar e dos modos para educá-la; a conquista de um

espaço de autoridade para definir conteúdos e procedimentos de um ensino de higiene escolar; as estratégias de uma propaganda e educação sanitária que obtivesse o convencimento da população para a plena realização dos propósitos das medidas sanitárias, dentre outros.

A persistente busca de uma ampliação das fontes de estudo que empreendi<sup>14</sup> teve por objetivo encetar um rigoroso inquérito empírico para que fosse possível interrogar de maneira nova o já dito sobre a atuação da medicina social no que respeita à gestão das populações e à formação dos indivíduos. Fui especialmente motivada pela insistência de Bachelard quanto à necessidade de buscar a complexidade dos fenômenos e sua urdidura emaranhada:

“Conhecer-se-ão tanto melhor os laços do real quanto mais cerrado se fizer deles o tecido, se multiplicarem as relações, as funções, as interações.” (1974, p.328)

## 2. Expressividades do discurso

“De que fontes sombrias fluem, em filão assim copioso, os males que atormentam a humanidade e lhe fazem perder a reta do seu destino? Esses males ... dimanam apenas da carência absoluta de uma instrução racional e de uma educação esmaltada. Do ensino, do exemplo e do aprendizado. Instrução e educação em todas as suas facetas em fulgurante constante, como os olhos vigilantes de um farol que na sombra das noites indica o rumo das naus. Instrução e educação maternas já em antes da eclosão do fruto, para ensinar as mães a serem

---

<sup>14</sup> Ver ao final o item: Caminhos da Pesquisa.

mães ... Instrução e educação maternas, ao pé dos berços, para difundir as regras da puericultura, o cultivo esmerado do germe para o esplendor da maturidade.

Educação nas escolas, como marco da higiene mental, destruindo, onde quer que se encontrem, os programas obsoletos e os métodos contraproducentes que atulham e abarrotam os cérebros em formação, fazendo estalar, ao sopeso da carga inútil, o suporte das armações mal ajustadas; restrição da quantidade em benefício da qualidade; respeito ao desenvolvimento das faculdades intelectuais e seu justo poder de aquisição; aproveitamento das aptidões naturais; extinção radical dos processos sórdidos que obrigam aos martelamentos da memória, nos raids das decorações estéreis, em detrimento do raciocínio criador. Aprendizado consciencioso e à risca na contração ao estudo e na veneração aos mestres de boas contas: os alicerces são os fiadores das colunas que se aprumam.

Educação sexual para levantar o véu da hipocrisia, para opor o dique da resistência incoercível à enxurrada das perversões, dos vícios, dos males venéreos, dos descabros e dos instintos desenfreados.

Educação moral para reconduzir à comunhão social o pudor quase ausente, restabelecer a reverência às coisas santas e fazer com que refuljam no seu escrínio cintilante as gemas que ornam a virtude, enfeitam a inteligência, aprimoram o caráter e dão espiritualidade à vida.

Educação mental, da aurora ao crepúsculo da existência humana, para soerguer o ânimo, infiltrar a esperança, edificar a fé, desacorrentar a galé das taras e espargir entre as almas, sob a benção de Deus, o Dom de produzir e a alegria de viver.

Todos esses problemas em cuja solução o espírito se sublima e a eugenia bebe o veio cristalino da sua água lustral, são à maravilha enfeixados no código da medicina, senhora dos fenômenos que dão ao nosso destino a sua linha tortuosa ou reta." (Totta, 1935, p.40-41)

Uma nau chocava-se contra rochedos: apagado estava o farol que na sombra das noites indicava às embarcações o rumo a seguir. Assim estávamos, à mercê dos

males que nos faziam perder o caminho de nosso destino. Panorama metafórico de um Brasil: ausência dos faróis da instrução e da educação, perigo nos alicerces das colunas que estavam a erigir a pátria. Um discurso de exímia retórica. Pequeno trecho de uma manifestação que contempla importantes enunciados sobre Educação presentes na discursividade do campo médico: educar desde a mais tenra idade, ensinar pela pedagogia do exemplo, difundir regras de bem viver, instruir para salvar da ignorância, formar virtudes e inteligência, fortalecer o caráter, restituir energias para produzir.

Nas primeiras décadas do século XX, muito crédito era atribuído à educação no concurso que ela prestava à obra de saneamento do meio e do homem. Por isso, o dr. Mário Totta, conhecido obstetra gaúcho<sup>15</sup>, julgava que diversos males eram causados pela ausência de “instrução racional e educação esmaltada” do povo. Sem a luz da Educação, de *toda* educação, desde aquela praticada pela mãe junto à criança, passando pela escola e pela própria sociedade, a nau chocava-se contra os rochedos. A iminência de uma catástrofe perseguia os viajantes ...

Mas, não se tratava de uma educação qualquer. O dr. Totta propunha as dimensões da boa educação, bem como as contribuições da ciência médica para a obra educativa: às mães, não uma instrução simplória, mas o domínio de um conjunto de saberes articulados e sistematizados pelos médicos - a Puericultura-; às escolas, os conhecimentos científicos da Higiene Mental. Não uma educação escolar qualquer, o dr. Totta explicitava críticas aos processos escolares, como muitos outros médicos de seu tempo<sup>16</sup>. Programas obsoletos, métodos contraproducentes, a prática

---

<sup>15</sup> Sua biografia será apresentada no item Todos e Cada Um. O dr. Mário Totta foi, muitas vezes, orador convidado para as sessões solenes de abertura dos cursos da Faculdade de Medicina de Porto Alegre. Elaborou caprichosos discursos, falando em nome da instituição e recorrentemente tratando de temas ligados à missão da Medicina e o compromisso ético do médico. Em 1935, discursava aos jovens, futuros colegas de profissão, acerca dos desígnios da obra educativa que estava posta também à Medicina. É um excerto desse significativo discurso que destaco para uma primeira aproximação da problemática da pesquisa.

<sup>16</sup> Gondra (1998) indica fontes que atestam que já em fins do século XIX, médicos brasileiros, na Academia Imperial de Medicina discutiam a educação nacional e com eloquência criticavam as práticas pedagógicas, em especial a “decoreba”, referindo-se ao ensino caracterizado pelo privilégio dado à memorização. Analisa particularmente o pronunciamento do dr. Luiz Corrêa de Azevedo, publicado no Boletim da Academia, em 06/04/1872. Dizia o dr. Corrêa: “Sabeis o que ai se aprende? Latim, palavras, ocos conceitos, fátuas sentenças, um pouco, muito pouco de tudo, e aliás só decorado” (apud Gondra, *ibid.*, p.62).

das memorizações que atulhavam os cérebros, as imperfeições na formação do professor, eram indícios que demonstravam a importância dos saberes da Medicina para a Educação: respeito ao desenvolvimento das capacidades mentais de cada aluno, identificação e aproveitamento das aptidões naturais de crianças e jovens, métodos de estímulo ao raciocínio criador.

Ainda assim, não uma educação qualquer: uma educação “completa”. Somente uma educação integral e fundada nos conhecimentos científicos poderia dar conta de obra tão grandiosa que lhe estava reservada. “Somente uma terra bem preparada antes do cultivo poderia gerar bons frutos”.

Os discursos médicos examinados não se restringem a defender uma bandeira genérica de educação e saúde como solução aos problemas nacionais. Há uma intensa discussão sobre qual saúde e qual educação. Não apenas uma saúde física, mas mental, moral, intelectual. Não apenas uma educação intelectual, mas física, mental, moral, sexual. Ocupam-se cada vez mais em discutir os conteúdos e objetos de ensino, os procedimentos pedagógicos, a avaliação, o exemplo do professor, a materialidade das escolas, os pressupostos teóricos dos pedagogos.

Um exame menos superficial dá conta de perceber que o discurso médico sobre a Educação, longe de restringir-se a uma discussão política, implicou num envolvimento significativo de vários médicos em temas cada vez mais complexos sobre a escola, os processos de aprendizagem, a educação sanitária do povo. Permite identificar, também, uma intensa atuação em espaços educativos, seja em escolas de ensino elementar, técnico, cursos de formação de professores, em orfanatos e asilos, em cursos de mães, de enfermeiras, e mesmo de jovens doutores, seja através de manuais de saúde e higiene, da propaganda sanitária, conferências e artigos educativos divulgados na imprensa da época. Intensidade de uma experiência de tematização do educacional pela Medicina, sem precedentes no passado, e, ousou dizer, tampouco no presente.

Se buscamos os sentidos etimológicos do vocábulo *educar*, podemos perceber as acepções de educação que se articulam e se fazem presentes nesse discurso. De origem latina, educar provém de *dux*, *ducis* que significa guia, chefe, de onde *ducere*

designa conduzir, comandar, e os compostos *educere* - “conduzir para fora de”-, e *educare* - “criar homens ou animais, formar, instruir”. Segundo Foulquié, “a etimologia sugere que educar consiste: quer em fazer com que a criança saia do seu estado primitivo; quer em fazer sair dela (tornar ato) o que possui virtualmente” (c1971, p.132). Da mesma forma, educar consiste em *formar* pela educação, *dirigir* a formação moral e intelectual de um homem (cf. Ibid.).

Assim, dos compostos *educere* e *educare* se depreendem as significações de criar, instruir, formar, dirigir. No discurso do dr. Totta, expressivo da discursividade médica de uma época, encontraremos a imbricação desses significados: os médicos não se propõem, como outrora, somente a criar em sua conotação mais física, biológica, tampouco é esse o sentido que persiste, embora popularmente ainda seja empregada a expressão “ter criação” com o sentido de “ser bem educado”. Talvez o que se mantenha, então, é a ligação de educar com criação no que diz respeito à criança “bem criada”, “bem educada”, a partir do que lhe é ensinado na família.

Nessa perspectiva do familiar, educação como criar não está de todo distante do discurso médico, pois instruir as mães como melhor criar seus filhos é tarefa que se impõe à Medicina. Contudo, neste caso, instruir e criar assumem a dimensão de *formar*, formar verdadeiras “mães” em seu sentido prático e moral.

Educar aparece também como dirigir<sup>17</sup> os destinos dos indivíduos e, para tanto, a necessidade de formá-los, desde a infância, seus modos de ser e fazer, sua vida em todos os aspectos: o caráter, as condutas, a moral. A idéia de ensinar o ser em formação é marcante nessa discursividade. De certa maneira, tanto *ducere* (conduzir, comandar) quanto *educare* (formar, instruir) se fazem presentes no discurso médico e permitem definir o médico-educador como o sujeito que intenta assegurar a formação moral e intelectual, mas também que conduz, dirige aqueles a ele afetos. Os médicos, como procuro descrever, a partir de seus discursos,

---

<sup>17</sup> O sentido de educar como dirigir pode comportar muitas acepções, mas sem dúvida remete à idéia de governabilidade no sentido de “... atividade que conduz os indivíduos ao longo de sua vida, colocando-os sob a autoridade de um guia responsável daquilo que eles fazem e daquilo que lhes acontece”(Foucault, *Dits et écrits* apud Santos, 1996, p.13). Jules Michelet afirmava: “Qual é a primeira parte da política? A educação. A segunda? A educação. E a terceira? A educação.” (apud Foulquié, c1971, p.134).

apresentam-se como educadores, seja para instruir e formar, seja para conduzir e dirigir todos e cada um.

No decorrer do texto, optei por fazer uso mais freqüente de “educação” para referir tanto a idéia de ensinar quanto a de formar, embora algumas vezes me refira a instruir, para designar aquele procedimento de aquisição de informações ou técnicas e diferenciar de formar como processo que envolve o saber-ser e o saber-fazer do sujeito.

Vejamos. Na análise que realizei foi particularmente importante conceber a educação sanitária como *formação*, embora essa não seja a categoria empregada em todos os momentos. Não se trata aqui de uma tendência nominalista tão somente, ou ainda de proceder a uma incorporação reificada de conceitos. Como sugere Veyne (apud Carvalho e Lima, 1992, p.121), trata-se de construir diferenças e não equivalências, comuns em análises nas quais os conceitos assumem um valor explicativo absoluto, um uso meramente instrumental, “pouco importando a explicitação das condições da própria configuração”. Explico: o vocábulo *formação*, via de regra, não é freqüente nos discursos da época. Entretanto, como mostrei pelo discurso do dr. Totta, em que figura a expressão formar, o mais importante é que seu sentido está expresso na argumentação construída pelos médicos, que demonstra o quanto a educação deveria abranger as múltiplas dimensões do educando, através de uma educação integral: física, intelectual e moral<sup>18</sup>.

Estabeleço uma aproximação entre educação sanitária e *formação* que, enquanto categoria de análise, exprime o processo de

“instauração de um conjunto de disposições de saber-ser, de atitudes, de hábitos, de pensamentos e de expectativas adquiridas simultaneamente em tal processo, envolvendo, então, socialização

---

<sup>18</sup> Em 1920, aponta-se literalmente os três componentes da formação - o coração, o espírito e o caráter. Assim aparece no Relatório da Escola de Engenharia (1920, p.483), instituição que neste período contava com um Departamento de Saúde que será apresentado mais adiante.

(incorporação do *habitus*<sup>19</sup>) e integração progressiva dos formados no contexto social em que se encontram inseridos” (Tanguy, 1986, p. 100).

É neste sentido que entendo as práticas educativas encetadas pela Medicina como processo de formação, já que como são descritas e problematizadas nesse estudo, elas intentaram exercer-se em relação ao “saber-ser” e o “saber-fazer” dos indivíduos, em especial quanto aos saberes relacionados à higiene e à saúde. Saber-ser e saber-fazer implicados nos modos de conhecimento e cuidado de si que constituem os sujeitos. Em outras palavras, no modo particular pelo qual as pessoas se descrevem, se narram, se julgam ou controlam a si mesmas (Larrosa, 1994).

Ao longo do trabalho terei oportunidade de desenvolver os sentidos das práticas médico-educativas e as tecnologias individualizantes aí implicadas. As explicitações a que procedi até aqui não intentaram uma discussão que esgotasse as reflexões que suscitam, mas tão somente apresentar uma certa disposição do espaço de trabalho, uma particular exposição das problematizações possíveis e uma determinada constituição do lugar do olhar<sup>20</sup> que dirijo ao corpus da investigação e ao problema, e que constituem as ferramentas com as quais opero.

Organizei o trabalho detendo a análise em combinações possíveis, arranjos que fui estabelecendo entre o problema, a estratégia analítica e as fontes: espécie de composição caleidoscópica. Movendo-as em diferentes direções e regimes de visibilidade, fui definindo as principais problematizações do estudo. Assim é que cheguei a defini-las como: Trilhas, Disputas, Tramas, Todos e Cada Um, Caleidoscópio.

O arranjo “Trilhas” procura, inicialmente, partir da trajetória de pesquisa pessoal e de como o objeto de investigação se foi configurando para, em seguida,

<sup>19</sup> *Habitus* no sentido que lhe é atribuído por Bourdieu, qual seja “...sistema de disposições duráveis e transponíveis, estruturas estruturadas, predispostas a funcionar como estruturas estruturantes...” (1980, p.80). As estruturas mentais do sujeito são produto das suas relações com o mundo social. Posso entender assim, que as práticas sociais (históricas) produzem e reproduzem também modos de ser e relações para consigo (elementos integrantes do *habitus*), ainda porque o *habitus*, segundo o autor, envolve um sistema de produção de práticas e um sistema de esquemas de percepção e apreciação das práticas (1987) o que não sugere uma incompatibilidade deste conceito com os modos de subjetivação teorizados por Foucault e que adoto em minha análise.

<sup>20</sup> Como sugere Larrosa no excerto anteriormente destacado (cf. 1994, p.83).

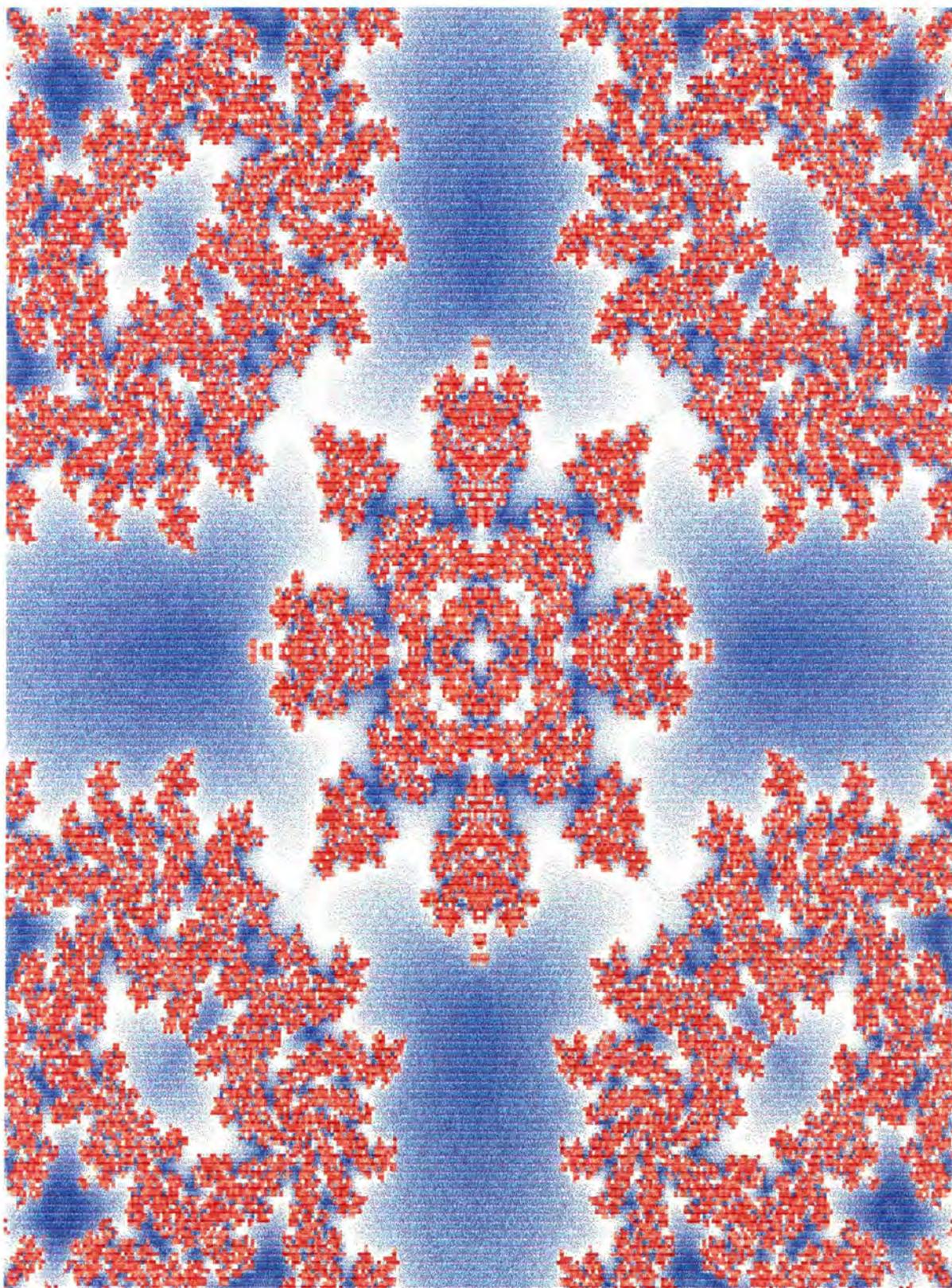
estabelecer interlocuções com autores e temas relacionados ao problema de estudo. Expõe intercâmbios, leituras e confrontos que foram sendo produzidos e problematizados, em especial para acercar-me da constituição da Medicina Social e das aproximações com a Educação.

O arranjo “Disputas” detém-se sobre a inscrição da Educação como tema e problema nos discursos médicos, ora empenhados em embates e conflitos de poderes e saberes no interior do campo médico, ora buscando reconhecimento no campo educacional, para o que se apresentava em seu estatuto científico, que lhe permitia sustentar críticas à Pedagogia e aos processos educativos escolares e propor alternativas.

O arranjo “Tramas” tem por tema central as práticas médico-educativas na escola: cotidianas, intensas, extensas, possibilitadoras da produção de saberes e poderes sobre o pedagógico propriamente dito e a produção de um conhecimento sobre o escolar, fortemente marcado pelos saberes médicos, sem precedentes na escola. Mostra também como vão se aprofundando as atenções e problematizações médicas, que chegaram a ocupar-se dos processos de escolarização e didatização dos saberes médicos.

O arranjo “Todos e Cada Um” dirige a atenção para as práticas de educação sanitária para além das escolas. Múltiplas e variadas, opto por discutir duas dessas iniciativas de caráter educativo: manuais de saúde e propaganda sanitária, destacando uma particular associação entre saúde e higiene como atributos da urbanidade, presentes na formação do sujeito urbano das primeiras décadas do século XX.

Por fim, “Caleidoscópio” retoma de modo abrangente as principais problematizações operadas na investigação e propõe que o trabalho desta tese seja concebido a partir da metáfora do *caleidoscópio*, como processo de produção de conhecimentos e de instauração de saberes.



TRILHAS

---

# TRILHAS

---

## 1. Trajetória

História dos discursos médicos, práticas médico-educativas, o médico como educador, a educação sanitária como prática formativa, discursos médico-educativos e produção de subjetividade... Afinal, como os temas e o problema de investigação foram se delineando em minha trajetória de estudo?<sup>1</sup>

No decorrer de uma pesquisa sobre a história da formação de trabalhadores no Rio Grande do Sul, especialmente sobre uma escola de ofício, nas primeiras décadas deste século, o Instituto Técnico Profissional Parobé, preoquei-me em analisar as dimensões técnica e ideológica da qualificação profissional para trabalhadores urbanos (Stephanou,1990). Chamou-me atenção a importância conferida, na época, ao Departamento de Saúde da escola, sua gama variada de atribuições e múltiplo campo de atuação. Evidenciei, então, o caráter formativo, instaurador de saberes, das atividades ligadas ao que se denominava “educação sanitária” dos alunos. Pude observar que essas práticas não foram empreendidas, no contexto escolar, unicamente por professores, mas por outros agentes sociais, notadamente por médicos, cuja presença pareceu-me inusitada e proeminente.

---

<sup>1</sup> As considerações que passo a desenvolver nas páginas seguintes, integram um breve artigo em que apresento uma primeira explicitação do objeto de estudo e como ele foi se apresentando como espécie de curiosidade do ato de pesquisar (Stephanou, 1996).

Destacou-se assim, naquele primeiro estudo, a figura do médico, o conteúdo e as modalidades de sua atuação na escola, de amplo espectro, desde o acompanhamento individual de cada aluno, através da observação acurada das capacidades físicas e intelectuais, passando pela atuação junto aos professores, orientando quanto a hábitos e atitudes a desenvolver nos alunos, fazendo-se presente através de inspeções sistemáticas e ministrando um programa de educação sanitária no rol de matérias curriculares do Instituto.

Além disso, constatei que médicos gaúchos, notadamente dessa escola, o Parobé, escreviam com regularidade para os jornais da época, divulgando dessa maneira uma contundente propaganda higienista. Os artigos, de caráter moralizador, voltavam-se para os mais diversos temas: asseio pessoal e saúde, alcoolismo, higiene alimentar, educação sanitária nas escolas, puericultura e papel educador das mães, organização fisiológica e racional do trabalho, profilaxia das doenças venéreas, entre outros.

A partir daí, iniciei um rastreamento de fontes e informações que pudessem demonstrar a relevância dessa presença médica no campo educacional e a pertinência da problemática que a pesquisa vinha evidenciando. Como sugere Bachelard, era preciso criar condições para que a pesquisa complicasse a experiência e a experiência retificasse a razão. Em outros termos, era preciso problematizar os pressupostos iniciais do estudo que empreendi sobre o Parobé: afinal, a presença de outros “educadores” descentrava a análise das práticas limitadas aos professores e ao discurso pedagógico. Assim, a investigação passou a voltar-se para a extensa rede de saberes e poderes que elegeu a escola como locus privilegiado de educação sanitária.

Uma primeira apreciação do material empírico esboçou algumas questões:

- Que significado histórico atribuir à intensa presença de médicos na escola?
- Poder-se-ia afirmar que a emergência das práticas discursivas acerca da higiene e saúde físico-moral eram centrais às proposições da educação sanitária?

- Mais do que isso, de que forma os médicos conseguiram legitimar-se como *educadores* no espaço escolar e na sociedade?
- Que diziam os médicos sobre educação e quais suas premissas em torno da idéia do médico como educador?

No desenvolvimento do estudo, o contato com a obra de Michel Foucault, com as análises que empreendeu acerca da Medicina, com seu papel normalizador, disciplinador, com as intrincadas relações do dispositivo saber-poder, operou um redimensionamento das questões da investigação.

O exame de outros trabalhos acerca do tema<sup>2</sup>, com aporte na obra foucaultiana, evidenciaram aspectos comuns, especialmente em considerações sobre:

- a prática médica enquanto instauradora de *disciplina* : o disciplinamento dos indivíduos através das redes de saber-poder;
- a intervenção médica no espaço urbano: a temática do bio-poder, ou seja, daquele poder que se exerce, positivamente, sobre a vida, gerindo-a, majorando-a, multiplicando-a ou regulando-a em conjunto. Um poder não mais voltado ao suplício, à destruição, ao intento de subtrair a vida, mas de investir sobre a vida, de cima a baixo, como uma forma de intensificar seu controle, seja sobre o indivíduo (corpo-máquina), seja sobre as populações (corpo-espécie) (cf. Foucault, 1993 a / b).

É possível afirmar que tais considerações são recorrentes nos estudos examinados e que a análise das particularidades espaço-temporais da presente pesquisa demonstram a pertinência das mesmas. Contudo, eis aí uma questão que causou um certo desassossego, levando-me a interrogar se esta investigação viria a confirmar, a simplesmente ratificar aquilo que os demais estudos sobre o tema indicavam.

---

<sup>2</sup> Refiro-me aos trabalhos de: Barrán (1995), Costa (1986), Freire Costa (1983), Herschmann (1994), Machado (1978), Marques (1994), Rago (1985).

Tomei este desafio como premissa de trabalho, uma espécie de alerta para a necessidade de exercício de uma razão polêmica. O contato com a produção foucaultiana levou-me a repensar a construção do problema de estudo e do referencial metodológico mais amplo. Aos poucos, fui percebendo incongruências e impropriedades em algumas formulações apresentadas em textos que eu vinha produzindo<sup>3</sup>, e um certo tom automaticista que havia emprestado às primeiras aproximações do objeto.

Em diversos momentos deixei transparecer uma intencionalidade maquiavélica dos médicos, bem como um mecanismo ajustado de suas práticas, seus discursos e seus propósitos. Isto, indiscutivelmente, colide com a perspectiva do dispositivo<sup>4</sup> poder-saber, de sua composição heterogênea, em que, através de intrincadas redes, tanto os médicos quanto aqueles assujeitados pelos seus discursos são produzidos e produzem o mundo. “Indivíduos conduzidos e encurralados”<sup>5</sup>, mas onde estariam as combinações e resistências? Se as redes de poder submetiam, onde estariam as subversões e o exercício conflitivo de um poder que se exerce sobre uma outra ação?

Os médicos, a um só tempo, produzem e são assujeitados pelo discurso, disputam pela verdade a partir de diferentes pontos de vista no interior do próprio campo médico, buscam assegurar continuamente o lugar que ocupam no espaço social, interpelados por outros discursos, estabelecendo relações conflitivas ou interativas com sujeitos e saberes de outros campos sociais, como os políticos, os educadores, os estadistas, os religiosos, a população das cidades, enfim, são subjetivados a partir de suas experiências, nas quais relacionaram-se com as instituições, e que lhes permitiu produzir diferentes saberes e poderes. Não há, da mesma forma, uma direção única de um suposto projeto acabado de higienização, que teria sido implantado repressivamente, baseando-se tão somente em interdições e

---

<sup>3</sup> Refiro-me ao artigo indicado na bibliografia: Stephanou, 1996 e a um trabalho apresentado ao II Congresso Ibero-Americano de História da Educação, apresentado em Caracas, Venezuela, em 20 de junho de 1996.

<sup>4</sup> Quanto ao conceito de *dispositivo*, ver “Trilhas”: Traçados e Aproximações.

<sup>5</sup> Como refere Chartier (1992, p.214).

proibições. Para Foucault, é inerente ao poder a relação subsunção-insubmissão. Como destaca Santos,

“A concepção relacional do poder afirma que o poder se exerce por relações de força, por redes que se instauram em um espaço polivalente com multiplicidade de pontos de resistência. Pois, assim como existe uma multiplicidade de redes de poder, existe uma multiplicidade de núcleos de resistência.” (1996, p.10)

Penso que este era um aspecto praticamente inexistente nas minhas primeiras premissas de trabalho. Estabelecia um desencadeamento de reflexões que considerava os educandos, os pacientes, as mães, os alunos doutorandos, os diferentes sujeitos, como alvos passivos do poder médico, num tom quase vitimista. O poder os atingia, mas não se encontravam atravessados por ele. Mais ainda, os médicos, enquanto representantes dos “dominantes”, teriam desempenhado a função de controladores do corpo social, reproduzindo em sua esfera de atuação as estratégias de um poder que se disseminava a partir de um ponto central, o Estado ou algo meio impreciso, quase transcendental que eu designava como projeto burguês de dominação.

Foucault mostra como é possível refutar uma concepção de poder assentada na oposição dominantes x dominados como aspecto central do qual se originam todas as demais relações sociais. Para ele não há na origem das relações de poder uma oposição binária, uma dualidade que repercute de alto a baixo no corpo social. Na sua concepção, o poder vem de baixo. Em outras palavras,

“as correlações de forças múltiplas que se formam e atuam nos aparelhos de produção, nas famílias, nos grupos restritos e instituições, servem de suporte a amplos efeitos de clivagem que atravessam o conjunto do corpo social. Estes formam, então, uma linha de força geral que atravessa os afrontamentos locais e os liga entre si; evidentemente, em troca, procedem as redistribuições, alinhamentos, homogeneizações, arranjos de série, convergências, desses afrontamentos locais. As grandes dominações são efeitos

hegemônicos continuamente sustentados pela intensidade destes afrontamentos.” (1993a, p.90)

Inspirando-me nesta perspectiva poderia dizer que não se trata, nesta tese, de verificar como o poder burguês operacionalizou a dominação dos cidadãos a partir da higienização, mas como a saúde e a higiene enquanto conjunto de saberes e práticas discursivas do campo médico, a partir de um determinado momento e por motivos que são problematizados, evidenciam um processo de assujeitamento: tornar-se sujeito de uma saúde e de uma higiene, como alvo, mas também através de práticas em que se estabelecem novas relações de si para consigo, aderindo, resistindo ou reinventando uma verdade sobre o corpo, a assepsia, a higidez, enfim, a saúde.

Pensando o poder em sua positividade e como exercício e não posse, operei uma inversão do modo como procedi às primeiras formulações do problema. Para isso, alguns direcionamentos foram sendo explicitados: primeiramente, evitei situar uma estratégia pré-definida a partir de um ponto central que enceta as ações médicas, ou ainda procurei não tomar o poder no plano da intenção ou da decisão da Medicina, mas analisá-lo onde sua intenção esteve investida em práticas reais e efetivas. Igualmente, não considerar o poder como fenômeno maciço e homogêneo dos médicos sobre os outros, a população urbana, os escolares, as mães, mas concebê-lo como algo que circula, que funciona em cadeia, que atravessa os sujeitos (cf. Foucault, 1993b, p.185-186). E, por fim, perscrutar como poderia ter sido possível escapar ao poder sem deixá-lo, como provoca Certeau (1996).

Ao repensar formulações em que tendi a compor a análise do objeto ressaltando um processo de disciplinarização dos indivíduos, seu caráter repressivo e de sujeição, não estou querendo dizer, por outro lado, que as práticas médico-educativas estabeleceram-se consensualmente ou convictamente, como ansiavam os discursos médicos. Contudo, mais do que fazer a história das proibições relativas à saúde, especialmente a saúde moral, ou a história das normatizações relativas à higiene, através da análise dos dispositivos médico-educativos, o problema está em apreender quais são os mecanismos positivos que, historicamente, produzindo a higiene e saúde, desta ou daquela maneira, através da educação sanitária, acarretam

novas formas de subjetivação e outros tantos efeitos de miséria, a exemplo do que sugere Foucault acerca da sexualidade (1993b, p.232).

Procurei empreender um trabalho de descrição, no sentido de voltar-me para o como, de que maneira, investiu-se na produção e disseminação de saberes, associados a técnicas e procedimentos diversos que, num espaço-tempo, ofereceram-se para ensinar e conduzir os modos de ser dos indivíduos e constituí-los como cidadãos atentos à saúde e à higiene. Esse trabalho se detém privilegiadamente no exame das práticas discursivas em suas relações com as práticas não-discursivas da medicina social das primeiras quatro décadas do século XX, especialmente no Rio Grande do Sul.

Sugiro, neste trabalho, que é com a emergência de uma sociedade urbano-industrial no Brasil desse momento, que se situa a possibilidade de dar início a uma história dos discursos médicos sobre a educação e as iniciativas médico-educativas, em escolas ou fora delas, que se colocam intimamente associadas à idéia de urbanidade.

Já são significativamente conhecidos os estudos sobre a importância da medicina social na constituição da idéia de urbano e de progresso no Brasil<sup>6</sup>. Tais estudos destacam a proeminência dos médicos como cientistas e formuladores de um projeto de civilização à européia para o país, bem como o processo de medicalização do social e as estratégias de normalização das populações urbanas<sup>7</sup>.

Os médicos brasileiros, especialmente sanitaristas e higienistas, nas primeiras décadas deste século, puderam ser reconhecidos como aqueles que detinham um saber “verdadeiro” e, por isso o direito de falar sobre os modos de cultivar uma vida saudável, a competência para compreender os fenômenos da vida e da doença e definir uma profilaxia e uma terapêutica, bem como a capacidade de investir o discurso acerca da saúde e higiene em decisões, instituições ou práticas (cf. Foucault, 1995, p.74-75). Para tanto, disputaram com outros atores sociais a autoridade de

---

<sup>6</sup> Como por exemplo em Engel (1989); Herschmann, Pereira (1994); Herschmann, Kropf, Nunes (1996), Costa (1986; Machado (1978); Soares (1986).

<sup>7</sup> Ver “Trilhas”: Traçados e Aproximações.

distinguir o falso do verdadeiro, atribuindo à higiene um caráter exorcizador até então desconhecido e à saúde uma extensão impensada. Não apenas porque seus instrumentais científicos tivessem experimentado um grande desenvolvimento ou porque sua capacidade de observação e estudo tivesse descortinado uma verdade oculta ou ofuscada a respeito da profilaxia das doenças. Afinal, haveria uma suposta verdade imanente sobre a saúde humana, acessível a partir de um determinado momento, graças aos progressos do cientificismo no campo da Medicina?

Foucault propõe uma ruptura frente à concepção essencialista de verdade, pois a verdade sempre é produzida/reproduzida no mundo, produzindo em cada momento efeitos regulamentados de poder e modos específicos de conhecimento. Em reflexão que se tornou recorrente, ressalta que cada sociedade tem seu regime de verdade, que torna possível a emergência de determinados tipos de discursos, reconhecidos e sancionados como verdadeiros, bem como sua produção e o estatuto daqueles que podem dizer a verdade (1993b, p.12).

A atribuição de um caráter científico, redentor e salvacionista ao discurso médico, inscreveu-se, dessa forma, no “regime de verdade”<sup>8</sup> daquele momento histórico. Os saberes e discursos médicos, tecidos no âmago da ordem mental estabelecida, por meio dos valores, convenções, anseios e temores da época, alimentaram expectativas e urgência de atenção à saúde e preservação da vida (Barrán, 1995).

Alicerçados nessa “verdade” científica, socialmente ratificada, os médicos, sobretudo higienistas, reivindicaram a responsabilidade pela organização social e a legitimidade de seus conhecimentos para orientar a vida dos indivíduos. Não sem resistências, as práticas médicas orientaram-se no sentido de conduzir a todos e a cada um a uma suposta sociedade civilizada e saudável.

Importa destacar que no âmbito dessa verdade, que promoveu os saberes médicos como fundamentais para a vida humana, produziu-se determinada higiene e saúde e, igualmente, determinado leque de aspirações, expectativas, atitudes e modos

---

<sup>8</sup> Por verdade entende-se aqui “o conjunto de procedimentos regulados para a produção, a lei, a repartição, a circulação e o funcionamento dos enunciados” (Foucault, 1993b, p.14).

de conhecimento, constitutivos das subjetividades proliferantes nas cidades. Como afirma Díaz (1993, p.14), não existem subjetividades morais senão como desdobramentos dos saberes e dos poderes de uma época.

Como afirmei brevemente, o exame dos discursos médicos do período em estudo pode se mostrar valioso numa espécie de “genealogia do que somos”, desarmando em parte a presunção moderna de um sujeito plenamente livre e racional. Contudo, a recorrência quanto ao papel disciplinador da Medicina pode redundar numa simplificação da apreciação daqueles dispositivos, micro-poderes, práticas invisíveis que efetivamente engendram os processos de subjetivação. Uma simplificação da fórmula poder disciplinar = conformação dos indivíduos, incorre na armadilha de pensar o poder como algo externo aos sujeitos, que se abate sobre eles, alvos inertes e passivos. Quais os processos de adesão ou apropriação ativa em jogo nas estratégias de formação para a urbanidade? Quais os processos de disciplina e reinvenção que devem ser considerados? Como sugere Chartier,

“o que se deve reconhecer é de que modo as liberdades, que são sempre reprimidas (por convenções, códigos e coerções), e as disciplinas, que são sempre perturbadas, articulam-se entre si.”(1992, p.236)

Nesse sentido, mostra-se pertinente uma reflexão mais minuciosa dos discursos médicos que tematizam os procedimentos educativos com o intuito de fazer com que cada indivíduo venha a prestar atenção em si mesmo, seu asseio, autocuidado, enfim, desenvolva seu autogoverno.

## 2. Traçados e aproximações

“Ao ‘esquecer’ o trabalho coletivo no qual se inscreve, ao isolar de sua gênese histórica o objeto de seu discurso, um “autor” pratica

portanto a denegação de sua situação real. Ele cria a ficção de um lugar próprio. Malgrado as ideologias contrárias de que pode ser acompanhado, o ato de isolar a relação sujeito-objeto ou a relação discurso-objeto é a abstração que gera uma simulação de um 'autor'. Esse ato apaga os traços de pertença de uma pesquisa a uma rede – traços que sempre comprometem, com efeito, os direitos autorais. Camufla as condições de produção do discurso e de seu objeto. Esta genealogia negada deixa lugar ao teatro combinando um simulacro de objeto com um simulacro de autor. Um discurso manterá portanto uma marca de cientificidade explicitando as condições e as regras de sua produção e, em primeiro lugar, as relações de onde nasce.

Esse rodeio leva novamente à dívida, mas como a um elemento que é essencial em todo discurso novo e não mais como empréstimo que uma homenagem ou agradecimento possa exorcizar. (...) Todo lugar 'próprio' é alterado por aquilo que, dos outros, já se acha nele. Por esse fato, é igualmente excluída a representação 'objetiva' dessas posições próximas ou distantes que denominamos 'influências'. Elas aparecem num texto (ou na definição de uma pesquisa) pelos efeitos de alteração e elaboração que ali produziram. Como tampouco as dívidas não se transformam em objetos. Intercâmbios, leituras e confrontos que formam as suas condições de possibilidade, cada estudo particular é um espelho de cem faces (neste espaço os outros estão sempre aparecendo), mas um espelho partido e anamórfico (os outros aí se fragmentam e se alteram)." (Michel de Certeau, 1994, p.109-110)

Nas páginas que seguem, optei por apresentar um conjunto de trabalhos, nos quais me detive para estabelecer interlocuções com o objeto de estudo: o processo de constituição de uma medicina social e a instauração das práticas médico-educativas. Diferentes autores, distintas abordagens, diversidade de problematizações que

provocaram exercícios de pensamento instigantes para o esforço de compreensão e a análise propostos neste estudo<sup>9</sup>.

Para dar conta dos aspectos que apresentam, procedi a um agrupamento mais temático do que propriamente teórico, um agrupamento que procurou responder a indagações específicas desse trabalho e não uma apresentação avaliativa como uma espécie de *estado da arte*<sup>10</sup>. Dessa forma, grosso modo, para fins dessa discussão, agrupei os trabalhos que foram consultados em quatro conjuntos, melhor dizendo, em quatro tematizações, mesmo que por vezes elas pudessem coexistir num mesmo trabalho:

1. aqueles que analisam a instauração do capitalismo e o processo de urbanização e industrialização, tanto no contexto europeu quanto no brasileiro, destacando a crescente importância da Medicina Social como uma medicina de caráter urbano;

2. investigações que abordam temáticas específicas em período coincidente ao desta investigação e que sublinham a atuação dos médicos como agentes sociais de significativa influência, como é o caso da história da higiene, da constituição da criminologia e da análise da anarquia sexual no *fin de siècle*, ou ainda a história da prostituição, da família e das políticas de saúde;

3. outros que, de uma forma ou de outra, tratam do tema da história da Medicina e apresentam as transformações do saber, da prática e das instituições médicas através do tempo;

4. os que se ocupam diretamente do tema, analisando práticas educativas da Medicina ou a presença da Medicina no campo educacional.

---

<sup>9</sup> Não foi meu objetivo abarcar todas as produções relativas ao tema, tarefa talvez inalcançável considerando-se a velocidade dos meios de divulgação e a possibilidade de acesso a uma cifra que quase ultrapassa o milhar de referências bibliográficas relacionadas ao tema na mundial de computadores, pesquisadas em bibliotecas espalhadas por diversos países. Realmente, o objetivo aqui foi situar alguns estudos particularmente significativos e exercitar uma razão polêmica a partir das problematizações que apresentam.

<sup>10</sup> Ver em Stephanou (1997b) uma primeira formulação desse “mapeamento”.

Primeiramente, e servindo de aporte para muitos dos trabalhos que serão aqui mencionados, destacaria as formulações de Foucault sobre a constituição da Medicina moderna. Foucault analisa este tema em diversos trabalhos, seja na “*História da Loucura*”, no “*Nascimento da Clínica*”, ou em estudos intitulados “O nascimento da medicina social” e “A política de saúde no século XVIII”, reunidos no Brasil no livro “*Microfísica do Poder*” (1993b). É importante assinalar que muitas das considerações tecidas pelo autor nestes trabalhos são recorrentemente citadas ou contempladas nos estudos que analisam o tema, tanto na literatura nacional como na estrangeira. Dessa forma, procurarei referir somente os aspectos pontuais apresentados pelo autor e que me parecem mais significativos para situar o objeto dessa investigação.

Na “Arqueologia do Saber”, Foucault descreve a Medicina como “instituição regulamentada, como conjunto de indivíduos que constituem o corpo médico, como saber e prática, como competência reconhecida pela opinião pública, a justiça e a administração” (1995, p.47).

Como a medicina adquiriu esse estatuto? Foucault procura mostrar que, embora a Medicina tenha uma longa história, podemos situar em fins do século XVIII e início do século XIX o nascimento de uma medicina moderna, científica, caracteristicamente uma medicina social, que desenvolveu uma determinada tecnologia do corpo social, ou seja, que, para além de procedimentos propriamente individuais, empreendeu uma prática de ação junto à população. Esta tecnologia, antes de tudo, operou sobre o corpo dos indivíduos que não se encontravam controlados simplesmente pela ideologia, mas por uma estratégia bio-política sustentada pela Medicina (1993b, p.80).

Esse aspecto indica a crescente preocupação com a saúde das populações como problema político e econômico, demarcando “a emergência, em pontos múltiplos do corpo social, da saúde e da doença como problemas que exigem um encargo coletivo” (Ibid., p.195, grifo meu).

Segundo Vigarello (1988, p.115), um novo objetivo se apresentou ao poder político: influir na longevidade das populações, prolongar a vida dos homens, trabalhar sobre a duração da vida:

“Recensear as epidemias, definir as doenças mal conhecidas, forçar a saúde, é agir diretamente sobre a quantidade de habitantes. (...) É a coletividade como entidade quantificada que está no cerne de tais ambições.” (Ibid.)

Referindo-se à contribuição dos fisiocratas, que acentuavam a idéia de que “os homens são a verdadeira riqueza dos Estados”, o autor afirma que este tipo de raciocínio econômico passou a subentender o gesto de uma organização sanitária das coletividades. Recuperando Foucault para discutir seu objeto de estudo - a história da Higiene - Vigarello destaca que, neste contexto, “de forma totalmente explícita o tema da higiene individual passa a ser examinado a partir de uma abordagem sobre as condições coletivas de vida” (Ibid., p.197).

Como diz Foucault, a partir desse momento efetiva-se o aparecimento da população não somente como problema teórico, mas como objeto que é preciso manter sob vigilância, análise, intervenções, operações transformadoras (1993b:198). Em suma, esboça-se o projeto de uma tecnologia da população cujo dispositivo assegure tanto a sujeição quanto o constante aumento de sua utilidade. Inscreve-se assim a positividade do poder: investir sobre a vida.

Em que pese essa caracterização geral do nascimento da medicina social, Foucault distingue três etapas dessa formação, que se deram em situações histórico-espaciais distintas: a constituição de uma medicina de Estado, particularmente na Alemanha; uma medicina social urbana, na França e uma medicina da força de trabalho, na Inglaterra, situando-as entre os séculos XVIII e XIX.

A medicina de Estado, caracteristicamente como “polícia médica”, como ciência do Estado, desenvolveu-se buscando a melhoria do nível de saúde da população (Ibid., p.81-83). Importa destacar que, neste contexto, emergiu o

fenômeno de normalização<sup>11</sup> da medicina, a partir da subordinação da prática médica a um poder de Estado, transformando o médico em um administrador da saúde.

Em síntese, esta medicina de Estado introduziu uma organização do saber médico estatal, a subordinação dos médicos a uma administração central e a integração dos mesmos em uma organização médica estatal. Pode-se inferir que os desdobramentos desta experiência histórica se apresentam na situação da medicina “como apoio científico indispensável ao exercício do poder do Estado” (Machado, 1978:155). Começa a se formar um saber médico-administrativo.

Para fins deste estudo, importa pensar na definição da medicina como instituição regulamentada, constituída enquanto corpo médico investido de autoridade, que procuro caracterizar a partir dos próprios discursos médicos, analisando as mudanças no campo da medicina<sup>12</sup>.

A medicina social urbana, na França, desenvolveu-se intimamente associada ao fenômeno de urbanização. As considerações de Foucault a respeito repercutiram significativamente nas análises historiográficas que se voltam para os processos de medicalização do social.

Organizar o corpo urbano, esquadrihar e regulamentar os comportamentos da população, por razões econômicas e políticas, nisto se inscreveu a necessidade de unificação do poder urbano. Revoltas urbanas do século XVIII, decorrentes da crescente proletarização nas cidades européias, inauguraram uma espécie de atividade de medo, de pânico urbano, característica de uma inquietude político sanitária diante da cidade (Ibid., p.86-87). Em outras palavras, desenvolveu-se a medicalização da cidade, das coisas - ar, água, decomposições, fermentos -, das condições de vida - organização da saúde -, e dos meios de existência - regiões de amontoamento, confusão e perigo - da cidade. (Ibid., p.90-93). Este processo é importante pois, segundo Foucault,

---

<sup>11</sup> Normalização como penalidade que atravessa e controla as instituições disciplinares, neste caso, a instituição médica estatal, hierarquizando, homogeneizando, excluindo (Foucault, 1993c, p.163). Este conceito encontra-se desenvolvido em “Tramas” – A inspeção.

<sup>12</sup> Ver item “Disputas”: No Campo da Medicina.

“a inserção da medicina no funcionamento geral do discurso e do saber científico se fez através da socialização da medicina, devido ao estabelecimento de uma medicina coletiva, social e urbana.” (Ibid., p.92)

Outro aspecto relevante apontado pelo autor é o aparecimento da noção de salubridade, não coincidente com a de saúde, mas como “base material e social capaz de assegurar a melhor saúde possível dos indivíduos”(Ibid., p.93). Abriu-se aí um crescente espaço para a intervenção do corpo médico no disciplinamento da cidade. Via salubridade<sup>13</sup>, apresenta-se a noção de higiene pública como controle político-científico do meio urbano.

Na qualidade de higienistas, os médicos asseguraram uma posição política, econômica e socialmente privilegiada que lhes permitiu introduzir-se em diferentes instâncias de poder, observando, propondo estratégias de correção do corpo social, com o intuito de assegurar a higiene e a saúde, prescrevendo comportamentos em benefício da saúde individual e coletiva. Enfim, produziram saberes e discursos, num regime de verdade, que lhes deu autoridade como grandes peritos e conselheiros da arte de governar a cidade e seus habitantes (Foucault, 1993b, p.93, 201-203 passim).

Essa tônica higienista, nos dizeres de Vigarello, marca uma inflexão da sensibilidade à higiene, gerando novas categorias de pensamento: trabalho do corpo, manifestação de vigor, conotação de saúde mais do que de adorno (Ibid., p.113). A higiene passou a constar, então, no manual do médico, intimamente associada com o argumento da saúde, dizendo respeito ao estado diretamente físico do corpo, e não apenas a seus aspectos mais aparentes como roupas, rosto e mãos. “Uma higiene que no século XVII significava essencialmente estética e civilidade pende agora mais claramente para a funcionalidade” (Ibid.). O autor acrescenta que aos médicos, em

---

<sup>13</sup> Vigarello afirma que a associação higiene & salubridade é absolutamente histórica. “O raciocínio econômico subentende o gesto de uma organização sanitária das coletividades. Conduz sobretudo a uma transformação da higiene dos grupos e das comunidades. A prevenção começa a decorrer de práticas políticas cujos agentes são os administradores e os médicos. Esta prevenção integra insensivelmente a higiene até conferir-lhe um papel de “salubridade pública” que nunca fora o seu” (1988, p.116). Daí que eu venha salientando ao longo deste trabalho que não existe uma higiene, uma saúde, mas possibilidades e práticas historicamente constituídas.

particular, coube a tarefa de banalizar as regras de higiene, sensibilizar para o tema da higiene (Ibid., p.115).

A medicina social inglesa, caracteristicamente uma medicina da força de trabalho, elegeu os pobres como objeto privilegiado de medicalização a partir do segundo terço do século XIX, quando os discursos médicos associaram pobreza a perigo, degenerescência, contágio, e miséria a sujidade e doença. Os pobres, enquanto beneficiários de um sistema de assistência, deveriam ser submetidos a vários controles médicos (Foucault, 1993b, p.94). O controle da saúde e dos corpos das classes mais pobres objetivava torná-las mais aptas ao trabalho e menos perigosas aos nobres e burgueses. Os espaços precisavam ser delimitados, os sadios protegidos e os perigosos isolados. Foucault chega a utilizar a metáfora de um “cordão sanitário autoritário que é estendido no interior das cidades entre ricos e pobres” (Ibid., p.95).

A necessidade de gerir os homens pobres fez com que os médicos estivessem mais atentos à observação de seus corpos, seus modos de vida, seus hábitos, suas relações, examinando-os minuciosamente, e, por isso mesmo, produzindo saberes e poderes que transformaram o saber médico, tornando possíveis novos discursos, novos objetos de atenção. Mudaram as sensibilidades, mudou o olhar.

“O que era entendido como acompanhamento quase inevitável do meio ambiente humano, o que era banal à força de tão próximo se encontrar, transpôs o limiar do intolerável: cidades empestadas, imundícies acumuladas, odores das águas estagnadas. A morte espreita os locais infestos (...) Inicia-se então o recenseamento destes locais e das suas ‘confusões purulentas’ ao qual se vem juntar a insistente ligação entre mau cheiro e sujidade, dos espaços e dos corpos. Mas não dos espaços nobres ou burgueses: os locais em causa são aqueles em que se amontoam os pobres, e os corpos são aqueles que a roupa nem sempre protege. É o povo o principal atingido. Evocar a higiene é contrariar a ‘negligência’ popular, o fedor urbano, a promiscuidade incontrolada. (...) as práticas do povo começam a ser condenadas como nunca o tinham sido.” (Vigarello, 1988, p.117).

A idéia de uma *pastoral da miséria* é sugerida de forma instigante por Vigarello. Nas suas palavras, “é a própria imagem do pobre e sobretudo a da miséria que mudam, pois tornaram-se mais inquietantes e ameaçadoras com a nova cidade industrial”. Neste contexto, a higiene do pobre foi apresentada como garantia de sua moralidade e, por extensão, de uma ordem social (cf. *Ibid.*, p.151). O autor insiste em apresentar a idéia de uma moralização da higiene:

“Ambição complexa e simultaneamente totalizadora, já que, da higiene da rua à dos seus habitantes, do asseio dos quartos ao dos corpos, o que se pretende é transformar os costumes dos mais desfavorecidos. Expulsar os seus supostos vícios, latentes ou visíveis, modificando as suas práticas corporais. Cria-se uma verdadeira *pastoral da miséria*, onde a higiene quase assume a força de um exorcismo. A mecânica das cidades e a moral combinam-se num molde absolutamente novo ...” (*Ibid.*)

Saúde e higiene vinculam-se estreitamente à moral<sup>14</sup>. Não uma higiene qualquer, mas uma higiene que abarca os costumes íntimos dos mais pobres. “Uma higiene avassaladora, na qual lenta e confusamente acabam por se juntar a ordem e a virtude.” Para Vigarello, o que se apresenta é uma ética das “purezas”: nos discursos, a sujidade não seria mais do que a entrega ao vício e, como sugerem outros autores, a sujeira expressaria a preguiça, que é indício das falhas de caráter. “O público em causa, longe de ser a burguesia, é evidentemente o povo pobre das cidades” (*Ibid.*, p.152).

Outros autores insistem nesse domínio moral dos discursos médicos. Barrán defende a tese de que de fins do século XIX até meados do século XX, houve um processo em que a medicina foi moralizada e, em sentido complementar, a moral foi medicalizada (1995, p.17-18). Em outras palavras, a penetração da ordem moral e moral no saber médico manteve a tradição, contudo ao infiltrar essa ordem pelo saber médico houve uma inovação fundamental, qual seja, foi possível identificar a moral com as regras da medicina preventiva, donde os conteúdos de higiene e a

preservação da saúde passam a ser considerados como fonte de uma nova ética, fundada numa “moral fisiológica” (Ibid).

De certa forma, como sugere Harris (1993), várias formas de discurso a respeito da higiene e da saúde coincidem com questões de classe, mas também com questões de gênero e raça. Valendo-se de explicações científicas, fundamentadas como verdade, a medicina social, nas suas distintas modalidades, justificou estereótipos e racismos, disfarçados em nome de uma urgência biológica e social.

Minha intencionalidade, quase evidente, foi recorrer às indicações de Vigarello, intercalando-as com a reflexão foucaultiana. Ele vai explicitando o complexo jogo entre práticas sociais e formas de subjetivação, ao recuperar as transformações históricas da sensibilidade através da higiene, bem como demonstra o quanto uma história mais lata e mais complexa põe em jogo também uma micro-história de nossos sentidos - o olhar, o olfato, as percepções - indicando, assim, que se trata ainda de uma história social. Possibilita desnaturalizar o que nos parece familiar, situando, como sugere Foucault, o caráter histórico e culturalmente contingente das experiências.

A sucinta apresentação das transformações da medicina, guardadas as especificidades histórico-espaciais, permite o acompanhamento das problematizações e dos saberes produzidos neste processo. A preocupação crescente da medicina com a gerência das populações, uma acentuada atenção à saúde e à higiene, o eixo moral dos discursos médicos, parecem marcas importantes da situação histórica concreta sobre a qual me debruço.

O impacto das abordagens médicas, estendendo-se para as mais variadas instâncias do social - jurídico-penal, educacional, sexual e até mesmo religiosa, entre outras - ou ainda transpondo limites geográficos, sugere a pertinência de uma contextualização deste tipo, bem como a fecundidade de uma investigação que se

---

<sup>14</sup> Bresciani assinala que uma *idéia sanitária* encontrou-se profundamente arraigada na medicina e na moral burguesa do século XIX. Por seu sentido eminentemente moral, a *idéia sanitária* definia uma sociedade sã como aquela sem doenças, sem crimes, revoltas ou revoluções (1985-86, p.27-8).

detenha sobre essa rede, esse conjunto de práticas e discursos que compõe o “dispositivo de higiene e saúde”<sup>15</sup>.

É possível afirmar que as temáticas recorrentes no campo médico europeu foram acompanhadas com relativa simultaneidade pelos médicos gaúchos, seja pelo acesso sistemático às publicações estrangeiras, especialmente as francesas relativas ao movimento higienista, ou as alemãs e italianas relativas à patologia, à bacteriologia, à pediatria e puericultura, seja pela formação no exterior ou por viagens de estudo. A imprensa gaúcha da época dá conta deste acompanhamento, não só no que se refere ao campo da medicina, mas igualmente por outros intelectuais da cidade, como aqueles da educação, da engenharia, do direito, e até mesmo pelos movimentos operários. Os médicos gaúchos, nas últimas décadas do século XIX até o primeiro terço do século XX, estiveram atentos às discussões travadas pela medicina de seu tempo, fortemente marcada por este caráter social instaurado a partir do século XVIII. Herschmann e Pereira (1994) apontam não apenas a estreita vinculação das elites intelectuais brasileiras com a produção européia na passagem do século XIX ao XX, mas a própria intervenção dessas elites para ajustar o país ao modelo europeu, tornando-o moderno e civilizado.

O estudo da medicina social no Brasil, particularmente sua constituição histórica, encontra-se representado por um expressivo número de trabalhos<sup>16</sup>, tendo sido já acumuladas informações e fontes empíricas substanciais para uma análise de sua importância no novo ordenamento político-cultural nacional, modernizante, instaurado na virada do século.

Antes de passar aos estudos que tematizam a medicina social no Brasil, exponho brevemente um artigo que se detém em problematizar essa produção,

---

<sup>15</sup> Dispositivo, no sentido que lhe confere Foucault, exprime um conjunto heterogêneo, polimorfo, que abarca formações discursivas e formações não discursivas, espécie de *rede* que se pode estabelecer entre discursos, instituições, enunciados científicos, aparatos jurídicos, configurações do espaço, proposições filosóficas; constitui um determinado tipo de formação, em um determinado momento histórico, que tem por função responder a uma urgência (1993b, p.244).

<sup>16</sup> Destaco alguns, nem sempre diretamente ocupados com essa constituição, mas que apresentam elementos importantes acerca da medicina social no Brasil: Freire Costa (1983), Costa (1986), Engel (1986, 1989), Herschmann e Pereira (1994), Lima e Hgochman (1996), Machado (1978), Marques (1994), Nunes (1991), Rago (1985, 1991), Ribeiro (1993), Rocha (1996), Soares (1986), Vilhena (1993).

fazendo uma espécie de balanço crítico. Trata-se do trabalho de Carvalho e Lima (1992), em que as autoras examinam uma tendência predominante nos estudos de natureza histórica sobre saúde coletiva “que consiste em associar a temática da medicina e da implementação de políticas de saúde no Brasil à configuração de um poder disciplinar sobre a sociedade” (Ibid., p.117).

Mapeando esses estudos, elas identificam o desenvolvimento de uma linha de investigação que tem procurado “analisar os nexos existentes entre os discursos médicos, as práticas médico-sanitárias e a ação do Estado sobre o espaço e a vida urbanos”.

A partir disso, as autoras focalizam as abordagens dos temas saúde/doença e medicina coletiva na historiografia européia, apresentando algumas questões. Primeiramente, afirmam ter constatado uma generalização da afirmação de que “foram as experiências européias de urbanização acelerada ao longo de todo o século XIX e de concentração forçada da população naqueles espaços pouco adequados à reprodução da vida que propiciaram o aparecimento de uma certa compreensão da doença (...) como questão social” (Ibid., p.124).

Questionam a formulação do binômio “‘cidade e doença’, visto que, para elas, tornou-se um binômio de significação auto-evidente que poucos ousam desconhecer e a ninguém é dado desconfiar de sua capacidade explicativa” (Ibid.).

As autoras criticam este esquema explicativo, afirmando que devido à sua força,

“... seguem sendo válidas as concepções de enfermidade produzidas a partir do reconhecimento de um desarranjo social no sentido em que o século XIX o concebeu, isto é, como algo que inviabilizaria a boa ordem das “sociedades do trabalho” e que, dessa forma, exigia uma intervenção sobre o mundo urbano, visando reparar a sua precariedade e o sintoma que essa precariedade produzia: a moléstia.” (Ibid., p.124-125).

Na opinião das autoras, isso explica por que mesmo as pesquisas mais críticas “incorrem numa visão pouco matizada, se não reificadora, do binômio cidade/doença”. De certa maneira, deixam em suspenso o que consideram uma “associação causal entre “doença” e “cidade massiva”.

A análise indica ainda a recorrência dos estudos em enfatizar “os discursos que apelavam para uma intervenção racional e racionalizadora sobre o espaço urbano, de forma a torná-lo compatível com o desenvolvimento da indústria de bens (...) ou a indústria de homens ‘civilizados’” (Ibid., p.125).

Para elas,

“a doença como ‘mal social’, concepção com que nos habituamos a lidar desde o século XIX é um desses casos em que a observação valorativa dos agentes contemporâneos (sobre a proliferação da doença) funda uma reflexão sobre a natureza do fenômeno observado, conformando as premissas que servem ao argumento sociológico. Dão-se, então, as condições para a elaboração de uma narrativa sociologizante, na qual a chamada ‘doença moderna’ ou ‘doença social’ perde a sua inscrição particular na história euro-ocidental e assume o caráter de um *fato* verificável em diferentes contextos, restando apenas ‘compor’, ‘preencher’ o cenário que propicia o seu aparecimento (...) O *fato* no entanto, já está previamente estipulado, devendo apenas ser “ilustrado” pelo historiador” (Ibid., destaques das autoras).

As advertências de Carvalho e Lima, em certa medida, convergem para questões teóricas de grande importância, tais como o perigo de mutilação do real em se empregando uma estratégia analítica como uma espécie de camisa de força da investigação, ou os perigos de uma incorporação reificada de conceitos.

De outra parte, também foram antecipadas algumas possíveis contraposições às críticas das autoras. Para ilustrar, tanto Vigarello (1988) quanto Foucault indicam em seus estudos que a idéia de “lugar insalubre” começa a se delinear já no final do século XVIII. Vigarello inclusive sugere que houve um tempo em que a sensibilidade

não estava preocupada com os amontoamentos e o ar fétido das aglomerações. Houve, sim, uma crescente preocupação com a longevidade das populações enquanto verdadeira riqueza dos Estados (especialmente explicitada pelos fisiocratas). Neste caso, trata-se muito mais de pensar na pertinência de um operador conceitual como bio-poder<sup>17</sup>, associando-o à problemática das cidades, do que propriamente no binômio cidade/doença. Mais tarde é que o espaço urbano em si será considerado perigoso, o que é fartamente confirmado pelas fontes empíricas consultadas, tanto em pesquisas historiográficas europeias quanto brasileiras. Não se incorre, portanto, tão somente numa visão reificada.

Além disso, concordando em parte com as autoras, evoco as palavras de Bachelard (1978) quando esse se refere à necessidade de abrir espaço para que a experiência possa retificar a razão. Neste sentido, seria bem oportuno se as autoras também se propusessem investir em pesquisas cujo material empírico pudesse confirmar as críticas que elas apresentam.

---

<sup>17</sup> A concepção de bio-poder, para Foucault, consiste no processo pelo qual, na sociedade ocidental, se dá a tomada de poder sobre os corpos, visando dirigi-los. Observa Foucault que a partir do final do século XVII até início do século XIX, desenvolveu-se e estruturou-se toda uma nova tecnologia de aproveitamento e utilização da força dos corpos, tecnologia basicamente organizada em torno da disciplina (1993c, p.96). Assim, os “diversos processos que acarretaram uma progressiva organização da vida social, através de *meticulosos rituais de poder* que têm por objetivo o corpo, se deram através do que Foucault caracterizou como o bio-poder” (Maia, 1995, p.93, grifos meus). Este poder sobre a vida, que se exerce sobre os corpos, apresenta-se sob dois níveis de exercício, interligados por todo um feixe de relações: a) aquele que se centra sobre o corpo como máquina: as técnicas que têm como objetivo um treinamento “ortopédico” dos corpos, as disciplinas e o poder disciplinar, ou nas palavras de Foucault, uma *anátomo-política do corpo humano*” (1993a, p.131); b) aquele que se centra sobre o corpo-espécie: o corpo entendido como pertencente a uma população com suas leis e regularidades (nascimentos, mortalidade, nível de saúde, duração da vida, longevidade), (...), que são assumidos por intervenções e controles reguladores, que nos dizeres do autor constituem uma “*bio-política da população*” (Ibid.). As formas e procedimentos múltiplos - mecanismos, táticas e dispositivos - pelos quais os corpos são atravessados pelo poder, foram exaustivamente trabalhados por Foucault, que também se ocupou em mostrar como alguns destes mecanismos, com certas transformações, permaneceram até os nossos dias, integrando a enorme parafernália do poder que envolve a sociedade contemporânea. Dentre esses, sem dúvida, encontram-se as práticas educativas da medicina que se centraram na ocupação dos corpos, em suma, na atuação de “corpos que se aplicaram sobre outros corpos para educá-los, fabricá-los, ou ainda do combate de corpos que resistiram a esta aplicação” (cf. Ewald apud Maia, 1995, p.94, grifos meus). A explicitação do bio-poder consiste precisamente na “invenção técnica dessa nova maneira de gerir os homens, controlar suas multiplicidades, utilizá-las ao máximo e majorar o efeito útil de seu trabalho e sua atividade, graças a um sistema de poder suscetível de controlá-los” (Foucault, 1993b, p.105). Consiste, assim, na entrada “dos fenômenos próprios à vida da espécie humana na ordem do saber e do poder - no campo das técnicas políticas” (Idem, 1993a, p.133). “poder disciplinar e bio-poder se integram para um controle, uma gestão mais efetiva dos corpos” (Maia, 1995, p.98), aparecendo aí a demografia e a medicina social.

Adiante, explicitam: “nossa questão incide sobre aquilo que nos parece ser um “vício’ funcionalista em ver na saúde um valor idêntico e *com vida autônoma dentro de qualquer sociedade*, funcionalismo esse que se combina à ausência de qualquer perspectiva crítica com relação aos ‘relatos’ que nos chegam dessas sociedades pretéritas” (Ibid., grifos das autoras).

Para enfatizar as questões que apresentam, Carvalho e Lima fazem referência ao trabalho de Revel e Peter (1976), visto que também eles alertam para uma espécie de sociologização da história da doença em estudos que lidam com o discurso da medicina e das instituições médicas do século XIX, tomando tais discursos como fonte privilegiada para a análise da “doença social”, o que significa incorrer numa tautologia porque o olhar médico e as sugestões que decorrem dele já predisporiam o historiador a indagações limitadas aos termos de um relato produzido pela necessidade de institucionalização da medicina social no século XIX (Ibid., p.126, 128).

As autoras advertem ainda para o fato de que as “vozes” que nos chegam através daqueles discursos estão culturalmente imbuidas do utilitarismo hegemônico na época, empenhadas, portanto, na conversão da infelicidade humana em objeto de investigação científica e controle social, reservando ao enfermo o papel de um mero suporte “abstrato” para a disseminação de valores antipopulares, moralistas em geral, e institucionalizadores da ordem burguesa” (Ibid., p.126).

Assim, para Carvalho e Lima, “sob esse enquadramento, a conceituação da ‘cidade-inferno’ e o discurso produzido sobre ela revelam a disposição dos contemporâneos - inclusive os médicos - em celebrar a saúde e a ordem como aspectos *essencialmente* antagônicos à pobreza e à marginalidade, e não apenas *historicamente* antagônicos” (Ibid.).

Mas, se os discursos produzem os objetos de que falam, a questão não é tão somente se interrogar sobre a fidelidade ou não desses discursos, os interesses obscuros ou deturpadores dos médicos, mas problematizar por que, sistematicamente, se puseram a caracterizar os perigos urbanos e as ameaças à saúde

individual e social. Como seus discursos produziram a associação cidade/doença? Como essa “verdade” pautou as políticas sociais e os comportamentos de uma época?

Em alguns momentos da leitura, tive a sensação de não situar bem as questões apresentadas pelas autoras, apesar de muito instigantes. Isto porque elas não apontam nos próprios textos dos historiadores o que exatamente leva a transparecer esta tendência, referindo-se genericamente às críticas.

Por outro lado, coloco-me diante do desafio de pensar nos discursos médicos a partir deles mesmos: quais os problemas que produzem/reproduzem? por que estes e não outros? como os médicos da época os analisavam? Ou seja, a partir da análise arqueogenealógica<sup>18</sup>, trata-se de examinar as próprias formas da problematização. E, mais adiante, acompanhar as suas modificações, as suas práticas.

Isto implica analisar o campo discursivo da medicina social: a) determinando as condições de existência dos enunciados, os regimes de verdade; b) estabelecendo suas correlações com outros enunciados a que puderam estar ligados; c) mostrando que outras formas de enunciação excluíram, por exemplo, uma concepção religiosa de saúde e doença, as concepções populares de saúde, ou a substituição de uma medicina anatômica por uma concepção fisiológica da medicina<sup>19</sup> (Foucault, 1995, p.31). Teriam sido produzidos outros diagnósticos dos fenômenos decorrentes da urbanização? Outras prescrições face a eles?

Além disso, a análise das práticas discursivas da medicina social permite acompanhar a formação dos saberes da medicina naquele momento histórico: por que a higiene e a saúde são objeto, no discurso médico, de uma preocupação moral? por que, aparecem antagonizadas à pobreza e à marginalidade das cidades identificadas como doença?

De qualquer forma, Carvalho e Lima:

---

<sup>18</sup> Sugerindo algumas explicitações do método foucaultiano, Cascais define a arqueogenealogia como o cruzamento da perspectiva arqueológica (que interroga as práticas discursivas que articulam o saber) e da perspectiva genealógica (que interroga as relações múltiplas e estratégias que articulam o exercício do poder) (1993).

<sup>19</sup> Como examinarei no arranjo “Disputas”: Terapêutica X Profilaxia.

“Não se trata de desconhecer ou desconsiderar as formulações médicas na organização da doença ou de instituí-las como um mito. Mas, antes, de apreender como a produção da doença no século XIX pôde ser incorporada às formulações de caráter científico que visaram mantê-la sob guarda e eliminar sua potencialidade desorganizadora, associando-a a uma cidade ordenada e a uma vida social orientada pelo planejamento e a intervenção da autoridade” (Ibid., p.129).

As autoras apresentam ainda outras críticas. Sugerem que “a problemática urbana brasileira guarda singularidades evidentes em relação às características consagradas pelas análises das cidades européias”. Entretanto, para elas, as “pesquisas brasileiras que reeditam o binômio cidade/doença - ou sob a inspiração programática da Medicina Social: cidade capitalista/saúde do trabalhador - procedem a uma aplicação um tanto esquemática de modelos concebidos para a apreensão de uma realidade diversa (Idem,134). De minha parte, acrescentaria a existência de especificidades histórico-regionais até mesmo *entre* as cidades brasileiras, o que deve ser considerado nesta análise em relação à realidade gaúcha, daí deter-me especialmente em situar influências e conflitos do positivismo no discurso médico e conflitos deste quanto ao tema da liberdade profissional, indiscutivelmente peculiares no contexto gaúcho<sup>20</sup>.

Acrescentam ainda as autoras que, no conjunto de trabalhos apreciados, constataram uma “dificuldade em captar as diversas formas de resistência popular frente às práticas de controle sanitário, o que pode ser em parte explicado pela ênfase que esses estudos atribuem, de forma quase exclusiva, a um tipo de documentação histórica referida ao discurso produzido pelas instituições médicas” (Ibid.).

Os questionamentos apresentados por Carvalho e Lima, indiscutivelmente, constituem alertas significativos para a investigação proposta, embora em certos momentos seja possível problematizar a própria leitura e interpretação que fazem da produção historiográfica que examinam. Destacaria pelo menos dois aspectos: a) problematizar a produção discursiva da época quanto às concepções de doença, saúde e a própria associação cidade/doença, enquanto históricas e culturalmente

contingentes; b) dar atenção às especificidades histórico-regionais e à concretude das práticas discursivas ou não produzidas nesse tempo-lugar.

Vejamos, agora, como o processo de intervenção médica no social desenvolveu-se na particularidade deste estudo.

No Brasil, as últimas décadas do século XIX demarcam um processo impregnado de profundas e rápidas transformações associadas à supressão da escravidão, crise do Império e instauração da República. As cidades consolidam-se como centros aglutinadores de atividades comerciais e fabris, bem como de uma série de serviços próprios da vida urbana, envolvendo crescentes contingentes populacionais, dentre os quais, imigrantes estrangeiros e recém libertos que migravam das zonas rurais. O fenômeno urbano, assim, esteve intimamente ligado à emergência do capitalismo e à instauração do processo de industrialização, na transição do século XIX para o século XX. O crescimento imprevisto e desorganizado das cidades, especialmente as capitais, trouxe à tona expressivos problemas de gestão das condições de vida, dos meios de existência e das populações citadinas.

Diferentes autores<sup>21</sup> indicam que, ao olhar dos administradores, políticos e intelectuais da época, a realidade urbana apresentava-se caótica e perigosa. Os discursos recorrentemente evocavam a falta de infra-estrutura básica que assegurasse as atividades de produção e a conservação mínima da saúde de seus habitantes; o descontrole na distribuição espacial da população, ocasionando amontoamentos e contatos sociais promíscuos em habitações sujas e fétidas; as ruas estreitas, pobres e mal-traçadas habitadas indiscriminadamente por ricos e pobres; o lixo e dejetos de todo tipo depositados a céu aberto, cujas emanações empestavam o ar respirado; os hábitos dissolutos e a proliferação de gatunos, vadios e prostitutas; e, enfim, a eclosão de movimentos sociais ameaçadores da ordem e da tranquilidade social.

---

<sup>20</sup> Ver arranjo “Disputas”: No Campo da Medicina.

<sup>21</sup> Dentre eles, Freire Costa (1983), Engel (1986/1989) Herschmann e Pereira (1994), Machado (1978), Marques (1995), Rago (1985/1991) e Soihet (1989).

A configuração de um “perigo urbano”, traduzível por uma inquietude de caráter político-sanitário mobilizou distintos agentes, eclesiásticos, industriais, filantropos, jornalistas, médicos<sup>22</sup>, engenheiros, educadores e juristas, autoridades públicas, dentre outros, que se empenharam na formulação de propostas de intervenção e de gestão da cidade.

Sustentando-se em princípios cientificistas que propunham a observação minuciosa das práticas sociais e em preceitos filosóficos, marcadamente em idéias liberais, entre os políticos e intelectuais renovadores da época predominou a concepção de que as estratégias abertamente repressivas ou punitivas seriam insuficientes para controlar a complexidade do tecido urbano e promover sua modernização<sup>23</sup>. Era preciso romper com um passado colonial, subtraindo-se ao atraso. Propunham, assim, diferentes procedimentos saneadores, disciplinares, educativos, divulgadores de novos hábitos, comportamentos e valores, denominados de urbanos e civilizados. Buscavam o esquadramento do espaço social, visando reformar as cidades brasileiras, a fim de inscrevê-las dentre as avançadas<sup>24</sup>.

---

<sup>22</sup> Segundo o dr. Nonohay, uma das consequências terríveis da urbanização era a extensão que havia tomado a sífilis no país, a que atribui uma inquietude crescente, afirmando: “eu tenho a convicção de que grande parte da anarquia moderna, deste mal estar profundo em que vivem todas as classes e que explode em revoluções, explode em morticínios, se revela pela miséria, deve o mundo à influência traiçoeira daquele flagelo [a sífilis]. (...) Por que apelar para a metafísica, crer em crises de idéias, em crises de caráter, quando mais perto de nós está a explicação desta psicastenia coletiva, feita de uma doença humana, como a sífilis, e talvez, associada ou tendo como causa predisponente o alcoolismo, que aliás pode por sua vez ser entretido pela abulia daquele estado nervoso? Dir-se-á também que outros fatores entram neste mal estar social: os fatores econômicos, a depressão da riqueza, a anarquia do trabalho, a insuficiência da produção. Efetivamente eles tomaram uma feição aguda após a última conflagração européia. Porém, não menos exato que existiam anteriormente. E que outras causas que o urbanismo, facilitando o contágio venéreo (...) ? E que outras causas que o aumento das cargas sociais, criadas pela sífilis, seja provocando doenças crônicas, seja o nascimento de inválidos, e que outras causas que a diminuição do trabalho em uma sociedade, feita de enfermos do terrível Mal, e cujo número foi consideravelmente agravado pela guerra? Pois bem, é necessário que a Medicina não veja no homem o indivíduo isolado e que ao contrário veja nele sempre o único animal que vive em verdadeira sociedade, tanto mais íntima quanto mais civilizado é” (Nonohay, 1922, p.288-289).

<sup>23</sup> Como sugerem Herschmann e Pereira, não só no Brasil, “especialmente a partir das últimas décadas do século XIX, idéias como novo, progresso, ruptura, revolução e outras nesta linha passam a fazer parte não apenas do cotidiano dos agentes sociais, mas, principalmente, a caracterizar o imaginário, o discurso intelectual e os projetos de intervenção junto à sociedade” (1994, p.14).

<sup>24</sup> Nas palavras do dr. Belisário Penna, “as nossas cidades, embora a aparência enganadora de algumas, são, em geral, aglomerações humanas onde se degrada e se extingue por atacado a população. Não há, em geral, noção da importância capital da pureza das águas destinadas à bebida e usos domésticos, da casa higiênica, de conveniente destino aos excreta humanos e detritos residuais. É completa a ausência de educação sexual, imperando nelas discricionariamente os males venéreos” (Penna, 1928, p.8, grifo meu).

Cabe ressaltar, contudo, que a intensificação de “estratégias pedagógicas” para civilizar o país não significou que elas tivessem sido implantadas de maneira menos autoritária. Para tanto, o Estado contou com o apoio de novos aliados, cujo prestígio ascendente coincidia com uma certa euforia modernizadora. Segundo Herschmann, dentre esses aliados, destacaram-se alguns médicos<sup>25</sup>, engenheiros e educadores, “novos intelectuais” que pleiteavam desempenhar articulações e funções complementares no aparato estatal. Além disso,

“Esses intelectuais, portadores de um saber técnico e especializado, reivindicavam a responsabilidade pela organização social e seus discursos foram se constituindo nas diretrizes básicas da sociedade brasileira.” (1944, p.44)

O crescente reconhecimento dessa figura do “especialista”, quando literatos e bacharéis contabilizavam um certo desprestígio, resulta em parte da doutrina do “progresso” que orientava o país e, por extensão, da necessidade de fazer com que o

---

<sup>25</sup> No Rio Grande do Sul é expressivo o caso de vários médicos que serão citados nesta tese. O dr. Protásio Alves, que foi político e alto funcionário do Estado, tendo sido seu Vice-Presidente em dois quinquênios e gestor da pasta dos Negócios Interiores por vários anos, além de sua atuação no Departamento de Instrução Pública do Estado. Militou desde a mocidade nas fileiras do Partido Republicano Riograndense (cf. Carricone, 1996, p.10). Também o dr. Fernando Freitas e Castro que foi médico da Diretoria de Higiene do Estado (1921-1928 / 1933-1937); Diretor Geral dos Serviços de Saúde do Estado (1929-1933); Vereador do Conselho Municipal de Porto Alegre, no exercício iniciado em 1922 (cf. Martins, 1978, p.235; Revista Médica do RS, maio/jun.1946, p.266). O dr. Antonio Carlos Penafiel foi Deputado na Assembléia dos Representantes do Estado em duas Legislaturas, de 1914 a 1921, e a Câmara Federal na Legislatura subsequente (cf. Franco, 1988, p.235). O dr. Carlos Pitta Pinheiro foi médico da Assistência Pública Municipal (1925) e médico legista da Chefatura de Polícia do Rio Grande do Sul, além de membro do Conselho Penitenciário do Estado (cf. Pimentel, 1945). O dr. Emilio Kemp Larbeck ingressou no funcionalismo público estadual tendo sido inspetor estadual de ensino, fundador do Instituto Protásio Alves e do Instituto Evaristo Flores da Cunha (escolas estaduais), além de Diretor de Expediente da Secretaria da Educação (cf. Martins, 1978, p.289). O dr. Heitor Annes Dias, em 1934, foi eleito deputado à Constituinte Federal como representante do Rio Grande do Sul (cf. Friederichs, 1958, p.32). O dr. João Pitta Pinheiro Filho exerceu função pública na administração estadual e foi médico legista da Chefatura de Polícia, por mais de 35 anos, aposentando-se como Diretor do Gabinete Médico Legal do Estado (cf. Dante, 1962). O dr. Mario Totta foi Secretário Geral da Instrução Pública do Rio Grande do Sul, em 1898, além de Diretor do Gabinete de Identificação do Rio Grande do Sul nos anos 30 (Martins, 1978, p.590). O dr. Olinto de Oliveira, em 1918 transferiu residência para o Rio de Janeiro, onde exerceu funções administrativas na Inspeção de Higiene Infantil do Departamento de Saúde Pública, como Diretor da Diretoria de Proteção à Maternidade e à Infância e do Departamento Nacional da Criança (Franco, 1988, p.292). O Dr. Ulysses de Nonohay foi Deputado Federal pelo Rio Grande do Sul (cf. Franco, Ramos, 1943, p.48).

Brasil ingressasse no mundo civilizado<sup>26</sup>. Civilizar “à européia” é a tônica do período que se estende dos anos 1870 à década de 30. Buscava-se uma nova identidade brasileira, instigada pelas mudanças de vida aceleradas pela urbanização. Essa nova identidade, essencialmente cosmopolita, vislumbrada com a experiência urbanizadora, guardou, no entanto, estreitas ligações de dependência com a vida cultural de Paris, acentuadas pelos novos meios de comunicação, pelas artes gráficas, pela imprensa (Dias apud Sevcenko, 1992, p.XII). Mas também, especialmente a partir dos anos 20, com os modelos norte-americanos, que mostravam uma nação jovem a exemplo do Brasil, mas que havia alcançado rapidamente o desenvolvimento e a modernização<sup>27</sup>. Não surpreende, então, que os médicos brasileiros, leitores assíduos das publicações européias<sup>28</sup> e americanas, produzissem uma leitura da realidade brasileira permeada por uma ciência produzida em outro contexto. Era preciso adaptar o Brasil aos progressos das ciências e da civilização.

Definindo um caráter eminentemente social, especialmente profilático, o campo médico buscou sintonizar-se com as doutrinas teórico-filosóficas que vinham se difundindo desde meados do século XIX: o naturalismo e o positivismo. De um lado, essas doutrinas passaram a amparar as práticas da medicina e, de outro, elas possibilitaram uma redefinição do próprio ethos médico, novos modos de se ver e de se produzir “médico”. Neste particular, a força das proposições comtianas e de sua

---

<sup>26</sup> Herschmann indica que de, modo geral, no Brasil, “tanto o discurso médico moderno quanto o científico constituíram-se objetos de estudo pouco enfatizados e explorados no cenário intelectual, principalmente no que se refere aos desdobramentos das representações e modelos produzidos por esses ‘discursos’ junto à sociedade civil. A elite dirigente e intelectual preferiu, ao longo deste século, privilegiar a discussão da produção e das representações elaboradas pela literatura, especialmente a literatura modernista paulista. Resultado: atualmente constatamos que, com grande frequência, confunde-se ‘moderno’ com ‘modernismo’ e ‘modernidade’. Este equívoco bastante comum denuncia a hegemonia alcançada pelo modelo modernista, ou melhor, pelo modelo *liberal/anárquico/malandro* ao qual associamos íntima e diretamente a visão de um *Brasil moderno*.”(Herschmann, 1996, p.21-22)

<sup>27</sup> Como exemplo de uma intensa atenção aos avanços da medicina nos EUA, lembro o envio do Dr. Fernando Freitas e Castro, em missão delegada pelo Governo do Estado, a fim de realizar dois anos de estudos sobre saúde pública no curso de Higiene da Universidade de Johns Hopkins. Em seu retorno ao Estado, orientando-se pelo esquema norte-americano, o Dr. Freitas e Castro foi responsável pela elaboração e execução inicial do projeto de Reorganização Sanitária do Estado do Rio Grande do Sul (ver Arquivos do Departamento Estadual de Saúde, 1945, p.7-57).

<sup>28</sup> Ao analisar a temática da prostituição no Brasil, em fins do século XIX, Soares enfatiza que a formulação dos argumentos morais pelos médicos brasileiros com vistas ao ataque e controle da prostituição sofreu forte influência dos trabalhos de médicos franceses que igualmente estudaram a prostituição na primeira metade do século XIX, sobretudo a tese do Dr. Parent-Duchâtelet. Segundo o

releitura, nas condições históricas brasileiras, permitiu que os médicos, assim como outros especialistas, “se autoconcebessem como responsáveis pela orientação e organização da ‘nação’, ajustando-se com isso também às demandas de reordenação social que existiam por parte do Estado” (Herschmann, 1994, p.48).

Medicina e positivismo estiveram intimamente associados, sobretudo no Brasil. Um progresso sem revoluções, viabilizado por agentes excepcionais, com vocação para conduzir a nação ao encontro de si mesma, sem traumas. O positivismo, introduzido no país por um médico<sup>29</sup> na década de 1840, inicialmente restrito às preocupações “científicas” de alguns médicos e engenheiros, tornou-se em pouco tempo a principal coqueluche da elite intelectual<sup>30</sup>. Como assinala Herschmann, aos jovens pensadores da época, o positivismo constituiu-se numa matriz ideológica, e proporcionando-lhes

“... um ‘método’, fez desses cientistas ‘missionários do progresso’, ‘sacerdotes do conhecimento’, transformou a ciência no único caminho para se atingir a saúde plena do corpo social, a civilização. Era preciso, no entanto, segundo esses intelectuais, intervir, organizar, sanear, prevenir, a fim de evitar os perigos, excessos, falhas e desvios que ameaçavam o meio ambiente, a cultura e o indivíduo, isto é, a concretização do principal objetivo: a realização plena da nação” (Ibid., p.56-7)

Harris (1993) observa que a presença pública cada vez maior de agentes do campo médico era sintomática da maneira como o conhecimento desses profissionais atuou de forma considerável, específica e caracterizadora na sociedade do *fin de siècle* na Europa, aspecto que parece possível estender para o contexto brasileiro. Afirma a autora:

---

autor, “esses trabalhos foram amplamente difundidos na comunidade médica brasileira, que não deixou de alardear a “vitória” dos médicos franceses...” (1986, p.150).

<sup>29</sup> Introduzido pelo médico Luis Pereira Barreto, formado em Bruxelas. Ver Herschmann (op.cit, p.56)

<sup>30</sup> No tópico “Disputas”: No Campo da Medicina, terei oportunidade de desenvolver as relações entre positivismo e medicina no Rio Grande do Sul, mostrando que houver variantes importantes no caso gaúcho, especialmente porque aqui a estrutura político administrativa implantou algumas máximas positivistas, como a liberdade de ensino, que se chocavam com interesses do campo médico, na ótica de alguns de seus representantes.

“Idéias médicas há muito focalizavam a importância da moderação, da inevitabilidade do castigo pelos pecados da embriaguez, gula e excessos sexuais, noções que haviam fornecido importantes correlatos fisiológicos para as doutrinas religiosas e morais.” (Ibid., p.20)

Barrán assinala que com a afirmação dos saberes médicos que atribuíram à idéia de saúde um novo conjunto de normas éticas e morais, destacadamente o dever do cuidado da saúde, e portanto a condenação da negligência em atender a esses deveres, a Igreja também passou a se servir do argumento da saúde para fortalecer sua condenação aos pecados do excesso, da concupiscência e das transgressões. Numa espécie de medicalização da moral religiosa foi possível afirmar que o pecado levava à doença e a virtude alcançava a saúde (1995, p.175-177).

Sendo assim, os médicos passaram a ser vistos não apenas como aqueles que se ocupavam do cuidado dos doentes, mas reconhecidos pelos seus contemporâneos, favorável ou desfavoravelmente, como sendo a incorporação de certas filosofias, ideais e aspirações morais e sociais.

A medicina social que se desenvolveu no Brasil conferiu às suas reflexões um sentido prático, especialmente em fins do século XIX e nas primeiras décadas do XX, quando a experimentação se impôs efetivamente<sup>31</sup>. Modernizar, regenerar, civilizar, dar ao povo saúde e educação eram enunciados que inflacionavam os discursos. Nesse contexto, “a ciência técnica passou a ser considerada crucial para o destino da nação” (Herschmann e Pereira, 1994, p.25). Nas palavras de Sevcenko, esse cientificismo se constituía no

“... único meio prático e seguro de reduzir a realidade a leis, conceitos e informações objetivas, as quais, instrumentalizadas pelo cientista sobre o Brasil, seriam a única maneira de garantir uma gestão lúcida e eficiente de seu destino. Desacreditadas as elites tradicionais, só a

---

<sup>31</sup> Como caso exemplar de instituições médicas incentivadoras de pesquisas científicas no Rio Grande do Sul, lembro a criação do Instituto Osvaldo Cruz, em 1911, em Porto Alegre, destinado a pesquisas clínicas, sorológicas e bacteriológicas e dos serviços de clínica da Faculdade de Medicina de Porto Alegre, além do Instituto Pasteur (1910), destinado à pesquisa e tratamento de moléstias provocadas por animais, incorporado ao governo do Estado em 1932, e do Instituto de Higiene Borges de Medeiros, que figura nos serviços de higiene em fins dos anos 20 (ver Totta, 1938; Faillace, 1948-49).

ciência - e seus prometeus portadores - poderia dar legitimidade ao poder.” (apud Herschmann e Pereira, *Ibid.*, p.22)

Fundados no discurso da neutralidade da ciência, os médicos apresentaram-se como arautos de uma poderosa alternativa para a cidade, seu espaço e sua população. Uma medicina social, urbana<sup>32</sup>, paulatinamente se legitimou pelo caráter de cientificidade, moralizador e salvacionista. A proliferação desse discurso é evidente: os médicos ocuparam os meios de comunicação da época com seus artigos, demonstrações, conferências, programas de rádio, livros, propaganda sanitária. A cartografia dessa discursividade permite o mapeamento das estratégias educativas e legitimadoras que no decorrer do período foram sendo produzidas pelo campo médico em busca do que concebiam como o projeto de um “corpo social sadio” (Herschmann, 1994, p.47). Nos dizeres do dr. Kanan<sup>33</sup>:

“A terra será um paraíso habitado por indivíduos sadios de corpo e são de espírito. Só existirá o belo para deleite do homem, como se não fosse necessário o feio para oferecer o adequado contraste na sua verdadeira apreciação.” (1936, p. 370)

A incisiva circulação da produção dos médicos possibilitou a presença desse saber junto a outros campos. As metáforas médicas contaminaram práticas discursivas de diferentes grupos sociais, como por exemplo os juristas, os criminalistas<sup>34</sup>, os representantes do campo religioso e, como procurarei mostrar, os educadores. Aliás, em relação aos últimos, os médicos, diretamente, buscaram ser reconhecidos como educadores, para o que formularam um discurso que pudesse atestar sua competência para tratar do pedagógico e do escolar, discurso este assentado, em boa medida, numa constante crítica aos processos pedagógicos e à

---

<sup>32</sup> A medicina concentrou-se principalmente nos centros urbanos, enquanto a Igreja manteve-se influente nas áreas rurais. (Herschmann, 1994, p.49). Engel, destaca que, nas cidades, o médico empenhou-se em conquistar o lugar até então ocupado pelo padre na casa, através da conversão das mulheres em suas aliadas (1989, p.51).

<sup>33</sup> Médico gaúcho, docente de ortopedia e cirurgia infantil da Faculdade de Medicina de Porto Alegre; professor de biologia do Curso Complementar.

<sup>34</sup> Harris indica que, dentre as mudanças do final de século XIX, “...na teoria política, dava-se muita atenção ao papel carismático da liderança, à importância da manipulação inconsciente de grupos e multidões (...) este aspecto da teoria baseou-se muito nas idéias e conceitos médicos, particularmente

organização escolar, aludindo à idéia de inconsistência e arcaísmo daqueles que até então haviam se dedicado às tarefas educativas. Dessa forma, disputando espaço com o campo educacional, de quem criticavam a falta de cientificidade, os médicos manifestam o desejo de serem reconhecidos como responsáveis por conduzir a todos e a cada um, orientando a vida privada dos indivíduos e a vida pública das coletividades<sup>35</sup>.

Cabe ressaltar, contudo, que essa discursividade não pode ser tomada como homogênea. Como procuro apresentar no capítulo “Disputas”, ela produziu-se diferentemente através do tempo, bem como comportou divergências entre diferentes grupos médicos, diferentes concepções de medicina, diferentes projetos políticos, embora estes evitassem torná-las públicas, já que as disputas mais significativas deveriam ser travadas com outros agentes sociais, particularmente no Rio Grande do Sul com aqueles dedicados a outras práticas de cura, como curandeiros, feiticeiros, videntes, práticos, enfim, todos os outros a quem se considerava charlatães.

Como sugere Harris, o surgimento dessa medicina social só pode ser entendido como parte de um processo de constantes disputas entre diferentes grupos sociais e suas formas divergentes e/ou coincidentes de abordar as questões associadas à realidade urbana, às doenças e procedimentos de cura. Não se trata apenas de divergências ou coincidências quanto aos modos de abordar o problema, acrescenta a autora, mas de disputas para “a obtenção da supremacia na atribuição da verdade e da autorização para intervenção legitimada” no que tange à cidade e sua população(1993, p.13).

Afinal, apesar dos antagonismos no âmbito da Medicina, existia “uma clara preocupação em manter uma imagem monolítica do campo médico como um campo neutro, onde há apenas o compromisso com a verdade” (Ibid., p.52).

A necessidade de enfrentamento com divergências internas e tensões externas, disputas com bacharéis, políticos, juristas, educadores, curandeiros ou

---

psiquiátricos, com modelos clínicos de sugestibilidade inconsciente, quase sempre logo transpostos a fenômenos sociais mais amplos” (1993, p.24).

<sup>35</sup> Uma explicitação da idéia de poder pastoral encontra-se no arranjo “Tramas”: A inspeção.

parteiras, mas especialmente as resistências das camadas populares, traduziu-se no que Lilia Schwarz denominou “tensões e bastidores que compunham o universo da medicina” (apud Herschmann, 1994, p.52). Segundo a autora, estas tensões e acordos internos são observáveis nas revistas científicas *Brasil Médico* (Rio de Janeiro) e *Gazeta Médica* (Bahia) do período:

“... como revistas científicas, esses periódicos procuravam se diferenciar das outras publicações existentes no país, ao mesmo tempo que lutavam pela conformação de uma ‘identidade’. A especificidade deste tipo de publicação seria garantida por seu caráter imparcial e suposto afastamento dos compromissos e paixões que mobilizavam a imprensa e a literatura. No que se refere à identidade, estariam compromissadas com a busca de originalidade, de soluções médicas brasileiras para os ‘problemas nacionais’, ou seja, o compromisso com a descoberta de uma ciência brasileira original e afinada com as particularidades de nosso clima, raça e natureza.” (Ibid.)

Esta forma do discurso científico da Medicina, que quer transparecer coeso e coerente, inseriu-se na “política geral de verdade” (Foucault, 1993b, p.12-13) de seu tempo. Aos médicos foi atribuída competência para compreender e produzir conhecimento sobre a realidade brasileira e direito de formular decisões, intervenções. Saúde e educação foram apontadas como soluções para os problemas nacionais, a exemplo de outros discursos proliferantes na sociedade da época. Os médicos apresentaram-se como preparados para executar as medidas necessárias a atender a esses reclamos.

Há todo um jogo discursivo implicado no estatuto de verdade do saber médico. Se por um lado os médicos anunciavam as abundantes evidências de progresso, ou de caminhos para que ele fosse atingido, por outro “ênfatizavam a iminência do declínio e da degeneração”. Alguns médicos apresentavam em tom dramático as “catástrofes” da civilização.

“É que as condições de vida criadas pela civilização conduziram a humanidade a uma série de erros, de preconceitos, que a afastaram das normas da vida sã, e por isso hoje o homem não morre, mata-se, cava

por suas próprias mãos a cova onde se há de enterrar. Duma humanidade que leva uma vida de vício, de degradação e de miséria, outra coisa não podemos esperar mais do que uma descendência de raquíticos, de tarados, de farrapos humanos inúteis para a vida e para o progresso. (...) A tuberculose é um mal social e por isso a sua solução depende não só da terapêutica médica como também da terapêutica social, pois a miséria e a doença são os dois grandes fatores da destruição da raça.”(Bento, 1934a, p.82)

É interessante registrar a expressão utilizada pelo médico, ou seja, a necessidade de uma terapêutica social como forma de aplacar a iminência da degeneração representada pela crescente incidência de doenças que dilapidavam as vidas humanas. Além disso, segundo Robert Nye, os médicos

“usavam uma linguagem e um sistema conceitual atraentes, para descrever deficiências raciais, esgotamento nervoso e desespero cultural. Suas análises concentravam-se nos problemas de urbanização e da vida da classe operária, focalizando a superpopulação (...), e também o crescente flagelo do alcoolismo, da prostituição e do crime. Párias urbanos como vagabundos e mendigos sofriam de estados neurastênicos que determinavam sua ociosidade, enquanto operários grevistas eram perturbados por tendências históricas que os tornavam suscetíveis ao impacto desestabilizante dos demagogos revolucionários.” (apud Harris, 1994, p.21)

Os médicos, como já foi referido, defrontaram-se com a complexidade do fenômeno urbano que, paradoxalmente, representava o anúncio do novo tanto quanto um perigo iminente. Um misto de fascínio e medo. De certa maneira, como os demais habitantes do espaço urbano, aí se depararam com a dinâmica de um mundo num vir a ser imprevisível e instável. Uma espécie de “ordem turbilhonante” das coisas afetava a sensibilidade daqueles que viviam a experiência da cidade, dentre eles os médicos (Sevcenko, 1992, p.28). É particularmente importante não descuidar do fato de que

“... a nova metrópole emergente era um fenômeno surpreendente para todos, tanto espacialmente, por sua escala e heterogeneidade, quanto

temporalmente, tão absoluta era a sua ruptura com o passado recente.”  
(Ibid., p.40)

Sevcenko insiste neste processo de estranhamento vivenciado pelos sujeitos imersos na experiência de viver numa cidade, experiência inédita para muitos dos que acorriam aos centros urbanos. Há um deparar-se e envolver-se inadvertidamente com todo um conjunto material e social:

“... as modernas tecnologias [progressivamente] implicadas para transporte, comunicações, produção, consumo e lazer, a experiência mesmo de assumir uma existência coletiva inconsciente, como ‘massa urbana’, imposta por essas tecnologias, que se abateram como uma circunstância imprevista (...) além da heterogeneidade nacional, étnica, social, na cidade conviviam simultaneamente temporalidades múltiplas e diversas, em alguns casos incomunicáveis na sua estranheza recíproca, em outros mutuamente hostis (...). A justaposição de tantas partículas heteróclitas e adversas num curtíssimo espaço de tempo, sem nenhum planejamento prévio, num local impróprio, despreparado, disposto improvisadamente por meio de medidas isoladas e descontínuas, (...) dão mais a imagem do caos de um incidente histórico de máxima contingencialidade do que de instauração de uma ordem urbana moderna.” (Ibid., p.40-41, grifos meus)

Segundo os discursos médicos, se os progressos da civilização provocavam desestabilizações em todos os aspectos da vida humana, se o sentimento de caos proliferava, aos médicos se precipitava a tarefa de compreender, produzir explicações e ordenações. Para o médico gaúcho, dr. Vianna,

“as condições novas da vida, em família e em sociedade, impostas pelo progresso e pela civilização, imprimiram um cunho especial à patologia humana, reclamando paralelamente medidas e providências terapêuticas adequadas. (...) Mas o certo também, afirmam agora os psiquiatras de maior vulto, é que ninguém está seguro de poder resistir, indiferente, às condições da vida moderna, à exaustão e ao

esgotamento do trabalho compressivo de hoje, sob o atropelo vertiginoso do progresso e da civilização.” (1926, p.68-69,73)

Como cientistas-intelectuais, ocuparam o lugar daqueles cuja missão consistiria em conduzir a massa urbana, pois a eles era possível “estabelecer um certo distanciamento considerado necessário para a observação e avaliação sistemática daquilo que passa a ser designado realidade social” (cf. Bresciani, 1984-85, p.39).

Dentre as problemáticas envolvidas com a urbanização, Rago (1991) afirma que, aos médicos do período, também lhes parecia que a vida moderna incitava a novos comportamentos e o acesso das mulheres a novos espaços e a contatos sociais variados. Os médicos alertavam para a contínua incitação à emancipação da mulher e à dissolução dos costumes morais, em prejuízo da família. Nesse aspecto, em especial, alguns médicos reclamavam os efeitos do progresso sobre o papel das mães no cuidado das crianças, que progressivamente estava sendo abandonado.

“Aqui não podemos silenciar, sobre a influência que o fator civilização tem feito sentir. Se apreciável e favorável é o poder da civilização nos seus mais variados aspectos sociais, esta mesma civilização como que um quadro paradoxal alimenta no terreno da medicina. Quem no tocante a esta sublime função de mãe [amamentar] (...) não encontrará as mais frisantes diferenças entre a mulher da campanha e a mulher da cidade? Quando mesmo tangenciassem numa e noutra, os fatores patogênicos, sem dúvida, no que respeita aos costumes sociais, a distância entre uma e outra seria apreciável. A primeira, procurando fazer do seu seio a fonte mais pura de alimento ao seu filho, na aproximação diária deste àquela glândula, concorrerá eficientemente, para o desenvolvimento do pequenino ser; a segunda, salvando às exceções, na agitação social, nas contínuas preocupações do mundo, nos contínuos prazeres que lhes proporcionam os grandes centros, perdendo dia a dia, o hábito de lactar ou dele fugindo para não contrariar as convenções da estética,

estigmatizará, de geração à geração, a atrofia da glândula e a degeneração moral em particular." (Galvão, 1922, p.236)<sup>36</sup>

As novas transformações urbanas não raro estiveram discursivamente associadas a essa espécie de dissolução dos costumes pelo estímulo aos apetites de todas ordens, inclusive sexuais, através dos esportes, dança, teatro, bares, cinema, num tom apocalíptico, acenando para uma possível degenerescência da raça (cf. *Ibid.*, p.142-144). A propósito, afirmava o dr. Castilho:

"... cabe-nos considerar a prodigiosa força sugestiva que possui a manifestação artística pelo desencadear de tendências imitativas, quer úteis, quer perigosas, trazendo, então, de pronto, o despertar de perversões e maus instintos que, latentes, jaziam adormecidos pelo peso frenador da educação nos mais íntimos recônditos da personalidade. (...) Urge que se faça completa ação controlante da profilaxia mental sobre as manifestações artística, literária e cinematográfica, em especial, sobre esta última, pela mundial difusão de seus efeitos, sendo o cinematógrafo meio particularmente apto à sugestão e de condições propícias à eficácia de uma ação profilática conveniente." (1928, p.49)

A virada de século encontrou-se fortemente marcada pela percepção de distúrbio, para a qual os médicos concorreram, visto que, para eles, havia perigo por toda parte, seja no colapso dos valores morais dentro da burguesia, seja na resistência à autoridade entre as camadas inferiores (Harris, 1993:22).

Mas é preciso observar a própria dinamicidade dos saberes médicos. Se num certo momento a prevalência da idéia de lugar insalubre, informada pela teoria dos miasmas, se voltou para o ambiente popular, em outro momento o ascenso das descobertas microbianas relativizaram em parte esta tendência. Harris sugere que os males passaram, então, a ser detectados não somente entre a gente simples. Segundo ela, a doença se aprofundou e atingiu também os grupos mais abastados, à medida que a civilização foi se tornando mais sofisticada, exigindo maior energia adaptativa, vigor e força de vontade, qualidades que esses grupos nem sempre pareciam possuir.

---

<sup>36</sup> Médico gaúcho, professor da Faculdade de Medicina de Porto Alegre.

Inclusive, aos médicos, os filhos de pais ricos se apresentavam como inclinados ao ócio e à libertinagem propiciados pela *belle époque* (boemia, bares, jogo, prostituição, prazeres ilícitos), tanto quanto as mulheres desses segmentos encontravam-se reduzidas a uma ociosidade debilitante (cf. 1993, p.22).

A medicina vinha a cumprir um papel fundamentalmente preventivo. As doenças da civilização moderna ofereciam um campo enorme para as ações sanitárias. Os médicos, em certa medida, como se disse anteriormente, apresentaram-se como uma espécie de mediadores, aqueles que propondo medidas de ordenamento do espaço e purificação do meio, conduziriam a uma sociedade sadia e positivamnete civilizada. A degeneração poderia ser contornada. A enfermidade dos corpos e da sociedade cederia lugar à saúde e à vida. Fazia-se mister, contudo, garantir espaço para a atuação educativa e saneadora da medicina.

A educação aparecerá como aquela tarefa mais afinada com a missão da medicina preventiva<sup>37</sup>. Mas à medicina social, profilática por excelência, incumbiam também ações corretivas e ortopédicas. Nesse sentido, para os médicos a educação não se resumia a uma instrução elementar. Defendiam uma educação física, intelectual, sexual, mental, enfim, moral, dos indivíduos, para o que empreenderam iniciativas concretas, seja de educação escolar, seja de educação popular e propaganda sanitária. Embora reconhecendo que o espaço concreto da cidade apresentava-se como espaço pedagógico por excelência, indicavam que a higienização dos espaços era indissociável de uma higienização individual.

Os autores que examinam o tema da medicina social, tanto no contexto europeu como no brasileiro, no mesmo período histórico ou em período mais recente, apresentam como relevante o caráter formativo das práticas médicas. Este aspecto é evidenciado em diferentes instâncias de atuação da medicina, muitas delas não propriamente escolares.

Como é meu intento examinar as práticas discursivas da medicina social sobre o tema da Educação, discursos cuja diversidade de realizações é muito ampla,

---

<sup>37</sup> Examino mais detidamente este aspecto no arranjo “Disputas”.

no tempo, no espaço e na forma, busquei identificar na bibliografia consultada algumas das práticas educativas nas quais os médicos estiveram envolvidos.

Nas últimas décadas do século XIX e primeiras décadas do século XX, essa atuação formativa, instauradora de novas disposições e socializadora, esteve muito mais ligada a uma medicina sanitária do que a uma medicina clínica. Diz respeito àquelas práticas em que os médicos atuaram na produção ativa ou no cultivo de novos modos de ser, de ver-se, sentir e agir dos indivíduos. Igualmente em ações voltadas para uma espécie de monitoramento dos coletivos humanos e de suas condições de vida. Por isso, são práticas educativas que não se circunscreveram ao espaço escolar, embora ele tenha representado um papel relevante no período em estudo.

Existem indicações inusitadas quanto a essa construção da idéia do médico como educador. Harris menciona, por exemplo, que já nos trabalhos de Philippe Pinel (1745-1826) aparece o caráter pedagógico da ação médica. Em seu *Traité médico-philosophique*, de 1801, “Pinel enfatizava a autoridade moral do médico, que retratava como o pedagogo firme, porém justo, que reorientaria a razão extraviada do paciente” (1993, p.16-17). O tratamento moral assim, não se limitaria à administração de drogas ou ao confinamento e aos castigos brutais, como sangrias, purgações ou banhos frios, mas a uma espécie de “missão libertarista” que investiria na reeducação dos alienados.

Vigarello, por sua vez, comenta que em fins do século XVIII, desponta o entendimento de que, para resolver os problemas das cidades e obter a higiene, a resposta começaria por ser pedagógica. Isto pode ser evidenciado pela difusão, na Europa, de uma literatura filantrópica, assentada basicamente na proliferação de manuais de higiene, que visavam difundir preceitos, sugestões e conselhos com minuciosas indicações. Pensava-se orientar as condutas, os procedimentos e os cuidados higiênicos daquelas coisas mais banais e invisíveis: “os mais pequenos movimentos, os objetos mais modestos, a sua matéria, a sua forma, o seu número, comentando pormenores insignificantes, convencidos de que o público a quem se dirigiam tinha tudo a aprender. Uma linguagem aplicada e séria, fluida, mas solene,

lutando cada vez mais por ser “simples” (1988, p.153)<sup>38</sup>. Uma vez traduzidos a uma linguagem de fácil entendimento, cujos “modos de fazer” estivessem detalhadamente descritos, poderiam ser efetivamente assimilados até pelos mais humildes que a eles tivessem acesso.

Como terei oportunidade de examinar adiante, o caráter educativo dos manuais foi igualmente enfatizado pelos médicos gaúchos. Alguns, em especial, como o dr. Totta, dedicaram-se intensamente à disseminação de preceitos e regras de higiene e saúde. Informar para formar parece ter sido a tônica dessa prática, julgando-se que com isso seria possível fazer-se presente no cotidiano dos lares, com o intuito de assegurar uma adesão convicta e definir os modos de fazer daquelas ações mais banais. Estavam em jogo, novos cuidados pessoais, novas atenções para consigo mesmo, modos de urbanidade e civilidade.

Esses manuais dirigiam-se preferencialmente às mães de família. Cabe ressaltar, contudo, aqueles manuais voltados aos professores e que retomavam regularmente os princípios essenciais dos tratados de higiene contemporâneos. Neste caso, segundo Vigarello, o manual de higiene tornou-se um texto de trabalho e, associando-se à instrução moral e religiosa, envolveu diversas estratégias de didatização: decorar, declamar, enumerar, exemplificar, etc. Para o autor, os sermões pedagógicos veiculados por esses manuais transmitiam uma higiene moralizada, assentada na idéia de que um povo amigo da higiene, em breve o seria também da ordem e da disciplina (Ibid., p.155).

Analisando a constituição da urbanidade no Brasil, nos anos 20, Sevcenko (1992), como mencionado anteriormente, caracteriza o impacto da experiência urbana nos processos de subjetivação. Para ele, a realidade concreta da cidade requeria alguma forma de aprendizado sistemático, uma internalização de práticas indispensáveis à rotina cotidiana. Em outras palavras, havia a necessidade de criar nos indivíduos um conjunto de disposições, modos de ser e pensar, acordes com a coordenação coletiva e a ação disciplinada.

---

<sup>38</sup> Manuais de higiene e saúde produzidos por um médico gaúcho são discutidos no arranjo “Todos e Cada Um”, como parte dos mecanismos de educação para além das escolas.

Nestas disposições, o autor enfatiza toda uma nova série de hábitos, sensoriais, mentais e físicos, arduamente exercitados na experiência da cidade. O adestramento físico e suas necessárias implicações, em termos de hábitos de higiene e profilaxia, foram particularmente sustentados pelos médicos, especialmente através da educação física, no que se empenharam em obter, junto à população, hábitos saudáveis e práticas de asseio pessoal.

Um conjunto de estudos<sup>39</sup> sobre a História brasileira acentua o caráter pedagógico da apropriação médica do objeto infância e a crescente presença dos médicos junto às famílias. Uma associação infância/família foi insistentemente produzida pelo discurso médico<sup>40</sup>. A preocupação com a infância destacava-se das demais e as propostas de intervenção educativa não se resumiam à instituição escolar, devendo iniciar-se ainda durante a primeira infância ou até mesmo na gestação. Havia, também, a necessidade de reeducar as famílias, consideradas meios nocivos por excelência, e, por extensão, educar as mães.

“A maior parte dos males da infância é originada pela ignorância dos pais (...). Contam-se aos milhares, no nosso meio, as crianças que sucumbem pela falta de cultura dos pais. Aliás, não é para admirar. (...) A mãe, para bem criar o filho, deve saber muita coisa. Não basta possuir um coração para ser mãe, é necessário que a mulher saiba cuidar daquele que o Supremo lhe entregou nos braços. (...) Se nos meios pobres, existe toda essa série de erros, não deixa ele também de existir nas classes abastadas. O que, na miséria, constitui uma falha – na riqueza é um crime.” (Meneghetti, 1928, p.54-55)

A reeducação das famílias defendida pelos médicos, não pode ser entendida, como o fazem alguns autores, como se apenas estivessem se referindo às famílias pobres. A exemplo do dr. Meneghetti, outros médicos gaúchos salientavam que o médico deveria estar atento a todas as famílias: umas, pelos problemas da miséria e

---

<sup>39</sup> Foram por mim especialmente consultados os trabalhos de Decca (1987), Freire Costa (1983), Herschmann (1994), Rago (1985) e Rocha (1996).

<sup>40</sup> Foucault salienta que o privilégio da infância e a medicalização da família é uma das características fundamentais da política de saúde que se instaura no século XVIII. Acrescenta que a partir desse momento “a família se tornou o agente mais constante da medicalização e o alvo de um grande empreendimento de aculturação médica (1993b, p.199-200).

da ignorância, outras, “prósperas de vida, mas que davam mais atenção à exterioridade do que ao envolver de seu filho, quer à educação a ministrarlhe”(Moreira, 1927<sup>a</sup>, p.1).

O papel educativo dos médicos junto às mães a fim de ensinar-lhes a maneira adequada de promover a saúde dos futuros cidadãos do país foi recorrente nos discursos médicos. Freire Costa assinala que:

“a concepção da criança como entidade físico-moral amorfa e da educação higiênica como instilação de hábitos repetia-se na totalidade dos estudos médicos sobre o tema. Era uma noção partilhada por todos os higienistas” (1983, p.174).

Essa preocupação médica com a preservação da infância no Brasil, remonta a meados do século XIX, intensificando-se nas primeiras décadas do século XX. Produzindo saberes científicos a partir da exploração do universo infantil, os médicos propuseram iniciativas de assistência e proteção à infância, bem como prescreveram práticas adequadas para o cuidado das crianças, desde a lactação, a educação, o crescimento antropométrico, até o desenvolvimento mental. Para Rago, os médicos disputaram a competência para prescrever as normas que produziriam uma nova família e o futuro cidadão (1985, p.118). Além disso,

“Nas escolas privadas e instituições disciplinares da infância desamparada, à antiga disciplina ‘quase-militar’, punitiva e violenta, que recorria aos castigos corporais, os médicos, higienistas, pedagogos e assistentes sociais do começo do século contrapunham as vantagens da educação voltada para a alma: a disciplina ‘inteligente’, imperceptível, sedutora, preocupada em constituir cidadãos modernos (...).” (Ibid., p.123-124)

Mas se a família e a escola eram meios que deveriam ser educativos, também a cidade, com sua organização físico-espacial, seus rituais de progresso, por meio da reformulação do espaço urbano, passava a ser reconhecida em seu caráter pedagógico. A cidade, “torna-se o símbolo por excelência de um tempo de

aprendizagem, de internalização de modelos, que, enfim, atingem e orientam os indivíduos” (Herschmann e Pereira, 1994:27).

Em estudo que se ocupa da prostituição e dos códigos de sexualidade feminina em São Paulo, no período 1890-1930, Rago (1991) destaca a preocupação e intervenção dos médicos brasileiros no que eles identificavam como “vícios urbanos”. Segundo a autora, e no caso particular de seu objeto, os médicos buscaram devassar cientificamente o mundo da prostituição, outorgando-se a possibilidade de desvendar-lhe a verdadeira face. Elaboraram um discurso normativo, alicerçado numa tradição intelectual conservadora, especialmente marcada pelas concepções biologizantes do século XIX (Ibid., p.26).

Os médicos de então mobilizaram-se para “conhecer minuciosamente a vida cotidiana das meretrizes e o interior dos bordéis e para traçar uma geografia e uma tipologia das práticas do submundo” (Ibid., p.134). Essa perspectiva foi explicitada no que diz respeito ao combate às doenças venéreas, em especial a sífilis, que atingia expressão significativa na época. Também aqui, os médicos higienistas defenderam a importância de medidas *educativas* para a prevenção do problema. Nesse sentido, a autora indica que:

“Enfatizando a importância da prevenção e educação sanitária da população, os higienistas defendiam o esclarecimento da opinião pública sobre os problemas decorrentes das doenças venéreas, a separação dos conceitos de higiene e de polícia através da realização de conferências populares, cursos gratuitos, instalação de postos de saúde e enfermarias nos hospitais, com atendimento gratuito à população e distribuição de medicamentos.” (Rago, *ibid.*, p.134, grifos meus)

Os efeitos de poder dos discursos médicos não se fundaram tão somente em argumentos de caráter cientificista e racional, mas no reconhecimento que lograram apresentando-se como educadores sociais. Na especificidade de seu estudo, Rago também aprecia uma atuação significativa dos médicos na esfera da educação moral e sanitária da sociedade

“Os médicos defendiam a estratégia da educação moral do povo, em que sua atuação adquiria fundamental importância. Conferências, palestras, conselhos, folhetos, artigos publicados na imprensa, exibição de modelos de cera monstruosos nas fábricas, quartéis, além do recurso ao cinema e rádio se destacavam como os principais meios de esclarecimento da população em relação ao problema da sífilis e da prostituição.” (Ibid., p.136, grifos meus)

Eram espaços educativos por excelência em que o médico sanitarista deveria fazer-se presente, nos dizeres da autora: dispensários, fábricas e oficinas, escolas (através do próprio professor), contemplando-se as lições de higiene física e moral a serem ministradas diariamente aos operários, de modo a se conseguir provocar neles “um verdadeiro medo pelo perigo venéreo” (Ibid., p.137). Em suma, toda a população deveria ser educada a controlar seus impulsos sexuais. Destaca-se novamente aqui a perspectiva de educar, e não somente coibir ou penalizar. Não se trata de interditar negativamente, mas de produzir positivamente, por meio da educação, novos hábitos e atitudes, pela adesão ativa de quem acredita que pratica o que passa a considerar melhor para si mesmo.

Tomando a prostituição no Brasil, nas últimas décadas do século XIX, como tema de investigação, Engel concorda em muitos aspectos com as questões acima explicitadas. Se por um lado não podemos tomar os discursos e os saberes médicos produzidos sobre o tema da prostituição como homogêneos, por outro lado, num aspecto há consenso: relativamente às medidas profiláticas de controle da prostituição, dentre as quais sobreleva a necessidade de uma educação moral. Segundo a autora, em se tratando de uma profilaxia “sexual”, embora nos discursos médicos da época à família tenha sido conferido o papel prioritário para uma educação saudável dos cidadãos, os estabelecimentos de ensino, os preceptores e os padres também deveriam, orientados pelos médicos, desempenhar uma função de destaque na formação moral do indivíduo (Ibid., p.125).

Como se pode observar até aqui, a necessidade de “formar” os indivíduos esteve presente em diferentes discursos e iniciativas institucionais da medicina. Nas diversas esferas de atuação dos médicos, a adesão ou a persuasão dos indivíduos era

concebida como a força e a garantia dos objetivos de uma educação sanitária efetiva. No âmbito mais imediato de atuação da medicina, qual seja, a saúde pública, este intento educador fez-se igualmente importante. A profilaxia adquiriu um estatuto de eficiência e erradicação, seja das doenças, seja dos hábitos enunciados como perniciosos e ameaçadores. A saúde pública, indiscutivelmente, ampliou seus propósitos de ação.

Em estudo que trata da saúde pública em São Paulo, no período 1880-1930, Ribeiro (1993) analisa as transformações sofridas pela política de saúde pública a partir de 1925, quando uma nova concepção foi-se impondo. Seu ponto central: a educação sanitária do indivíduo. Nas palavras da autora:

“O eixo dessa nova orientação deslocou-se do policiamento para a educação e as ações sanitárias transferiram-se da população em geral para o indivíduo em particular.” (Ibid., p.246)

A questão da educação tomou conta das concepções subjacentes à política sanitária. Não bastava policiar as habitações, a água, os esgotos, o espaço urbano, nem tampouco atender aos surtos epidêmicos ou promover campanhas de vacinação. Era preciso persuadir os indivíduos da importância das práticas higiênicas e saudáveis, o que se passou a denominar como “consciência sanitária” (cf. Ibid.). Para a autora, trata-se da instauração de uma “era educacional no campo da saúde”, cuja estratégia consistia em educar a população segundo os princípios higiênicos (Ibid., p.252). Aos Centros de Saúde coube, preferencialmente, fazer com que o povo “aprendesse a ter saúde”.

Para isso, segundo Ribeiro, foi necessária a criação de um novo agente: o educador sanitário, formado em instituições vinculadas ao campo médico<sup>41</sup> (Ibid., p.256). Atuando junto aos Centros ou procedendo a visitas domiciliares, os educadores sanitários empreenderam diferentes atividades: elaboração de instruções,

---

<sup>41</sup> Segundo a autora, estes agentes, “recrutados entre os formandos da Escola Normal Caetano de Campos, de São Paulo, passavam por um curso de formação sanitária, administrado pelo Instituto de Higiene” (Ribeiro, 1993, p.256). No Rio Grande do Sul, funcionava um curso de Puericultura na Escola Complementar, nos anos 30.

cartazes de propaganda e conselhos de higiene, palestras, exposições, conferências, recrutamento da população pobre para os Centros de Saúde (Ibid., p.256-257).

A autora assinala ainda que nos discursos médicos por ela examinados, a idéia de doença esteve associada à falta de higiene da população pobre e que, portanto, “tudo resumia-se de forma simplista à educação: era preciso educar e criar hábitos salutarres para se ter saúde” (Ibid., p.259). Evidentemente, entre os propósitos e as efetivas conquistas persistiu uma distância significativa, até porque em alguns aspectos as condições de vida dos segmentos populares tenderam ao agravamento. O que importa, entretanto, é este deslocamento do eixo da atuação sanitária, privilegiando a ação educativa dos indivíduos.

O trabalho de Marques (1994) analisa a medicina social sob o ângulo do discurso eugênico, no Brasil dos anos 20. Afirmado que não só a higiene se ocupou do meio e da população urbana, mas também e de forma insidiosa a eugenia, a autora apresenta como foi possível uma associação entre médicos e educadores nas estratégias de “medicalização da raça”. À eugenia colocava-se a necessidade de “construir a ordem civilizatória calcada no progresso e na superioridade moral dos indivíduos” (Ibid., p.19). Em seu trabalho interessa particularmente o exame dos disciplinamentos, como ela mesma considera, impostos pela escola “tanto no que diz respeito ao processo educativo regular, quanto ao produtivo, apontando as articulações que se fizeram na tentativa de eugenizar a criança e o trabalhador brasileiro”(Ibid., p.21). Marques procede a esse exame quando se detém sobre a escola. Segundo a autora, cumpria ““reformatar as gentes’ deste país, e à escola coube a tarefa de manipular os corpos, modelando-os, treinando-os para a obediência e para a utilidade, por meio de inúmeros regulamentos e inspeções que tratavam desde a postura até o esquadrinhamento do universo a ser atingido”(Ibid., p.100). Embora discordando de uma lógica disciplinar absoluta que a autora parece subentender, sua investigação é particularmente relevante ao tema de meu interesse, pois entre outros aspectos, se ocupa dos discursos médicos sobre a educação em especial.

A autora refere que para os eugenistas a escola, enquanto espaço institucional, desempenhava um papel duplamente estratégico<sup>42</sup>. Por um lado, como instrumento fundamental de persuasão para a realização dos propósitos eugênicos, especialmente os casamentos ideais e, por outro, ultrapassando os estreitos limites jurídicos brasileiros no que tange a uma política eugenista, a escola apresentava-se como importante fórum de gerência populacional, o locus por excelência da educação sexual.

Entretanto, Marques observa que para os eugenistas a ação educativa não deveria limitar-se às escolas, até porque não as havia em número suficiente para atender a todas as crianças em idade escolar. Era necessário, pois,

“levar os soldados da boa cruzada ao interior de todos os lares, e ao conhecimento de todos os pais os bons preceitos higiênicos (...) Torna-se indispensável cercar a população e criar a consciência sanitária coletiva pela educação higiênica na escola, no lar, nas fábricas, nas casernas, a fim de gravar no espírito de toda gente o valor (...) inestimável de normalidade biológica resultante da saúde ...”  
(Ibid, p.109-110)

Pareciam bastante procedentes os encaminhamentos eugenistas: tratava-se de estabelecer uma rede de espaços disciplinares, assegurando a disseminação de seus propósitos educativos entre a população. Aos médicos-eugenistas caberia ocupar os consultórios, hospitais, tribunas, centros de saúde, escolas, fábricas e oficinas, creches, asilos e orfanatos. Abarcar os espaços públicos e, por extensão, fazer-se presente nos espaços privados.

O mapeamento de referências relativas à atuação médico-pedagógica procurou apresentar a heterogeneidade dos discursos e dos procedimentos propostos no que diz respeito à educação, bem como a necessária compreensão das mesmas no contexto histórico em que se efetivaram. Muitas possibilidades, arranjos e disputas se desenvolveram nesse processo. São práticas descontínuas, simultâneas, por vezes conflitantes. Elas foram sendo redefinidas nos embates do campo médico com as

---

<sup>42</sup> Ver também o trabalho de Vilhena (1993).

práticas de não-médicos, fossem eles a população em geral, filantropos, políticos, administradores ou, muito especialmente, aqueles ligados ao campo pedagógico, professores, gestores de escolas, famílias e os próprios educandos, na escola ou fora dela.

Harris ressalta que houve um impacto multifacetado do conhecimento médico e que este, em certa medida, permaneceu obscuro para os participantes contemporâneos (1993, p.26-27). Ou seja, a inflação de discursos e propostas higiênicas não implicou necessariamente sua extensão a todos. Houve, inclusive, uma certa disparidade entre os preceitos higiênicos e as condições concretas das cidades, como ainda hoje podemos observar. Assim, os indivíduos foram interpelados e informados com diferentes intensidades e em diferentes dimensões pelo discurso médico. Às mulheres, por exemplo, os discursos se voltam para sua missão como mães, oferecendo um conjunto de conhecimentos científicos através da puericultura; aos homens, um discurso dirigido às questões ligadas à sexualidade, visando à profilaxia das doenças venéreas; aos jovens, o discurso da eugenia, almejando o convencimento da abstinência até o casamento e a importância do exame pré-nupcial; às crianças, uma pedagogia dos hábitos e de uma espécie de “lição de coisas”, como modo de engendrar uma segunda natureza; aos adultos, um discurso eminentemente moralizador, alertando para o perigo dos excessos e dos vícios da civilização. Não que houvesse um direcionamento de temas exclusivos, muito ao contrário, os discursos médicos proliferavam nas mais diferentes instâncias e espaços sociais, imbricando-se com outros discursos, circulando através deles. Mas é preciso evitar a armadilha de uma referência aos discursos médicos que seja genérica, universal e extensiva a todos e a tudo, objetivo que persigo ao longo deste trabalho.

As considerações apresentadas resultam de um trabalho de leitura e descrição dos exercícios de pensamento de outros a quem tomei como interlocutores privilegiados. Uma certa transparência de propósitos da medicina social insere-se tão somente na estratégia didática desse mapeamento de autores, temas, questões. Deve, contudo, ficar em suspenso uma explicitação completamente coerente, consciente ou racionalizada quanto aos propósitos, adesões, resultados atingidos. De qualquer

forma, examinando nossas existências presentes, encontramos não raras vezes a impregnação de alguns aspectos acima apontados, o que sugere a relevância de determo-nos em sua compreensão.

Para isso, foi preciso perscrutar a heterogeneidade das práticas médico-educativas, das estratégias e dos discursos que as sustentam. Seja na reeducação dos alienados, na difusão de manuais de higiene, na preservação da infância e medicalização da família, seja no reordenamento das habitações populares, no controle da prostituição, ou na investida eugenista e, por fim, num voltar-se para a educação por parte da saúde pública, importa descrever e cartografar essa pluralidade de discursos, instituições, temporalidades e práticas sociais nas quais, por meio da educação sanitária, produziram-se novas experiências de si próprios nos indivíduos em relação, médicos e cidadãos.

Busquei, assim, traçados possíveis e aproximações necessárias à compreensão das problematizações que são formuladas nesta investigação. Mais do que resolvê-las de imediato, as questões apresentadas pelos autores referidos apontam para a complexidade das tramas que articulam, num tempo e num espaço, medicina e educação. Mais do que polemizar com os autores, me detive em mapear suas contribuições, os aspectos inusitados que ressaltam e, finalmente, as trilhas que deixam em aberto.



DISPUTAS

---

# DISPUTAS

---

## NO CAMPO DA MEDICINA

“Para o conhecimento, a realidade se manifesta em sua função essencial: fazer pensar.” (Bachelard, 1974)

Montar o caleidoscópio: fragmentos, cores múltiplas, jogos de espelhos, uns opacos, outros polidos. Primeiros movimentos, primeiras composições, imagens sempre distintas. Cores mais intensas em umas, imagens menos definidas em outras. Arranjos que se multiplicam.

São essas primeiras “caprichosas imagens” calidoscópicas que uma vez refletidas em espelhos e no olhar, instauram visibilidades possíveis nos discursos médicos sobre educação: como, a partir de um determinado momento e com base na construção de um determinado exercício argumentativo, o discurso médico passa a ocupar-se da educação como pertinência e urgência da missão médica e dos designios de uma medicina social?

Um conjunto de composições: discursos médicos que instituem o ethos e o lugar do médico na sociedade moderna, o sacerdócio e a vocação como condições inerentes ao ser médico, o bem da humanidade acima de qualquer interesse pessoal, a

busca de reconhecimento social para conduzir a todos e a cada um a partir de si mesmos. Novas imagens: os discursos que problematizam a emergência de mudanças no campo da medicina, do estritamente curativo à profilaxia e à ação educativa, as disputas por saberes e poderes entre higienistas e clínicos. Cores intensas: uma extensão sem precedentes da medicina social, todos os recônditos do humano. Outros arranjos: a Higiene como ciência sanitária e a importância decisiva da educação. Movimentos do caleidoscópio que sugerem outras tantas questões.

Ao examinar essa discursividade médica procurei não perder de vista o fato de que não se trata de um todo homogêneo, uma coerência absoluta. O exame de uma variedade de fontes e de um período de pelo menos 40 anos, possibilitou identificar posições divergentes, que situavam sujeitos em lugares distintos e, sob uma aparente unidade, defendendo diferentes posições, discrepantes e até mesmo conflitantes, seja no aspecto científico propriamente dito, seja quanto ao vetor sócio-político da atuação da Medicina. A discursividade do campo médico assim, aparece imersa num espaço de disputas, de produção de verdades em conflito, o que rompe com uma lógica de atribuir-lhe uma designação absoluta: *os médicos*.

Alguns exemplos são claros. Os debates marcaram diferentes concepções de Medicina: aqueles que se aproximavam de uma medicina anatômica e aqueles que se situavam numa medicina fisiológica. Outras posições se afirmavam: um grupo, identificado com as proposições eugenistas, defendia uma progressiva compulsoriedade do exame pré-nupcial e o impedimento jurídico do matrimônio entre “anormais” ou portadores de moléstias transmissíveis hereditariamente, chegando ao extremo de propor, como tarefa pública, a esterilização desses indivíduo. Eram contestados por outros médicos, alguns identificados com a doutrina católica, ou mesmo com uma filiação positivista mais pronunciada, e que eram absolutamente contrários à interdição do matrimônio ou a esterilização desses indivíduos, defendendo a liberdade individual e apresentando argumentos éticos, morais e científicos para comprovar que nem todas as anomalias, taras ou deficiências eram inexoravelmente transmitidas aos descendentes. Novos espaços eram demarcados entre aqueles que defendiam uma medicina ligada à clínica, ao laboratório e ao ensino médico estrito, enquanto outros médicos encetavam ações

sanitaristas e higienistas na esfera pública, passando a atuar no campo social e político de forma intensa.

Embora apresentando-se solidamente constituída e representada, espaços de disputas e de consolidação de diferentes discursos também tiveram lugar sob o respeitável e imponente prédio da Faculdade de Medicina de Porto Alegre. Chegaram ao público críticas às próprias produções da Faculdade, feitas por aqueles que reclamavam um compromisso social das pesquisas que a cada ano os doutorandos deviam apresentar para a obtenção do grau de doutor. Questionavam as orientações que recebiam dos mestres ilustres da instituição. Em 1916, por ocasião da apresentação de sua tese, o então formando Emílio Kemp Larbeck, afirmava estar:

“... procurando, no cumprimento da velha praxe de escrever uma tese para obtenção do grau de doutor em medicina, abordar um assunto de caráter e interesse sociais, ao invés de procurar um assunto de pura medicina, com dissertações e observações apanhadas nos compêndios e fornecidas pelos mestres, que as notaram nas suas clínicas, salvo algumas e proveitosas exceções, para firmarem, justamente, a regra.”  
(1916, p.7)

Essa era, aliás, uma crítica recorrente: a produção livresca, o pouco contato com a realidade da doença, pois alguns médicos insistiam em se manter afastados do hospital, ou, o que era mais criticado, uma experiência estritamente clínica de muitos, que se descuidavam dos problemas maiores de medicina social que, não raro, tornavam inócuas suas prescrições e tratamentos. Como a Medicina respondia aos sinais de agravamento das condições de saúde da população? Como se colocava diante dos altos índices de morbidade e mortalidade infantil?

A polêmica dos higienistas ou sanitaristas com relação aos clínicos é muito significativa porque não se discutia tão somente o posicionamento profissional, mas também o estatuto dos saberes médicos. Como explicar que o médico, aquele que deveria lutar contra a ignorância e a doença continuasse desconhecendo os progressos científicos da Medicina que propunha uma concepção alargada dos fatores mórbidos, e por consequência a necessidade de uma ação antes profilática, e depois curativa? Por que se descuidavam de uma postura pedagógica, mesmo na tarefa clínica, que no

mais das vezes menosprezava as limitações dos pacientes, prescrevendo sem certificar-se das condições intelectuais e econômicas, ou da situação de salubridade de suas habitações, diluindo-se rapidamente a ação curativa proposta?

Querer curar sem educar equivalia a “coletar água em tonéis sem fundo”... (Gesteira, 1943).

Se outros temas são relevantes na discursividade médica das primeiras décadas do século XX, como a obsessão pela semiologia das patologias, ou pelos instrumentos de diagnóstico, cujo paradigma foi o uso do raio x, ou a exarcebada preocupação com a erradicação do tríplice flagelo representado pela tuberculose, sífilis e alcoolismo, por vezes acrescido da lepra e da anquilostomíase, que dilapidavam as energias da nação, ou ainda a atenção ao tipo brasileiro, mistura de raças, sobre o qual pairava o perigo da degeneração, é possível perceber, perpassando-os, uma acentuada proliferação do discurso que se ocupava da necessidade de prevenir os males que assolavam o indivíduo e as coletividades, para o que a educação emergia como tarefa fundamental da Medicina. Saúde e educação emergem como binômio inseparável, enunciado privilegiado de uma discursividade da medicina social.

Uma história das mudanças que se operaram na Medicina e que tornaram possíveis os discursos da profilaxia e da missão educativa é o que passo a discutir nesse primeiro conjunto de composições, que por força de uma didática expositiva está desdobrada em questões pontuais, mas que almeja ser entendida em sua intertextualidade.

Intento, como sugere White (apud Kramer, 1992), explorar uma certa perspectiva desse arranjo das fontes e discursos, que não pretende esgotar as descrições ou análises que suscitam, mas que traduzem uma particular apropriação a que procedi movida pelo problema que formulei.

“Não há fenômeno simples; o fenômeno é uma trama de relações. Não há natureza simples, substância simples; a substância é uma contextura de atributos. Não há idéia simples, porque uma idéia simples deve ser inserida, para ser compreendida, num sistema complexo de pensamentos e experiências.” (Bachelard, 1974, p.322)

## 1. Missão, sacerdócio, ciência

*“Uma ciência que previne porque se espalha, o sacerdócio que ampara, porque ensina”*. Assim deveria ser a Medicina, inspirada pelos ideais hipocráticos, nas palavras do dr. Ulysses Nonohay<sup>1</sup>. Era uma aula de Deontologia<sup>2</sup> sobre a profissão médica, assistida por alunos e professores da Faculdade de Medicina de Porto Alegre, nos idos de 1930. Ao dr. Nonohay preocupava a formação dos futuros médicos e nessa aula buscava difundir sua visão da profissão médica, sensibilizando para o necessário comprometimento dos futuros doutores. Entendia ser a Medicina uma profissão singular, “diferente de todas porque constituía um apostolado leigo de constituição essencialmente moral” (Nonohay, 1930, p.102). Suas preocupações eram, no seu entendimento, plenamente justificadas, visto que avultava cada vez mais o número de diplomados e se restringia outro tanto o de “verdadeiros médicos”. Provavelmente, uma afirmação como essa, tenha causado murmúrios entre os presentes. De certa maneira, a própria formação empreendida naquela Faculdade estava em questão. Infelizmente não há registros das repercussões junto ao público, mas interessa-nos mais, neste momento, as asserções que se seguiam no pronunciamento do autor.

Tempos de afirmação do campo médico no contexto nacional e em especial no Rio Grande do Sul. Discutia-se o tema da liberdade profissional e das conseqüências do que se considerava uma “banalização” das práticas de cura. Mas os

---

<sup>1</sup> Ulysses Pereira de Nonohay nasceu em Porto Alegre, em 1882, vindo a formar-se na Faculdade de Medicina de Porto Alegre em 1906. Atuou como professor nesta instituição, ocupando-se das cadeiras de Clínica dermatológica e sifiligráfica e de Medicina legal. Abordou em seus artigos os temas da sífilis, profilaxia anti-venérea, medicina social, apresentando-os em congressos médicos. Segundo Fortunato Pimentel, o dr. Ulysses escrevia crônicas sobre educação na “coluna médica” do jornal gaúcho “A Federação”, órgão do Partido Republicano Rio-Grandense, de inspiração positivista (Pimentel, 1945, p.641).

<sup>2</sup> Deontologia, segundo Aurélio Buarque de Holanda (1986, p.537) provém do grego e exprime “o estudo dos princípios, fundamentos e sistemas de moral”, ou ainda, “o tratado dos deveres”.

argumentos do dr. Nonohay, nesta aula, não se dirigiam aos curandeiros, charlatães e práticos que se ocupavam dos doentes das cidades<sup>3</sup>. Falava, nesta ocasião, a e de seus pares, demonstrando que o grau de diferenças que havia na classe médica, muito embora esta se empenhasse em parecer coesa e harmônica. Qual o impacto de condutas duvidosas de médicos diplomados numa sociedade em que outras práticas de cura disputavam espaço e prestígio junto à população? Seria esta uma falha em sua formação? Para o médico, o problema era, indiscutivelmente, de ordem moral, pois

“mais que outra profissão, a Medicina exigia daqueles que a procuravam a vocação necessária, isto é, todo um feixe de disposições morais e aptidões intelectuais, que, conforme diz Lependre, deviam fazer refletir seriamente aqueles que a aspiram.” (Nonohay, 1930, p.102)

Ao definir o caráter vocacional da profissão médica, o dr. Nonohay articulava à definição da medicina como apostolado ou sacerdócio, elementos recorrentes nos discursos da época, fortemente matizados pelo ideário positivista que informou de forma particularmente intensa a intelectualidade gaúcha do período<sup>4</sup>. O dr. Raul Pilla, no mesmo período, lembrava que a associação Medicina e sacerdócio era acima de tudo histórica<sup>5</sup>.

“O sacerdote e o médico surgiram ao mesmo tempo na sociedade primitiva. Mais do que isso: confundiram-se na mesma pessoa. Foi somente depois de transcorridos milênios que a cura da alma se diferenciou da cura do corpo e os caminhos do céu se separaram dos

---

<sup>3</sup> Ver a respeito dos conflitos entre médicos e outros práticos em Weber (1999).

<sup>4</sup> Quando estiver me referindo ao ideário positivista que marcou intensamente o discurso médico gaúcho no período de análise, estarei considerando três aspectos: 1) houve leituras e apropriações específicas das concepções positivistas no contexto histórico e intelectual gaúcho, sendo inadequado supor uma transposição absoluta dessa teoria; 2) não é possível falar de positivismo no singular para a experiência gaúcha, mas sim de positivismos, com conteúdos, funções, periodizações e longevidades diversas (como positivismo político, positivismo religioso, positivismo difuso) (Boeira, 1980); 3) os médicos estiveram diferentemente identificados/filiados aos positivismos da época. Houve inclusive aqueles que defenderam publicamente a tese da incompatibilidade entre a doutrina positivista e o exercício da medicina, como o dr. Olinto de Oliveira (vide Weber, 1999, p.109 e Vianna, 1945).

caminhos da terra. Historicamente, a medicina é, pois, um sacerdócio.” (Pilla, 1934/1949, p.12)<sup>6</sup>

Vocação e sacerdócio eram complementados pelo estatuto moral da função médica, a que, anteriormente, o dr. Nonohay se reportara com eloquência. Observe-se que em sua exposição didática, o dr. Nonohay não se restringia a indicar o aspecto vocacional da opção pela Medicina, mas o elemento moral como alicerce do exercício profissional<sup>7</sup>. Não se poderia imputar, desse modo, toda responsabilidade a possíveis erros de formação.

Como elemento de distinção e prestígio, fundamental num momento de disputas pela legitimidade dos médicos frente a “outros”, a diferenciação da formação a que se submetiam era intensamente salientada. Em um periódico de grande circulação entre a população, fez-se publicar em 1941 um artigo intitulado “A mais humana das profissões”<sup>8</sup>, em que o articulista, que afirmava atuar há vinte e cinco anos no ensino e exercício da Medicina, expunha que a formação médica deveria contemplar, além da instrução propriamente dita, conteúdos de ética e moral. O aspecto moral na formação era, assim, referendado no artigo. Entretanto, para aquele médico, uma boa formação não poderia jamais sobrelevar o aspecto mais importante: a Medicina exigia uma forte vocação. Uma verdadeira e *natural* vocação asseguraria outra condição essencial para o médico: a retidão. Mas em que consistia essa vocação? Parecia difícil ao autor exprimi-la, o que ele resolvia indicando, então, algumas condições.

“Para ser um bom médico é necessário possuir condições esquisitas, porque significa estar em contínuo contato com a dor e a angústia,

---

<sup>5</sup> O dr. Mário Bernd também afirmava que ao longo da história da humanidade, “os médico ficaram depositários, receberam, conforme esses acertos, a investidura sagrada da misericórdia, de contribuírem de certo modo para sanar as lacunas decorrentes do desvario primévo” (1933, p.185)

<sup>6</sup> Discurso como paraninfo na Faculdade de Medicina de Porto Alegre, em dezembro de 1934.

<sup>7</sup> Barrán assinala um processo imbricado de “medicalização da moral e de moralização da medicina”. Nessa perspectiva, acompanhando as trilhas instigantes do autor, concorda-se com sua afirmação de que: “O saber médico se nutriu fundamentalmente da ordem mental estabelecida, dos valores, convenções, lugares-comuns, temores e ansiedades, amiúde complexos e contraditórios daquela cultura.” (1995, p.10, trad. minha).

<sup>8</sup> Marañón, Gregório. “A mais humana das profissões”. In: *Revista do Globo*. Porto Alegre, v.13, n.298, jun.1941, p.22-23/60.

renunciar a um descanso completo e desprezar uma vida faustosa. O médico por vocação viverá absorto em suas preocupações e ganhará pouco dinheiro; sua própria família, se não for duma categoria ética superior, te-lo-á por incômodo e distraído”. (Marañon, 1941, p.22)

A retórica deste médico insinua o que em outros discursos se indicava peremptoriamente: ser médico não é vocação para qualquer pessoa, exige renúncia, dignidade moral, dedicação absoluta ao trabalho, que está acima de tudo, inclusive da família, o que remetia novamente à abnegação própria do ministério médico, do sacerdócio da Medicina. Uma profissão que não dependia exclusivamente de uma escolha casual ou de um desejo pueril, mas de uma consciência de suas implicações. Seria por pouco perceber essa dimensão que muitos jovens doutores estavam a desviar-se do caminho da ética profissional, para com os colegas, os enfermos e a sociedade? No desfecho, o autor orientava os leitores com seu testemunho:

“Se meu filho chegasse para mim e me dissesse: “Papai, quero ser médico”, eu não lhe daria ouvidos. Trataria primeiro de explicar-lhe o que é a vida do médico, daquele que abraçou, unicamente por vocação, a mais humana das profissões. E isso é o que se deve dizer a um médico sobre a ética profissional. Exemplos e não leis estabelecidas.” (Ibid.)

Algumas ambigüidades, como, por exemplo, uma ênfase na vocação ou na profissão regulamentada juridicamente, se fizeram marcantes no discurso médico dessa época, particularmente no que se refere à adoção dos princípios positivistas. É um aspecto que não deve ser menosprezado, muito embora deva ser ressaltado que, especialmente entre os médicos formados, havia uma adoção parcial da doutrina comtiana. Segundo Weber, Comte<sup>9</sup> afirmava “a subordinação da Medicina à moral, e a extensão da religião ao domínio da saúde, fazendo do médico, assim como do sacerdote, aquele que diz o que é preciso fazer e o que se pode esperar” (1999, p.36).

---

<sup>9</sup> Apesar de Comte conceber a religião católica como um estágio que seria suplantado pelo positivismo, o catolicismo serviu de modelo à sua visão religiosa, o que explica, em grande parte a presença marcante das metáforas religiosas na doutrina positivista.

Seja apresentando a prática médica associada à idéia de apostolado, seja à de sacerdócio, evocava-se um imaginário em que a medicina era edificada como missão nobre, superior, estando a ela delegada a tarefa de propagar tanto um conteúdo essencialmente prático quanto doutrinário. Tal superioridade era endossada por uma linguagem quase sagrada, espiritual, que designava sujeitos e práticas médicas.

Qual era essa “missão nobre” da Medicina no entendimento do dr. Nonohay? A ela estava reservado o papel supremo na regeneração nacional (1930, p108). Ou ainda, afirmava o dr. Bernd, ao longo da História, os médicos ficaram depositários, receberam, conforme esses acertos, a investidura sagrada da misericórdia, de contribuírem de certo modo para sanar as lacunas decorrentes do desvario primévo”. (1933, p.185)

A eficácia desse propósito passaria, necessariamente, pela difusão da ciência médica de forma a prevenir as doenças, as taras, os desvios, ou, em outras palavras, um sacerdócio que ampara, porque ensina (Idem, p.109).

A idéia de sacerdócio nos remete a outros desdobramentos do que se concebia *ser médico*. Primeiramente, o caráter de *pregação*, ou melhor, de propagação ou instrução da ciência; concepção de ciência enquanto credo a que se deve confiança incontestada, a exemplo de qualquer outra doutrina. Sacerdócio também permitia reportar-se ao domínio da caridade, sugerindo a função *filantrópica* do médico. Sacerdócio, ainda, em sua dimensão de apostolado, implicava numa ação moralizante, edificante, que a Medicina em sua ênfase social se esforçava por instaurar no seio do campo médico e na sociedade. Por fim, a associação médico-sacerdote apontava para um empenho de legitimação dos médicos como aqueles privilegiadamente incumbidos de guiar os indivíduos e a sociedade a um futuro de saúde, felicidade e harmonia social, residindo aí a *missão* social do médico.

Assim, o pronunciamento do dr. Nonohay, associando medicina a sacerdócio, não se direcionou tão somente a um impacto discursivo, mas à produção de argumentos com força de verdade. Metáforas do campo médico invadiam os discursos religiosos, consolidando seu poder de persuasão, num movimento em que

também as metáforas religiosas permitiam aos discursos médicos alçar um estatuto de verdade<sup>10</sup>.

Se a aula do professor Ulysses de Nonohay é elucidativa a esse respeito, seus enunciados proliferavam em muitos outros discursos médicos. Há um excerto discursivo particularmente interessante nessa estratégia de afirmação da Medicina. Trata-se de uma conferência do dr. Gonçalves Vianna<sup>11</sup>, em sessão da Sociedade de Medicina de Porto Alegre, intitulada “A missão social do médico”<sup>12</sup>. Nesta conferência, estabelecendo uma analogia entre a missão do médico e a missão do sacerdote, o dr. Vianna se servia do exemplo de um discurso sobre a “Questão social” pronunciado por Julio Maria, primeiro redentorista brasileiro, há vinte e cinco anos, em uma das igrejas do Rio de Janeiro, pregando suas idéias também em Porto Alegre como em todo o Brasil.

Julio Maria estivera conclamando o clero e os católicos a repensarem as funções da Igreja. Para ele, não haviam compreendido ainda o dever do catolicismo brasileiro, encerrados nas igrejas, nada divisando além da sacristia, do culto aos santos e panegírios e de uma aristocracia de devotos, reduzindo-se a templos bem enfeitados e coros bem ensaiados. Por isso, para o religioso, a Igreja, longe de ser a cooperadora necessária da paz pública e da prosperidade cívica, seguia sendo considerada apenas uma empresa de funerais e uma simples administradora de sacramentos (Vianna, 1926, p.11). Segundo Vianna, entre indignado e irônico, Julio Maria teria exclamado: “Vivemos separados do povo; quase que o povo não nos

---

<sup>10</sup> As metáforas religiosas, como referi, se disseminaram nos discursos médicos, onde abundam os exemplos. Segundo o dr. Vianna, à medicina caberia “nunca esmorecer nessa *pregação* higiênica que importa sem dúvida numa campanha civilizadora.” (1926, p.12-13, grifo meu). Nas palavras do dr. Bernd, os médicos eram dispenseiros da *misericórdia...*” (1933, p.186). Falava-se também em “*ministério* médico” (Vianna, 1926, p.28) ou o médico como *sacerdote* na educação da higiene,... esteiando-se o *evangelho* da saúde nos preceitos da medicina (Castilho, 1928, p.8)

<sup>11</sup> Raimundo Gonçalves Vianna nasceu em 1882, em Porto Alegre. Formou-se em Medicina no Rio de Janeiro em 1907 (cf. Pimentel, 1945, p.639). Na Faculdade de Medicina de Porto Alegre era Catedrático de Anatomia e fisiologia patológicas. Era membro da Liga Brasileira de Higiene, atuante também na Sociedade de Medicina de Porto Alegre, correspondente da Sociedade de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal do Rio de Janeiro e do núcleo rio-grandense da Liga Brasileira de Profilaxia Mental, instalado em setembro de 1925.

<sup>12</sup> A missão social do médico. In: *Archivos Rio-Grandenses de Medicina*. Porto Alegre, v.5, n.1, set. 1926, p.11-17. [Conferência na sessão de 20/08/1926, da Sociedade de Medicina de Porto Alegre.]

conhece” (Ibid., p.12). Propunha que a Igreja se aproximasse do povo e de seus problemas, queria “dar a religião à pátria, a Igreja ao povo”. Em suas palavras:

“dizer que a religião nada tem a ver com os problemas políticos, econômicos e sociais, e ao mesmo tempo, lamentar que a sociedade se deixe absorver pelo materialismo, os governos se deixem influenciar pelo ateísmo e a política pelo positivismo – é uma inconseqüência monstruosa e inepta.”(Julio Maria apud Vianna, 1926, p.12)

A partir dessas reflexões, o dr. Vianna sugeria o exame da Medicina: não estaria ela também encerrada nas clínicas, nada divisando além de hospitais, doentes e curas terapêuticas? Urgia que a medicina assumisse sua função social, pois

“se assim vai acontecendo em relação a todas as instituições e classes que em todos os tempos exerceram decidida influência na orientação das sociedades humanas, que dizer da medicina e dos médicos que pelos atributos de sua ciência e pelos encargos da clínica militante, vivem de investigar as causas de todos os males, em contato ininterrupto com tantas misérias e desventuras que a cada passo desafiam as nossas armas e os nossos recursos? Qual a grande tarefa do médico em nossos dias, principalmente se o considerarmos nesse regime das democracias em que tudo se espera da iniciativa particular, dos movimentos de filantropia e de assistência, para depois lhes dar prestígio e amparo? Mais do que qualquer outro, ele há de ser o vulgarizador das noções adquiridas, das verdades demonstradas quer no campo da pura observação clínica, quer no domínio da pesquisa experimental, no sentido de instruir o meio em que vive, pregando a profilaxia, a higiene individual e coletiva, promovendo, por todos os meios postos ao seu alcance, o exercício da medicina preventiva, porque este vai se mostrando, e em futuro próximo muito mais o será ainda, o mais elevado programa da sua colaboração social”. (Vianna, op.cit., p.12)

Para o dr. Vianna, se ao sacerdote já não bastava consolar e socorrer os homens na sua aflição e desespero, mas propagar a verdade religiosa como a mais pura fonte educativa rumo à superior compreensão da verdadeira felicidade,

“assim o médico em nossos dias, sem renunciar absolutamente ao seu *ministério* de assistência clínica, está no dever imperioso de sair da estreiteza desse âmbito, para vir instruir e corrigir, dando a conhecer todos os processos e recursos de que a higiene agora dispõe para a proteção e defesa da saúde, aconselhando, ensinando e doutrinando, através do livro, da imprensa, da tribuna das conferências públicas, para fazer-se tranqüilo com a sua consciência e à altura dos reclamos e responsabilidades do seu tempo.”(Vianna, 1926, p.12-13)

A reflexão proposta por Vianna sugere duas questões importantes para que possamos compreender o processo de afirmação médica em sua função social. A primeira, em que vimos insistindo, é o esforço da medicina por conquistar o poder e o direito de falar, a competência para compreender e definir, bem como a capacidade de investir o discurso médico em decisões, instituições ou práticas (Foucault, 1995, p.74). Se atentamos para as disputas sociais em torno das práticas de cura e, mais do que isso, se consideramos a simpatia e crédito popular que gozavam práticos, curandeiros, parteiras e feiticeiros, dentre outros, como nos indica Weber (1990), percebemos que esse era um momento de intensos conflitos, acirrados pelo princípio da liberdade profissional vigente no Rio Grande do Sul. Alicerçados numa “verdade” científica, num poder temporal, os médicos reivindicavam uma responsabilidade privilegiada para a organização social e a orientação da vida dos indivíduos. Em uma sociedade fortemente marcada por crenças de caráter mágico-religioso, embora de uma forma paradoxal para quem afirmava o predomínio da razão e da ciência, os discursos médicos não hesitaram em servir-se de comparações e metáforas do campo religioso.

Assim, a segunda questão reside na indagação: como poder temporal ficaria a medicina um passo atrás da Igreja? A considerar uma verdade produzida, mais do que a religião, que se ocuparia do conforto espiritual de seus seguidores, a medicina afirmava incumbir-se da unidade dos indivíduos, sua saúde física, moral, mental e espiritual, fossem eles ateus ou fiéis de qualquer credo, porque a missão maior da medicina era uma só: o bem da humanidade<sup>13</sup> (Couto, 1926, p.73).

---

<sup>13</sup> Laqueur afirma que já no século XVIII, na Europa, “os médicos aderiam explicitamente ao ‘partido da humanidade’ como um componente de sua auto-definição profissional. Por volta de meados do

Mas se os médicos envidavam esforços em legitimar-se para que, por extensão, sua profissão fosse reconhecida juridicamente e restrições fossem impostas aos práticos não-diplomados, que coerência estabeleciam entre o exercício profissional, que implica uma retribuição material, e a idéia de sacerdócio e de abnegação? Em seu discurso de 1934, como paraninfo na Faculdade de Medicina de Porto Alegre, o professor Raul Pilla<sup>14</sup> esclarecia aos doutorandos que, evidentemente, como toda profissão, também a medicina é, antes de tudo, meio de vida e por isso se assentava no interesse material do indivíduo. Contudo, para Raul Pilla:

“A oposição entre profissão e sacerdócio não é tão completa, que exclua pontos de contato. De um lado, os sacerdotes também vivem do altar, apesar da missão espiritual que desempenham. De outro lado, toda profissão oferece um duplo aspecto: é meio de vida, expressão do interesse individual, e, ao mesmo tempo, função social. Por isso, há meios de vida cujo exercício não constitui verdadeira profissão, e antes se devem capitular como atividade malfazeja, pelo caráter imoral e anti-social de que se revestem; e profissões há que convivem com o sacerdócio, por seu caráter eminentemente social e pelo *sacrifício* constante que exige o seu reto exercício. Ora, inegável é que a profissão médica se inclui nesta última categoria e nela ocupa os mais altos graus.” (1934/1949, p.13, grifo meu)

É preciso notar principalmente como a referência a esse binômio profissão/sacerdócio procura dirimir uma possível ambigüidade, lembrando que “*se temos de viver da medicina*, nunca poderemos esquecer que também devemos *viver*

---

século XIX, não mais precisavam proclamar essa afiliação em seus escritos científicos; suas preocupações humanitárias não são mais colocadas em dúvida” (1992, p.250). Suponho que a insistência dos discursos de médicos gaúchos nas primeiras décadas do século XX, em reafirmar uma filiação incontestada ao bem da humanidade inscreve-se entre as estratégias de legitimação num contexto em que a liberdade profissional possibilitava o exercício e o prestígio de outras práticas de cura, além das críticas que o comitismo formulava a propósito de uma medicocracia, colocando em dúvida o viés humanitário da profissão médica.

<sup>14</sup> Raul Pilla nasceu em Porto Alegre, em 1892. Diplomou-se pela Faculdade de Medicina de Porto Alegre em 1916, onde foi Catedrático de Fisiologia. Pimentel informa que teve grande atuação política (1945, p.638).

*para a medicina*” (Galvão<sup>15</sup>, 1927, p.35). A questão não era optar por uma das ênfases, mas criar condições para que ambas igualmente estivessem presentes na imagem que se erigia em torno da missão do médico e de seu estatuto social: a profissão, trazendo consigo uma diplomação que atestaria o domínio da ciência - a razão, e a destreza técnica - o sacerdócio, evocando a filantropia, a dedicação absoluta e a abnegação daquele que apenas tem em seu horizonte o bem da humanidade. Então:

“... a paz do mundo há de brotar das fontes da piedade. E nenhuma fonte mais copiosa que o coração do médico, cofre de todas as lamentações e manancial de todos os bálsamos; coração que se aprimorou na virtude da desambição e alcandorou-se no estoicismo do sacrifício voluntário.” (Totta, 1936, p.588)

O que esse universo discursivo mostra é que a ênfase na associação medicina/sacerdócio, dirige-se principalmente aos próprios médicos, seja em aulas inaugurais, em discursos de paraninfos nas formaturas ou nos pronunciamentos em entidades da classe médica. Uma espécie de ethos médico colocava-se como fundamental num momento de intensas disputas pela verdade e pelo poder, combate em que uma ética da medicina era necessária para fazer frente a uma vulnerabilidade no que se refere às respostas eficazes a domínios da doença ainda pouco conhecidos ou a críticas que insinuavam um regime “medicocrático”. Beatriz Weber lembra muito bem os enfrentamentos de positivistas do Apostolado gaúcho, mais ortodoxos, em relação a um suposto despotismo sanitário, na passagem do século XIX ao XX, decorrente da obrigatoriedade à vacinação, da notificação obrigatória dos casos de pacientes com doenças infecto-contagiosas, da desinfecção de casas, etc, todas elas medidas autoritariamente determinadas pelos médicos, em sociedades que defendiam as liberdades individuais no que se refere às práticas de cura e de exercício religioso (1999, p.60).

---

<sup>15</sup> Argymiro Chaves Galvão. Professor na Faculdade de Medicina de Porto Alegre; Assistente da seção de Microscopia do Instituto Oswaldo Cruz; Assistente da Enfermaria Coronel Manoel Py, da Sta. Casa de Misericórdia. Foi Diretor dos Arquivos Rio-Grandenses de Medicina.

De qualquer maneira, mesmo endereçada ao próprio campo médico, a idéia de sacerdócio da medicina difundiu-se socialmente e, dentre outras facetas, associou a figura do médico à de guia, benfeitor, conselheiro, aquele que, enfim, orienta e instrui, como dizia anteriormente o dr. Nonohay. Alguém de nobres atributos e até mais:

“O que é o médico em face da sociedade? É o grande obreiro da felicidade da humanidade, quando se serve da medicina não para especulações materiais, mas sim estuda, pensa, trabalha, para o bem estar físico, moral e intelectual do homem. É o homem que deve armazenar todas as virtudes que sublimam a vida, enriquecem a alma, dignificam o caráter. É o homem que ao prestar o juramento, a receber o anel simbólico, o deve fazer na plena consciência da carga moral com que irá penetrar na sociedade; na plena consciência do compromisso que assumiu para com o seu eu moral, para com a classe na qual se integrou.” (Galvão, 1927, p.35)

Outras referências também vêm a demonstrar a relevância atribuída ao estatuto moral e apostólico da profissão médica, que parece insistentemente evocado ao longo do período de análise. Em artigo intitulado “Os progressos da medicina e a atitude moral do médico através dos tempos”, divulgado em 1947, o prof. Olinto de Oliveira traça um quadro histórico da evolução do exercício da medicina. É interessante a proposta do dr. Olinto, pois uma vez definidos os dois predicados essenciais em que, em sua opinião, se assenta o exercício da medicina, a ciência e a consciência, o autor divide sua reflexão em duas partes e passa a abordar, na primeira, a marcha, através da História, das aquisições realizadas pela medicina no terreno científico e, na segunda, uma história dos aspectos morais da profissão médica.

Para o autor, o predicado da ciência é adquirido em anos de estudo e aplicação prática constantemente aperfeiçoados, enquanto que o predicado da consciência deriva do próprio caráter do profissional, da vocação que lhe instila, como ao surgimento da própria medicina, o nobre impulso da solidariedade humana.

Do culto perseverante a esses predicados resulta a dignidade científica e a dignidade moral, imprescindíveis para a valorização da profissão (1947b, p.542).

Se traçar a história das aquisições da medicina no terreno científico apresentou-se como tarefa menos difícil, já a história dos aspectos morais da profissão, nos dizeres do dr. Olinto, mostrou-se complexa, em especial as conclusões a que chegou ao estabelecer um paralelo entre as duas trajetórias. Em relação aos progressos científicos foi possível construir um gráfico histórico ascendente, informa o dr. Olinto, contudo, em relação ao aspecto moral, verificou que, “longe de se superporem, os dois traçados divergem quase em oposição”, muito embora, insiste o médico, continue hoje a predominar a exigência de uma preponderância moral da conduta médica.

Qual o problema? Para o médico, tudo podia ser resumido a um crescente desmerecimento dos preceitos éticos da profissão, mesmo que persistam as máximas hipocráticas que fundamentam o juramento dos profissionais. Muitos declaram o encerramento da medicina-sacerdócio, só existindo a medicina como técnica. Para o dr. Olinto, em fins dos anos 40, imperava uma avitaminose moral. Ocupam-se mais os profissionais em elevar o nível moral da classe por meio de leis com artigos e parágrafos que substituam a consciência; organizam-se em sindicatos e associações políticas<sup>16</sup>, recorrem à aprovação das autoridades governamentais em questões do código de deontologia; busca-se estabelecer horários, tarefas e remuneração sob medida (1947b, p.545). Mostra-se contrário e indignado o dr. Olinto<sup>17</sup>. Nem sempre

---

<sup>16</sup> Convocando a congregação da classe médica, dizia Guerra Blessmann: “Deixemos de lado as questões puramente políticas, ou as que com ela colidem. Sejam puramente médicos, com o intuito de manter a classe coesa e forte, os mais nobres ideais que tão alto elevam o valor da nossa função de guardas do bem-estar e da eficiência do povo. E para atingir o nosso fim devemos trabalhar livremente e sem esmorecimentos, em uma ação conjunta, de modo a conseguirmos transpor os obstáculos que se nos depararem. (...) Como homens, com o devido respeito à lei, boa ou má, que nos rege, podemos ter em função da liberdade que a mesma lei nos concede, quaisquer credos, políticos ou religiosos, mas, como médicos temos de lutar pelo bem estar do povo, demonstrando-lhe pelo nosso amor, esforço e trabalho em prol da Medicina, que a profissão que escolhemos merece o lugar que lhe compete, pelos seus nobres e alevantados ideais, apesar de muito decantados, muita vez esquecidos”. (1922, p.46).

<sup>17</sup> Outros médicos gaúchos, muito antes desse trabalho do dr. Olinto, haviam demonstrado indignação frente à conduta de alguns membros da classe médica, de idoneidade duvidosa. Refere o dr. Gonçalves Vianna em discurso intitulado “O ensino e o exercício da medicina”, proferido na sessão especial de Congregação, para abertura oficial dos cursos da Faculdade de Medicina de Porto Alegre, em 2 de abril de 1925: [Ser médico] “antes de mais nada, primeiro que tudo, cumpre ter um Ideal. (...) O Ideal de que vos falo, neste momento grave da nossa história, em que estão sendo revisados e apurados

uma grande competência profissional está ligada a uma conduta moral equivalente, ou ainda, a um apóstolo de exemplar devotamento podem escassear conhecimentos elementares da profissão (Idem, 543). Somente a conjugação dos dois predicados, ciência e moral, pode aproximar da perfeição a “sagrada profissão que exercemos”, pois:

“Para ser bom médico é indispensável saber muito mas quem se contenta com ser sábio e não se preocupa em ser também humano será somente um sábio, e não um médico.” (Ibid.)

Assim, para o dr. Olinto, como sugeria Duhamel, a profissão médica exige, além da competência profissional, decidida *vocação*, devotamento, elevação moral, generosidade, complacência (Ibid., 545). Daí que ela não careceria do artificialismo de fórmulas jurídicas ou administrativas como remédio para o desvirtuamento dos princípios éticos que a sustentam, e sim, da parte dos médicos, uma supervalorização do dever, podendo ir até o sacrifício da tranquilidade e o risco da morte (Ibid.). Por fim, o dr. Olinto registra a possibilidade de que novamente a dignidade moral da medicina venha a prevalecer e seu gráfico possa emparelhar com aquele do desenvolvimento científico para honra e benemerência da profissão.

Parece haver uma ligação paradoxal ou então uma espécie de relação instrumental da medicina com o imaginário religioso. De uma parte insistem no reconhecimento da profissão médica recorrendo às metáforas da missão da medicina, produzindo-a como sacerdócio e vocação genuína. Mas, de outra parte lançam mão de seu estatuto científico para firmar-se na verdade incontestável da ciência, definindo-a como “arte de prolongar a vida e suavizar a morte; arte dos semideuses de outrora e dos grandes sábios de hoje” (Vianna, 1925, p.15). São momentos de transição em que socialmente ainda tem peso a tradição religiosa, mas em que o saber médico, paulatinamente, vai ocupando o espaço da religião. Talvez essa reflexão possa explicar, em certa medida, o que é apenas uma ambigüidade aparente do discurso médico. Pareceria mais fecundo pensar em como esse discurso, ora

---

todos os valores, é a criança, a esperança, a firme orientação de idéias, a serena e imperturbável confiança que cada um deve pôr em si, um grande sentimento de altruísmo que se alimente nas fundas raízes da Verdade e da Justiça; (...) a vitória ganha pelo esforço individual e à custa do próprio sacrifício; a renúncia sistemática a toda tentativa desonesta”. (1925, p.14)

jogando com o ingrediente “sagrado” da profissão médica, ora com o ingrediente “temporal” representado pelo seu caráter científico, foi capaz de legitimar-se, adquirir um estatuto de verdade e impregnar discursos e instituições de outros campos sociais. Como se produziram nexos inesperados entre os saberes religioso e científico? Assim, igualmente ponderar de que forma esses nexos do religioso com o científico puderam apresentar os médicos como guias devotados, desinteressados em sua missão, e também seguros e esclarecidos pelos seus conhecimentos, enfim podendo e devendo dizer algo sobre nossa educação, nossa vida e nossa salvação. Como forma de poder pastoral, sugerido por Foucault (1990b)<sup>18</sup>, a associação do médico ao sacerdote e, por extensão, ao pastor<sup>19</sup> que deseja o melhor para aqueles que guia, protegendo a todos e a cada um com o mesmo empenho, concorreu para que a aceitação dos dispositivos médicos, em especial para que sua vigilância constante, fosse considerada legítima e, mais do que isso, necessária ao bem da humanidade. O médico educa porque a ele também interessa a orientação espiritual de seu rebanho:

“A medicina deixou as suas roupagens sagradas para mostrar-se como uma ciência, na qual seus obreiros se esforçam e lutam, como qualquer operário, pelo bem estar comum. (...) Maneja o médico problemas da mais alta importância para a humanidade, problemas de que dependem saúde e felicidade, vida e morte e para cujas soluções é indispensável que possua hábeis e quase excepcionais qualidades de julgamento” (Blessmann, 1926, p.2)

Afinal, como sugere Barrán, para a medicina a vantagem da ciência sobre a religião era que suas afirmações são demonstráveis e por isso obrigam à convicção,

---

<sup>18</sup> A concepção de poder pastoral aqui adotada, de empréstimo a Foucault, encontra-se explicitada no tópico “Tramas”.

<sup>19</sup> A própria metáfora do rebanho é utilizada pelo discurso médico. Veja-se um excerto de Mário Totta: “Porque nunca com maior império se mostrou a necessidade de congraçar a classe e de pô-la, a pé firme, na sua luminosa rota de devotamento e de idealismo, como nesta hora lancinante em que, acochado e tranxido, o rebanho humano desatina e tresmalha, à rajada do temporal de inquietação e de desespero que varre o mundo. (...) Ninguém mais do que nós, os médicos, atentos em vigília constante à eclosão e à evolução de todos os fenômenos sociais, ninguém mais do que nós observa, acompanha e sente a tremenda convulsão em que atualmente se constorcem os povos, na mais dura das provações. E diante da calamidade nesta época em que de todos os quadrantes soa ululante o brado de misericórdia e de socorro, é justamente ao médico, de ouvido sempre alerta aos clamores da aflição, que cabe o dever de acudir” (1936, p.588).

fato que indiscutivelmente é independente da fé<sup>20</sup> (1995, p.179). Cabe assinalar, contudo, que embora tenha sido constatado que a presença da idéia de sacerdócio vocacionado da medicina persista em todo o período examinado, há uma progressiva substituição das evocações religiosas pelo intento de fundar-se só na ciência e num culto novo, o culto à saúde.

Essa incursão pelo tema do sacerdócio médico e da medicina como missão parece substantiva para pensarmos no quanto ele joga para que o discurso médico dirigido à Pedagogia e à Educação seja reconhecido. Não raras vezes, as explicitações acima, colhidas das muitas fontes examinadas, emergem justamente em produções discursivas que discutem o médico como educador ou a educação sanitária, indicando que essa não era uma questão secundária para que a medicina pudesse adentrar o espaço escolar, prescrever práticas ao campo pedagógico e operar como fundamento científico à Pedagogia.

## 2. Terapêutica x Profilaxia

“Ao ingressar na confraria, não deveis acariciar, como anelo único, o afã no exercício cotidiano do ofício, restringindo à cabeceira dos doentes. Levantai mais alto o vôo da aspiração. Não vos contenteis, mau grado o gesto balsâmico e dulçoroso da caridade, no acompanhar o viático; tomai-lhe a dianteira: sede guia e flâmula de uma campanha a prol da regeneração da raça e da felicidade humana.

Não restrinjais o vosso sonho à composição bem dosada de uma fórmula terapêutica, ou à elegância e à habilidade de um ato cirúrgico;

---

<sup>20</sup> Muito embora, como afirma o próprio Barrán, em substituição à religião em muitos aspectos, “a saúde demonstrou ser um Deus tão exigente de sacrifícios do desejo como o Deus cristão” (1995, p.180, trad. minha).

muito menos à glorificação efêmera de uma cura em que a natureza, à socapa teceu a guirlanda do triunfo. Integrai-vos na realidade da hora que passa e servi, armados de ponto em branco, como, a seu tempo, um cavaleiro medieval, à cruzada do renascimento.

A medicina de hoje é, antes de tudo, a ciência da profilaxia. De simples mão serviçal e piedosa, estendida para um sofrimento individual, transmudou-se em providência, para evitar de vez o sofrimento.

Penetrai nos lares, nas escolas, nas oficinas e em todos os aglomerados humanos; ingressai no seio da adolescência ingênua e desprevenida, e da juventude tresloucada e confiante, e da velhice insatisfeita e insensata, e espargi na treva dos desatinos a luz que nos textos aprendestes e que a vida vos ensinou.” (Totta, 1935, p.41)

Por ocasião da abertura dos cursos da Faculdade de Medicina de Porto Alegre, em 1935, a preleção proferida pelo dr. Mario Totta<sup>21</sup>, Catedrático de clínica obstétrica, cuja forma e conteúdo conclamam à missão social da Medicina, exprimem idéias centrais que freqüentavam os discursos médicos da época.

Era o dr. Totta, além de médico profundamente engajado na assistência social, literato e poeta<sup>22</sup>. Emprestava a todos os seus discursos uma forma solene,

<sup>21</sup> Ver nota com informações biográficas de Mario Totta no item “Todos e Cada Um”.

<sup>22</sup> Herschmann (1996) explora a percepção de um “forte desejo de ‘intercâmbio’ da medicina com o campo da literatura”, seja definindo a medicina como arte de examinar doentes, seja aproximando o ofício do médico ao do artista e literato, além do fato de ser a literatura, na época, um elemento de distinção social dos sábios. Assim como a literatura da época foi fortemente influenciada por uma espécie de “naturalismo médico”, enfocando “estudos de comportamento”, descrições de doenças, e fazendo uso abusivo de um vocabulário médico, também médicos enveredaram pela prática literária como forma de ascender a um espaço de destaque, “isto é, como forma de gozar tanto do reconhecimento quanto da identificação com esse campo literário/intelectual”. Destaca-se então que os médicos tanto conferiram um caráter literário a seus discursos, predominando metáforas de textos parnasianos, quanto dedicaram-se, enquanto literatos, a produção de crônicas, poesias e textos literários diversos. Ver a respeito, Sussekind, Flora apud Herschmann, 1996, p.31-33). Relativamente ao dr. Mario Totta, apenas para que se possa ter uma idéia de sua produção no campo literário passo a listar obras literárias de sua autoria: “Recepção a 1830”, sainete em verso, estreado em Porto Alegre; “Estriquinina”, romance em colaboração com Paulinho de Azurenha e J.C. de Souza Lobo, Porto Alegre, Liv. Americana, 1897; “Meu canteiro de saudades”, versos, Porto Alegre, Globo, 1937 (2ª ed. 1938); “Poetas do correio”, pequena antologia, Porto Alegre, Correio do Povo, 1945; “Obras de Mário Totta”, em dois volumes, o primeiro de poesia e o segundo de prosa (edição póstuma de amigos do autor), Porto Alegre, Selbach, 1951/52, 2 v.; “Poesias”, edição póstuma, Porto Alegre, Globo, 1967;

rica em metáforas, que atraíam a atenção de todos. Quando desta preleção, presidia a Sociedade de Medicina de Porto Alegre, atuando em prol da classe e, por isso mesmo, em muitas ocasiões se pronunciava acerca do que era ser médico em seu tempo.

À exceção das figuras de linguagem, rebuscadas e eruditas, do uso recorrente de expressões que aludem ao simbolismo religioso, tais como viático ou caridade, não há originalidade nos aspectos propostos aos jovens alunos. Há algum tempo, convencidos da importância da profilaxia, os médicos anunciavam ser essa a medicina do futuro, mas a ser iniciada desdelogo<sup>23</sup>. Os contemporâneos reconheciam a repercussão de um discurso dessa ordem: experiência da guerra, aumento populacional, problemas urbanos, epidemias freqüentes, altos índices de mortalidade e morbidade, inquietação social, anarquias e agitações, enfim, segundo eles, vícios e degenerações de toda ordem. Aos médicos, diante desse quadro, individual ou coletivo, não como políticos, mas como cidadãos cultos e instruídos, caberia amparar e guiar a sociedade, cuidando dos interesses vitais da Nação” (Blessmann<sup>24</sup>, 1926, p.5).

A recusa a uma medicina estritamente clínica e cirúrgica é realmente o sinal de um movimento que, se processava, desde meados do século XIX: “a medicina social é a alma hipocrática da época” (Bittencourt<sup>25</sup>, 1928, p.5). O médico, de sanador

---

"Versos antigos", série de poesias, com inicial M., Correio do Povo, Porto Alegre, julho de 1897; "Cantigas", versos, em parceria com Souza Lobo, *ibid.* "Colcha de retalhos", seção permanente, Correio do Povo, Porto Alegre, a partir de 1946; "No interior do lampião de querosene", conferência no Clube Jocotó, Porto Alegre, fevereiro de 1924; "Elogio do sacrifício", *ibid.*, 4 de janeiro 1925; "Nomes e sobrenomes", *ibid.*, 18 de janeiro de 1925. (Martins, 1978, p.590)

<sup>23</sup> “No passado, dos dois ramos de medicina, o curativo e o preventivo, somente o primeiro se desenvolveu e a tal ponto que medicina curativa se tornou sinônimo de medicina. Entretanto, se a medicina curativa foi a medicina do passado, a medicina preventiva será a medicina do futuro. Ninguém nega que prevenir a doença é, sob todos os pontos de vista, superior a curá-la.” (Machado, 1943, p.270).

<sup>24</sup> Guerra Blessmann. Nasceu em Alegrete, RS, em 1891. Formou-se em Medicina pela Faculdade de Medicina de Porto Alegre em 1911. Foi Assistente de Clínica Cirúrgica na Sta. Casa de Porto Alegre. Foi Catedrático de Clínica Cirúrgica e Diretor da Faculdade de Medicina de Porto Alegre no período 1935-37, tendo sido substituído nesse cargo quando Deputado à Assembléia Legislativa do RS, da qual foi Presidente. Pertenceu à Sociedade de Medicina de Porto Alegre, à Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, membro do Conselho Nacional de Educação e da Academia de Medicina Militar do Rio de Janeiro (ver Martins, 1978, p.92)..

<sup>25</sup> Raul Bittencourt nasceu em Porto Alegre, em 1902. Médico pela Faculdade de Medicina de Porto Alegre, em 1923. Professor de Psicologia e Filosofia em Porto Alegre (1922-23); médico da

das doenças, deveria transmutar-se em criador da saúde. Nessa medida, “profilaxia” é o conceito que abunda nos anos 1900 a 1940, ou a expressão “medicina preventiva”, que segue valorizada nos dias de hoje.

Para o dr. Nonohay, a medicina, na sua preocupação de arte de curar, havia tido a visão do homem, esquecendo a visão da sociedade. Deste ponto de vista, perguntava o médico, que tesouro magnífico impõe a participação íntima da medicina na solução dos problemas sociais? (1926, p.75-76) Se a sociedade não pode deixar de ser a expressão coletiva dos indivíduos, como pensar que ela não sofra a influência dos múltiplos fatores de perturbação fisiológica ou psicológica que afetam a higidez de cada indivíduo? Segundo ele:

“Toda a patologia nasce da fisiologia, de que se poderia dizer que é simples perturbação, desequilíbrio, mais ou menos profundo, por falta ou por excesso. Aquela se explica pela lesão anatômica degenerativa; esta pela inflamatória. Em uma ou em outra são sempre grupos celulares que primeiro franqueiam, diante do ataque e, conforme a importância da sua função, marcha a gravidade do Mal. Não podem as sociedades, simples agrupamentos de indivíduos, fugir a esta regra geral. E a sua patologia resulta forçosamente da Patologia Humana. E se esta tem como culminâncias etiológicas a hereditariedade e a intoxicação, infecciosa ou não, a patologia social obedece a esta regra geral. E então se assistem em toda a sua gravidade estes quadros mórbidos ainda confusos, que só agora começam a ser revelados pela Medicina Social, de surto maravilhoso.” (Nonohay, 1926, p.75-76)

Essa nova maneira de designar os fenômenos sociais, estabelecendo analogias entre o funcionamento fisiológico dos indivíduos e o funcionamento da sociedade permitia a produção de correspondências variadas entre fatos do mundo biológico e

---

Intendência Municipal de Porto Alegre (1924-26). Foi professor da Faculdade de Medicina de Porto Alegre (1925), professor da escola Normal de Porto Alegre (1927-28), médico da Assistência a Alienados do RS (1927-1933); Chefe de Clínica Psiquiátrica da Faculdade de Medicina de Porto Alegre (1932-33); Diretor da Instrução Pública do Rio Grande do Sul em 1933; deputado constituinte (1933-34); Deputado Estadual no RS e Deputado Federal (1934-37); Professor da Faculdade de Ciências Médicas da Guanabara, que dirigiu; da Faculdade de Educação da UFRJ, que dirigiu de 1967-70. Pertenceu à Academia Sul-Rio-Grandense de Letras, ao Instituto Brasileiro de Cultura, à Sociedade Brasileira de Economia Política e à Sociedade de Psicologia Individual, Rio de Janeiro (Martins, 1978, p.91).

fatos do mundo social. Correspondências que ultrapassavam a designação, pois efetivamente instalavam-se na própria leitura médica ordenadora do real: corpos-sociedades formados por células-indivíduos; cada célula com sua função e importância; uma célula em perigo, um corpo todo doente. Patologias, degenerações, intoxicações, atribuídas ao social possibilitavam produzir discursos, instaurar um lugar de poder e de verdade para que médicos pudessem diagnosticar, prescrever, guiar e orientar frente aos quadros mórbidos da sociedade, com a mesma eficácia e esclarecimento científico que tinham em relação às patologias humanas. Se a sinergia funcional de órgãos e funções do organismo humano era responsável pela unidade harmoniosa, o mesmo se estendia ao organismo social e ferir essa unidade significava constituir a doença. Quantos problemas sociais não eram produzidos por poucos indivíduos que ameaçavam a unidade? Como indica Barrán:

“el cuerpo de todos merecía cuidados porque la salud había demostrado su condición social. Todos los cuerpos eran interdependientes y si bien parecían vencidas las epidemias – singulares niveladores sociales a menudo –, quedaban todavía enfermedades que transgredían las barreras de clase y saltaban de una condición social a outra, hermanándolas a todas al final...”(1994, p.52)

Em busca do enunciado das leis universais que regiam os fenômenos, fossem eles biológicos ou sociais, através da observação dos fatos em seu estado puro, o positivismo influenciou marcadamente o pensamento dos médicos gaúchos<sup>26</sup>,

---

<sup>26</sup> Herschmann (1994) assinala que a classe médica nacional foi fortemente influenciada pelo positivismo desde fins do século XIX. Para o autor, esta é uma matriz de pensamento fundamental para que possamos compreender a atuação dos médicos como cientistas-intelectuais na esfera pública. Segundo Herschmann, o positivismo introduzido no país por Luís Pereira Barreto (médico formado em Bruxelas) na década de 1840, restringia-se às preocupações “científicas” de alguns médicos e engenheiros que se aplicavam à fisiologia. Vinculado ao movimento abolicionista, tornou-se em pouco tempo a principal coqueluche da elite intelectual. Praticamente todos os jovens pensadores da época fizeram do positivismo instrumento de luta e renovação. O positivismo proporcionou-lhes um “método”, fez desses cientistas “missionários do progresso”, “sacerdotes do conhecimento”, transformou a ciência no único caminho para se atingir a saúde plena do corpo social, a civilização. Era preciso, segundo esses intelectuais, “intervir, organizar, sanear, prevenir, a fim de evitar os perigos, excessos, falhas e desvios que ameaçavam o meio ambiente, a cultura e o indivíduo, a concretização do principal objetivo: a realização plena da nação. Herschmann assinala ainda que a leitura do positivismo assumiu, para essa nova geração de pensadores, cientistas-escretores-intelectuais, um significado fundamental. Constituiu-se na matriz ideológica, no ponto de partida para os que se engajaram na “marcha rumo ao progresso”. Respalidou a ascensão desses indivíduos à condição de intelectuais junto ao Estado e legitimou suas intervenções” (p.56-57).

Quanto à saúde, Weber (1999) lembra que esta era concebida como harmônica, na dependência estreita de uma unidade do físico e da moral, assim como do social e do individual, cabendo à medicina levar em conta todo o indivíduo, os elementos intelectuais, afetivos e sociais constitutivos da saúde (p.36-7). Além disso, é preciso considerar que a teoria cerebral fundamentava a visão positivista da Medicina, daí que “o cérebro seria o centro da unidade do indivíduo consigo mesmo e com a sociedade”, a doença uma alteração da unidade, cabendo ao médico agir no sentido de restabelecer a harmonia entre esses elementos. Vejamos o discurso de um médico da época:

“Na concepção positiva da saúde a idéia de unidade vital resulta da coordenação de funções elementares, mantidas em perfeita harmonia, em que *cada célula concorre para a vida do todo e o todo vela pela vida de cada parte*. A sociedade é também um organismo complexo, para cuja vitalidade o indivíduo-célula, contribui com as suas aptidões, os seus dotes, o seu coeficiente de trabalho e de inteligência.” (Munhoz, 1933, p.12, grifos meus)

Mais do que isso, a própria doença orgânica constituía perigo social, haja vista a avalanche de discursos prognosticando possíveis apocalipses sociais pela difusão da tríade macabra - “sífilis, alcoolismo, tuberculose” - entre a população. Uma das tônicas desses discursos, como será examinado adiante, ocupava-se de indicar a dilapidação de forças humanas em detrimento da riqueza do país. Quantos impérios teriam sido desestabilizados pela eclosão de epidemias? Ou, em que medida poder-se-ia compreender o atraso social e econômico do Brasil através da análise dos altos índices de doenças crônicas, verminoses e desnutrição? Para o dr. Annes Dias<sup>27</sup>,

---

<sup>27</sup> Heitor Annes Dias nasceu em Cruz Alta (RS), em 1884, tendo falecido em 1943. Aos quinze anos ingressou na Faculdade de Medicina, diplomando-se aos vinte anos. Catedrático da Faculdade de Medicina de Porto Alegre, na cadeira de clínica médica e professor de medicina legal na Faculdade de Direito. Foi diretor da Sociedade de Medicina de Porto Alegre, membro da Academia Nacional de Medicina, da Academia de Madri e da Academia de Buenos Aires. Foi agraciado com o título de professor “honoris causa” da Faculdade de Medicina de Santiago do Chile. Era pesquisador de inúmeras patologias, tendo criado “uma escola que tratava da importância cooperadora do laboratório e de outros recursos propedêuticos para melhor esclarecer a obscuridade de determinados problemas clínicos”. Em 1934, foi eleito deputado à Constituinte Federal como representante do Rio Grande do Sul. (Friederichs, 1958, p.10-34)

problemas complexos irradiavam do determinismo biológico de Claude Bernard<sup>28</sup>, quando este afirmava que “os órgãos e as funções sociais não são os órgãos e as funções biológicas, mas umas energias são conseqüências das outras: portanto para bem compreender a natureza do movimento social, importa decompô-lo nas forças elementares orgânicas.” (1925, p. 47)

A divulgação da máxima “*mais vale prevenir do que curar*”<sup>29</sup> assinala esse movimento de uma medicina individual e curativa a uma medicina social e preventiva. Em uma palestra na Semana de Educação da Escola Normal do Paraná, em 1933, o dr. Munhoz insistia nos méritos da progressiva socialização da Medicina:

“Ao médico cabe um papel de alta relevância na sociedade; ele não é mais, como outrora, apenas o prático chamado para os consertos dos desarranjos da máquina humana. Ele não cuida só dos enfermos mas procura, com os seus conhecimentos, fazer baixar o número destes. A sua missão é mais social que individual. Junto ao indivíduo procura minorar-lhe os sofrimentos e restituir-lhe a saúde. Nos grupos sociais, o médico é o orago da saúde, aconselhando os meios de a manter íntegra, ensinando as medidas de prevenção e colocando ao alcance de todos os recursos de defesa contra o inimigo comum que é a moléstia.” (Munhoz, 1933, p.11)

Raul Pilla chegou mesmo a afirmar que o médico já não poderia limitar sua atividade ao leito do doente, nem à atenção estrita das doenças biológicas; pelo contrário, urgia transformar-se num sociólogo e num político: sociólogo para estudar as causas e os mecanismos das enfermidades sociais, político para formular as regras necessárias a combatê-las. Dessa forma, Pilla apontava para um tal alargamento da esfera de influência social da medicina, que seria possível prever para breve sua

---

<sup>28</sup> Claude Bernard, fisiologista francês do século XIX, discípulo do fisiologista François Magendie, estabeleceu as bases do método experimental em medicina, baseado na pesquisa metódica, no exame minucioso e na investigação criteriosa dos fenômenos biológicos. “Suas investigações, além de revolucionarem a fisiologia, vieram a confirmar que as doenças, de modo geral, nada mais são do que distúrbios e anomalias do funcionamento dos órgãos” (Enciclopédia Mirador Internacional, v.4, 1990, p.1321). Segundo Oliveira, foi fartamente lido nos cursos de medicina do país e seus preceitos encaminharam a medicina para uma via científica definitiva. (Oliveira, 1947, p.458-459)

<sup>29</sup> Ou, como persiste entre nós, “mais vale prevenir do que remediar”.

integral transformação em profilaxia e higiene. O dr. Mariante<sup>30</sup> desposava a mesma visão, aplicando também a seu discurso a perspectiva fisiológica ao afirmar que

“A medicina na expansão prodigiosa do seu desenvolvimento atual, extravasou do leito da clínica médica, para espriar-se na vastidão dos mares da Medicina Social, em seus múltiplos e variados aspectos, que alcançam os domínios da sociologia, da política e da própria moral! (...) e assim agindo, a medicina não exorbitou das suas atribuições, simplesmente ampliou a sua esfera de ação que passou da unidade celular à complexidade do organismo, do indivíduo à sociedade.”  
(Mariante, 1933, p.404)

Sugerindo uma espécie de papel visionário da medicina, antecipando-se às demais ciências no descortino e solução dos principais problemas sociais, o dr. Dias depositava esperanças na “realização desse grande sonho da medicina moderna, pois a medicina preventiva será, sem dúvida, a etapa mais fecunda na Via-láctea do Bem, que é a história das Ciências Médicas” (Dias, 1925, p.47). Seguido por outros médicos, afirmava-se a preponderância da era de uma “antropocultura”, missão original e fundadora da medicina, agora aperfeiçoada pela sua extensão:

“Os que compreendem que a Medicina não é destinada a esperar a doença para combatê-la, mas que o grande objetivo é a antropocultura, no seu sentido mais alto, esses, os que assim pensarem e agirem, serão obreiros beneméritos, que irão vencendo as etapas sucessivas para a realização integral dessa Medicina Preventiva, cujos horizontes vastíssimos excedem, nos seus extremos, os limites da vida do homem, pois prepara esta pela puericultura antenatal, a prolonga sadia pela vida em fora, e lhe assegura, além da morte, a saúde da prole.”  
(Dias, 1925, p. 52-3)

Uma concepção de medicina profilática operara um deslocamento importante no pensamento médico. A doença, o doente e a terapêutica eram noções que rapidamente sofriam mudanças em seus significados. Da teoria dos miasmas à teoria

---

<sup>30</sup> Tomaz Laranjeira Mariante nasceu em Porto Alegre em 1891, formando-se pela Faculdade de Medicina de Porto Alegre em 1915. Em 1919, torna-se professor da mesma Faculdade. (cf. Pimentel, 1945, p.640).

microbiana, de uma visão de polícia sanitária a uma perspectiva de educação sanitária, ou ainda, de uma preponderância dos fatores hereditários a uma ênfase nas influências do meio, apenas para evocar alguns exemplos, redefiniam ininterruptamente a própria idéia do “ser médico” e da missão da medicina. Movimento intenso e descontínuo, embora alguns elementos pareçam ter sido mais perenes. Um deles, a noção de que os médicos são movidos por um sentimento de abnegação e desprendimento quase absoluto, que distingüe seu caráter e personalidade; o outro, a idéia de que a medicina possuía o discernimento necessário para conduzir cada indivíduo e os grupos sociais, tornando-a indispensável em qualquer sociedade.

“E o próprio povo, que seria dele na ausência desse benfeitor oculto ou manifesto que como o pelicano da lenda, rasga o próprio peito para multiplicar em toda a sua esfera de ação os germes da vida, da saúde e da felicidade?” (Bernd<sup>31</sup>, 1933, p.186-7).

Retórica expressiva e dramática: quem mais dedicado a seu mister do que o médico que é capaz de expor-se a toda sorte de doenças e perigos, que imola seu próprio corpo e saúde para salvar a outrem? Nem os religiosos teriam chegado a tanto, tampouco os políticos. Mas eis que está aí a medicina, a verdadeira medicina, portadora de um cabedal profissional necessariamente assentado numa autêntica vocação e espírito humanitário. E esse discurso encontrou terreno fértil para disseminar-se; momento em que a consolidação de uma cultura laicizada abria espaço para novos “orientadores”; também momento em que começou-se a considerar a saúde pública e pessoal como genitoras de uma nova ética, fundamentada biologicamente: o dever da saúde como proteção da raça e da pátria. Pensavam e diziam:

---

<sup>31</sup> Mário Bernd nasceu em Itaqui, RS, em 1899, tendo falecido em Porto Alegre, em 1956. Formou-se em 1926, pela Faculdade de Medicina de Porto Alegre. Foi médico da Diretoria de Higiene do Estado; assistente do Laboratório Central das Clínicas da Faculdade de Medicina de Porto Alegre e do Laboratório Bacteriológico do Estado. Livre docente de Química Fisiológica da Faculdade de Medicina de Porto Alegre, desde 1929. Redator dos Arquivos Rio-Grandenses de Medicina. Diretor do Laboratório de Análises Clínicas dr. Mário Bernd. Cientista, filólogo e conferencista, membro da Academia Rio-Grandense de Letras (1936-1944); da Academia Sul-Rio-Grandense de Letras (1944-1956) e da Sociedade de Medicina de Porto Alegre.

“Como médicos não só tendes de tratar com devotamento e carinho dos vossos doentes, mas também deveis zelar e defender dentro da ciência e da profissão, interesses da sociedade a que todos pertencemos. (...) Recordai-vos no meio de todas as fadigas, das magnas questões sociais que mais nos interessam como médicos, e assim tereis contribuído em bem do nosso progresso e civilização, para honra e a glória da nossa pátria.” (Blessmann, 1926, p.8)

Evidentemente, o deslocamento de uma medicina curativa a uma medicina social operara a produção de um prestígio significativo da ciência médica. Ele implicou num alargamento das atribuições da missão da medicina e, nessa medida, um novo espaço de prestígio da profissão médica. Se a ela passou a estar delegada uma antropocultura, quase tudo lhe dizia respeito diretamente, demandando prescrições, conselhos, proteção. Como sugere Barrán, o saber médico alimentava uma fome pré-existente... (1995, p.269).

### 3. Clínicos x Higienistas

Afirmar que a medicina havia extravasado do leito da clínica não significava desconsiderar a importância da terapêutica. Contudo, aos médicos envolvidos com uma medicina social, o problema estava em deter-se tão somente na clínica descuidando da saúde da sociedade, aspectos que seriam indissociáveis e que deveriam receber igual atenção da medicina. A velha medicina curativa, segundo eles, produzia apenas o efeito de remediar os males, mas não de suprimi-los e aí seu maior equívoco, numa época em que os conhecimentos científicos, especialmente a

bacteriologia, a microbiologia, a parasitologia, a eugenia, dentre outros, já eram suficientes para romper uma rotina de muitas décadas. Estava instaurada uma disputa por espaço no campo médico.

“O que desejo mostrar-vos, é que como clínicos, nós podemos todos os dias, nas situações mais diversas do exercício profissional, realizar essa obra de medicina preventiva, discreta e benemérita, em que o clínico, não contente de enfrentar a doença, procura tolher-lhe o desenvolvimento ou surpreendê-la quando latente, para melhor combatê-la (...) mostrar toda a gama das possibilidades, que tem o médico, de estender, sempre mais, no exercício diuturno da clínica, o objetivo benemérito de sua missão”. (Dias, 1925, p.48)

Segundo o dr. Dias, para que a ação do médico fosse realmente eficiente, não devia preocupar-se apenas com os sintomas do momento, mas abranger, no seu julgamento, todas as probabilidades mórbidas de um caso, o que implicava estender sua ação, aprimorar-se no domínio de novos conhecimentos, especialmente aqueles que demonstrassem o caráter social das doenças<sup>32</sup>.

Algumas referências a respeito, sugerem relações conflituosas entre clínicos e higienistas ou sanitaristas no interior do campo médico. Disputas por espaço, prestígio, força social, ou como sugere Bourdieu<sup>33</sup>, pela competência científica, enfim, disputas pelo monopólio da verdade. Um argumento denotativo das desavenças, consistia em sugerir que os próprios médicos estariam contribuindo para o desprestígio da classe e da prática clínica, utilizando-se de métodos arcaicos e ineficazes, resistindo aos postulados higienistas. O dr. Munhoz<sup>34</sup>, recordando palavras de Clementino Fraga, era explícito a respeito:

---

<sup>32</sup> O dr. Annes Dias afirmava: “A nova orientação, que vai tomando a Medicina, essa preocupação de conhecer a fundo o organismo do doente, calculando suas reações, avaliando suas capacidades, balanceando-lhe as taras, no sentido de destacar tanto o mal que lhe vem dos ascendentes, como o dano que pode causar aos descendentes, prescrutando-lhe as particularidades fisio-patológicas, - esse movimento todo tende a reintegrar, no lugar de onde baixara, o médico prático, o médico de família, verdadeiro confidente para o qual o organismo do cliente não tem segredos”. (Dias, 1927,p.9)

<sup>33</sup> Bourdieu, Pierre. *Pierre Bourdieu: Sociologia*. São Paulo, Ática, 1983, p.122-123.

<sup>34</sup> Médico paranaense, professor da Faculdade de Medicina do Paraná.

“Corre a versão até certo ponto tenebrosa que os médicos são os maiores inimigos da higiene. Paradoxo ou maldade, não há dúvida sobre o fato de observação corrente: são freqüentes as turras de clínicos com os prepostos sanitários. De alguns daqueles nos tem ficado a impressão de que se acreditam acima da higiene.” (Fraga apud Munhoz, 1932, p.153)

O afloramento de discursos em que palavras e expressões sublinham diferenças entre medicina clínica e medicina profilática, assinalam a tendência ao agravamento das disputas, no Rio Grande do Sul dos anos 20 e 30 em especial. Também se observa tendência ao mapeamento das posses – saberes e poderes – de cada um desses ramos da medicina. Sem descuidar do esforço do campo médico em dirimir esses conflitos e produzir uma imagem pública harmoniosa e colaborativa, afinal as maiores disputas eram contra os práticos, curandeiros, parteiras, os outros enfim, efetivamente os impasses estavam a indicar que as diferenças não se circunscreveram à retórica.

“Corre pelo mundo médico muito preconceito que precisa ser combatido, nota-se ainda, em certos meios, decidida relutância em aceitar conquistas já definitivas, as quais, para alguns, passam por simples novidades efêmeras, ficando, assim, menosprezadas noções de alta valia prática. (...) é curioso notar que trabalhos que visam apoiar e revigorar o espírito hipocrático, tivessem sempre a oposição daqueles que se julgam representantes da clínica clássica. Esquecem eles que o médico tem o dever de conhecer cada vez melhor o organismo, para que sua ação seja conscienciosa e eficaz, não tendo o direito de menosprezar os meios que se propõem a esclarecer a funcionalidade orgânica.” (Dias, 1927, p.1-2)

Observe-se que o dr. Dias operava com idéias que relacionam medicina clínica como velha e arcaica e medicina social como conquista e revigoração, portanto, sintonia com as demandas de seu tempo, o que corresponderia a prestigiar higienistas e sanitaristas como arautos do moderno, avanço a que todos os médicos deveriam concorrer ativamente.

[Todo desenvolvimento social] “fatalmente tem de encarar a defesa dos indivíduos e das gerações contra o ceifar das doenças e da morte. É o que a Medicina Social ora realiza através dos seus múltiplos serviços. Devemos confessar que ainda há uma certa timidez na aceitação dos novos postulados que tendem a colaboração direta e primacial da ciência de Hipócrates na solução racional dos grandes problemas sociais da atualidade. Porém, cada vez mais, a corrente se avoluma e transborda e acabará por vencer.” (Nonohay, 1929a, p.11)

De outra parte, o dr. Buys<sup>35</sup> assinalava um movimento inverso: o processo de socialização da medicina, progressivamente estaria incursionando pelo campo da clínica, sob a forma assistencial, incorporando setores tradicionalmente afetos à medicina curativa, atribuindo-lhes um novo significado (1946, p.158). O caráter inovador dessa medicina assistencial, curativa e preventiva, residia em sua maior inserção nas comunidades, não se restringindo aos pacientes individuais.

“Os novos conceitos de moral, que exsurgem do caos das antigas concepções, elevando e exaltando o espírito de solidariedade humana como um bem em si – tudo se entrosa, soma-se e harmoniza-se, a requerer que a medicina, em sua dúplice feição preventiva e curativa, transforme-se em um serviço público a cargo das comunidades.” (Buys, 1946, p.159).

Se os clínicos eram refratários às lições de higiene, estava posto que o médico higienista jamais poderia descuidar-se da clínica, assistindo às comunidades em todos os aspectos que afetavam sua saúde, fossem eles curativos, preventivos, educativos ou de saneamento. Tal o espectro de ação da medicina social que a colaboração entre clínicos e higienistas ou sanitaristas tornava-se imprescindível. Restava saber se os clínicos ficariam subordinados à medicina social, se incorporariam os saberes da Higiene ou se o discurso da medicina curativa seria capaz de recompor-se e firmar-se no campo médico.

---

<sup>35</sup> Frederico Cristiano Buys foi Diretor do Departamento Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul em 1946.

Em discurso do Professor dr. Fernando Freitas e Castro<sup>36</sup>, em 1929, por ocasião da homenagem a sua nomeação para Diretor de Higiene do Estado do Rio Grande do Sul, ele ressaltava a contribuição inestimável dos clínicos na consolidação da tarefa delegada à medicina social, aspecto particularmente interessante para que possamos compreender, adiante, a proposição de que a missão educativa da medicina não se restringisse aos higienistas e sanitaristas, mas fosse objeto de atenção de todos os ramos da medicina. Assim se pronunciava o dr. Freitas e Castro:

“De fato, o formoso edifício da medicina preventiva assenta sobre o concurso harmonioso da ação em conjunto da autoridade sanitária e do clínico que exerce a sua nobre missão junto ao leito do enfermo. São os clínicos as sentinelas avançadas que dão o primeiro alarme, apontando a iminência do perigo, são eles que vêem a primeira fagulha que origina o incêndio, cuja extensão é imprevista e no qual seriam sacrificadas as vidas dos nossos próprios irmãos. São (sic) dos clínicos que recebemos diagnósticos para a organização da estatística que, indiscutivelmente, é a bússola que orienta as campanhas sanitárias e a balança para medir a eficiência das medidas profiláticas postas em prática. É a base de toda organização sanitária e está sob a dependência direta do concurso dos clínicos. São eles que exercendo a autoridade do prestígio de que gozam, vencem, facilmente, com a brandura de um simples conselho, a relutância oposta pelos doentes, a toda e qualquer medida sanitária que precise ser praticada, na defesa da coletividade.” (Castro, 1929, p.31)

---

<sup>36</sup> Fernando Freitas e Castro nasceu em Porto Alegre, em 1887. Titulou-se médico pela Faculdade de Medicina de Porto Alegre, em 1910. Professor da Faculdade citada, nas cátedras de Higiene e Medicina Legal, a partir de 1913. Foi também Diretor da mesma. Vereador do Conselho Municipal de Porto Alegre, em 1922; membro da Sociedade de Medicina de Porto Alegre. Prestando concurso ao cargo de médico da antiga Diretoria de Higiene do Estado, classificou-se em primeiro lugar. Designado pelo governo do Rio Grande do Sul, realizou uma viagem de estudos aos EUA, no período 1922-23, fazendo curso de higiene e saúde pública na Universidade de Johns Hopkins. Durante a administração do Governador Getúlio Vargas, em 1929, foi nomeado Diretor Geral dos Serviços de Saúde do Estado. Falecido em 1941, em consequência de desastre aviatório, quando viajava para o Rio de Janeiro a serviço da Faculdade de Medicina de Porto Alegre. Bibliografia: "Tratado de higiene", Porto Alegre; "Considerações em torno do problema da reorganização sanitária do Estado do Rio Grande do Sul". Arquivos do Departamento Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, n.6, 1946. (Ver Martins, 1978, p.235; *Anais da Faculdade de Medicina de Porto Alegre*, v.3, 1942, p.189-192; *Revista Médica do Rio Grande do Sul*, n.11, 1946, p.266-267)

Os argumentos em favor dos clínicos, destacados no discurso do dr. Freitas e Castro, dirigiam-se ao convencimento dos presentes, provavelmente médicos com cargos públicos no serviço sanitário do Estado e colegas professores da Faculdade de Medicina. Se de uma parte registram a necessidade de uma ação integrada entre os médicos, de outra parte sugerem a existência de tensões entre clínicos e médicos higienistas/sanitaristas, referendadas por outros discursos que indicam posições de clínicos afirmando ser a medicina sanitária ou profilática, uma medicina menor, porque muito mais próxima da sociologia do que dos saberes da ciência médica. Ao que se contra-argumentava sugerindo uma ascendência da medicina preventiva que deveria ser adotada pelos clínicos:

“Certo que continua a ser, e para todo o sempre será, inestimável e imprescindível essa função puramente clínica do ministério médico: muito mais elevada, porém, mais brilhante e fecunda em resultados práticos e benefícios de extrema irradiação, é a sua influência quando ele surge como o higienista instruído e culto, aparelhado para dar combate ao mal de proporções não raro alarmantes, mobilizando todos os poderosos recursos que lhe estão hoje ao alcance, e estendendo assim o manto de proteção e segurança da saúde por sobre o indivíduo, a família, a sociedade.” (Vianna, 1926, p.68)

Esse princípio de maior eficácia da medicina social propunha ao clínico mais largueza na profilaxia e na prevenção<sup>37</sup>. Além disso, como sugeria o dr. Gomes<sup>38</sup>, considerando-se a medicina social como um complexo de ciências, “ela proporciona sua “claridade” não só ao médico, às enfermeiras, ao patrão, aos governantes, mas ao cidadão, que ela mobiliza, aos pais, que educa e instrui; aos padres da religião a

<sup>37</sup> A insatisfação com os limites da medicina clínica em sentido estreito é referida em vários momentos. “Mais do que simples terapêutica, porém, os seus conhecimentos de biologia, a sua ascendência intelectual e moral, o seu valor social, exigem dele maior produtividade. Não é simplesmente assistindo aos doentes, aos sofredores, aos inválidos que um médico se desobriga de seus deveres profissionais. Sua assistência deve constituir, além de um ato de filantropia, uma ação que envolva um benefício coletivo, pois a medicina é um todo a lutar pela saúde e contra a doença e a degeneração, é um todo empenhado em fazer da humanidade um composto de elementos sadios e felizes.”(Castro, 1942, p. 160)

<sup>38</sup> Martim Gomes nasceu no Rio Grande do Sul em 1884. Titulou-se médico pela Faculdade de Medicina de Porto Alegre em 1908. Especializado em Ginecologia, Urologia e Psicologia, foi catedrático de Clínica Ginecológica da Faculdade de Medicina de Porto Alegre. Romancista e

quem pede, dessarte, o auxílio na proteção à adolescência; à política, a quem entremostra o que é o bem público; à moral, enfim, dentro de cuja impassível rigidez tende a implantar uma verdade mais humana, mais caridosa, e menos lentamente homicida.” (1933, p.37-38).

Aos higienistas não restava dúvida: mesmo o tratamento puramente terapêutico das moléstias não estaria assegurado sem uma ação profilática sobre o doente, instruindo-o, investigando seu modo de vida e trabalho. Na expressão do dr. Martagão Gesteira(1943), isto equivaleria a “coletar água em tonéis sem fundo”. Exemplos e dados estatísticos eram divulgados para mostrar a grande incidência de pacientes que abandonavam os tratamentos de tuberculose e sífilis, os contágios entre familiares e amigos, da reincidência de doenças devido a práticas anti-higiênicas, ou ainda, os altos índices de mortalidade infantil determinados pela ignorância dos pais. É por isso que o dr. Gomes salientava aos clínicos a necessidade de irradiar a ação médica para além dos doentes, ocupar-se dos sadios, resguardando os elementos salutareos e prevenindo os fatores mórbidos através de orientações instrutivas.

A consagração do enunciado de que a ação médica não deveria restringir-se ao consultório foi decorrência do intenso processo de atribuição de causas sociais às doenças, implicando que tal ação deveria ser social e política, como foi examinado anteriormente, e portanto, o médico deveria constituir-se também como sociólogo. Barrán (1995) assinala que a idéia de doença como produto social se estendeu na classe médica e provavelmente informou a maioria no Uruguai, o que vale muito proximamente para os médicos no Brasil, em especial os gaúchos aqui examinados.

## 4. Desígnios

Com o sugestivo título “A medicina vindoura”, circula em Porto Alegre, na prestigiada Revista do Globo de dezembro de 1936, um artigo escrito em tom “profético”. Seria uma daquelas previsões típicas divulgadas para o futuro a cada ano que se encerra, com o objetivo de brindar os leitores e famílias com prognósticos animadores? Fazendo valer metáforas terríficas aos males que afligiam a sociedade, lado a lado com adjetivos salvadores e benefícios da ciência médica, o articulista traça um porvir de felicidade, para o qual a medicina teria decisiva contribuição. Mas se revestia também de uma espécie de convocação aos jovens: a sociedade precisava de mais operários-médicos para a messe ... muito havia por fazer.

“A Medicina dos tempos vindouros será preventiva. Diferenciação requintada do trabalho sociológico, dominando os ramos do saber – extinguirá as doenças. O exército vigente de médicos é precário. Carece avolumá-lo. Há muito que estudar, descobrir, fazer! A profissão, no entanto, terá que ser considerada função científica superior. A sociedade praticará mister reguladora, limitando ambições desesperadas, açambarcadoras, materiais, mesquinhas, de quantos... não deixando sucumbir profissionais escrupulosos, honestos, trabalhadores; amparando, auxiliando, estimulando os portadores de ideais científicos, dos quais dependem ânsias de vida da humanidade e monumentos de contribuições. As doenças banidas, enxotadas, deixarão de tagantear as gerações. Contudo, trabalho não faltará jamais. Aos médicos conscientes, apóstolos, sacerdotes, não tocará o pão negro da miséria. Nos gabinetes nos laboratórios, nos educandários, nos hospitais – se forjarão diuturnamente todas as grandes conquistas da biologia. Agentes infectantes e infestantes, causadores da peste, da sífilis, da tuberculose, da lepra, das verminoses, golpeados pelos preventórios e casas de cura, pela imunização e educação sanitária, batidos inteligentemente em todos os redutos, não encontrarão como dantanho hospedagem fácil no

ambiente humano. E, as armas venenosas, terríficas, letais, que faziam tremer multidões (...), nem cuspirão ultrajes às débeis criaturas. Tóxicos, excessos, acidentes – cogitados, eugenia e higiene invadindo lares – constituirão elementos de saúde. Assim, o espectro da morte pavorosa, (...) se transformará. Monstro terebrante, (...) – sofrerá restrições, deixando de ser o tétrico incidente. Não roubará mais as criancinhas às mães. A criança é manancial de seiva e de vitalidade. Nem mais atléticos mancebos ou lânguidas donzelas, dormirão à sombra dos ciprestes. O ocaso metabólico dominará. E, a precariedade das reações, carência orgânica, esclerose, anunciarão o fim! A Medicina nessa época, terá realizado a sublime missão. Mas, por muito ainda, constituirão obstáculos – ganância, incompreensão, inépcia dos que a buscaram sem aspiração superior, sem ideal científico e a exercem mercantilizada ou como ostentação vaidosa.” (Santos, 1936:32)

Esse não é um discurso dirigido à classe médica, mas voltado à população leitora da cidade. Sabe-se que a Revista do Globo era muito popular e expressiva no meio urbano, e circulava entre famílias dos segmentos médios e das elites. Retomando ácidas críticas aos chalatães ou mercenários da profissão médica, Santos nem por isso deixava de acentuar a sublime missão da medicina na luta contra a morte e todos os inimigos mórbidos. Esboça nesse discurso a magnanimidade da ação médica: laboratórios, hospitais, educandários, todos e tudo beneficiados pela medicina vindoura. Faz ver, assim, que a medicina não é somente aquela que atende os casos de doença, mas a medicina do futuro é a medicina preventiva que poderá proporcionar a felicidade<sup>39</sup>.

Afirmar que a medicina, em particular a medicina preventiva, é a base da civilização e desenvolvimento intelectual de um povo (Blessmann, 1926) tornou-se prática recorrente. Inúmeros documentos dão conta da proliferação desse discurso nas primeiras décadas do século XX. Nessa medida, concebia-se que “a civilização é

---

<sup>39</sup> Barrán faz considerações interessantes sobre o fato de que os médicos também brigaram por reformas sociais. “A moral e a concepção de enfermidade como produto social (...) conduziram a que a maioria dos médicos que tenham deixado testemunhos escritos, brigassem por uma sociedade ideal,

sempre solidária ao estado sanitário dos povos” (Loebel, 1936). Portanto, mais civilizados seriam aqueles que mais alto grau de saúde pública tivessem alcançado, ou ainda, a medida de cultura de uma sociedade poderia ser tomada pelo grau de dedicação que ela votasse aos problemas de medicina social, como por exemplo, a assistência à maternidade.

Tornara-se insuficiente definir a Medicina como “arte de curar”. Havia ascendido ao status de ciência e, por conseguinte, seu estatuto de técnica e seu método de produção de conhecimentos ia sendo socialmente reconhecido e valorizado por comprovar sua cientificidade. Além disso, havia expandido sua influência, dos doentes e indivíduos para os sadios e as coletividades. A Medicina se propunha competência para tratar de tudo, desde aspectos elementares da vida cotidiana, passando pelos espaços das cidades, higiene das instituições sociais, sanidade das organizações econômicas até o aparato jurídico penal das sociedades.

“A medicina tem aspiração mais elevada, sobre o plano social. Ao prevenir o mal e ao proteger contra ele o indivíduo, age em favor da comunidade. Não só o doente necessita de médico. Em nossos dias a medicina chegou a ser a salvaguarda da saúde pública e, portanto, um dos pilares em que se apoia fundamentalmente toda nossa civilização. Desde a proteção dos alimentos até a higiene da alimentação e da habitação, intervém em todos os atos da vida cotidiana. Trate-se da água potável, do matrimônio ou da educação, de higiene industrial ou de orientação profissional, do trabalho ou dos prazeres do homem, a medicina tem a palavra. Nossa moderna economia não seria o que é, sem o médico perito ou conselheiro, a cuja competência se recorre em todos os problemas da produção, em todos os problemas suscitados pela segurança e pela higiene do trabalhador.” (Loebel, 1936, p.20)

Os comentários de higienistas e sanitaristas nos anos 20 e 30 sugerem mais claramente do que antes o caráter imprescindível da medicina para a civilização. A organização social, nestes termos, seria inconcebível e inadmissível, sem a proteção da saúde pública, sem a adoção dos princípios da medicina social. Conclamava-se a

---

que expulsaria a doença, entronizaria a saúde, que era a felicidade, e fundaria uma nova ordem social sobre bases estritamente biológicas.” (1995, p.196, trad. minha)

classe médica do país a não deixar a solução dos problemas sociais à arbitrária decisão do egoísmo dos políticos, remontando a intensas disputas entre os homens de ciência e os bacharéis da retórica e do conservadorismo.

A amplitude do locus de atuação da medicina era potencializada como nunca havia sido antes, apontando-se a “obra grandiosa de previdência médico-social nacional” a ser empreendida sem esmorecimento (Penafiel<sup>40</sup>, 1926). Em entrevista ao jornal carioca O Globo, o dr. Penafiel enumerava os novos desígnios da medicina, salientando a necessidade de imprimir ao grande problema da saúde pública a orientação dos médicos, no sentido da educação do instinto social que, bem dirigido seria o nervo de uma cruzada comum sanitária.

“Existe no domínio do trabalho industrial, rural e comercial, na vida da família, da mulher e da criança, da alimentação, da habitação urbana e rural, das endemias e epidemias, da educação física dos esportes, no homem mental, na ampla indicação dos alicerces a assentar duma obra grandiosa de previdência médico-social nacional, na cooperação internacional pela esperança de uma humanidade de melhor saúde, de melhor equilíbrio e de melhor harmonia, um campo vastíssimo para a atividade social do médico.” (1926, p.3)

A “socialização” da medicina era apresentada como etapa mais recente em uma linha de evolução histórica da ciência hipocrática rumo ao aprimoramento de sua pugna gloriosa e santa, que com ardor crescente, já não mais se contentara em tratar os doentes. Era chegado o tempo de evitar as doenças; não esperar que os

---

<sup>40</sup> Antonio Carlos Penafiel nasceu em Porto Alegre em 1883 e faleceu no Rio de Janeiro em 1960. Médico formado pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, em 1904, exerceu a medicina e a cátedra, tendo sido professor da Faculdade de Medicina e da Escola de Engenharia de Porto Alegre. No jornalismo, foi fundador e diretor do jornal O Diário, em 1911, e de A Federação, em 1915. Foi Deputado à Assembléia dos Representantes em duas Legislaturas, de 1914 a 1921, e a Câmara Federal na Legislatura 1921-1923. Membro da Sociedade de Psiquiatria e Medicina Legal, Rio de Janeiro. Tornou-se depois Tabelião no Rio de Janeiro, onde se radicou. Bibliografia: “A medida da inteligência”, 1907; “A questão do tabes”, 1909; “Sósias dos tumores cerebrais”, 1909; “Correlações entre a moléstia de Basedow e a moléstia de Ferbenston”, 1909; “Responsabilidade criminal do epilético”, Porto Alegre, 1910; “Júlio de Castilhos”, discurso em 24 outubro, 1913, Porto Alegre, “Tipologias de Carlos Enchenique”, 1913; “Fisiologia Intelectual”, Rio de Janeiro; “Homenagem cívica a Pinheiro Machado”, Discurso, Porto Alegre, Globo, 1915; “Contribuição ao estudo da paralisia geral dos alienados no Brasil”, Rio de Janeiro, 1915; “Os loucos”, id., 1915; “As emoções mórbidas”, id. 1916; “The contribution of the dements paralytic in Brazil”, id., 1917. (Franco, 1988, p.314; Martins, 1978, p.27; Pimentel, 1945, p.617)

organismos fraquejassem para lhes oferecer seu auxílio, mas envidar esforços para torná-los fortes a fim de que não desfalecessem nos momentos de provação (cf. Dias, 1927, p.11).

Alguns discursos parecem fixar e acentuar o caráter extensivo da medicina social, cujas tarefas passaram a ser enumeradas: primeiro, a atenção ao organismo humano - a iminência mórbida, a hereditariedade, a unidade funcional orgânica, o diagnóstico precoce; segundo, a atenção ao indivíduo nas suas relações com a sociedade – a higiene pública e privada, em todos os seus aspectos, a medicina legal, os grandes problemas da eugenia, como a higiene mental e a puericultura<sup>41</sup>. Cuidados estes aliados a uma boa orientação pela educação sanitária constituiriam os elementos capazes de melhorar o homem e, dessa forma, aperfeiçoar a sociedade. Assim,

“quando na sociedade, soar a hora do trabalho e das responsabilidades, surgirá na liça o homem vigoroso mental e fisicamente e não, como tantas vezes se vê hoje, o tipo enfesado, deprimido sob o peso das taras acumuladas, roído por endemias evitáveis, incapaz pela insuficiência mental, combalido pela depressão moral, verdadeiro farrapo humano inútil e pesado à sociedade”. (Dias, 1927, p.11)

A medicina social estaria, dessa forma, incumbida de uma tríplice profilaxia: social, do indivíduo e da espécie (Nonohay, 1922, p.289). Mas o espectro da medicina social não se circunscreveu a sua atuação direta. Segundo os médicos, seus princípios, a importância da ciência médica e o testemunho de seu “apostolado”, para não dizer a força do poder que passaram a exercer e da verdade que pregavam, disseminaram-se por outros campos que passaram a cumprir a tarefa de estender a ação benéfica da previdência médico-social. Por isso, a medicina deixara de ser a simples medicina dos aglomerados sociais, para ser “também o que a civilização e a lei fazem, *em consequência das descobertas no domínio das ciências médicas*”

---

<sup>41</sup> Outros pronunciamentos também são emblemáticos a esse respeito: “As circunstâncias da vida moderna impelem o médico a intervir nas mais complexas questões de economia social, de justiça, do lar, na elaboração de leis, nos exames médico-legais, nas questões de responsabilidade criminal, de psicopatologia forense, de capacidade civil, e bem assim no setor da filantropia – atributo-mór do médico” (Carone, 1942, p.160).

(Gomes, 1933, p.38, grifos do autor). Quando um médico cuida e trata duma gestante, faz medicina social, mas quando a lei ordena e realiza o repouso da gestante, provê o aleitamento e alimenta o lar, esta proteção material, como a proteção moral do meio social, é resultado das noções da medicina social, não sendo, apesar disso, de natureza médica. Para o dr. Gomes, não constituía nem clínica médica, porque não faziam tratamento duma doença, nem mesmo pura higiene, pois iam além da profilaxia dum estado mórbido (Ver Ibid.).

Uma espécie de pregnância dos saberes médicos na dinâmica social indica tanto um movimento de incorporação de novos saberes e conhecimentos, quanto de desqualificação de outros que até então informavam a sociedade e as instituições, como o aparato jurídico mencionado pelo dr. Gomes:

“todos os projetos, emendas, ou remodelações legislativas, ultimamente surgem cada vez mais impregnados de sentido social e eugênico, mais amparadores do povo e do trabalhador, e das ligações fisiológicas entre a indústria, a higiene e a educação. (...) Por outro lado, uma larga dose do bem público suscetível de brotar da intervenção legislativa na maioria das questões de saúde e eugenia, ainda deve esperar base mais firme no terreno biológico”.

(Gomes, 1933, p.60)

Informados pelos novos saberes biológicos, os legisladores estariam atingindo um dos objetivos mais relevantes da medicina social: a aplicação das ciências bio-sociológicas a todos os problemas sociais. Prenúncio de uma cultura da modernidade, a medicina ia-se instituindo como ciência e racionalidade, como modo de conhecimento privilegiado, nos dizeres de Dandurand e Ollivier (1993).

“Com efeito, a medicina é a mãe de toda a ciência social, o fundamento de toda pedagogia, a fonte de toda psicologia, o guia mais seguro do legislador em matéria de criminologia, porque é a ciência do homem integral.” (Loebel, 1936, p.20)

Dentre os novos desígnios da medicina, mais do que em qualquer outra época, sobressaiu a questão moral como pertencente aos seus domínios. O conselho

moral foi-se infiltrando no discurso médico, como garantia da preservação da saúde. A moral, traduzida em regras da medicina preventiva, fez dos conteúdos de higiene e preservação da saúde uma espécie de fonte primeira de uma nova ética, constituindo uma moral fisiológica (Barrán, 1995, p.17-18). Em nome dessa moral, o saber médico definiu as condutas virtuosas como equivalentes das condutas higiênicas. Definição que, em contraponto, produziu uma certa diabolização dos excessos que colocavam em perigo as virtudes, particularmente aqueles que ameaçavam a economia dos corpos, como os excessos da sexualidade e o alcoolismo. Em contraposição aos excessos, então, uma moral da “regularidade dos costumes, metódica, controlada (Ibid., p.28). Contudo, essa não era uma invenção estritamente médica, pois como indica Barrán, a moral imperante informava o discurso médico (Ibid., p.31). Na circunscrição da sexualidade, a moral fisiológica e a regularidade dos costumes foram especialmente intensas. A propósito, escrevia o dr. Gomes sobre a pertinência das questões morais no âmbito da profilaxia médica, pois ela poderia oferecer uma resposta científica, significativamente distinta dos outros saberes sociais:

“Enquanto fenômeno psíquico, uma conduta impregnada de significação moral demora francamente dentro dos limites da medicina social. (...) e quanto mais densas se fizerem as confusões da dúvida, ainda será à medicina que caberá a palavra: haja vista, para tomar um exemplo, a homossexualidade. Em face da homossexualidade há uma teoria *jurídica* e uma teoria *moral* que a classificam respectivamente de um *delito* e de um *pecado*. A medicina, entretanto, já possui uma teoria *orgânica*, mais fundamentada, a teoria intersexual, que vê nela uma anomalia fisiológica: a ciência é a biologia, mas a arte, onde se colheu a verdade, ou levantou-se a teoria foi a medicina, aplicação daquela ciência.” (Gomes, 1933, p.37-38)

Relativamente a esse elemento moral da missão médica é sugestivo o Código de Deontologia aprovado no 1º Congresso Médico Sindicalista, no Rio de Janeiro em 1931, quando afirma, em um de seus artigos, que é dever *moral* do médico aconselhar a seus clientes e animá-los à *correção*, quando a moléstia de que padecem

provém de hábitos viciosos ou de freqüentes transgressões da higiene. Barrán insiste em que os desdobramentos da moral cristã-burguesa dessa época informam o discurso médico, levando a afirmar repetidas vezes que a doença era conseqüência direta de condutas desviantes e imorais, enquanto a saúde era sustentada pelo respeito aos valores “éticos dominantes” (1995, p.32) . Foi tal a permanência desse entrelaçamento saúde moral e física que ele, indiscutivelmente, estabeleceu profundas raízes em nossa cultura. Serve de parâmetro para muitas de nossas atuais concepções acerca das doenças, mais ainda daquelas ligadas à sexualidade, e como paradigma pode-se citar o caso da aids, associada no mais das vezes pela opinião pública e também pelo discurso médico contemporâneo como íntima de práticas excessivas, promíscuas e descuidadas, moral e fisicamente.

A nova reflexão da medicina recompõe suas ferramentas de observação e análise dos problemas sociais e fisiológicos, deslocando alguns critérios de julgamento, acentuadamente os limites entre o normal e o patológico e as intersecções entre o físico e o mental. Ferramentas essas que não raras vezes operaram de tal forma que findaram por criar doenças onde observavam desobediência e transgressão dos valores estabelecidos. Uma desqualificação do discurso dos desviantes era justificada porque o fundamento de suas doenças era somático. Assim, as causas físicas, por exemplo, da loucura, também confluíam para o combate aos excessos que abrigavam a sífilis e o alcoolismo. Dois aspectos a ressaltar: um deles, a emergência do psicológico como matéria médica<sup>42</sup>, o outro, a observação de que o mental e o moral encontram-se intimamente articulados e, por conseguinte, suas relações com o físico e o patológico, sustentam a pertinência da ação médica<sup>43</sup>.

Além disso, os progressos da civilização eram considerados como causa do avanço das enfermidades mentais segundo os discursos médicos. Constituíam-se uma

---

<sup>42</sup> “...os terapeutas dos males sociais têm uma tendência, que julgo defeituosa, para as indicações unilaterais, e, preocupando-se com os problemas econômicos e políticos, muitas vezes esquecem ou prejudicam os de ordem psicológica e moral.”(Mariante, 1933, p.405)

<sup>43</sup> “... a profilaxia mental, ponto culminante no extenso programa da Eugenesia (sic) e que constitui, a um tempo, a mais elevada aspiração da Medicina social. (...) mais uma vez se há de provar a quanto monta a colaboração social do médico moderno, na defesa e proteção das coletividades contra a alaude formidável dos males e sofrimentos que as afligem e perseguem”. (Vianna, 1926, p.68)

complexa etiologia civilizada e urbana do mental. O dr. Vianna afirmava que ninguém estaria seguro de poder resistir, indiferente às condições da vida moderna, à exaustão e ao esgotamento do trabalho compressivo, sob o atropelo vertiginosos do progresso da civilização (1926, p.73). Tão impactante foi esse discurso dos males da civilização e da vulnerabilidade de todos às doenças, fossem elas físicas, ou, principalmente, mentais, que os médicos registram elevados índices de consultas em que pacientes são acorriam aos exames e conselhos médicos. Novos desígnios da medicina, que no consultório também cumpria um papel educativo e prescritivo junto aos sadios.

Atenção ao organismo humano, salvaguarda da saúde pública, saneamento moral e mental, profilaxia das doenças, subsídios científicos aos legisladores, influência no plano político e governamental, aplicação dos princípios eugênicos, especialmente a higiene pré e pós-natal, educação sanitária, orientação profissional e segurança do trabalho, uma atuação no espaço do público e privado, junto ao normal e ao patológico, ou como queiram, ao sadio e ao enfermo, individual ou coletivo, são desígnios da medicina social que buscava obsessivamente açambarcar todos os domínios do humano, privilegiando, no decorrer do tempo, uns mais que outros desses propósitos. Mas, sem dúvida, um deles adquiriu progressiva proeminência: a educação sanitária do povo e dos escolares. Educação que só poderá ser entendida imbricada com toda essa teia discursiva que estabelece a magnitude da missão médica de (re)formar a humanidade, corrigir sua rota e “sanar as lacunas do desvario primevo” (Bernd, 193:185), conduzir todos e cada um à saúde e vida extensa.

“A esfera da medicina se ampliou. Atualmente não há campo do esforço humano que não requeira o conselho médico em algum assunto. Nem xamã, nem sacerdote, nem artesão ou clérigo, o médico tem que ser algo mais do que um mero homem de ciência. Começamos a perceber a imagem de um novo médico. Homem de ciência e trabalhador social, preparado para cooperar em trabalhos de equipe e em estreito contato com os indivíduos a quem serve, amigo e condutor, dirigirá todos os seus esforços na prevenção das enfermidades e se converterá em terapeuta quando a prevenção tenha

fracassado. Tal o médico social que protege os indivíduos e os guia para uma vida mais sã e feliz.” (Ávila, 1947, p.299)

## 5. A Higiene

São em número expressivo os estudos sobre o higienismo e a medicalização da sociedade moderna, abordando os mais diferentes aspectos, desde a inserção dos higienistas no aparato do Estado, até a entronização do saber e do poder médico no seio das famílias, da moral, da religião, das doutrinas jurídicas, da educação, da sexualidade, enfim, em todos os recônditos do humano. Como sugere Barrán, as últimas décadas do século XIX até meados dos anos 30 representam o momento em que tudo foi considerado matéria e objeto da medicina higienista, considerando-se que somente os médicos saberiam modificar a sociedade para erradicar as doenças. Por isso, o poder e a autoridade para guiar a todos neles concentrou-se em boa medida; os médicos garantiriam as condições sociais e políticas que possibilitariam uma sociedade saudável (1995, p.228). Sua presença e a proliferação de seu discurso foi intensa e contagiante, mesclando-se com outros saberes e referendando as formas de pensar e imaginar da época, às quais também estavam afetos.

Meu intento não será o de tomar o tema da Higiene somente para ratificar o que tem sido produzido a respeito, tampouco para contradizê-lo. Os discursos médicos examinados até aqui demonstraram pontos de aproximação da discursividade médica gaúcha com o ideário do campo médico da época: transição de uma medicina curativa a uma medicina de cunho social e profilático, redefinição da idéia de missão médica, ampliação dos desígnios da Medicina. Pretendo, contudo, mover o caleidoscópio e apresentar composições outras que os médicos gaúchos

fizeram de suas leituras e práticas no âmbito do higienismo. Nessa composição situaram como fundamentais alguns aspectos: a) a higiene como suporte científico da extensa ação da medicina no contexto social, b) a importância da saúde pública e individual, e, c) a ênfase na educação sanitária, na atenção à infância e na higiene escolar, aspectos que particularmente interessam a este estudo.

Sob a denominação *Higiene*, disseminou-se esse novo ramo da *medicina social*, que foi largamente estudado e instrumentalizado pelos médicos gaúchos das primeiras décadas do século XX. Há uma grande afluência de teses<sup>44</sup>, artigos em revistas médicas e na imprensa em geral, conferências e aulas inaugurais, que dão conta dessa apropriação da Higiene, bem como um conjunto bastante expressivo de obras de higienistas integrando o acervo da biblioteca da Faculdade de Medicina de Porto Alegre e que sistematicamente constavam nas bibliografias consultadas. Higienistas, franceses, em especial, tais como Arnaud, Leon Bernard e Robert Debré, M. Potet, Perrin Toulouse, Pinard, Laignel – Lavastine, Maurice Boigey, J. Courmond, A. Rochaix, Brouardel, Chantemesse e Mosny, Claparède, entre outros, e médicos brasileiros reconhecidos nacionalmente, como Afrânio Peixoto, Belisário Penna, Clementino Fraga, Oscar Fontenelle, Miguel Couto e Renato Kehl, estão entre os mais citados.

O deslocamento de uma medicina curativa para uma medicina social possibilitou a emergência do discurso da Higiene como conjunto de conhecimentos e técnicas sanitárias imbricadas com todos os ramos da Medicina e necessárias à execução de sua vasta obra de previdência médico-social<sup>45</sup>. A Higiene era apresentada pelos médicos como a *aplicação* das *ciências* bio-sociológicas<sup>46</sup> à

---

<sup>44</sup> Há uma tese exemplar nesse sentido, intitulada “A defesa da saúde pública no Rio Grande do Sul”, defendida em 1916 junto à Faculdade de Medicina de Porto Alegre, de autoria do dr. Emilio Kemp Larbeck, médico que posteriormente atuou de maneira intensa no âmbito escolar.

<sup>45</sup> “... em toda parte a Higiene vai perdendo a sua feição exclusivista de prevenir epidemias, para a de criadora da consciência sanitária, para a de promover a eugenia, para a de realizar a profilaxia das doenças crônicas, para a de restituir à atividade os indivíduos que a doença dela arrancou.” (Nonohay, 1926, p.82)

<sup>46</sup> Essa conjugação do bio-sociológico aparece explicitada num discurso do dr. Machado: “Como ramo da Higiene a Medicina Social estuda os fatores sociais que agem sobre a doença e como ramo da Sociologia estuda os fatores mórbidos que agem sobre os fenômenos sociais. E vemos a Higiene e a Sociologia, lado a lado, numa tarefa nobilíssima, observando fatos, investigando causas, pondo em

Higiene  
&  
Moral

sociedade. Nos dizeres do dr. Nonohay, a ciência era necessária para alcançar os desígnios da medicina social, a fim de que se pudesse “associar à premissa no indicativo (conhecer, saber) a premissa no imperativo (atuação, execução): noutras palavras, à inteligência a ação” (1926, p.82). A Higiene era possível graças ao aumento de conhecimentos técnicos e científicos que iam além da defesa e proteção da saúde, representando uma verdadeira cultura do ser humano: a antropotecnia ou hominicultura, cujo fim consistia em melhorar a situação física e mental do homem, nos dizeres do dr. Fontenelle (apud Costa<sup>47</sup>, 1942, p.129). Além disso, havia uma insistência constante no caráter científico da Higiene, capaz de concretizar de fato os desígnios da medicina social.

“A Higiene engloba todos os conhecimentos e todas as medidas que tendem a conservar a saúde ou prevenir a doença. O seu escopo é proporcionar ao homem as melhores condições de vida e a sua tarefa é estudar e fazer desaparecer todas as influências que possam agir nocivamente sobre o seu bem estar. Como não se pode separar o homem físico do homem moral, a higiene deve incluir em seu programa tudo o que se relaciona com o melhoramento material e moral do homem considerado como indivíduo e como grupo social. Daí, poder-se dizer que a higiene é a ciência que estuda tudo o que estando em relação com o homem pode influir sobre ele, com o objetivo de ensinar os meios práticos de evitar a doença, conservar e melhorar as condições físicas, intelectuais e morais dos indivíduos, visando o melhoramento da raça e o aperfeiçoamento da sociedade sob todos os aspectos.” (Machado<sup>48</sup>, 1943, p.270).

O objeto da Higiene, então, consistia na proteção e generalização da saúde física, moral, mental. A defesa do povo era traduzida como o desenvolvimento da saúde que, por sua vez, culminaria na conservação do indivíduo, apropriando-se seu

---

prática recursos os mais variados, em busca talvez, do maior dos remédios, o remédio médico-social.” (1944, p.205)

<sup>47</sup> José Bonifácio Paranhos da Costa, médico, foi o primeiro Diretor Geral do Departamento Estadual de Saúde a partir de 1938.

<sup>48</sup> Leônidas Machado, médico, foi Diretor da Sociedade de Higiene e Saúde Pública em 1943. Coordenador do 1º Curso de Saúde Pública do Departamento Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul.

organismo às funções necessárias, bem como ao aperfeiçoamento da raça. Através da Higiene, os médicos contribuiriam para o crescimento da energia do país, orientando o Estado para o saneamento do território produtivo e para o saneamento da população, no interesse de torná-la forte e resistente, ativa e produtora, capaz de cooperar eficazmente para o aumento da riqueza pública e grandeza da Nação (cf. Larbeck<sup>49</sup>, 1916, p.3-4).

“a higiene tem sempre um duplo fim, o da conservação do indivíduo e um ponto de vista social, o da apropriação do organismo à sua função. Os povos modernos não podem fugir a esta intuição. Já os governos e médicos começam a encarar seriamente estas relações sociológicas. (...) E esta corrente de Medicina Social não parará (...) ela é hoje ligada ao progresso moral e científico dos povos, é uma das manifestações da luta do homem pela felicidade, um dos elementos da defesa contra as forças hostis que sitiam o homem de todos os lados e a todos os instantes: forças meteorológicas, parasitos variados, vícios alimentares, vícios hereditários ou adquiridos, individuais e nacionais.” (Nonohay, 1926, p.81-82)

As práticas discursivas da época associavam a higiene pública às possibilidades de progresso e aperfeiçoamento moral e material do povo. Como indiquei anteriormente, os médicos afirmavam que para uma nação atingir a

---

<sup>49</sup> Emilio Kemp Larbeck nasceu no Rio de Janeiro, em 1873, vindo a falecer em Porto Alegre, em 1955. Formou-se médico pela Faculdade de Medicina da Universidade do Paraná. Atuou como jornalista no Rio de Janeiro, até 1891. Vindo para o Rio Grande do Sul, dirigiu o jornal *Correio do Povo*, de Porto Alegre, de 1913 a 1920, após ter sido redator desde 1910. Depois dirigiu *O Diário e Norte-Sul*, ambos de Porto Alegre, bem como o jornal “*A Manhã*”, 1920. Ingressando no funcionalismo público estadual, foi Inspetor Estadual de Ensino, fundador do Instituto Protásio Alves e do Instituto Evaristo Flores da Cunha, Diretor do Expediente da Secretaria da Educação, Diretor do *Jornal do Estado* (1939-1940), *Da Imprensa Oficial do Rio Grande do Sul* e do *Museu do Estado*, cargo em que se aposentou. Professor da Escola Superior de Comércio de Porto Alegre, da Escola Normal de Porto Alegre e da Escola Médico-Cirúrgica de Porto Alegre. Poeta, teatrólogo, romancista, pedagogo e crítico literário. Usou os pseudônimos de Bainave e Acúrcio Benigno. Membro da Academia de Letras do Rio Grande do Sul. Bibliografia (algumas obras): “*Matinal*” (1898); “*Poesia*” (1900); “*Gente Alegre*” (comédia, 1918); “*Luz Suprema*” (poesia, 1938), “*Cantos de amor ao céu e a terra*” (1943). “*Contribuição ao estudo do clima antropológico do RS* (1933); “*Higiene elementar e noções de puericultura*” (1930-1940); “*A defesa da saúde pública no Rio Grande do Sul*”, tese, Porto Alegre, 1916; “*A escola ativa como base da educação popular*”, Congresso de Municipalidades, 1 Anais, Porto Alegre, 1919; “*Caixas Escolares*”, *ibid.*, “*Enciclopédia Brasileira de Educação, Compilação de trabalhos pedagógicos*”, Porto Alegre, 1922-1934, v.6; “*Histórias animadas: a boneca de Sofia e o batizado*”, literatura infantil, Porto Alegre, 1950; “*O senhor ministro*”, comédia, 1916 (cf. Martins, 1978, p.289)

“prosperidade” e civilização dos países mais cultos ela teria que solucionar seus problemas de higiene pública. Segundo o dr. Pitta Pinheiro, somente a Higiene permitiria o desenvolvimento do povo brasileiro, pois,

“O indivíduo são é um capital que produz e a sua associação é uma força garantidora do progresso, contrastando com o indivíduo enfermo ou com aquele que tem o seu desenvolvimento retardado, e que são unidades improdutivas, formando a sua agremiação uma sociedade que se esteriliza. (...) Eduquemos os nossos concidadãos, pelo menos, orientando-lhes a sua ação em face dos sãos princípios da Higiene.(...) A observação nos mostra que a moléstia de um, conscientemente ou inconscientemente, pode tornar-se a moléstia do outro e então a Higiene, agindo bem orientada, dá combate à moléstia evitando-a, e o que é mais, combatendo a moléstia, dá também combate à morte e vence. (...) Já não é mais uma utopia o combate à moléstia e à morte, pois aquele poder da morte já vai cedendo ante a Higiene. O que se impõe, o que se torna absolutamente necessário é o concurso de todos, a solidariedade com todos os esforços sinérgicos, porque a saúde de cada um não é mais do que a resultante da colaboração de todos, e, da saúde de cada um se faz a Saúde Pública, que é uma das maiores riquezas da Sociedade.” (Pitta Pinheiro, Relatório, 1924, p.3)

A Higiene, assim, apresentava-se como estratégia igualmente importante para a saúde individual e coletiva, estando uma na dependência da outra. Para esses cientistas-intelectuais, o corpo social deveria sujeitar-se à regulamentação médica. Sem deixar de dispensar uma atenção individual a cada um dos habitantes da cidade, os médicos atuaram no cuidado e reeducação das coletividades. O crescente interesse do campo médico pela saúde física, moral e mental da população não se deu em detrimento do indivíduo, pois “cada um foi alvo de mecanismos heterogêneos, mas complementares, que os instituíram como objeto de saber e poder” (Machado, 1993, p.XXII).

Associando a prática da higiene e da saúde a um projeto de civilidade e progresso, legitimava-se um vasto campo de intervenção médica. Segundo o dr. Fernando Freitas e Castro,

“... a solução da maioria dos problemas de saúde pública está sob a dependência imediata dos de higiene (...) A autoridade sanitária deve estar sempre presente em todas as localidades, para, vigilante, agir em tempo de evitar a formação de epidemias e assim, zelar pela saúde da população.” (1928, p.9)

Nas duas primeiras décadas do século XX, a Higiene gozava de tal prestígio como ciência que já se cogitava a necessidade de uma formação específica, para que, assim como em outros ramos da Medicina, como a Obstetrícia, a Neurologia ou a Cirurgia, por exemplo, os médicos também pudessem alçar um grau de especialização em saúde pública, a exemplo de países mais avançados<sup>50</sup> que já contavam com faculdades de medicina que ofereciam cursos de medicina preventiva e higiene. Emergem nos discursos sobre a formação desse profissional, doutor em saúde pública, várias designações que tratavam de delimitar novos saberes e poderes: o sanitarista, o epidemiologista, o educador sanitário<sup>51</sup>.

Inspirando-se em Afrânio Peixoto, o dr. Larbeck situava a Higiene como ciência que tendo nascido juntamente com a Medicina, nela se enriqueceu, fundamentou-se, para depois, incorporando conhecimentos de outras ciências, tornar-se independente, com uma função própria de caráter social, abrangendo a defesa

<sup>50</sup> O dr. Larbeck indicava que em 1912, nos EUA haviam sido remodelados os serviços de higiene e saúde pública, e chamados para exercer funções nelas homens especialmente preparados nos métodos de higiene e medicina preventiva. As escolas de medicina por sua vez, começaram a ver que à exceção de alguns cursos elementares, elas não ofereciam a seus estudantes os cursos de higiene e saúde pública adequados a torná-los instrumentos práticos e eficientes nestes serviços. Em resumo, criou-se uma nova profissão, a de doutor em saúde pública, porém, faltavam escolas, exceto a da experiência prática. A Escola de Medicina de Harward (...) foi a primeira a criar uma seção para este fim, a qual foi intitulada “Cadeira de medicina preventiva e higiene”, tendo sido formada a primeira turma em 1913 (1916, p.49).

<sup>51</sup> O destaque à formação específica do profissional de saúde pública é endossado em outros momentos: “É preciso que um higienista, mais do que qualquer outro especialista saiba dosar os recursos que a medicina lhe faculta na organização e administração dos serviços de saúde pública, distribuindo, harmonicamente, entre os responsáveis pela defesa da população e aperfeiçoamento da raça, o quinhão correspondente a cada setor de ação” (Costa, 1942, p.130). Ou, “...como é extenso o âmbito da Higiene, como são múltiplos e complexos os seus problemas, e que, como higienista não pode ser considerado cada médico que recebe o seu diploma, que higienista é o médico especializado em higiene, e que a especialização é conseguida em cursos ...” (Machado, 1944, p.205). Mas houve também reações em contrário a uma especialização da Higiene como um saber autônomo. Buscou-se demonstrar que, de fato, à Medicina se vinculavam todos esses ramos. Veja-se, por exemplo, o que afirma o dr. Nonohay: “Interessante é que, enquanto os médicos práticos tendem a desparticularizar a Higiene, aqueles que fazem esta se encerram cada vez mais no seu individualismo, chegando a criar

sanitária individual e coletiva (1916, p.10). Uma vez adquirida certa independência da Medicina, a Higiene poderia ser exercida não apenas por um médico, porque poderia haver higienistas, como fisiologistas ou anatomistas sem serem médicos (Ibid.). Juristas, religiosos, estadistas, industriais, engenheiros, professores, até mesmo mães, poderiam dedicar-se à Higiene, dominando seus conhecimentos e atuando para a consecução dos seus ideais de saúde geral.

Os higienistas insistiram na idéia de que ao Estado competia a proteção da higiene<sup>52</sup>, a conservação da saúde pública, como um de seus sagrados deveres, em nome da preservação da dignidade humana e não somente pelo seu valor econômico<sup>53</sup>. Uma espécie de progressismo social dos médicos propunha ao Estado intervenções em prol da saúde da população, da salvação do povo. Se de uma parte, poderíamos supor que havia uma certa incompatibilidade desse propósito com a doutrina positivista, que impunha limites à atuação do Estado, não há como negar que, de outra parte, o positivismo concebia um progresso guiado pela ação de capacidades exponenciais de cientistas e intelectuais.

“Disraeli disse, com grande acerto, que a preocupação com a Saúde Pública é o primeiro dever de um Estadista, e, de fato, é tão acessível a qualquer inteligência culta esta verdade que nos admiramos como se tenha compreendido Estadista despreocupando-se deste importante ramo da administração Pública.” (Pitta Pinheiro<sup>54</sup>, 1930, p.124)

---

este termo de sanitaristas, sem expressão e sem sentido, parecendo de propósito feito para esconder o de cicatriz do umbigo que o liga à Medicina” (1934, p.65).

<sup>52</sup> “Grande e nobre é, pois, a tarefa da higiene. Ao contrário da medicina curativa ou terapêutica, a higiene ou medicina preventiva age sobre todos os indivíduos, procurando a defesa da coletividade, todos aproveitando igualmente os seus benefícios. A higiene deve por isso, ser uma função do Estado, o qual representa a sociedade. Assim tem acontecido. O Estado, por suas repartições sanitárias, põe em prática as técnicas e medidas sanitárias, instituindo normas, medidas e leis necessárias.”(Machado, 1943, p.270).

<sup>53</sup> Ver crítica de Bem (1905) a uma visão estritamente econômica da conservação da saúde da população no item “Saúde e Educação”, do arranjo “Disputas no Campo da Educação”.

<sup>54</sup> João Carlos Pitta Pinheiro nasceu em Porto Alegre, em 1869 e faleceu em 1952. Formou-se em Medicina pela Faculdade do Rio de Janeiro, em 1892. Retornou a Porto Alegre, onde passou a clinicar, atendendo também cirurgia e obstetrícia, além de dedicar-se ao magistério. Foi professor das Faculdades de Agronomia, Veterinária e Engenharia, lecionando ainda, no Colégio Júlio de Castilhos e no curso de aperfeiçoamento da Escola Normal. Neste último estabelecimento educacional, o professor Pitta Pinheiro Filho lecionou Psicologia Experimental Aplicada à Educação, matéria pela primeira vez ministrada no Rio Grande do Sul. O dr. João Pitta Pinheiro dedicou-se à medicina social e às obras filantrópicas. Além disso, exerceu função pública na administração estadual e foi médico

Dessa forma, o Estado deveria intervir em matéria de saúde pública, desde que orientado pelos médicos ou técnicos sanitaristas. Barrán assinala um processo de “medicalização do governo da sociedade”, pois somente os médicos assegurariam uma reforma científica e, através do Estado, as condições sociais e políticas perfeitas que facilitariam a saúde pública e privada” (1995, p.227-228). Para o dr. Pitta Pinheiro:

“... se o Estadista não pode, nem deve esquecer-se da saúde pública, interessando-se por todos os problemas, deve ele também lembrar-se de que o Higienista, o seu colaborador na sua ampla função social e humana, deve ter as qualidades de um homem do Estado. E, por estranho que possa parecer essa afirmação, convém notar que enquanto o médico limita a sua profissão ao indivíduo, o Higienista, o homem de Estado, preocupa-se com a coletividade, aconselhando e fiscalizando a prática de medidas de tão alto valor que levou um grande Higienista americano a dizer: *‘A fortuna nacional não pode achar aplicação mais fértil em esperanças do que fazendo frutificar a Higiene Social, isto é, a Saúde Pública e a conservação da Humanidade’*”. (Pitta Pinheiro, 1930, p.124)

Mas se ao Estado competia, orientado pelos médicos, atender a saúde pública, como certificar-se de que cada indivíduo também tomaria a si a tarefa de cultivar sua saúde e sua higiene? Como seria possível generalizar a consciência da subordinação do interesse particular ao geral?

“A saúde dará ao homem força, beleza e capacidade produtiva; ... a educação e a instrução, moralidade, olhos e inteligência para compreender direitos e deveres. (...) Cabe a nós médicos o imperioso dever de convencer os poderes públicos desta verdade. Cabe à classe

---

legista da Chefatura de Polícia, por mais de 35 anos; aposentou-se como Diretor do Gabinete Médico Legal. Foi o criador e Diretor do Departamento de Saúde da antiga Universidade Técnica, hoje incorporada à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, onde teve oportunidade de aplicar oficialmente no Estado, seus conhecimentos de psicotécnico, com reais vantagens na classificação de alunos de diversos cursos. Além de médico e professor foi um filantropo. Durante mais de 30 anos, trabalhou no Asilo Padre Cacique, benemérita instituição de assistência social aos velhos, do qual foi Presidente de Honra. Ainda no terreno assistencial, merecem destaque os serviços que o médico prestou na construção do Asilo São Joaquim, entidade de assistência social, mantida pelo Padre Cacique, e que se destinava a dar abrigo a crianças (cf. Dante, 1962).

médica brasileira a tarefa patriótica de propagar intensa, extensa e ininterruptamente os salutar e moralizadores princípios da higiene para formar a consciência sanitária nacional a fim de saber cada qual cumprir os deveres individuais e familiares e exigir do Estado a realização das medidas da sua alçada para a defesa sanitária coletiva.” (Penna, 1928, p.10)

Os médicos registram que não houve uma aceitação tácita das ações de saúde pública, tampouco de medicina terapêutica. Queixam-se que os pacientes abandonavam os tratamentos prescritos antes da erradicação da doença, que por vezes preferiam as práticas de cura populares, que não colaboravam com as medidas de saneamento como a moralização dos cortiços e a higiene das habitações, reconhecendo que as providências de ordem sanitária, nem sempre eram simpáticas ou de cômoda aceitação. Contudo, aos médicos não era aceitável o esmorecimento e a ciência sanitária estava aí a comprovar sua importância.

“A Higiene dia a dia progredindo e não se podendo mais compreender que se ignorem as suas práticas ou que, conhecendo-as, deixe-se de pô-las em execução, o papel do Higienista torna-se de um lado, árduo, talvez mesmo incômodo, revestido de formas de lutador contínuo, mas de outro lado terá a sua consciência calma e satisfeita tendo contribuído para a prática de problemas de grande valor.” (Pitta Pinheiro, 1928, p.5)

Preocupados com o gerenciamento da coletividade, emerge dos discursos médicos uma atenção com relação à educação dos indivíduos. Fazendo uso de uma expressiva metáfora, o dr. Nonohay conclamava para a urgência da ação médico-educativa:

“Façamos, pois, que ... onde deperece e agoniza a Raça que fez a Pátria, a Pátria vá com a *ambulância médica* e a *ambulância do professor* regenerá-la para que seja a sua Raça!” (Nonohay, 1926, p.83, grifos meus)

Essa atuação educativa da Medicina levou a que os médicos aparecessem não apenas como administradores de uma terapêutica, mas também como conselheiros de

condutas e valores para evitar a invasão de um mal sempre redefinido e crescente (Barrán, 1995, p.227). Se a Higiene era concebida como a ciência do cuidado e preservação da saúde, como um bem supremo que todos deveriam perseguir, então aos médicos era legítimo conduzir os indivíduos, prepará-los através da lei e da educação, para a atenção a uma nova cotidianidade assentada na assepsia e na prevenção das doenças (Ibid., p.227-230). Um poder que se exerce em nome de razões que partem do próprio desejo do indivíduo: ser saudável e prolongar sua vida.

Por isso, os médicos assinalavam que cada vez mais, a Higiene estava a abandonar seus aparelhamentos, seu modo de ação específico, para se cingir cada vez mais à Educação, o que havia de constituir a consciência sanitária, condição imprescindível para o sucesso da saúde pública (Nonohay, 1934).

“Esta tarefa [educação sanitária] cabe a todos nós médicos, que não só na Higiene terapêutica, junto ao leito dos enfermos, como também na que ensinamos aos que estão [sãos] para que se defendam dos contágios, temos sido em todos os tempos, sem o compreender, também sanitaristas, isto é, aqueles que criam e mantêm a harmonia vital, nas sociedades. Não quer isto dizer que a Higiene geral não continue a sua obra, sempre útil ao bem das coletividades, não só generalizando através das suas repartições especializadas de educação sanitária, como também tomando as medidas gerais de regularização da vida coletiva.” (Nonohay, 1934, p.65-66)

Em prol da Higiene, médicos gaúchos atuaram em diferentes espaços institucionais - hospitais, ambulatórios, dispensários, centros de saúde, asilos, orfanatos-, elegendo, contudo, a escola como locus privilegiado da educação sanitária.

## NO CAMPO DA EDUCAÇÃO

Fazer girar o caleidoscópio. Novos fragmentos: discursos médicos que se voltam para a Educação. Múltiplos temas educativos, inusitados contornos, minúcias exploradas por um olhar médico que perscrutou o espaço escolar. Intensidade de cores: refrações de uma medicina que da concepção anatômica à concepção fisiológica desloca a discussão do pedagógico. Composições simétricas: saberes e poderes que instauram o lugar autorizado do médico para orientar os pedagogos e dotar a educação de teorias e práticas científicas. Dissimetrias: o olhar questionador dos médicos sobre a escola.

Quais são os elementos em destaque nos novos jogos de posições e figuras do caleidoscópio?

Nas primeiras décadas do século XX, uma evidência se impõe: a proliferação de discursos médicos tematizando imbricações da Medicina com a Educação<sup>55</sup>. Tematização que permite demonstrar o quanto os médicos ocuparam-se das questões educativas de seu tempo e se empenharam em salientar que a Medicina Social preventiva era inconcebível sem a Educação. E, inversamente, que a educação era inconcebível sem a incorporação dos avanços da ciência, representada, neste caso, pela medicina.

---

<sup>55</sup> Essa proliferação, não se circunscreveu a uma região do país, e pode ser identificada em fontes relativas ao Rio Grande do Sul, mas também ao Paraná, São Paulo, Rio de Janeiro e Bahia, como pude examinar. Refiro-me, especialmente, aos periódicos: A Folha Médica (RJ), Brazil Médico (RJ), Arquivos Brasileiros de Medicina (órgão da Faculdade Nacional de Medicina da Universidade do Brasil, RJ), Jornal de Pediatria (RJ), Revista Brasileira de Medicina (RJ), Revista Médica do Paraná, Revista Médica da Bahia, além das publicações gaúchas: Arquivos Rio-Grandenses de Medicina, Anais da Faculdade de Medicina de Porto Alegre, Revista Médica do Rio Grande do Sul, Revista dos Cursos da Faculdade de Medicina de Porto Alegre, Arquivos do Departamento Estadual de Saúde – RS, O Arquivo Médico.

Pelo menos desde o final do século XIX, discutia-se que Educação e saúde seriam as investidas mais importantes para “salvar o país” do atraso, da degeneração, da catástrofe. Se o Brasil era um “grande hospital”, na expressão do dr. Miguel Pereira<sup>56</sup>, não bastaria atender clínica e terapeuticamente as doenças, uma vez que um dos fatores determinantes neste estado de coisas era a ignorância. Curar, implicava, necessariamente, instruir e educar, para prevenir e erradicar as doenças e a ignorância a que o povo estava condenado.

✖ No Rio Grande do Sul, com a reorganização dos Serviços Públicos de Saúde a partir dos anos 30, é empreendida uma ação profilática de maior fôlego: torna-se proeminente a preocupação com o saneamento e a higiene, sobressaindo-se, em relação à última, a puericultura, a higiene escolar e a propaganda sanitária.

O acompanhamento dos periódicos nacionais das primeiras décadas do século XX indicou

- nos periódicos médicos, a afluência significativa de artigos tematizando a educação, sanitária ou, mais especialmente, a educação sanitária escolar. Nestes, percebe-se dois movimentos interessantes:
  - um deles, refere-se à incidência de exposições relativas à necessidade de profilaxia de uma doença, seja ela a lepra, a tuberculose, a sífilis, a difteria, etc, insistindo em dois aspectos: a higiene e a educação do povo, dos indivíduos, para que cada um, ao adotar efetivamente os procedimentos recomendados, esteja convencido e cuide de si mesmo, evitando conscientemente expor-se ao contágio, descuidar dos sintomas, envolver-se em práticas perigosas/perniciosas, etc. Então, reconhece-se a educação sanitária como investida poderosa para a profilaxia preventiva;
  - o outro movimento é daqueles médicos que insistem na relevância da escola como locus privilegiado de educação do cidadão (a

---

<sup>56</sup> Denúncia do médico e professor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, em 1916. Ver Lima; Hochman, 1996, p.24.

criança e o jovem como futuro cidadão, ainda não corrompido e portanto educável). Defendem a importância da educação escolar para a profilaxia geral, porque uma vez inculcidos hábitos sadios, desde cedo, não seria necessário, no futuro, o árduo e raras vezes exitoso trabalho de corrigir um adulto de costumes inveterados. São muitos os temas de higiene escolar abordados, passando pela importância do asseio dos espaços (prédios, terrenos, salas-de-aula,...), da higiene física e psíquica desde a infância, da inspeção médico-escolar, da alimentação do escolar, da importância do exemplo do professor, dos conteúdos de educação sanitária a serem incluídos no currículo, da necessidade de formar as professoras para que compreendam a importância social da criança e dos procedimentos saudáveis em sua educação, etc.

- nos periódicos dirigidos ao público em geral, a presença assídua de artigos escritos por médicos, em especial os periódicos gaúchos, ou a multiplicação discursiva de temas ligados à higiene individual e social, a circulação de informações sobre doenças, a relevância das obras de saneamento, inclusive moral, a importância da participação do povo nas campanhas sanitárias e, muito especialmente, competindo com o prestígio do tema educação escolar, emerge uma grande atenção à educação das mães, a puericultura, considerando-se que aí residia o enigma da caixa-preta: *eduquemos as mães para que eduquem adequadamente os filhos, para que persigam a higiene pré e pós-natal*. A denúncia dos altos índices de mortalidade infantil associados à ignorância, aparece insistentemente neste período. Também são expressivos, como problema, o alcoolismo, a sífilis e a tuberculose. Mesmo considerando que muitos artigos ligados à higiene e saúde não são escritos por médicos, sendo alguns inclusive traduções de autores clássicos na época, importa por em relevo esta proliferação discursiva, em que temas médico-sociais emergem a cada momento.

Observe-se ainda, a íntima vinculação de médicos e educadores em outra instância de atuação educativa. Em 1939, a Revista do Ensino do Estado do Rio Grande do Sul, passa a ser editada como *“Mensário de divulgação sob o patrocínio da Secretaria da Educação e Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul”*, quando ainda a saúde pública era tratada junto à educação. No momento de sua criação, constava como sub-título da Revista a indicação: Política Educacional – Legislação Estadual e Federal – Noticiário.

Mas, em 1940, o subtítulo é substituído por “Educação e Saúde”, constando o patrocínio da Secretaria de Educação e do Departamento Estadual de Saúde, ambos desmembrados administrativamente. É nesse ano que, então, a Revista ganhou uma Seção de Saúde, em separado e destacada, constando inclusive de editorial à parte. Sob responsabilidade do Departamento Estadual de Saúde, a seção contou com artigos de médicos de reconhecida atuação na medicina social, particularmente com cargos administrativos ou envolvidos com a Inspeção Médico Escolar. Os artigos abordavam temas variados: saúde escolar, doenças mais comuns, higiene alimentar, cuidados com o corpo, cursos breves de puericultura, profilaxia e bio-psicologia para professores, dentre outros. Diga-se, aliás, que toda a Revista estava voltada para a formação do professor e que o conjunto dos artigos se dirigiam a constituir uma bagagem de formação do professorado gaúcho.

No movimento do caleidoscópio que opero a partir daqui, interessa, particularmente, revelar uma certa “impregnação” do campo pedagógico pelos saberes médicos, e de alguma maneira, a circulação dos saberes pedagógicos, que vinham se delimitando pelo menos desde o século XIX, permeando os discursos médicos. Não se trata apenas de discutir a antecedência de um ou de outro, embora em determinados momentos seja possível apontar para a preponderância de um sobre outro. Meu intento é mapear a complexidade das teias discursivas que mostram imbricações desses saberes, médicos e pedagógicos, na modernidade, e que operaram sobre ao processo escolar.

## 1. Saúde e Educação

A preocupação com a saúde das populações como problema político e econômico foi uma constante no discurso da medicina social. Herdeiros do princípio fisiocrata de que “a primeira riqueza de uma Nação é o homem, seu sangue, seus músculos, seu cérebro”(Nonohay, 1930, p.109), pois que é a energia capaz de produzir, transformar e erigir o progresso, os médicos tomaram para si a tarefa de promover o crescimento dessa energia humana, cuidando da população.

Insistindo na afirmação de que saúde e educação constituíam as primeiras necessidades do povo, discurso generalizado na sociedade das primeiras décadas do século, argumentavam ser indispensável que os médicos, por todos os meios, se empenhassem em proporcionar ao povo a aquisição da necessária instrução e, como base preliminar a resolver, que a classe médica incentivasse a luta contra o analfabetismo<sup>57</sup>. Concebiam a instrução e a saúde como fatores essenciais ao desenvolvimento e progresso de uma nação. Educação e saúde tão intimamente ligadas, uma na condição da outra, que seria não só difícil instruir indivíduos que portavam, ou uma tara hereditária carregada que lhes grava o organismo, ou uma “endemia debilitante que anemia órgãos e inteligência”, como também não seria fácil fazer compreender aos analfabetos a necessidade de medidas higiênicas (cf. Blessmann, 1926, p.6). Embora alguns médicos sustentassem uma maior importância da saúde, as duas necessidades, saúde e educação, predominantemente se revestiram de significados equivalentes: ambas eram apresentadas como condição para salvar os indivíduos, promover seu aperfeiçoamento, intensificar suas energias e seu trabalho.

---

<sup>57</sup> “... infelizmente a maioria do povo, esta parte da população que mais precisa conhecer as terríveis consequências dos males que nos infestam é a que menos as conhecem, pois que jaz em completa ignorância. Como é que a Eugenia poderá imperar aqui no Brasil, onde a porcentagem de analfabetos é de quase 90%?” (Ferraz, 1928, p.9).

Isso pode explicar, em certa medida, por que aos médicos a tarefa educativa também se apresentou como imperativa<sup>58</sup>.

Os médicos contestavam a inércia do poder público que, no seu julgamento, se descuidava da função de zelar pela existência e boa saúde do povo. Para eles, naquela organização política, social e industrial, o homem não era somente o ser moral e superior, a ser protegido pelo Estado, mas também o fator principal, a razão de ser da riqueza pública e da riqueza particular, e sobre a sua capacidade de trabalho, sobre o exercício de sua inteligência perfeita, desenvolvida e mantida pelo equilíbrio das funções físicas e fisiológicas, repousaria a prosperidade econômica dos povos. Dessa forma, a defesa sanitária do indivíduo pelo Estado era imperiosa<sup>59</sup>, significava a defesa da sua própria existência, como valor intrínseco no cômputo das nações produtoras (cf. Larbeck, 1916, p.3). Alguns médicos eram enfáticos:

“Se em época de guerra é indiscutivelmente considerado como elemento indispensável à pátria, o braço do soldado que tomba ferido, porque não ter o mesmo critério em tempo de paz, quando o cidadão doente nada mais é do que um capital improdutivo que merece ser considerado seriamente no balanço dos fatores econômicos de um país? Todo o indivíduo curado representa um capital que readquiriu a capacidade de produzir; os mortos e os inválidos são capitais perdidos”. (Blessmann, 1926, p.6)

Como indica Foucault (1993b), esse momento marca a emergência das tecnologias da população, seja para a sujeição, seja para a utilizabilidade produtiva. Tecnologias de um poder que expressa sua positividade, investindo sobre a vida e a

---

<sup>58</sup> O dr Penna acrescentava à saúde e educação, o trabalho: “qualquer plano administrativo que não tiver por base o saneamento e a educação, fracassará fatalmente, agravando ainda mais a situação do país. Ninguém ousará contestar ser a saúde condição imprescindível do trabalho produtivo, este da prosperidade, e a educação o instrumento indispensável à conservação da saúde, ao desenvolvimento e aperfeiçoamento do trabalho. Saúde, trabalho e educação constituem os fundamentos inabaláveis do progresso, da força e da moralidade” (Penna, 1928, p.10).

<sup>59</sup> “Para isso é necessário que os governos se esqueçam um pouco de fazer política, para se tornarem em verdadeiros construtores dessa nova pátria. Criar escolas em cada recanto e em cada uma delas tornar obrigatório o ensino da Eugenia, para que as crianças, ao entrarem mais tarde na mocidade, já possuam os conhecimentos higiênicos indispensáveis para se tornarem fortes e constituírem um país grandioso, deve ser o pensar dos nossos dirigentes, de todos os que, de alguma forma, têm sob seu poder um núcleo de comandados” (Ferraz, 1928, p.9-10).

multiplicação de suas energias. Uma nova racionalidade que não mais concebe a dilapidação absoluta dos corpos, pois exauri-los completamente é o mesmo que anular suas potencialidades produtivas.

A idéia que associa o indivíduo a “capital humano” está manifesta em diferentes práticas discursivas da medicina, que passa a pensar economicamente a doença e a morte, o doente como capital que se esvai, uma força produtiva que atingida pelas moléstias, pelo descuido com o saneamento, não está apta ao trabalho ou dele cedo se retira<sup>60</sup>.

Por isso, médicos gaúchos criticavam aqueles que se limitaram a denunciar que “o Brasil era um vasto hospital”<sup>61</sup>. Frente a essa denúncia, urgia uma ação propriamente médica, seja orientando os poderes públicos, cobrando-lhes ações, seja instruindo o povo para que ele também reclamasse ao Estado o cumprimento de suas incumbências na proteção da vida. Assegurar as liberdades individuais não poderia significar o descaso completo com a saúde pública.

Alguns raciocínios foram especialmente elaborados para fazer frente ao problema, como por exemplo a máxima de que “governar é povoar”. Assim, a primeira regra política, segundo o dr. Nonohay, era aumentar o índice humano e para isto tratava-se de elevar a natalidade; baixar a mortalidade; valorizar o homem que é matéria prima da política, pela higiene e pela educação física, moral e intelectual (cf. Nonohay, 1926, p.82). O Estado, ao invés de preterir a população nacional, investindo somas vultuosas na imigração do elemento estrangeiro, com a orientação segura da Medicina devia mobilizar esforços para proteger nossa população, erradicar as verminoses, sífilis, tuberculose e outros tantos estados mórbidos, além do vício do alcoolismo, suficiente para, por si só, degradar o indivíduo e comprometer a pátria e a raça.

---

<sup>60</sup> “Uma observação serena nos mostra a inexistência da chamada *consciência sanitária do povo*. Parte da população do Estado, desconhecendo os rudimentos de higiene, vive em tão precárias condições que, aos poucos, vai perdendo a saúde, sem disso se aperceber e, o que é pior, dando uma descendência já em precárias condições de resistência” (Castro, 1928, p.7-8, grifo do autor).

<sup>61</sup> A propósito da expressão cunhada pelo médico e professor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Miguel Pereira, em 1916, que teve repercussão no campo médico nacional (cf. Lima e Hochman, 1996, p.24).

Contudo, se um alto índice demográfico poderia reverter em maior energia e maior capacidade de trabalho, era preciso assegurar mais que um valor numérico, um valor qualificativo, pois, como contabilizava o dr. Nonohay, vinte homens doentes e fracos não valiam vinte homens robustos e sadios, nem vinte agricultores possuíam o mesmo valor que o inventor dos instrumentos que substituem centenas de braços (1926, p.82). Não que fosse equivocado o impulso à natalidade; no Brasil havia muitas terras a ocupar e a tornar produtivas. Mas para o dr. Nonohay, era imperioso elevar o grau de saúde e cultura, caso contrário, as novas gerações nasceriam igualmente doentes e condenadas à ignorância. Em outras palavras:

“É necessário que o povo seja instruído e sadio, que o peão da estância, seja como o operário da fábrica ou qualquer outro cidadão que luta pelo engrandecimento de sua pátria, cercado de cuidados especiais, cuidados de higiene profilática, quando no gozo de saúde, cuidados de terapêutica racional e eficiente, bem conduzida e medicada quando doente. Só assim poderá qualquer nação ter a seu dispor nas melhores condições, braços eficientes e suficientes que se empenhem no trabalho.” (Blessmann, 1926, p.7)

Apesar de uma perspectiva de inspiração “fisiocrática” ter sido preponderante no discurso médico acerca da importância da saúde da população como fundamento da riqueza nacional, é possível identificar críticas a uma visão estritamente econômica. Valores humanistas também foram manifestados por outros médicos, como o dr. Bem, que já em 1905, propunha que a vida não poderia ser considerada como capital social, senão quando do seu exercício resultasse um bem para a coletividade. Além disso, como referi anteriormente, o dr. Bem julgava mais conforme com a verdade e mais próprio da dignidade humana, que os higienistas apresentassem ao Estado a proteção da higiene não somente como fonte de vantagens materiais, mas como satisfação de um sagrado dever público, considerando arbitrária e falsa a base sobre a qual se fundavam alguns higienistas, avaliando por um determinado preço a existência humana, para imporem ao Estado a conservação da saúde pública, sob fundamentos de ordem econômica (cf. 1905, p.142-143).

Se saúde e educação eram condições imprescindíveis para o progresso e a riqueza da nação, e se os médicos tinham assumido a incumbência de levar ao povo “*a ambulância da saúde e a ambulância da instrução*”, parafraseando expressão cunhada pelo dr. Nonohay, então poder-se-ia perguntar onde estaria o Brasil se não fora a influência do médico em sua projeção poliédrica no sentido de aumentar quantitativa e qualitativamente o valor econômico de seus habitantes (Bernd, 1933, 186-7).

Indiscutivelmente, sob o ponto de vista da Higiene, a educação sobressaiu como a mais autêntica de suas incumbências profiláticas, pois através da instrução do povo, verdadeiramente evitar-se-iam as doenças, visto que cada indivíduo seria autor de sua própria proteção, multiplicando os benefícios da higiene.

“Numa época em que se agita a questão da defesa nacional pelo aproveitamento de todos os filhos do país como elementos válidos e inteligentes, nenhum problema se oferece mais interessante do que esse da difusão dos conhecimentos de higiene, afim de se defender a raça, e, principalmente, milhões de criaturas que vegetam, nas regiões do centro e do sertão, em desprezíveis estados patológicos por ignorarem o meio de se defenderem das insídias do solo, da água e do ar, dos micróbios, dos parasitas, das moléstias contagiosas, das infecções...” (Larbeck, 1916, p.10)

Embora atribuindo à educação um papel redentor e regenerador, sem expressividade precedente no discurso médico, não se deve esquecer, contudo, que a saúde representava seu par inseparável. A um indivíduo doente não bastaria a instrução. O abandono do povo à sua própria sorte já teria produzido consequências funestas. Para o dr Ferraz, “que adiantaria aos poetas cantarem ainda em suas afinadas liras os feitos gloriosos de gaúchos e sertanejos, que não existiam mais? Mentem eles pois que a anquilostomíase havia invadido o corpo desses antigos centauros, transformando-os em restos humanos cretinizados e idiotas” (1928, p.13). A persistirem na ignorância e no desamparo em matéria de saneamento, nada mais lhes restaria como contribuição para a grandeza da nação. Nos dizeres do dr. Ferraz:

“Já era tempo dos nossos governantes acordarem deste letargo em que jazem e saltar das macias redes das avenidas, onde dormem embalados pela doce aragem da política, ouvindo em sonhos os bajuladores e mentirosos elogios de estrangeiros cobiçosos e se embrenharem nos sertões para ver os sem número de nossos irmãos que, de todo abandonados e sofrendo mil males diversos, trabalham ainda para o engrandecimento desta Pátria, que lhes é tão ingrata. E no entanto, como seria fácil libertar estes homens, estes nossos irmãos das garras das doenças. Como lucraria o país em dar a seus filhos braços mais fortes do que estes doentios, que mal podem levantar a enxada. Não exageramos em nada, falando desta maneira a respeito de nossos patrícios e assim procedemos porque, narrando a verdade, talvez alguém se interesse pelo nosso povo... Exemplos que venham confirmar o abandono do povo brasileiro temos muitos, mas um só é mais do que suficiente para o demonstrar. Entre nós campeia, de norte a sul, do Amazonas ao Rio Grande, o chamado *mal da terra*, que deixa na sua passagem um turbilhão de idiotas e imbecis.” (Ibid., p.12-13)

O comentário do dr. Ferraz é exemplar por condensar aspectos recorrentes da discursividade médica das primeiras décadas do século: situa as doenças, a ignorância e o abandono como elementos explicativos do atraso do povo brasileiro; denuncia a ausência de um Estado moderno, e alerta para a impossibilidade de um futuro próspero para o país, mantidas essas condições. Como desfecho de suas reflexões, o dr. Ferraz sugeria:

“Cuidem portanto os governos de alfabetizar esse povo, de descortinar o véu da ignorância que o cobre e verá se não é ele o primeiro a pôr em prática as medidas higiênicas e profiláticas, para se ver livre desta peia, que o torna indolente e cretinizado e voltar a construir novos núcleos de gaúchos e sertanejos fortes, sadios e patriotas.” (Ibid., p.13)

Mesmo salientando a importância da luta contra o analfabetismo como aspecto fundamental ao sucesso da Higiene, a defesa da Educação pelo discurso médico não se restringiu a concebê-la estritamente como uma educação escolar

elementar. A Educação devia ser também uma educação sanitária: a disseminação dos preceitos de higiene. A ignorância não estava circunscrita aos indivíduos iletrados ou à maioria da população. Alguns médicos sugeriam que, infelizmente, gente culta continuava ignorando práticas elementares, como por exemplo, a higiene dos dentes, pois “o que contrista é a atitude de indiferença quiçá ostensiva do elemento intelectual da nação, em face dos malefícios que podem advir do desasseio da boca” (Lima, 1919, p.57). Para o dr. Nonohay, igualmente, a extensão da educação higiênica, embora privilegiadamente voltada aos pobres, a eles não se circunscrevia visto que:

“Há indivíduos rebeldes a todas as afirmações desassombradas, por menos recursos que tenham a lhes opor. Quase sempre são ignorantes, a que tintas ligeiras de cultura dão a ilusão vaidosa de que têm uma moldura brilhante de sábios. Outros há que não têm confiança nas conclusões da Ciência, que carece afirmativa para ser Ciência. Esse tem sido o grande e o verdadeiro mal da Higiene. Sabe-se muitas vezes onde ela está ou onde deve estar, e no entanto não se a pratica, na esperança de que por suas próprias forças o organismo se defenda vitoriosamente.” (Nonohay, 1934, p.69)

Cada vez mais, a Higiene estaria abandonando os seus aparelhamentos próprios, o seu modo de ação específico, para se cingir à educação, que havia de criar a consciência sanitária, tarefa para todos os médicos, não só na Higiene terapêutica, junto ao leito dos enfermos, como também naquela a ensinar aos [sãos] para que se defendam dos contágios. Dessa forma, os médicos teriam sido em todos os tempos, sem o compreender, também sanitaristas, isto é, aqueles que criam e mantêm a harmonia vital nas sociedades (cf. Nonohay, 1934, p.65-66).

E, à medida que os conhecimentos e descobertas no campo da Higiene aumentavam, mais se tornava imprescindível a educação, porque havia que se reconhecer que nem todas estas idéias seriam aceitas imediatamente e postas em execução. Fazia-se necessário que o público, tão avesso em geral a tais questões da Medicina, como por exemplo, os isolamentos, as vacinações, chegasse a compreender e quiçá exigir sua execução. Além do que, as práticas populares

mantinham outras práticas de cura que atestavam mais uma vez a necessidade de combater a ignorância:

“Por toda a parte o fogo fátuo da superstição é ainda hoje de uma atração irresistível e a muitos aparece como um raio de esperança, mas o fundamento, o alicerce da superstição, está na ignorância e é contra esta que deveremos iniciar a luta para virmos a ser bem sucedidos. Instrução e saúde devem constituir hoje a principal preocupação dos que se interessam pelo progresso de suas pátrias.” (Blessmann, 1926, p.8)

Tão decisiva era a instrução do povo, que o dr. Larbeck apresentava uma prova irrefutável: a excelente situação sanitária dos países adiantados da Europa devia ser atribuída “ao seu grau avançado de cultura geral, ao reduzido número de analfabetos, de modo que toda gente sabe, pela leitura de jornais e das publicações em folhetos que os governos espalham, dos cuidados de higiene indispensáveis à boa saúde, além do que aprendeu nas escolas nesse particular” (1916, p.11).

Medidas de higiene genuinamente científicas e elevação do grau de cultura do povo constituíam condições imprescindíveis para a saúde e prosperidade do país. Por isso, tudo quanto se gastasse para o conseguimento de instrução e de higiene perfeitas seria nada diante dos benefícios econômicos resultantes” (Ibid., p.21).

✱ Referindo-se à cidade de Porto Alegre, o dr. Larbeck afirmava que nas duas primeiras décadas do século xx havia sido registrado um decréscimo da mortalidade geral da população, demonstrando-se os primeiros frutos da aplicação da Higiene, particularmente produzidos por meio da instrução popular.

“O estabelecimento do serviço de esgotos, a demolição de velhos pardieiros, a substituição de prédios urbanos por outros mais ventilados, mais higiênicos, o sensível desenvolvimento da instrução, tomando a população mais apta para compreender as vantagens das medidas higiênicas e adotá-las, a modificação dos hábitos do povo no que diz respeito ao asseio, à alimentação e ao vestuário, o bem-estar resultante da facilidade de ganhar a vida em contraposição à crise econômica e financeira que abateu a Capital Federal aumentando-lhe

o seu coeficiente mortuário, e que não se fez sentir no Rio Grande do Sul, enfim todos os proveitos de uma civilização que se desenvolve e caminha para os seus altos destinos, determinaram esse decréscimo que se há de acentuar à proporção que progredimos em todos os ramos da atividade humana. Para isso, mais do que tudo, precisamos tornar a nossa população válida, isto é, produtora, pela *instrução* e pela *higiene*, simultaneamente.” (Larbeck, 1916, p.20, grifos meus)

“Tornar a população válida”, dar-lhe a saúde da inteligência e a saúde do corpo, para que cada individuo se constituía em verdadeiro elemento da grandeza da Pátria, eis o mister da Higiene. Educação e saúde ligando-se ao mesmo objetivo da felicidade do homem e da valorização do trabalho.

“Saneando o terreno e saneando o homem, faremos do Brasil o Eldorado do mundo, a terra abençoada onde todos encontrarão, a par de uma liberdade legítima, fertilidade e saúde, a felicidade; enfim, a alegria de viver.” (Larbeck, 1916, p.21)

Há uma indiscutível infiltração das concepções positivistas nessa visão redentora dos médicos, que por sua autoridade moral e superioridade científica podiam apresentar-se como guias seguros em direção a um futuro de extinção dos males e fruição das liberdades individuais: um estado positivo da história humana.

✧ O reconhecimento da Educação como necessária à superação dos problemas atinentes à Higiene fundamentou-se em múltiplos argumentos. Talvez o mais emblemático seja aquele que potencializava a ignorância como causa, consequência, obstáculo, fator preponderante, enfim, um vírus mortífero ou doença grave<sup>62</sup>, tal o peso a ela atribuído na disseminação das infecções, no predomínio das condições anti-higiênicas, na persistência dos altos índices de morbidade e mortalidade, na resistência posta pela população às medidas sanitárias.

---

<sup>62</sup> Heloisa Rocha salienta que na produção discursiva dos médicos das primeiras décadas do século XX a ignorância era considerada uma calamidade pública, responsável pela degenerescência do organismo social e pela subalternidade do país. Compará-la ao câncer era uma forma de demonstrar-lhe a gravidade e o sentido de urgência que reclamava (1995). Assim, afirmava Miguel Couto: “A ignorância é a pior e a mais grave de todas as doenças, pois o homem inculto resiste ao peso morto do seu progresso e de tudo quanto é higiene” (Couto, 1926, p.74).

“A ignorância, principalmente no que toca às doenças transmissíveis, é o baluarte que se obstinam em não abandonar os inimigos da saúde humana. Sendo assim, a instrução e a educação do povo são as primeiras armas em que nos devemos amestrar no manejo, porque sendo as mais fortes, farão baquear esse baluarte inimigo. Tornar o povo conhecedor de todas as causas que agem para provocar a sua aniquilação, e ao mesmo tempo apontar-lhes os meios higiênicos e profiláticos para se livrar delas é o que urge fazer em primeiro lugar.” (Ferraz, 1928, p.9-10)

Exaustivamente evocada, a ignorância, como emblema fixado à frente do povo, desqualificava todo e qualquer discurso que se opunha, resistia ou relativizava os discursos médicos. O peso da Medicina como conhecimento científico abatia-se sobre a avaliação de práticas culturais distintas, terapias populares, análises indesejáveis das situações de miséria e doença.

“Sem o concurso do povo os mais sábios códigos de saúde tem apenas existência prosaica e estão votados a vergonhosos fracassos quando se pretende aplicá-los; se ao povo faltar rudimentar entendimento sobre os princípios básicos que regem o *modus vivendi* higiênico, qualquer tentativa médico-saneadora encontrará dificuldades que retardam e desvirtuam o seu objetivo. Encastelada na sua ignorância, a população se esquiva ao cumprimento das determinações das autoridades, reluta quando se lhe pede, reclama se obrigada, entrava e dificulta sempre.” (Munhoz, 1932, p.153)

Outro qualificativo, muito próximo da ignorância, embora menos depreciativo, aparecia em certos discursos como sendo a “ineducação”, que ao invés de caracterizar um mal que o indivíduo portava, como a ignorância, indicava uma “ausência de”, o que lhe conferia uma sutil diferença. Enquanto a ignorância parecia mais crônica, inscrita na tradição e no cotidiano popular, a ineducação denotava um estado solucionável com mais facilidade. A ineducação levava a agir incorretamente por absoluto desconhecimento da forma adequada; a ignorância, ao contrário, crê naquilo que pratica ou deixa de praticar. A ineducação pode estar vinculada a um momento da vida, como a infância e a adolescência, mas a ignorância assola a todas

as idades, daí ser mais dificultoso romper com sua tradição. À ineducação, oportunizar a instrução; à ignorância, uma verdadeira cruzada educativa e regeneradora.

Mas a Educação podia muito; tinha poderes por vezes insuspeitos. Tão mais eficaz quanto mais cedo pudesse ser iniciada: desde a mais tenra idade, através de mães bem preparadas e orientadas, passando pelas escolas e pela sábia orientação do médico escolar. Ao povo, a propaganda sanitária, simples, direta, elucidativa, como forma de uma educação sanitária contínua.

Médicos simpatizantes dos postulados positivistas, reforçavam a importância da Educação como modo de assegurar a liberdade de escolha do povo, sem recorrer a medidas sanitárias antipáticas, impostas e coercitivas<sup>63</sup>, uma vez que “sem o assentimento das massas populares, a higiene apareceria como um agregado doutrinário de prescrições e de formalidades embaraçosas, para não dizer policiais, e ficaria letra morta” (Munhoz, 1932, p.152). Além do que, os médicos reconheciam que, em matéria de saúde pública, seria insensato pretender conseguir resultados pela coerção através de leis, regulamentos e penalidades, pois

“as providências higiênicas, quando não são satisfeitas por todos, deixam muito a desejar e o insucesso observado é corolário lógico da apatia que os indivíduos, coletiva ou isoladamente, votam a práticas cuja significação lhes escapa.” (Munhoz, 1932, p.153)

---

<sup>63</sup> Além de ferirem as liberdades individuais, as medidas que não contassem com a adesão estariam fadadas ao fracasso, como alertavam alguns médicos: “As providências de ordem sanitária, nem sempre simpáticas, ou de cômoda aceitação, se preconizadas e adotadas em ambiente artificial de confiança, perdem o caráter que possam ter, de urgência e necessidade e encontram obstáculos na execução.” (Buys, 1946, p.157). O dr. Oscar Fontenelle, higienista de destaque no cenário nacional, também era evocado pelos médicos gaúchos: “Por muito tempo permaneceram as repartições sanitárias na completa ilusão de que tudo se poderia obter do povo, em seu próprio favor, por meio de leis e regulamentos que o compelssem à execução de medidas e normas de vida estabelecidas pela higiene como as melhores. E então os regulamentos sanitários tomaram a forma imperativa em todos os seus artigos, cujas disposições minuciosas eram logo seguidas de processos compulsórios: intimações, fechamentos de casas, multas, destruição de materiais e até prisão! Daí o aparelhamento de fiscais, guardas, inspetores, procuradores, quando não de juizes especiais para fulminarem os ‘delinquentes’. Mas esse tempo passou, felizmente. Começou-se a compreender quão valiosa é a persuasão, a educação, a propaganda, em vez da coação. Em vez de obrigar, esclarecer, em vez de intimidar, instruir, em vez de multar, insistir” (Fontenelle, 05/07/1941, p.155).

Antes fosse apenas a apatia que se colocava como óbice à obra de previdência médico-social ou leis pouco severas, pois mesmo a estas sempre há indivíduos que se subtraem ao seu rigor. Preocupantes se faziam, segundo o mesmo dr. Munhoz, as situações em que o povo se conduzia como elemento adversário, resistindo e fazendo frente às ações sanitárias que muitas vezes instigavam a oposição popular. Entretanto, dizia o médico:

“Não nos é lícito, porém, tirar desses fatos reprováveis conclusões temerárias; não inculquemos, como é vezo nosso, à inferioridade da raça e aos defeitos da nacionalidade a culpa de tal proceder que só à falta de educação sanitária cabe. (...) sem a educação sanitária que visa criar em cada um a consciência sanitária, não é possível levar a bom termo qualquer empreendimento saneador, mesmo quando se dispõe de arsenal científico copioso e de recursos financeiros notáveis.”  
(Ibid.)

A influência do positivismo explica, em parte, uma intensa militância de vários médicos higienistas gaúchos no campo da Educação e/ou da Pediatria Social: Raul Moreira<sup>64</sup>, Poli Marcelino Espírito<sup>65</sup>, Emilio Kemp Larbeck, Mário Totta, João Pitta Pinheiro, Florêncio Ygartua<sup>66</sup>, Raul Pilla<sup>67</sup>. Somente a educação ofereceria o

---

<sup>64</sup> Raul Moreira nasceu em Porto Alegre em 1891. Formou-se médico em 1916. Professor Catedrático de Clínica Pediátrica Médica e Higiene Infantil da Faculdade de Medicina de Porto Alegre, representou o Brasil no 2º Congresso Internacional de Pediatria, e foi Presidente do 1º Congresso Estadual de Higiene na cidade de Rio Grande, RS. Produziu extensa obra sobre Pediatria que foi publicada em revistas médicas (cf. Pimentel, 1945, p.638).

<sup>65</sup> Poli Marcelino Espírito foi Inspetor médico-escolar; Médico Chefe do Serviço de Higiene Escolar do Departamento Estadual de Saúde, RS. Lecionou no Curso Intensivo de Educação Física, habilitando diversas professoras estaduais.

<sup>66</sup> Florêncio Ygartua nasceu no Uruguai, em 1892 vindo a falecer em Porto Alegre, em 1941. Brasileiro naturalizado, estudou no Ginásio Nossa Senhora da Conceição, São Leopoldo e na Faculdade de Medicina de Porto Alegre. Diplomou-se em Farmácia em 1911 e em Medicina em 1923. Foi Assistente do professor Raul Moreira, especializando-se em Pediatria. Livre docente da cadeira de Clínica Pediátrica e Higiene Infantil da Faculdade de Medicina de Porto Alegre, 1925. Desenvolveu estudos e pesquisas no Uruguai, onde foi discípulo do célebre prof. Dr. Luis Mórquio. Membro da Sociedade de Medicina e Cirurgia, Rio de Janeiro; da Sociedade de Medicina de Porto Alegre, da qual foi Presidente; da Sociedade Brasileira de Pediatria e do Rotary Clube de Porto Alegre. Pediatria de renome no sul do país, tomou parte como representante oficial, em vários congressos e conferências médicas, tanto do Brasil, como do Uruguai e Argentina. Possuía numerosos títulos honoríficos. Algumas obras: “As principais causas da mortalidade infantil”; “Pela infância”; “Problemas de Alimentação”; “As crianças que sofrem”; “O alcoolismo e a infância” (conferência); “Influência dos progressos da dietética na mortalidade infantil”. (Martins, 1978, p.631; Franco e Ramos, 1943, p.73-74)

esclarecimento necessário em bases científicas e positivas para que, movidas pela consciência, as opções da população concorressem tanto para o bem individual quanto para o coletivo, pois

“se o Estado tem obrigação indiscutível de defender a sua riqueza, defendendo a população do país dos flagelos das doenças, pela boa aplicação dos princípios da higiene, ele não deve nem pode, dentro da organização da sociedade moderna que caminha para a realização dos mais perfeitos estágios de liberdade individual, obrigar a que alguém pratique em si ou no seu lar determinadas exigências, a menos que não se trate de casos extremos de salvação geral.” (Larbeck, 1916, p.5)

Instruir, então, seria o meio adequado para obter uma adesão convicta e atuante, um “praticar em si” os princípios da higiene. Ou ainda, somente através da educação seria possível automatizar as normas de vida, criando hábitos higiênicos (Fontenelle, 05/09/1930, p.295). A tomada de consciência através da educação mostra bem o quanto o poder da Medicina instaura-se em nome de razões que afirmam partir do próprio indivíduo: seu desejo por saúde e vida longa. “Cuidar-se e preservar-se desde si mesmo” (Barrán, 1995, p.54). Se a adoção de práticas higiênicas era consciente, então estariam asseguradas as liberdades individuais.

“... se ao governo cabe decretar as leis, a nós médicos cabe o preparo do terreno, a educação do povo, afim de que ele as receba, não como medidas coercitivas de qualquer de suas liberdades, mas como um meio de defesa, à luz dos conhecimentos científicos modernos, necessário e imprescindível para o progresso da civilização.” (Blessmann, 1926, p.6-7)

---

<sup>67</sup> Referi-los não implica afirmar que todos eram seguidores do positivismo, mas que, como os demais médicos, estes também foram fortemente influenciados pelas formas de pensar da época.

## 2. Hereditariedade e Educação

“La posibilidad de error crece, el peligro al que uno se expone aumenta cuando no se examina el lugar mal iluminado de la confusión” (Michel Foucault)

Uma ambigüidade parece povoar a discursividade médica das primeiras décadas do século XX, espécie de “lugar confuso”. Afinal, qual o papel reservado à Educação no discurso médico? Teria ela poder suficiente para aplacar as cargas hereditárias que tornavam suscetíveis os indivíduos à eclosão de moléstias físicas e psíquicas, tão propaladas e espetacularizadas? Não haveria uma contradição nos saberes que informavam os discursos médicos, ora apresentando um quadro das lastimáveis consequências das anomalias hereditariamente transmissíveis, ora enfatizando o poder da educação em imprimir nas crianças bons hábitos e corrigir possíveis distúrbios patológicos herdados? Houve posições nitidamente polarizadas e interessa deter a análise particularmente naquelas que apontavam as possibilidades da Educação em romper com a hereditariedade absoluta.

É preciso notar primeiramente as referências que no discurso médico recobrem essa ambígua discussão. Em torno da atenção à hereditariedade, gravitam duas idéias: a de suscetibilidade e a de “terreno favorável”, abarcando ambas o tema das causas ou estados predisponentes às moléstias e desvios, as “predisposições mórbidas”, e ainda a idéia de latência das bagagens hereditárias, adormecidas ou aplacadas pelo meio ou pela educação.

Um grupo expressivo de médicos, especialmente aqueles mais identificados com os postulados eugenistas, atribuíam à transmissão hereditária um peso determinante na tendência à degeneração que vinha se manifestando na população brasileira. Concebiam que os pais legavam aos filhos tanto as suas perfeições como

as suas imperfeições. Em uma passagem emblemática de uma conferência, o dr. Py referia:

“Diz um autor francês que cada indivíduo possui uma página no ‘Grande livro da vida’ onde anota no *deve* as faltas e os erros; no *haver* as qualidades e boas ações: os filhos recebem como herança o transporte do excedente de bom ou de mau ... De forma que o homem tem o dever de cuidar de sua saúde para que haja saldo de atributos ótimos a fim de legar aos seus filhos.” (s.d., p.8)

Se muitos médicos endossavam uma posição fatalista dos determinismos da hereditariedade, outros passavam a relativizá-la. Acompanhemos as variações do discurso. Alguns consideravam que assim como as modificações de uma doença viral, para mais ou para menos agressiva, vinham a se tornar fixas e hereditárias, de acordo com o ambiente mesológico, assim também o organismo humano adquiria, a partir da hereditariedade, condições especiais de resistir ou não às causas patológicas, aos vícios ou neuropatias. Isto era o que se denominava “terreno favorável” ou “não favorável” (Larbeck, 1916). Além disso, ponderavam a possibilidade de uma hereditariedade indireta, ou seja, o fato de que uma gestante podia não passar sua moléstia ou seus vícios ao organismo fetal, contudo vazando nos humores do feto as suas toxinas, na criança poderia se constituir um “terreno favorável”, uma estrutura propícia à invasão ulterior de micróbios patogênicos ou à degeneração de um órgão sob influências exteriores (cf. Larbeck, 1916, p.31). É o que se denominava uma “predisposição mórbida”.

Nos limites desse saber que tinha lugar na higiene científica, a questão do “terreno” se apresentava como importantíssima, pois levava a considerar que os germes patogênicos ou as excitações perigosas eram favorecidos, em suas ações contra o organismo, justamente por essas causas predisponentes ou então por elas entravados, espécie de predisposição imunizante (Ibid., p.33).

A idéia de terreno, embora os exemplos sejam mais prolixos quanto às moléstias físicas, abarcava as doenças mentais, igualmente sujeitas à lei da hereditariedade. O dr. Larbeck salientava, ainda, que pelas condições do “terreno”,

dentre as quais se incluía a imunidade, o homem era ou não acessível a “diferentes doenças”, que podiam variar ou se fixar no decorrer do tempo pela lei da hereditariedade (Ibid. p.34-35). Influenciado por uma visão cientificista “otimista” o médico afirmava:

“Ora, se o homem nasceu forte e sadio, armado de defesas naturais contra o ataque do mal, e se, por ignorar completamente, como o atacavam as doenças de que era vítima e quais as defesas que tinha para reagir contra elas, deixou, perdulariamente, enfraquecer essas defesas, ficando à mercê do seu inimigo, agora que a ciência conseguiu desvendar a causa do mal e os meios de reação contra ela, não é difícil voltarmos ao estado primitivo de saúde geral, de resistência à doença, pela mesma lei de hereditariedade que serviu para propagar e predispor o organismo humano à invasão dos seus inimigos.” (Ibid., p.36)

Se a boa saúde e a longevidade humana dependiam da integridade das defesas orgânicas, das condições do “terreno”, o dr. Larbeck mostrava por que a preocupação da higiene moderna consistia em desenvolver a profilaxia preventiva. Tratava-se de restabelecer os organismos comprometidos por taras hereditárias, fazendo com que eles se fortalecessem e deixassem de propagar o “terreno favorável” às moléstias, nas gerações que fossem procriando (cf. Ibid., p.40). Dessa forma, embora reconhecendo o papel dos fatores hereditários, o dr. Larbeck situava-os no tempo, abrindo a possibilidade de mudanças por força das condições do meio propiciadas por uma medicina preventiva, na qual se destacava a educação.

Em tese inaugural defendida junto à Faculdade de Medicina de Porto Alegre, em 1911, denominada *Herança e consangüinidade*, o dr. Magalhães questionava uma hereditariedade absoluta e irremediável, reconhecendo a lei da variabilidade e os efeitos do meio e da educação, embora ainda paradoxalmente apegado ao atavismo de vícios e desvios morais. Demonstrando uma posição hesitante, percebia que as descobertas da ciência vinham em contrário de antigas crenças da Medicina, sem se dar conta de que também estavam em questão algumas certezas morais. Reconhecia

que a herança não era a única responsável pelos comportamentos dos indivíduos, identificando boas e más influências do meio.

“Encarada em sua natureza e em sua causa, a hereditariedade tem como propriedade essencial permitir, de um lado, a conservação da identidade dos descendentes com os ascendentes; de um outro, a reunião no organismo da nova geração, de qualidades físicas e morais das gerações precedentes. Algumas vezes favorável, esta reunião é a causa de um progresso; outras vezes desfavorável, é a causa de uma degeneração.” (Magalhães, 1911, p.9)

Apesar disso, o dr. Magalhães afirmava que era de seu conhecimento que os caracteres variavam com o meio, com as condições de vida fisiológica ou patológica e com a educação, o instinto, a inteligência e a própria delicadeza dos sentidos. Melhor então seria dizer, segundo sua opinião, que os caracteres adquiridos *podiam* ser hereditários, e que, se havia casos inegáveis de herança desses caracteres, embora em menor número, também havia os casos em que tal não ocorria (Ibid., p.10-12). De qualquer forma, para o dr. Magalhães, a herança traçava a trajetória da conduta do homem pela vida; ela o acompanhava do nascimento até a morte (Ibid., p.14-15)<sup>68</sup>.

Entretanto, se uma criança nascia em uma família que se distinguiu pelo amor às artes, pelos seus belos dotes físicos, morais, intelectuais, e outra criança nascia em uma família de criminosos e loucos, a herança familiar não representava a única responsável pelo rumo da história dessas crianças. Parte importante de suas vidas encontrava-se na dependência dos influxos da educação, do meio, talvez afastado da família, em que essas crianças se desenvolveriam, elementos esses propiciadores ou frenadores de suas predisposições hereditárias. Apesar de reconhecer que algumas deformações físicas e modalidades clínicas de patologias nervosas eram adquiridas inexoravelmente pela hereditariedade, como no caso do alcoolismo e da sífilis, o dr.

---

<sup>68</sup> E acrescentava: “É uma lei geral que o germe fecundado traz normal e patologicamente impresso aquilo que os seres donde descende lhe legam; assim como o indivíduo denuncia os seus genitores pela luz de seus olhos, pela cor de seus cabelos, pela curva de seu nariz ou por todo outro traço fisionômico, também poderá guardar na obscura e inexplicável profundidade de suas vísceras, elementos insidiosos e silenciosos de um precoce esfacelo orgânico, de um declínio moroso ou rápido de alguma função importante da economia animal, ou de um rompimento próximo de seu equilíbrio físico” (Magalhães, 1911, p.18).

Magalhães afirmava que restava o grande consolo de que por uma boa higiene essa herança podia ser nulificada. Nesse sentido, para o médico era inadmissível infirmar uma fatalidade hereditária, uma predestinação absoluta (Ibid., p.25/33), uma vez que:

“O Eu moral, a personalidade natural que ocupa o primeiro andar da consciência, que os metafísicos consideram como uma unidade irreduzível, permanece em um estado de equilíbrio, entre as diversas influências hereditárias. Este estado de equilíbrio pode ser modificado pela sugestão, isto é, pela educação. Não quer isto dizer que a educação modificará rapidamente uma raça ou um indivíduo, suprimindo as qualidades hereditárias, porém pode reforçar certas influências hereditárias ancestrais que existem em estado latente no indivíduo e reprimir as influências hereditárias opostas. Os resultados da educação são capazes de suspender as manifestações da hereditariedade regressiva constatada pelos alienistas.” (Ibid., p.33-34)

O exemplo emblemático de que o médico lança mão para demonstrar essas idéias é a herança mórbida de origem tóxica, o alcoolismo, em relação à qual a observação clínica e a experimentação vieram mostrar como os desastres da intoxicação provocados pelos progenitores, são suscetíveis de desaparecer à medida que o veneno se elimina do corpo dos genitores, de maneira que “crianças sãs nascem, quando o pai é sóbrio; crianças doentes nascem, quando o pai se alcooliza; crianças sãs reaparecem, quando o pai se corrige” (Ibid., p.34-35). Em suas conclusões, o dr. Magalhães, a propósito das possibilidades de intervir nas disposições hereditárias, afirmava que o conhecimento das leis da herança não constituía apenas uma curiosidade científica, mas apresentava uma significação prática considerável à medicina preventiva.

“Com as noções da herança, o médico pode formar um contingente considerável, sob o ponto de vista do diagnóstico, do prognóstico, do tratamento e sobretudo da profilaxia, de que tanto carecemos. (...) a proposição *Qualis pater, talis filius* encerra uma verdade todavia relativa, mas não é real absoluta, como outrora se compreendeu, por isso que não só a herança fisiológica como a patológica, podem ser modificadas por este ou aquele fator.” (Ibid., p.34-35)

Nesse ponto, já se tornou patente a pertinência da problematização das concepções sobre hereditariedade para dimensionar as apostas do campo médico no âmbito da Educação. Se essa aposta era expressiva na educação em geral, mais contundente se apresentou na educação escolar de jovens e crianças.

Os médicos insistiam em mostrar que a criança possuía um organismo receptivo e plástico; tudo quanto a cercava, sobre ela exercia uma grande influência, pois, como afirmava o dr. Moncorvo Filho, sendo tênues e obedientes as células de toda estrutura orgânica da criança, submetiam-se elas às impressões mesológicas, tanto de ordem física, como moral e intelectual (1926, p.278). Essas influências, findavam por imprimir na criança o caráter, as tendências, as inclinações, os gostos, as noções de limpeza, etc, permitindo-lhe tornar-se um indivíduo tão perfeito quanto possível. Nessa medida, eram fundamentais as preocupações com o meio em que as crianças se encontravam, fosse ele o ambiente familiar, a escola ou outro espaço social, porque assim como as influências poderiam ser salutares, da mesma forma poderiam se apresentar perniciosas e negativas.

Mas no próprio discurso do dr. Moncorvo insinuavam-se ambigüidades. Embora admitindo que quase tudo na criança estava por se constituir, de outra parte ponderava como admissível que as impressões recebidas pela criança pudessem figurar em seus descendentes. Dessa forma, permaneceria o aperfeiçoamento já conquistado, e de aperfeiçoamento em aperfeiçoamento podia o ser humano modificar-se a tal ponto que difícil seria o limite. A bagagem hereditária era, então, reconhecida. Entretanto, para o dr. Moncorvo a educação física e moral podia regenerar o germe hereditário, e a higiene, em particular, preservar a criança dos elementos morbigenos (cf. *Ibid.*, p.278)

Recorrendo aos pontos capitais da formação de hábitos sadios nas crianças<sup>69</sup>, o dr. Moncorvo salientava que hábitos pessoais higiênicos de viver, não só em relação aos alimentos, mas à indumentária, ao sono, ao asseio, ao cultivo do psiquismo, o modo de utilização dos serviços sanitários, dos conselhos médicos e dos cuidados a serem dispensados aos doentes, eram fatores de saúde adquiridos graças à

---

<sup>69</sup> Expostos por Thomas Wood (1924), a quem o dr. Moncorvo citava.

educação (cf. *Ibid.*, p.280). Por isso, para atenuar possíveis heranças mórbidas, falhas na educação familiar, ou ainda a nocividade do meio, a idade escolar deveria merecer os maiores cuidados, pois a criança era sempre suscetível às influências daqueles fatores ou do ambiente escolar.

A idéia de suscetibilidade deve ser pensada no conjunto do pensamento médico, dos distintos saberes e concepções que circulavam na época. É preciso considerar o empenho de segmentos da Medicina em compreender e identificar os fatores que predispunham à doença, para que efetivamente ela pudesse ser uma medicina preventiva. E se apresentava fundamental o conhecimento dos sinais de suscetibilidade presentes nos indivíduos, por força da hereditariedade ou dos contágios e das influências do meio. Isto porque, dessa forma, assegurar-se-ia o poder da Medicina em antecipar os estados latentes, refrear as tendências, avaliar os “terrenos favoráveis” e prevenir o aparecimento de moléstias e epidemias. O efeito desse dispositivo de saber-poder representado pela prática do diagnóstico e do prognóstico eram capitais à medicina preventiva que se consolidava.

Assim, além de dominar os indícios que atestavam a presença da doença, assegurando o diagnóstico preciso, ou de já ser capaz de identificar sintomas precursores que demonstravam a iminente configuração de uma moléstia, uma espécie de estado pré-mórbido de que o indivíduo era portador sem que houvesse a plena manifestação do distúrbio, a Medicina almejava antecipar-se mais ainda em sua missão preventiva e ser capaz de identificar no indivíduo os sinais de suscetibilidade, os elementos de predisposição.

A escola constituiu um locus privilegiado para a produção de saberes com esse intuito, por meio da observação minuciosa das crianças, sua classificação e caracterização, como será examinado adiante. Uma ênfase em descobrir o futuro neuropata, através dos sinais presentes na regularidade dos casos observados e rigorosamente registrados. Pode-se supor que há uma íntima relação dessa busca em decifrar as suscetibilidades dos indivíduos com a atenção à infância enquanto fase da vida em que se podem antecipar muitos traços do futuro adulto. Da observação da criança, seus sinais, poder-se-ia aprender a decifrar os sinais de latência e antecipação das doenças em toda a população. O desenvolvimento da biotipologia

nesse mesmo momento e sua aplicação sistemática nos exames médico-escolares, pode ser tomado, então, como um desses procedimentos dirigidos ao reconhecimento das suscetibilidades do futuro adulto, seu provável perfil bio-psicológico, seu temperamento e caráter.

Trata-se de perceber, no campo da Medicina, o desenvolvimento de uma espécie de nosografia das “*condições do terreno*”, que buscou mapear os indícios que apontavam estados de predisposição. Há, aqui, indiscutivelmente, um refinamento dos saberes e concepções médicas quanto à doença e à profilaxia, com uma curiosa associação dos médicos que atuavam no espaço escolar.

Os procedimentos para chegar a isso seriam muitos: a análise da hereditariedade; o domínio da psicologia dos comportamentos e do caráter; a associação dos traços físicos com suas tendências, por meio da biotipologia; a observação e descrição minuciosa de casos concretos, seu histórico, evolução e antecedentes; assim como o aperfeiçoamento dos exames internos do paciente, através do raio x e da abreugrafia, de grande impacto, pois permitia a descoberta e identificação de doentes que não apresentavam sintomas subjetivos ou objetivos, pelo menos evidentes, mas que eram portadores da tuberculose.

Essa busca pelo domínio de uma semiologia clínica das suscetibilidades ou predisposições, embora ainda incipiente no final dos anos 30, como reconhece o dr. Pilla (1938)<sup>70</sup>, fazia sentido para os médicos que colocavam em dúvida o determinismo absoluto da hereditariedade e entendiam ser possível aplacar seus efeitos com intervenções preventivas e educativas. Médicos esses muito mais

---

<sup>70</sup> Segundo o dr. Pilla, na História da Medicina “primeiramente imaginava-se que o organismo era um terreno inerte e que os agentes exógenos, como o micróbio, bastava que existissem para que houvesse a doença. Com o tempo, passou-se a conceber que qualquer infecção seria resultado de dois fatores: as condições do terreno e os micróbios.” Os micróbios por sua vez, provocam a doença, mas não a determinam. Existem indivíduos suscetíveis e outros refratários, assim como variações de intensidade do mesmo micróbio conforme os indivíduos em que atuam (cf. Pilla, 1938, p.75).

O dr. Pilla reconhecia que a fisiologia patológica ainda não havia desenvolvido a possibilidade de antecipar-se à manifestação da doença, mas que alguns passos já se estavam dando nessa direção, ou seja, sabia-se do terreno de predisposição, e que cada indivíduo/organismo podia possuir aptidão para certos desequilíbrios, mas estes ainda escapavam da alçada da Medicina. Segundo o médico, para a medicina preventiva que se esboçava, era importante dominar o conhecimento do começo real ou pré-clínico da doença, a predisposição mórbida, a fim de prevenir doenças, corrigindo tal predisposição. O

mobilizados pelo discurso da regeneração da raça do que pelas profecias da degeneração.

É instigante notar que também o discurso pedagógico dos anos 30, como afirma Carvalho, sofre uma mudança expressiva, com o gradativo abandono das figuras da deformação e uma aposta otimista na natureza infantil e na educabilidade da criança insinuando-se como enunciado principal a regular as articulações discursivas do campo educativo (1997, p.279). Sabe-se das imbricações do campo médico com o pedagógico nesse momento, do conhecimento que muitos médicos tinham das tendências educativas, como a escola ativa e as propostas de John Dewey<sup>71</sup>. Isso pode sinalizar para uma certa direção desse movimento de valorização dos efeitos preventivos da educação e da relativização dos fatores hereditários na formação dos indivíduos.

Entretanto, discursos discordantes circularam e disputaram espaço de verdade nessas intersecções da Medicina com a Educação. Há um artigo inusitado, publicado no jornal gaúcho *Correio do Povo* do ano de 1934, que se intitulou “Um caminho acertado que a genética mostrou à pedagogia”, cujo autor, Octávio Domingues, era membro da Comissão Central Brasileira de Eugenia e da Eugenies Society de Londres. O tom do artigo é irônico e demarcava o lugar da Pedagogia como subalterna da Genética e ainda atrasada em suas apropriações científicas. A tese do autor se resume em afirmar que a Pedagogia ainda se baseava em postulados biológicos já superados, definitivamente mortos e abandonados, e, por isso, equivocadamente seguia acreditando na possibilidade de superar os determinismos hereditários.

Para Domingues, a Genética, com todo seu acervo precioso de documentos e provas experimentais, podia demonstrar o engano em que incorrera a Biologia do século XIX quando recomendou ao educador que tudo fizesse por “formar” o corpo e

---

que para ele constituía uma espécie de terapêutica abortiva: combater a doença antes que ela se instale no organismo.

<sup>71</sup> Pedagogo e filósofo norte-americano, nascido em 1859 e falecido em 1952. Criticando a pedagogia assentada no postulado da “educação pela instrução” (de Herbart), Dewey propôs em seu lugar a pedagogia ativa da “educação pela ação”, insistindo no princípio do aprender fazendo. A significação da educação como vida presente e não como preparação para o futuro.

a alma da criança com base nos melhores métodos, porque assim, não somente estaria ele preparando o cidadão de hoje, como preparando a semente do cidadão de amanhã (cf. 02/02/1934, p.3).

“Sim, a genética pode demonstrar, pela maneira mais convincente, que a nossa alma, como o nosso corpo são expressões de uma coisa anterior, de uma tendência de longe determinada, de uma inclinação que não se destrói, mas que vem passando de geração em geração, a evidenciar a perenidade da vida. Por que razão apresentamos diferenças de cor e de semblante? Diferenças precoces cedo percebidas e apontadas? É porque “filho de peixe peixinho é”... Por essa mesma razão é que os filhos podem reproduzir as qualidades intelectuais, e também as qualidades morais de seus progenitores. Ou melhor dizendo, de seus antepassados. Assim como nascemos fisicamente diferentes, assim surgimos para a vida com as marcas intelectuais e morais que foram de nossos avoengos. Somos o que foram os da nossa família, os da nossa raça, pela mesma razão que somos o que foram os da nossa espécie.” (Ibid.)

Na visão do autor, a criança nascia inteligente ou “branca”, pobre de virtudes morais ou rica de virtualidades inatas e cabia ao educador tão somente aproveitá-las para constituir o bom caráter. Mas nada poderia existir na criança que não lhe viesse do berço, ao menos sob a forma de inclinação, de tendência, de virtualidade. Havia, sim, segundo suas idéias, uma fatalidade hereditária no aspecto físico, intelectual e também moral.

Como o autor desejava polemizar diretamente com a Pedagogia, focalizava em especial a hereditariedade da aptidão intelectual. Seu primeiro argumento: qualquer professor sabia perfeitamente bem que era impossível deparar-se, ao acaso, com um grupo de 30 ou 40 crianças portadoras de mesmo grau de inteligência. Entre elas, invariavelmente encontravam-se diferenças, desde o alto grau intelectual ao retardo. E, portanto, enquanto as crianças de alto grau intelectual aprendiam, assimilavam rapidamente o que era ensinado, os retardados ou imbecis permaneciam no mundo da incompreensão, sem nada aprenderem.

“Os intelectualmente bem dotados economizam tempo, e sobretudo a paciência dos mestres, ao passo que os outros requerem mais despesas para sua alfabetização e aprendizagem de qualquer coisa, com evidente prejuízo para o Estado, para a família e para eles próprios.” (Ibid.)

Segundo argumento, nos dizeres do autor, era o fato de nas escolas, apesar das mesmas condições de ambiente e de métodos, existirem classes que viviam cheias de repetentes, de “cabeças duras”, de falsos vadios, provando mais uma vez a existência de uma pobreza intelectual hereditária. Tanto era fato, que a Pedagogia agrupava os educandos de acordo com seu grau de inteligência, a fim de serem instruídos, ou melhor, educados, observando-se seu próprio desenvolvimento intelectual. Então, em parte, a Pedagogia adotava os postulados de Mendel.

Seguindo seu raciocínio, o autor afirmava que essa prática pedagógica redundara em enorme progresso, por ele reconhecido explicitamente. Mas um progresso que deveria ser avaliado pelo que valia realmente e não supondo que do melhoramento desses indivíduos, poder-se-ia chegar ao melhoramento da sua descendência.

“É preciso ir mais devagar. Se conseguirmos um aproveitamento dos retardados mentais, tornando-os capazes de serem cidadãos úteis, todo o efeito do nosso esforço parou aí e não irá além. O que conseguimos foi o melhoramento do indivíduo que, sem essa educação, seria fatalmente um fator social contraproducente. E já é muito. Só louvores merecem os que isso realizaram. Mas, não há como passar daí. Os métodos de educação por mais adiantados e perfeitos, nada podem realizar contra a fatalidade hereditária, na sua marcha através das gerações.” (Ibid., p.14)

Na perspectiva esboçada, um débil mental, educado e feito um cidadão útil e capaz seguiria, mesmo assim, transmitindo sua tara intelectual à descendência. Nisso residia o equívoco dos educadores, porque mal sustentados cientificamente: presumir que melhorar o indivíduo, pela educação, poderia levar a um progresso genético da espécie.

“Infelizmente, esse ainda parece ser o engano ou o erro de alguns educadores de hoje, que talvez tenham querido aprender biologia nos tratados do século XX e anteriores. A genética, graças a Deus, já mostrou, porém, o caminho à pedagogia: convém melhorar o indivíduo, mas sem a idéia pré-concebida e falsa de, com isso aperfeiçoar, indiretamente, sua descendência, numa vã tentativa de contrariar, uma lei biológica - lei que é uma consequência da própria perenidade da vida através das gerações.” (Ibid.)

Não há dúvida de que o discurso de Octávio Domingues situa-o entre aqueles médicos eugenistas mais exacerbados. Há um tom moral e racial marcante em suas considerações sobre a hereditariedade. Se ela era concebida como implacável, então a única situação seria o cerceamento da natalidade, fosse pela obrigatoriedade do exame pré-nupcial para impedir a união de anormais e portadores de doenças ou distúrbios hereditariamente transmissíveis, fosse, mais além, pela proposição da esterilização de criminosos e degenerados. Esse seria o modo de impedir a propagação das cargas patológicas e assegurar a purificação da raça.

Apesar de não ter sido possível identificar uma réplica direta a esse artigo de Domingues, a ele se referem médicos gaúchos, como o dr. Louzada<sup>72</sup> ou o dr. Thomaz Mariante.

O dr. Mariante, assumia posição nitidamente cristã-católica e tecia ásperas críticas às tendências deterministas e neo-maltusianas e aos procedimentos eugênicos propostos no campo da Medicina, condenando as posições de Renato Kehl e dos demais médicos que eram seus seguidores fervorosos. Questionava o caráter de religião que o movimento eugenista assumia em alguns setores da medicina brasileira o que, segundo ele, fazia com que se perdesse de vista a validade científica e ética da Eugenia.

Em 1933, por ocasião de uma preleção aos formandos da Faculdade de Medicina de Porto Alegre, o dr. Mariante afirmava que em seus fins a eugenia era digna de estudo e aceitável pela moral e pela ética. Entretanto, o mesmo não se

estendia a todos os seus meios, pois, muitas vezes, se contrapunham aos princípios sagrados da moral e da caridade, ferindo fundo os preceitos da ética profissional. No âmago de sua crítica o dr. Mariante tocava no problema da hereditariedade.

“Mas, serão de fato, completamente inúteis para a raça os cuidados com o indivíduo? Não poderão a educação, a cultura moral, intelectual e física, influir na biologia da geração, como categoricamente o afirmam os eugenistas? Serão verdadeiras estas desalentadoras palavras de Siemmens, citadas por Kehl: ‘A educação e a higiene por mais perfeitas que sejam não conseguiram, nem conseguirão impedir a decadência?’” (1933, p.407)

O autor discordava, abertamente, de uma espécie de fatalidade que Kehl e Domingues atribuíam à hereditariedade, porque concebia que em Medicina muitas coisas haviam mudavam em decorrência do avanço e descobertas da pesquisa científica.

O dr. Mariante afirmava ainda que não era seu intuito negar a influência enorme da hereditariedade na transmissão e conservação das taras físicas e psíquicas, embora não tivesse encontrado ainda a necessária positividade dos seus fundamentos científicos para permitir certas conclusões a que têm chegado os discípulos de Galton e que culminam na quase condenação dos processos de assistência social e medicina preventiva que tanto contribuía para a marcha da civilização (cf. Ibid., p.407).

Para Mariante, tratava-se de excluir os exageros, resguardando os propósitos da eugenia quanto à melhoria da raça humana por uma mais cuidada procriação, evitando os fatores de degradação da mesma e procurando conhecer as influências capazes de condicionar o aperfeiçoamento das qualidades inatas da espécie, o que era perfeitamente aceitável aos ideais médicos. Entretanto, em sua prática, nos meios de executar a eugenia, como a esterilização, a eutanásia ou o *“birth control”*, é que se encontravam as maiores dificuldades, pois essas proposições colidiam com a moral médica, os direitos dos indivíduos e os preceitos da religião (Ibid., p.409).

---

<sup>72</sup> Antônio Louzada, Livre Docente de Patologia Geral da Faculdade de Medicina Porto Alegre. nos anos 30.

Outros médicos, também endossaram o rechaço aos eugenistas mais ortodoxos<sup>73</sup>, propondo o fortalecimento dos condicionantes que influiriam positivamente para o aperfeiçoamento das qualidades humanas, e por consequência passíveis de modificar a hereditariedade, como modo de promover a eugenia. O dr. Mário Bernd defendeu, nesse sentido, a Educação Física como fator de saúde e de aprimoramento físico e mental, salientando seus efeitos diretos e indiretos sobre os indivíduos e a espécie.

Eis um outro conjunto de problematizações da Medicina no qual se situava o tema da Educação. O peso atribuído à hereditariedade foi considerado pelos médicos que defendiam a consolidação de uma medicina social. Mais especialmente por aqueles que defendiam a proeminência da Educação como estratégia profilática e regeneradora. Se alguns médicos sustentavam um determinismo absoluto da hereditariedade, desacreditando a eficácia das influências do meio e da educação para aplacar seus efeitos, isto não significa que, de outra parte, os médicos que defendiam a Educação se negassem de todo a considerar os elementos hereditários. Tanto é assim, que dentre seus propósitos figurava justamente o intuito de exercer uma ação bloqueadora de possíveis suscetibilidades patológicas, desenvolvendo novos hábitos nos indivíduos, controlando-lhes os “terrenos”, valorizando as cargas positivas que teriam herdado. Mais do que isso, visavam alterar a bagagem hereditária, almejando que os aperfeiçoamentos decorrentes de uma formação positiva pudessem se constituir em legado às gerações futuras, como modo de aperfeiçoamento contínuo e sem limites da humanidade. Imersos nos saberes e verdades de seu tempo, esses médicos tinham em conta as influências hereditárias, mas estas não se fixavam, não pairavam como sentença inexorável sobre os indivíduos. No curso da existência, numerosas variações de ordem fisiológica ou psicológica, estímulos, fatores mesológicos, estavam a atenuar e transformar as disposições hereditárias, nunca extintas. Uma aposta na Educação fazia sentido; a herança não era a única responsável pelo futuro da humanidade. Pois como afirmava

---

<sup>73</sup> O dr. Mário Bernd criticava a importação de modelos que os eugenistas faziam, inspirando-se cegamente nos postulados de Galton. Para ele, eram “mais de temer no Brasil os remédios propinados do que as moléstias” (Bernd, 1935, p.144).

o dr. Martim Gomes, “há de ser na educação integral que hão de aurir seiva as sementes ora lançadas pela nossa regeneração” (1933, p.78).

### 3. Discurso científico

Uma evidência se mantém nas primeiras décadas do século: os médicos consideraram a escola como locus educativo por excelência, concebendo a educação de jovens e crianças como aquela que produzia os melhores resultados, mais intensos, arraigados ao próprio modo de ser e portar-se do indivíduo. Por isso, dirigir às crianças e adolescentes a *educação*, e aos adultos, a *assistência*.

✕ Embora a educação sanitária devesse ser estendida a todo o corpo social, julgavam que o ensino da higiene seria mais produtivo na escola, pois criaria hábitos, multiplicaria práticas higiênicas, chegaria até às famílias através dos estudantes. A escola emergia, então, como locus irradiador, cumprindo um importante papel social no combate à ignorância e na promoção da saúde. Enquanto espaço institucional, fazia ver o dr. Espírito que seria justamente através de um serviço de higiene escolar que estariam reunidos os dois marcos fundamentais do futuro da nossa gente, daí a grande responsabilidade que pesava sobre os ombros dos que estivessem dedicados aos problemas da saúde e educação (cf. 1941, p.175).

A referência aos avanços da ciência médica e suas contribuições para dotar a Educação de mais eficiência e sintonia com as urgências de seu tempo, instala uma efervescência de discussões inéditas em torno da missão educativa da Medicina e do estatuto científico da Pedagogia. Sugerindo indiretamente uma espécie de arcaísmo da Pedagogia, seus métodos e resultados, a Medicina propunha uma subordinação da Pedagogia à Higiene, representando esta a supremacia da ciência. Para o dr. Ygartua

“A higiene moderna impõe hoje à escola a aplicação do preceito dos antigos latinos: ‘*mens sana in corpore sano*’. A subordinação da pedagogia à higiene é uma conclusão científica inatacável, pois que o médico é o forçoso diretor da saúde da criança e a escola não se concebe se todas suas manifestações não se realizam para manter a integridade fisiológica do escolar.” (Morquio apud Ygartua, 1933, p.215)

Qual é essa questão a propósito da integridade fisiológica do escolar que vêm a ser colocada pelo dr. Ygartua? Duas concepções de Medicina confrontavam-se nas primeiras décadas do século XX: uma concepção “anatômica” e uma concepção “fisiológica”. Sinteticamente, a concepção anatômica concebe o corpo como uma congérie de órgãos cujo funcionamento depende estrita e rigorosamente de sua integridade morfológica e estrutural (Pilla, 1937, p.67). Neste sentido, a doença se constitui numa lesão e curá-la é corrigir esta lesão, recompondo ou substituindo o órgão afetado. A concepção fisiológica da medicina, por sua vez, se assenta sobre a idéia de funcionamento do organismo, o dinamismo e a atividade da vida. Se a vida é atividade, a doença nada mais é que um distúrbio funcional (Ibid.). O papel do médico não consiste em tratar da lesão, mas em corrigir as perturbações funcionais a ela ligadas. Por isso, o organismo, mais que um mecanismo, é um mecanismo vivo (Ibid.). Embora uma concepção não implique necessariamente na exclusão da outra, a concepção anatômica persistiu quase absoluta por muito tempo mas, nas primeiras décadas do século XX a concepção fisiológica passou a ser preponderante. Entretanto, segundo o dr. Pilla, não se tratava de um antagonismo, pois essas concepções representavam duas fases diferentes da evolução do pensamento científico: da forma à função.

A concepção anatômica, assimilando o organismo a uma máquina, concebe a função na dependência estrita da forma e por ela se explica, donde todo distúrbio decorre de uma alteração estrutural. Contudo, essa é, nos dizeres do dr. Pilla, uma comparação imperfeita, pois o organismo vivo, sim, é um admirável mecanismo, mas é igualmente um ser organizado, suas diversas partes foram feitas para o todo e o todo depende das partes, havendo uma dependência recíproca. Sendo uma máquina viva, a si mesmo se gera, mantém, dirige e repara. Essa é a diferença fundamental

entre as duas concepções. O mais simples dos mecanismos, diz o dr. Pilla, não existe por si mesmo, não se cria a si mesmo. Como tratá-lo isoladamente ou apenas substituí-lo? Ao invés de “ser o funcionamento simples expressão da estrutura, ele é quem a elabora”, pois, como sugere o aforismo de Lamarck, “a função faz o órgão” (Ibid., p.69).

Além disso, graças à unidade do organismo e à interdependência das funções, o funcionamento de um órgão repercute no de todos os outros. Se, então, a doença é concebida como essencialmente constituída por distúrbios funcionais, a lesão perde a predominância que possuía na patologia. Um distúrbio pode ser dissipado não obstante a lesão, pela capacidade dinâmica do organismo em restituir suas funções. O organismo não constitui um terreno inerte, mas está repleto de predisposições passageiras ou duradouras e de aptidões funcionais para reagir ou sucumbir aos estados mórbidos.

Acresce ainda o dr. Pilla, que a concepção fisiológica da doença não apresenta apenas um interesse doutrinário; também comporta conseqüências de grande alcance prático, uma vez que abre novos horizontes à medicina preventiva, que passa a incumbir-se da tarefa de corrigir a predisposição mórbida, isto é, combater a doença antes que ela se tenha instalado no organismo, por meio de uma espécie de terapêutica abortiva (Ibid.). Deve-se destacar, também, que em se tratando de profilaxia, a concepção fisiológica permitiu ampliar a ação médica, percebendo que assim como o organismo reage sobre o psíquico, o psíquico influi sobre o orgânico. Mais uma observação importante:

“... em vez de decompor a doença numa série de distúrbios parciais e combater cada um deles isoladamente, o que se deve é promover a reação do organismo, como um todo que é. Nisto difere principalmente a terapêutica dinâmica ou fisiológica num senso amplo, da terapêutica organicista, ou fisiológica num senso restrito.”  
(Pilla, 1937, p.78)

Uma nova concepção de medicina, dessa maneira, estendia-se para uma “leitura” médica dos fenômenos educativos: uma visão fisiológica do escolar, a

importância atribuída a todas as atividades funcionais do ser vivo a serem consideradas pela escola – uma educação física, mental, intelectual, moral - as condições do terreno e as predisposições herdadas ou constituídas pelos processos preventivos e pedagógicos. Além do que, como referi anteriormente, concepção fisiológica se estende para o social e pensa o indivíduo e a coletividade como absolutamente interdependentes: um indivíduo não contribui para uma sociedade sadia e, inversamente, uma sociedade em degeneração produz indivíduos imperfeitos. Daí que a fisiologia tenha vindo a tornar a medicina preventiva “uma ciência com aplicação individual, isto é, que vela pela educação e criação de cada pessoa”(Clark, 1931, p.398) como forma de assegurar a saúde de todos.

Transpondo a discussão sobre as concepções de Medicina do campo médico para o âmbito da Educação, embora sem torná-la explícita, é como se os médicos, ao salientarem uma grande mudança na Educação provocada pela concepção fisiológica, sugerissem que a pedagogia anterior estivesse assentada numa concepção anatômica dos escolares, que levava ao predomínio da preocupação com lesões isoladas ou com o meio sanitário, já que ele seria responsável por deflagrar as lesões. Essa crítica foi particularmente insistente nas formulações de um eminente médico e educador, Chefe da Inspeção Médica Escolar da Prefeitura do Rio de Janeiro, dr. Oscar Clark, cujos trabalhos tiveram ampla circulação nos periódicos médicos gaúchos, e que, a propósito, referia:

“a medicina preventiva fisiológica salientou a importância de um *físico harmônico, em estado de equilíbrio funcional, de imunidade biológica e de perfeita adaptação ao meio.* (...) a medicina preventiva fisiológica cria, educa e assiste as pessoas desde o nascimento, para que sejam mantidas em boas condições de saúde...” (Clark, 05/12/1931, p. 398, grifos do autor)

A extensão dos saberes médico-fisiológicos para o campo pedagógico implicou ainda em mudanças mais importantes. Para o dr. Clark, o desenvolvimento da fisiologia teria vindo a revolucionar a mentalidade dos profissionais e pedagogos no que respeita à prevenção dos estados mórbidos, a receptividade do organismo para contrair uma doença, e, muito em especial, o culto da educação sanitária física nas

escolas. Enfim, com base nos conhecimentos científicos da fisiologia, era possível promover uma séria crítica aos métodos pedagógicos e propor um ensino organizado de modo a que da escola nenhum dano pudesse advir para o desenvolvimento normal da criança, uma vez que

“É a pedagogia fisiológica, com efeito, que ensina a intercalar o estudo, o repouso, os trabalhos manuais e as diversões para fugir à imobilização da criança na carteira, horas fio, uma das maiores torturas que se podem infligir ao organismo nessa idade; que vela pelo crescimento normal do aluno mediante a vida ao ar livre; a educação física, o repouso suficiente e ótima alimentação; que recorre aos excitantes fisiológicos do meio externo – ar, sol e água – em contato direto com a pele, para desenvolver as forças naturais de defesa do organismo, (...) que utiliza a piscina, o pátio de recreio, a oficina, a jardinagem, a cozinha e as excursões, como complemento da educação intelectual; em cuja obediência se instituem *hábitos higiênicos e o ensino da higiene passou a preocupar tanto a professora, quanto o simples combate ao analfabetismo.*” (Clark, 05/12/1931, p. 397-398, grifos do autor)

Enfatizando uma espécie de revolução operada pela medicina na mentalidade dos pedagogos, o dr. Ygartua, de sua parte, salientava que os programas eficientes e salutareos resultavam de uma organização científica e pedagógica, a exemplo do que ocorria na Alemanha e na Bélgica (1933, p.212). Tal destaque ao científico informando o pedagógico é mencionado também por outros médicos, chegando-se mesmo a afirmar, emblematicamente, que:

“atraindo a medicina para o meio escolar, adquiriu a pedagogia um aspecto moderno e elevado de proteção à criança, pois, incorporando em seu programa os ensinamentos de higiene, implantando a idéia de saúde, fez mais que defender o indivíduo, pois defende a raça, eugeniza a sociedade e oferece à Nação a energia da saúde geral da população.” (Mello, 15/05/1937, p.222)

Se a Medicina atribui à Pedagogia um aspecto moderno e elevado, impossível compreender que na escola houvesse a separação entre o médico e o professor na

educação das novas gerações, ou então que a moderna Educação não contemplasse a educação sanitária. Para o dr. Fontenelle, essa era uma evidência tão defensável que até mesmo o grande filósofo educacional norte-americano, John Dewey, fixando as diretrizes da moderna Educação, afirmava que “a saúde é um dever e que organizar a educação higiene das novas gerações é função precípua da escola de hoje” (Fontenelle, 25/11/1932, p.388).

Dentre os autores da Educação citados pelos médicos, Dewey é, indiscutivelmente, o mais referido<sup>74</sup>. Alguns médicos sugerem que as aproximações entre Medicina e Educação seriam mais fecundas a partir das idéias daquele educador. Para Dewey, a Educação era concebida como processo de vida – “educação é vida”- , o que vinha a estabelecer proximidades com a concepção fisiológica da Medicina, pautada pela noção de funcionamento do organismo e atividade da vida. Assim sendo, o médico paranaense José Pereira Macedo defendia que, se Educação é vida, ao médico não se poderia negar papel saliente e necessário na escola, pois a necessidade precípua da Medicina é justamente velar pela criação<sup>75</sup> (jul. 1933, p.216). Quem até então sempre se ocupara da vida?

Além disso, o dr. Macedo salientava como importante o fato de que, para Dewey, o fim (o resultado) da Educação se identifica com os meios (o processo), do mesmo modo que os fins da vida se identificam com o processo de viver, demonstrando mais uma instigante relação com as novas concepções da medicina fisiológica<sup>76</sup>. Neste sentido, indagava o dr. Macedo: a quem senão ao médico a obra indispensável de pôr em evidência os elementos necessários para a constituição normal de base biológica sobre a qual assenta todo o complexo edifício educativo?(1933, p.215-16)

“Fosse a educação processo pelo qual a escola super ajunta atributos novos ao ser em evolução que os receberia passivamente de fora para dentro e a tarefa do professor bastaria (...), mas tratando-se do próprio

<sup>74</sup> Identifiquei também referências a Adolphe Ferrière, Tristão de Ataíde, Anísio Teixeira e Fernando de Azevedo.

<sup>75</sup> Posição expressa na tese intitulada “O médico nas escolas”, apresentada no 2º Congresso Médico Sindicalista, realizado em Porto Alegre, em 1933.

processo de viver, o conhecimento profundo da criança e do adolescente, das suas necessidades psicológicas nos diferentes estádios de desenvolvimento e do meio adequado para o crescimento da base física de cuja integridade depende a evolução concomitante do espírito, os instrumentos educacionais se complicam e a educação não pode prescindir da ação conjunta dos seus fatores essenciais, sobrepujando o do médico especializado na vigília constante das condições em que se realiza o processo educativo, sobre a criança, sobre o lar de que procede, sobre o meio escolar e sobre o próprio professor que tem como o educando, uma psicologia própria da qual depende o seu modo de ser, no exercício de suas atribuições.” (Macedo, jul. 1933, p.217)

Da mera transmissão de conteúdos ao entendimento da Educação como processo de viver, novas exigências se impuseram. Em especial, aquelas que passaram a requerer dos educadores outro conjunto de conhecimentos, necessários a uma racional atuação pedagógica. Considerando que seria “estultice” almejar reunir em um só indivíduo, o professor, essa soma de saberes para uma moderna educação, legitimava-se a distribuição de competências específicas, dentre as quais sobressaindo-se aquelas do médico escolar, detentor dos conhecimentos científicos necessários para observar, classificar, propor métodos de ensino e, enfim, zelar pela integridade fisiológica dos estudantes.

“Recusar a colaboração [do médico] é um contra-senso que não se justifica, porque além das suas afinidades com o professor na ordem das cogitações mentais em busca e na aplicação das verdades relativas ao bem-estar da humanidade, é ao médico a quem cabe a abnegada missão de velar pela criação e nesse mister ele equivale à própria maternidade, porque se a criação exige ternura e desinteresse, a vida da criação não exige menos, se criar é dar de si nesse desdobramento do próprio ser para a nova vida cuja fonte é o amor, velar pela criação, prolongá-la e aliviar as suas dores é função de bondade cuja fonte é a mesma fonte da vida! Se a educação é a própria vida, ao médico cabe

---

<sup>76</sup> Ver Anísio Teixeira, apresentando Dewey apud Macedo, 1933, p.217.

o papel mais importante na educação.” (Macedo, jul. 1933, p.217-218, grifos meus)

Imprescindível e insubstituível no processo educacional, assim se apresentava o médico. Sua larga base de conhecimentos nos ramos das ciências concernentes ao processo de viver, ou seja, à Educação, e o sacerdócio como imperativo de sua própria tendência psicológica, que o impulsionava a agir incansavelmente na proteção da infância e na promoção da saúde, legitimavam sua presença no campo educativo (ver Macedo, jul. 1933, p.218).

“Ao invés da prática da arte médica, ao médico nas escolas compete fazer *ciência médico-pedagógica* que visa essencialmente o desenvolvimento físico e psíquico do aluno, cooperando com o professor para o conhecimento das leis fisiológicas que regem a natureza da criança sob o duplo aspecto somático e mental.” (Ibid., p.219, grifos meus)

Estavam, dessa forma, explicitados os argumentos para que o campo educativo viesse a acolher como legítimos e pertinentes os postulados da Medicina, bem como a inserção de médicos no cotidiano pedagógico da escola. Fundamentalmente, o discurso consistiu em insinuar a preponderância dos saberes médicos para a nova tarefa educativa: mais do que qualquer outro saber, os médicos dominavam as ferramentas cognitivas e metodológicas, seja da Biologia, seja da Psicologia, para conhecer a criança, decifrar seus sinais, classificar sua capacidade mental, desenvolver seu físico adequadamente e orientar os professores, dotando sua formação de uma consistência teórico-científica reclamada pelo progresso e demandas educativas da sociedade da época. A discursividade médica não deixa dúvidas: a Medicina produziu saberes sobre a prática educativa e formulou um determinado projeto de Educação.

Entretanto, as intersecções entre Medicina e Educação não implicaram apenas numa extensão dos saberes médicos ao campo educativo. Os próprios médicos registram um outro movimento que vai da Educação à Medicina. O dr. Clark, por exemplo, observava que, de uma certa maneira, a higiene escolar acabou, por sua prática e sua concepção, influenciando toda a Medicina, de sorte que a Medicina

também foi se modificando. Em que sentido? Considerando a higiene escolar como sinônimo de medicina preventiva, coube-lhe a incumbência de cuidar tanto da criança sadia quanto da criança doente. Essa experiência da Higiene, atendendo à coletividade escolar, demonstrou, efetivamente, a necessidade imperiosa do exame médico preventivo, em centros bem instalados, da totalidade dos alunos, para que os males identificados fossem tratados ainda em fase suscetível de cura. A escola, assim, foi um locus fundamental de exercício de uma medicina preventiva em todos os seus aspectos, sem as dificuldades à prática da higiene existentes em outros espaços sociais, e pôde mostrar os resultados positivos da prática profilática.

“Não conheço serviço que tenha concorrido tanto para mudar a mentalidade do mundo médico e que tenha operado mudança tão radical no exercício da própria medicina. A higiene escolar e o laboratório, com efeito, modificaram a fisionomia da medicina de tal maneira que, hoje, em lugar de o doente procurar o médico, muitas vezes, é este quem, pelos exames periódicos de saúde, vai descobrir a doença nas pessoas aparentemente sadias.” (Clark, 15/08/1931, p.268)

De outra parte, o dr. Gonçalves Vianna, em 1933, reconhecia que apesar de alguns conhecimentos sobre os atributos psicológicos da criança, a prática da higiene escolar oportunizara uma intensa observação das crianças escolarizadas, atestando a fonte preciosa de ensinamentos que era a escola. Essa presença médica nas escolas, teria efetivamente produzido novos saberes à Medicina.

“É citada a ignorância que se tinha a respeito do desenvolvimento mental e das diferentes condutas, por isto pesquisas foram feitas e obtiveram resultados impressionantes, que revelaram coisas profundas de grande significação, daí acentua-se o valor da “Pedagogia” como em “Higiene Mental”. Agora há um respeito pela personalidade do aluno, contrário a outrora onde a repressão e o constrangimento se dava, fazendo com que alguns de caráter forte se rebelassem... O professor tem a meta de estudar cada aluno, avaliar cada um, para posteriormente poder ajudá-los, orientando-os, procurando sublimar os instintos, principalmente quando se mostram dominados. Esta noção do respeito à personalidade tem de ser a idéia mestra de toda a

intervenção educadora ou terapêutica”. (Vianna apud Ygartua, 31/08/1933, p.5).

Da mesma forma que ao pedagogo competia apropriar-se dos conhecimentos científicos da Biologia e da Psicologia para compreender a criança e qualificar sua tarefa educativa, o médico na escola não exercia simplesmente Medicina, mas se constituía como educador, aspecto salientado anteriormente. Ora, para o bom desenvolvimento de tão elevada função, além do preparo médico especializado, também cumpria ao médico dotes de espírito que permitissem abranger filosoficamente o conjunto das ciências relacionadas com a Pedagogia. Dessa forma, e considerando que a formação médica não contemplava o ensino da medicina escolar, de cada médico dependia um trabalho contínuo de pesquisa e estudo dos vários ramos concernentes à natureza da criança e aos objetivos da Educação (Macedo, 1933, p.220).

Embora sejam escassas as referências explícitas à incorporação de saberes propriamente pedagógicos, exceção feita a algumas menções às idéias de Dewey e Ferrière, o acompanhamento dessa discursividade no tempo permite perceber um refinamento da discussão médico-educativa, uma atenção maior a processos muito particulares da escola, como os mecanismos da aprendizagem, além do emprego de um vocabulário concernente à Pedagogia, exemplificado pelas expressões “ensino ativo”, “pedagogia moderna”, “educador/educando”, “educação como processo do viver”, que se disseminou no discurso médico.

Uma última questão sobre as aproximações entre Medicina e estatuto científico da Pedagogia. Foucault, em ‘*Vigiar e Punir*’, assinala que a disseminação da prática do exame na escola possibilitou uma intensa circulação de saberes: do mestre transmitindo a seus alunos e, através dos exames, levantando um campo de conhecimentos sobre os alunos. Isso fez com que a escola se constituísse em local de elaboração de uma pedagogia, espécie de liberação epistemológica do pedagógico. E, portanto, para Foucault, a era da escola examinatória marcou o início de uma pedagogia que funciona como ciência (1993c, p.166). Ora, aqui caberia indagar sobre a decisiva presença dos médicos na escola, inaugurando muitas vezes uma outra ordem de exames – os testes cognitivos, o controle do desenvolvimento

antropométrico, particularmente por meio das inspeções médico-sanitárias, contribuindo, assim, ativamente para a produção dos saberes pedagógicos. Indiscutivelmente, muito a Pedagogia deve aos conhecimentos psicofisiológicos produzidos e aprofundados pela atuação médica nas escolas, o que pode ser brevemente atestado pela crescente incorporação desses saberes em disciplinas específicas da formação de professores na Escola Normal, por exemplo, insistindo-se para que fossem ministrados por médicos escolares, bem como pela manutenção, em nossos dias, de testes incorporados ao cotidiano escolar pela ação médica.

#### 4. Críticas e proposições

Uma espécie de paradoxo parece caracterizar o discurso médico sobre Educação dos anos 1900 a fins da década de 40. De uma parte, o destaque à escola como locus educativo por excelência, instituição onde a educação sanitária seria mais fecunda. De outra parte, ácidas críticas dirigidas aos métodos e procedimentos de ensino, a teorias pedagógicas, à precária formação dos professores e mesmo às inadequadas condições do meio escolar. Artifícios argumentativos que, reforçando o caráter estratégico da Educação, buscam desqualificar a prática educativa vigente, pelo menos em alguns aspectos, para fazer reconhecer outras proposições e outros sujeitos. Vimos como a disputa pela “verdade” da Pedagogia levou os médicos a apontarem sua inconsistente sustentação científica, propondo um campo teórico-prático para dotá-la da cientificidade reclamada.

Os médicos não hesitam: é recorrente a certeza de que a escola é uma fonte preciosa de ensinamentos, pois como reitera o Dr. Mário Totta, “as influências da escola acompanham o homem por toda a vida: a escola é o destino (1939)”.

Insistências mais fortes delegam à escola a tarefa de produzir grandes mudanças, individuais e sociais, através da difusão de uma consciência sanitária.

“A escola é o local mais propício para promover a transformação. O ensino primário precisa ser vulgarizado ... Mas não apenas a ministração dos conhecimentos das letras e das ciências. O capital humano precisa ser preservado das infecções que aniquilam o valor do homem, e para isso é ainda a escola o **lugar melhor para infundir uma consciência sanitária**, que será tanto mais habitual, quanto mais cedo for movida. De início, pois deve ser a escola um ambiente educativo por seus vários aspectos.” (Espírito, 1934:3, grifos meus)

Com estas considerações, que insistem na relevância da escola para infundir nos indivíduos um conjunto de hábitos e atitudes sadias, vários médicos pronunciaram-se em artigos, conferências, teses defendidas junto às Faculdades de Medicina ou em congressos no período em estudo.

Indiscutivelmente, higienistas e eugenistas concordavam com a necessidade de atuarem diretamente no espaço escolar, através dos serviços de inspeção médica e ensino da higiene. À escola, inserida numa rede de instituições, estava reservado o papel de formar crianças e jovens, futuros cidadãos, produzindo práticas individuais e coletivas, associadas aos propósitos de constituição de sujeitos ocupados com sua higiene e sua saúde, seja pela ruptura face aos hábitos perniciosos herdados da família, seja pela conservação de práticas salutares, acrescidas de novas formas de ser e de pensar, esboçadas pelos médicos a partir da ciência e dos ideais de civilização e urbanidade.

Observe-se que a defesa da escola é informada tanto pelos pressupostos teóricos da Higiene, quanto da Eugenia, que aposta na possibilidade de fundar-se na educação da infância para obter a purificação da raça. Além disso, como já referido, a defesa da escola se ancorava na observação de que os procedimentos de coação e punição não assegurariam a realização dos propósitos da higiene social, para o que considerava-se necessário instruir e forjar convicções nos indivíduos, tarefa precípua da escola.

“Inútil é encarecer a necessidade de difundir o ensino de higiene nas escolas primárias. Hoje, não há quem não reconheça que, só assim, poderemos criar a desejada e indispensável “consciência sanitária” que fará a robustez e a defesa de nossa raça. Todas as nações cultas lançaram mão deste processo, e outro não existe porque só a escola educa, transforma e dirige os destinos dos povos. Como obrigar, por meio de leis e penalidades, o indivíduo a proceder higienicamente, se ele desconhece os preceitos e as vantagens da prática sanitária ? Da ignorância resulta, quase sempre, a falência das boas intenções, principalmente quando estas visam modificar hábitos, destruir costumes enraizados. Só a educação leva ao espírito a convicção e transforma em ato espontâneo o ensinamento que se adquiriu. É o automatismo inteligente e consciente, visto que emerge do modo de ser de cada um, e muito de nós não é mais do que aquilo que a educação formou e modificou. Para que tenhamos hábitos de higiene, preciso é que eles venham da escola. Ela é que nivela todas as classes sociais numa base geral de cultura e bons costumes, e para ela devemos apelar na obra da formação da nacionalidade. A escola deve aparelhar cada indivíduo para sua própria utilidade e para utilidade da Pátria, transformando-o num homem e num cidadão.” (Larbeck, 1934, p.5, grifos meus)

A transcrição acima é indiscutivelmente riquíssima: o Dr. Larbeck condensa enunciados da discursividade da medicina social daquele momento. De uma parte, vincula a prática da higiene escolar como a garantidora da consciência sanitária, que por sua vez assegura a ascensão do país ao status de nação culta e desenvolvida. De outra parte, insiste na relevância de instilar nos indivíduos - em cada um - o que se lhes é ensinado, pois somente através da convicção ou do que ele denomina “automatismo inteligente” será assegurada a formação da nacionalidade. A escola concretiza a consciência sanitária, pois ela produz ativamente os indivíduos.

As referências à escola no discurso médico, contudo, distinguem uma instituição pensada idealmente e as escolas existentes na época. Uma era a escola projetada pelos médicos, agremiação sadia, asséptica, cientificamente organizada, onde haveria uma estreita colaboração entre médicos, professores e famílias. Outra,

era a escola concreta, que demandava reformas urgentes e uma indiscutível atuação médico-científica. As críticas à instituição escolar tenderam à universalização; são muito pontuais referências a uma escola em particular, tendendo a mostrar, portanto, a necessidade de mudanças em todas as escolas.

É preciso insistir na explicitação das críticas à escola para demonstrar como os médicos buscaram constituir um discurso autorizado e legítimo para as intervenções naquela instituição. Neste sentido, invariavelmente, as questões levantadas pelos médicos se assentavam no caráter científico que presidia suas análises. Desde a crítica aos currículos, passando pelos métodos e processos escolares, até o procedimento de classificação dos estudantes, os argumentos que justificavam as discordâncias e aqueles que sustentavam as proposições, tratavam de explicitar sua base científica.

Primeira evidência: a crítica mais contundente se dirigia ao procedimento de classificação e distribuição dos escolares que, segundo os médicos, era estabelecido pelo “falso” critério da idade. Essa afirmativa ocupa a quase totalidade dos discursos. Sugerem uma falha grave na sustentação pedagógica da escola. Os pedagogos não dominavam os modernos procedimentos de caracterização das crianças, os chamados testes, contribuições da Psicologia experimental para a identificação da “capacidade mental” de cada aluno. Por isso, recorriam à força da tradição e do arcaísmo representado pelo critério da distribuição dos escolares segundo a idade. Mais que provado estava, pelas pesquisas de base científica, que este critério por si só era inadequado e com frequência gerava equívocos, agrupando escolares de diferentes capacidades cognitivas e tratando-os como iguais. Mas por que uma tal situação persistia? Os professores não estavam preparados para levar em conta rigorosa os atributos psicológicos da criança, suas condições de aproveitamento e sua vocação para o exercício profissional futuro (Ygartua, 1933, p.217). Conseqüentemente, incorriam tanto no equívoco de subestimar, quanto no de superestimar as capacidades da criança, destinando-lhe tarefas, exigências e exercícios físicos ou intelectuais inadequados, cujos danos muitas vezes eram irreparáveis. Essa inadequação dos métodos e procedimentos escolares decorria, basicamente, da uniformização imposta pelo professor, que de outra maneira não sabia agir.

“Programas uniformes e ensinios em conjunto, sem prévio exame das capacidades, é um absurdo que já levou alguém à irônica referência de “águias e jumentos” obrigados ao mesmo passo, principalmente agora que os modernos educadores já distinguiram a idade cronológica da idade mental dos alunos ...” (Pitta Pinheiro, 1930, p. 125)

Mas a classificação e distribuição dos escolares não era incorreta apenas no descuido das capacidades mentais e na uniformização do trabalho pedagógico. A ausência da prática de exames médicos minuciosos impossibilitava detectar anomalias, estados mórbidos e/ou contagiosos, psicopatias, agrupando os estudantes numa heterogeneidade perigosa.

“Detenhamo-nos a examinar mais detidamente a marcha dos acontecimentos quando por ventura, as nossas crianças chegam à escola. Olhemos para uma aula primária e logo nos chamará atenção a heterogeneidade da mesma. Numa promiscuidade psico-fisiológica, aberrando contra toda a pedagogia hodierna, deparamos com os mais variados tipos de crianças que se possa imaginar. Ao lado do tipo normal, do hígido morfo-fisio-psi-quico-pedagógico, encontramos os tipos infra e super normais. Ao lado da criança sadia, se senta a tuberculosa, ao lado da carregada pelos estigmas da lues está aquele que traduz nos seus traços fisionômicos o selo indelével do alcoolismo. Em face do eutrófico, que vende saúde, está o hipotrófico a exigir num brado que condói, os necessários alimentos para manter uma vida que baqueia. Contrastando com um retardado pedagógico, está o super-normal, assombrando seus companheiros. Em face de um anormal escolar, vemos o tipo perfeito, de pleno acordo com todos os requisitos da psico-pedagogia moderna.” (González, 1934, p.184-5)<sup>77</sup>

Nas palavras do autor, uma espécie de promiscuidade psico-fisiológica instalada nas escolas colocava em risco não apenas as capacidades intelectuais do escolar, como também a saúde física e mental. As diferentes caracterizações

---

<sup>77</sup> Salvador González, médico atuante em Porto Alegre. O artigo intitula-se *Sugestões médico-sociais*. Constitui pronunciamento em sessão da Sociedade de Medicina de Porto Alegre, quando se instalou um conjunto de discussões com o intuito de estudar as condições em que se realizam os cursos de cultura física nos estabelecimentos escolares.

expostas, o hipotrófico, o eutrófico, o retardado, o super-normal, e outros, assinalam caracteres que supõem o domínio de conhecimentos complexos e sofisticados que, evidentemente, os pedagogos não tinham. Reclamava-se, então, a participação do médico na seleção, classificação e exame periódico dos escolares. É interessante como o dr. González aludia serem suas observações nada mais que a enumeração de defeitos conhecidos por todos os médicos que discutiam a matéria educativa.

Na sequência de sua exposição, o dr. González sugeria que a Sociedade de Medicina examinasse a proposta de solicitar aos poderes competentes a criação de um Instituto Médico Escolar a fim de proceder à seleção prévia das crianças em idade escolar, de acordo com os últimos quesitos da psico-pedagogia moderna, prática que segundo o médico constituía “o ideal de um povo civilizado, embora parecendo irrealizável entre nós” (Ibid., p.186).

A condenação da prática pedagógica que procedia a um mesmo sistema uniforme de cultura intelectual e física para todos os escolares foi sistematicamente evocada pelos médicos, que muitas vezes se serviam de exemplos ilustrativos dos graves problemas que decorriam dessa forma escolar.

“Basta recordarmos a nossa vida colegial para avivarmos em perspectiva má, quadros que a memória com fidelidade e vigor reproduz, até mesmo em seus detalhes. Por certo nos acordaremos daqueles que irmanados conosco por uma mesma geração, de nós se afastavam pela tristeza apática em que se achavam sempre mergulhados, e pela fraqueza física que os humilhava, tornando-os mais pálidos e cabisbaixos. Eram os vulneráveis ou tarados, sujeitos a um mesmo sistema uniforme de cultura intelectual e física; portadores de agentes mórbidos ou predispostos orgânicos, pelo grão ou pelo terreno, eram os predestinados a constituir os inválidos do futuro, cujo destino havia de levá-los à condição tristíssima de povoadores dos hospitais, dos sanatórios e das casas de saúde.” (Larbeck, 1916, p.42)

Relativamente aos métodos e processos de ensino, além da crítica à uniformização, que comprometia a atenção aos diferentes caracteres e capacidades dos escolares, formularam-se também outras discordâncias. O atulhamento do cérebro das crianças com coisas abstratas e sem nenhuma aplicação na vida prática

(Clark, 1930, p.61); o sistema escolar que condena os adolescentes a uma imobilidade prolongada, a um trabalho intelectual intenso agravado, periodicamente, pelos esforços de exames (Lupi, 1939, p.163); a exigência da atenção da criança com recomendações de práticas cujo alcance escapa ao entendimento infantil, perdendo tempo (Macedo, jan. 1932, p.107); a escola como instrumento de tortura e meio de deformação (Idid., jul.1933, p.220); a ênfase no desenvolvimento intelectual, em detrimento da higidez física; a memorização de fórmulas áridas, regras e definições mais ou menos abstratas, sem interesse imediato, desperdiçando energias da criança em atividades estéreis; ou ainda o fato de que a escola arrebatava a criança da liberdade para pô-la no torniquete que a pedagogia moderna e a higiene escolar se esforçam por afrouxar (cf. Ibid., p.222), constituíam as críticas mais recorrentes ao que alguns aludiram como o “martírio da escola”<sup>78</sup>.

Além disso, críticas também eram dirigidas ao desconhecimento dos professores acerca da realidade psico-fisiológica do “ser criança”, o que, por exemplo, tornava-os incapazes de escolher um tipo de ginástica ou desporto para cada indivíduo e, muito menos, o adequado para as crianças. Seja na prática dos exercícios físicos, seja nas matérias que requeriam as habilidades intelectuais, os mestres usavam a mesma medida educativa para todos os ânimos infantis, e a consequência inevitável é que os instáveis, movediços, deixavam-se conduzir erroneamente, reagindo com mentiras e simulações para fugir aos castigos (ver Austregésilo apud Ygartua, 1933, p.225). Como assegurar a formação do caráter nessas condições?

Outros questionamentos, ainda, particularizavam a análise da materialidade das escolas, condenando os espaços insalubres, a localização do prédio escolar, os problemas de iluminação, ventilação, os espaços construídos e as áreas livres, a inadequação do mobiliário e dos equipamentos disponíveis, dos bebedouros aos sanitários, avaliando os prejuízos físicos ocasionados às crianças – problemas de visão, focos contagiosos, distúrbios posturais e danos à coluna, dentre outros. Evidentemente, os médicos assinalavam o fato de que os conhecimentos da Higiene

---

<sup>78</sup> Expressão explícita em José Pereira Macedo. Diretor da Inspeção Médica Escolar do Paraná. 1932. p.107.

eram ignorados ou desprezados nos casos citados. E esse era o problema maior.

O próprio currículo escolar foi problematizado pelos médicos. Afinal, quais as incumbências da escola, que ensinamentos deveriam ser ministrados? Era inconcebível que a Higiene ainda não fosse objeto de ensino, embora figurassem tantos assuntos abstratos e estéreis naquela que era, para muitos, a única oportunidade de aquisição de conhecimentos e modos educados. Além do que, a difusão de preceitos de higiene nas escolas concorreria grandemente para a saúde daquela agremiação, e sem saúde seria impossível aprender.

“É na escola que se deveriam ministrar os primeiros conhecimentos higiênicos, e não como geralmente acontece e muito bem disse Almeida Jr. “A escola quando ela existe, contenta-se com ensinar a ler, a assinar o nome e a contar bolinhas”. Não dá hábitos de asseio, para salvaguarda da saúde. Não ensina a comer, não diz os perigos do alcoolismo, não conta os horrores da peste branca. Raros os que num ambiente propício, doméstico ou social, completam a lacuna da escola. Os outros, quase totalidade, viverão ignorando para sempre os mezinhos princípios da higiene, as rudimentares práticas de asseio que com reduzido custo, poderiam ter adquirido na infância, graças aos quais teriam escapado aos erros de nutrição, ao alcoolismo, ao anquilostomo, (...) ao imenso cortejo de males que os mergulha na apatia e na incapacidade. (...) Infelizmente, se bem que haja um ensaio de ensino dos preceitos higiênicos nos grupos escolares, deveria ele ser grandemente ampliado. Exige-se e acha-se tempo para tudo, dia das árvores, das aves, etc, e no entanto, não o há, quando se tem em vista a verdadeira prosperidade e felicidade, que somente a saúde pode dar!” (Lentino, 1930, p.64)

O dr. Lentino era mais contundente em sua crítica, chegando mesmo a questionar o valor de uma instrução que excluísse os conhecimentos de higiene pois, para ele, não era raro encontrarem-se pessoas instruídas que, no entanto,

desprezavam os mais comecinhos preceitos higiênicos, porque não os conheciam (Ibid., p.65).

Mesmo reconhecendo algumas reformas sociais envolvendo a Educação nos anos 30, o dr. Ygartua considerava que muita coisa não havia mudado substancialmente, pois métodos didáticos, exames e direção, persistiam distantes e divorciados da própria lei do desenvolvimento das faculdades intelectuais e volitivas da infância. Para ele, os esforços conhecidos reduziam-se, praticamente, ao mecânico ofício da *desanalfabetização* (expressão do autor), quando outras cogitações, mais sérias e proficuas, deveriam nortear os educadores em função da finalidade social do ensino hodierno (cf. Ygartua, 04/07/1933, p.3).

Em suma, a eficiência da escola era avaliada pelos médicos considerando-se a classificação dos escolares, a preparação dos mestres, o ambiente material, os procedimentos pedagógicos e até mesmo o currículo escolar. Mas não se queira inferir a partir disso, que os médicos fossem ingênuos quanto aos desafios e complexidade do “mecanismo escolar”. Em um artigo que por seu título “Cantinas escolares”, talvez pouco tivesse a dizer da visão médica sobre a escola, o dr. Macedo registrava a insensatez de alguns pedagogos, quiçá seu otimismo exacerbado, quando pensavam que a escola poderia tornar-se um paraíso. Não que ele discordasse da pedagogia nova, do ensino centrado no interesse espontâneo da criança e do intuito em tornar a escola cada vez mais atraente, como propagavam os modernos pedagogos da época. Mas, para o dr. Macedo, estaria sempre a escola a exigir das crianças o cumprimento de deveres de que estão desobrigadas no lar ou no recreio, por isso, constituía um erro

“... conceber a escola como um lugar cheio de delícias, para onde os meninos corresse como a um divertimento; cujo professor fosse de açúcar e pão de ló e o ensino fácil, muito agradável, doce como o melhor melado. Nem tanto assim! A escola é um lugar de trabalho, com as dificuldades, as fadigas e os obstáculos próprios do trabalho; (...). A escola, pedagogicamente verdadeira é, de certo modo, o espelho da vida, não pode ser uma florescência de rosas sem espinhos.” (Giovanni Zibordi apud Macedo, maio 1932, p.232)

Polemizando com algumas propostas da época, ao dr. Macedo era forçoso estabelecer uma distinção entre a escola como preparação para a vida e a escola como reflexo da vida, e para ele, isso não estava claro aos educadores. Sua posição era de que a escola poderia ser o espelho da vida nos países em que a vida já obedecia a uma certa lógica econômica e cívica, de bem-estar e de higiene. Contudo, no Brasil, visto que nossas condições estavam muito longe disso, a escola deveria começar por “ser a própria vida, porque do refleti-la somente, como de fato reflete, tal como ela existe em nosso país, outro proveito não colheremos que o de reforçar hábitos que ainda mais nos amesquinham” (Ibid., maio 1932, p.232). Entretanto,

“que a escola continue como preparação para a vida na execução dos programas de ensino, dentro da aula, na instrução em suma, mas que seja ao menos no recreio a própria vida no evoluir físico e moral do futuro homem desde já integrado no meio social pela coordenação racional da sua exuberante atividade na expansão da sua alegria para a felicidade humana que é afinal o máximo objetivo da educação.” (Ibid., p.232)

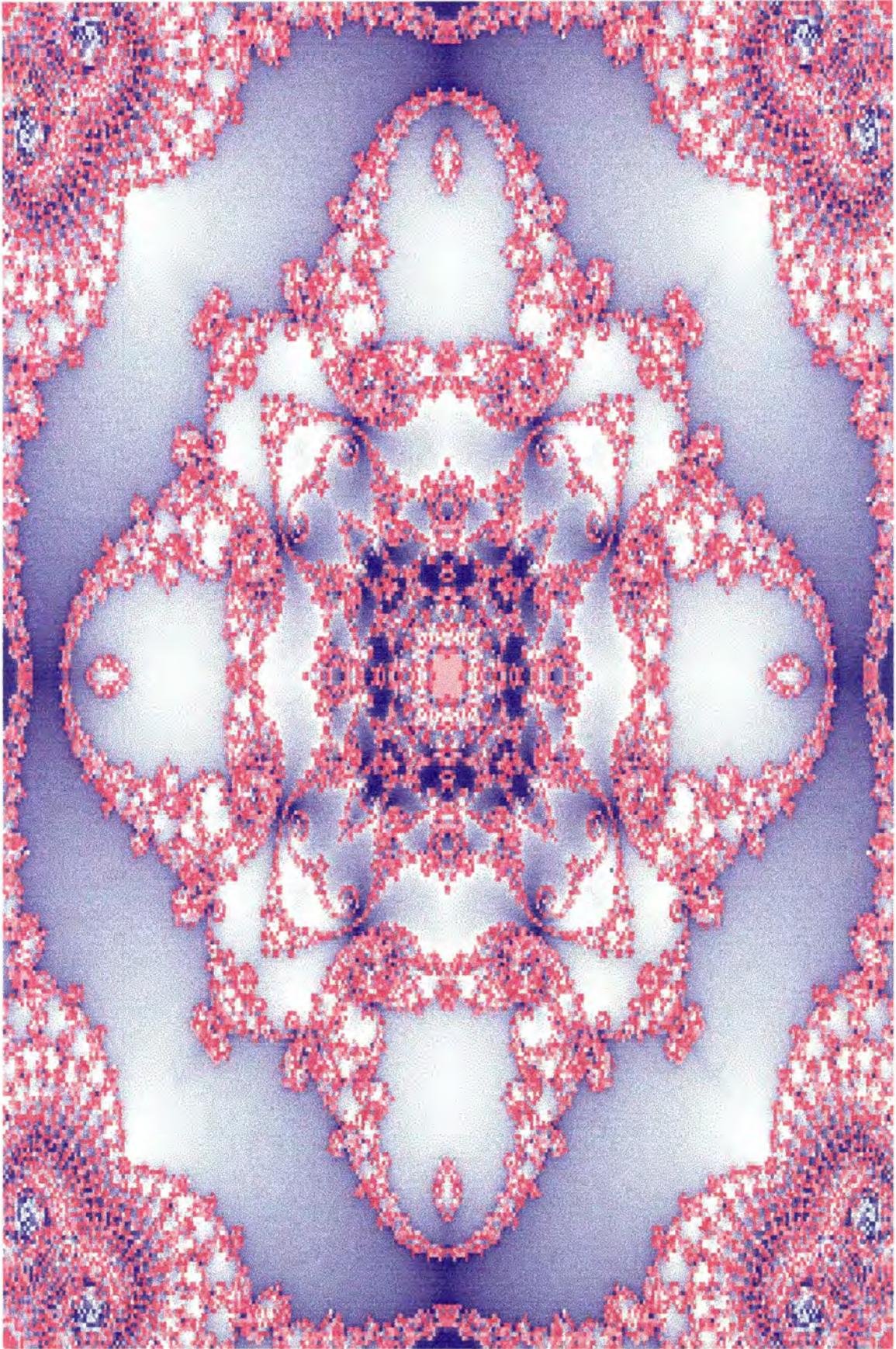
Para tanto, era imprescindível a colaboração do médico, de modo a aproveitar os intervalos nos trabalhos escolares, instantes preciosos para imprimir na criança, em sua personalidade em formação, “normas racionais de conduta nascidas espontaneamente na consciência infantil pela força persuasiva da satisfação que a prática de atos sadios soem proporcionar.” (Ibid., p.233) Dessa forma, para o dr. Macedo, nem tudo havia de ser espontâneo na escola. À escola competia

“intervir, sacudida pela força que for, venha donde vier, do governo, das autoridades do ensino, do próprio professor, de instituições ou mesmo de simples particulares e procurar viver a vida cuja projeção no meio doméstico condicione um rumo novo tendente ao aproveitamento do considerável potencial de energia moral e física da nossa gente.” (Ibid., p.233)

Se havia críticas à escola, os médicos também não se descuidaram da formulação de proposições. Para cada um dos questionamentos, como era da própria cultura médica, foram prescritos outros modos de organizar os escolares, ensiná-los,

preparar o ambiente educativo, informar e instruir. Procedi aqui a uma espécie de mapeamento das críticas dirigidas pelos médicos à situação da escola, mas também a algumas propostas pedagógicas que circulavam na época. Pretendi, de certa maneira, dar visibilidade a um conjunto de práticas discursivas que exprimem o refinamento da problematização médica sobre Educação. Seja referindo-se a aspectos muito particulares do processo pedagógico, seja polemizando com teorias pedagógicas, desejo insistir no fato de que as discussões sobre Educação não foram marginais ou pontuais no âmbito da medicina social.

Em novos movimentos do caleidoscópio, procuro trazer à tona a densidade da problematização médica sobre a escola, discutindo o que os médicos diziam, o que prescreviam e como pensavam sua própria inserção escolar.



TRAMAS

---

# TRAMAS

---

## 1. A Escola

“O que procuramos aqui não é o discurso do acusatório, a busca de culpados, as inclusões e exclusões nas listas de filiações aos ‘bons’ e aos ‘maus’ modelos educacionais. Buscamos fazer um estudo de processo, ali onde o banal revela sua importância, onde o transitório se mostra persistente, na intimidade das redes de poder e dos jogos de verdade que se constituem em fina e sutil malha, envolvendo a todos e a cada um.” (Eizirik e Comerlato, 195, p.17)

A escola vista entre espelhos: inspeção, exames, higiene, cuidados individuais e coletivos. São movimentos calidoscópicos que ora embaralham, ora produzem imagens definidas da escola. A escola que é vista pelos médicos.

Os médicos prescreveram a si mesmos uma intensa e múltipla atuação nas escolas. Não se constitui um discurso exterior a reclamar dos médicos essa presença. Não se encontram demandas explícitas, pelo menos até os anos 30, conclamando os médicos a assumirem responsabilidades educativas, talvez apenas indiretamente, quando se discute a eficácia das campanhas sanitárias ou as soluções médicas em

momentos de epidemia. O próprio campo da Medicina parece gestar e instaurar uma tal exigência. A ampliação dos desígnios da medicina social, as disputas pelo poder de dizer a verdade de cada um e de todos, ou ainda, a busca pelo reconhecimento para conduzir a humanidade a um estado hígido e civilizado, passou a determinar uma tarefa imperativa à Medicina: educar o povo, condição imprescindível para a saúde e a preservação da vida. Sem Educação a saúde completa é impossível; sem saúde não se aprende. Soma-se ainda a crença de que no meio escolar, por excelência, fazia-se eficiente a ação profilática, tão cara à medicina social, justificando-se um grande investimento nesse locus de atuação do campo médico.

Assistência médica aos escolares, inspeção médico-escolar, serviço de higiene escolar, educação sanitária, assistência sanitária à criança, medicina escolar, são expressões que assinalam variações de um mesmo tema. Permitem distinguir ênfases sutis, momentos distintos, todos eles, contudo, delimitando em larga escala a relevância da escola para a Medicina e a abrangência da ação médica nas escolas.

Realizar uma obra completa médico-social e pedagógica nas escolas era, por assim dizer, segundo o dr. Florêncio Ygartua, a missão do médico escolar, que, para tanto, deveria reunir três capacidades: de médico, de higienista e de pedagogo (Guaita apud Ygartua, 1933, p.216). Enquanto médico, no sentido estrito, a atuação deveria envolver a assistência, curativa e terapêutica; na condição de higienista, a prevenção e conservação da saúde; por sua vez, a responsabilidade como pedagogo atribuía-lhe a formação da consciência sanitária dos escolares. A rigor, é tarefa impossível delimitar essas atribuições, embora em alguns momentos uma delas possa ter sido mais enfaticamente pronunciada.

Um segundo aspecto leva a observar que a ação do médico escolar voltou-se para a coletividade escolar tanto quanto para cada indivíduo em particular, fossem alunos, professores ou funcionários da escola. Alguns procedimentos permitem estabelecer essas distinções nos modos de realização do programa médico-escolar. Tecnologias específicas foram dirigidas ora ao conjunto dos escolares, ora a alguns poucos, ou a cada um, individualmente.

A extensão das atribuições médicas na escola deve ser pensada num processo em que os médicos, progressivamente, foram conquistando espaço e infiltrando seus saberes nas práticas escolares. Mas também, essa ampliação esteve intimamente ligada ao crescente reconhecimento social da Medicina para além dos muros das escolas: o aprofundamento de uma cultura maniqueísta, obcecada em distinguir o normal do patológico, o limpo do sujo, o asseado do promíscuo; a instauração de uma nova ética fundada numa moral laicizada que destacou o dever público e individual para com o corpo, a saúde e a vida longa, ou ainda, dentre outros processos de medicalização da vida cotidiana, a delegação de autoridade à Medicina para reger e disciplinar os comportamentos e desejos afetivos e sexuais (Barrán, 1995). Ao médico, assim, na escola será confiada a missão de distinguir os alunos sadios dentre os doentes de todos os tipos, infundir nas crianças novos cuidados com o corpo e a saúde, vigiar-lhes e orientar a sexualidade e as relações de gênero.

Propondo-se a realizar um histórico das atenções para com a higiene escolar, o dr. Oscar Clark, em 1930, delimitava três fases da atuação médica na escola. Uma primeira fase em que as atenções se voltavam para o meio externo, ou seja, a preocupação com as condições gerais de higiene do prédio escolar e o estabelecimento de uma vigilância sanitária das escolas. Uma segunda fase, que inaugurava a prática da inspeção sistemática dos escolares, com o objetivo de detectar doenças. Nesta fase, segundo o dr. Clark, descobriu-se que inúmeras crianças aparentemente sadias sofriam, em realidade, de pequenos males ou defeitos físicos que prejudicavam seu crescimento sadio e que até então haviam passado despercebidos. Uma terceira fase, que o autor identificava como aquela que lhe era contemporânea, na qual as tarefas da higiene escolar se encontravam enormemente ampliadas:

“Cuidamos hoje não só da higiene do prédio e respectivo mobiliário, tanto quanto da organização do ensino em obediência à fisiologia do crescimento (escola ativa baseada em métodos objetivos ou pedagogia fisiológica); da profilaxia das doenças infecciosas entre os escolares por meio da vacinação sistemática (...), inspeção diária da garganta dos alunos feita pelas enfermeiras; da educação física integral, que compreende não só a instituição de hábitos de limpeza, a ‘educação

sanitária' dos alunos e respectivas famílias, como a realização diária de exercícios físicos de velocidade ao ar livre (...)” (15/08/1931, p.268)

Essa terceira fase, denominada pelo médico *fase moderna*, assentada na organização eficiente do serviço de higiene escolar, compreendia ainda a assistência alimentar e os tratamentos higiênico, medicamentoso, cirúrgico e ortopédico, de modo que a saúde do escolar passou a ser considerada o núcleo da questão (Ibid.). Observe-se que o dr. Clark faz referência à incorporação dos saberes da medicina fisiológica e da pedagogia ativa, como embasamento que levou a aperfeiçoar as funções médico-escolares.

Essa diversificação de ações efetivamente foi vivenciada na cidade do Rio de Janeiro durante a coordenação dos serviços de higiene escolar pelo dr. Clark. Se não é possível afirmar a mesma intensidade de ações em relação a outras experiências, não se pode, contudo, considerá-la uma experiência peculiar. Aqui mesmo, no Rio Grande do Sul, a atuação do Departamento de Saúde do Instituto Parobé, apresentado adiante, comprova a magnitude da atuação médica em escolas, abrangendo a multiplicidade dos aspectos descritos pelo dr. Clark.

Retomando os aspectos já referidos e recolhendo diferentes excertos discursivos, é possível identificar um amplo programa de medicina escolar<sup>1</sup> e descrever as crescentes atribuições do médico, a saber:

1º) *Atenção à higiene geral da escola*: orientar quanto às condições do terreno, localização, materialidade do prédio escolar; proceder à inspeção sanitária dos locais, com especial atenção à ventilação, iluminação, área útil, pertinência e asseio dos equipamentos sanitários e do mobiliário escolar, realizar a vigilância da água e dos alimentos fornecidos às crianças; etc,

---

<sup>1</sup> O dr. Ygartua afirma que em boa medida os programas de higiene escolar no Brasil acatavam as proposições dos Congressos de Higiene de Bruxelas e da Liga Francesa de Higiene Escolar. (1933, p.216). Para outras descrições dos programas de higiene ver Larbeck (1916); Clark (25/12/1931), Macedo (jul. 1933), Rodrigues (1940), Espírito (1943).

2º) *Profilaxia das doenças contagiosas*: indicar as medidas necessárias à desinfecção dos locais; afastar temporária ou definitivamente as crianças portadoras de enfermidades físicas ou mentais que possam constituir perigo às demais;

3º) *Vigilância da saúde física das crianças*: realizar exames periódicos dos escolares, tratar preventivamente doenças, afecções e neuropatias; proceder à vigilância da higiene do corpo e das roupas, como a própria higiene alimentar; controlar os procedimentos e resultados da educação física; propor medidas especiais com relação aos débeis e doentes; proceder à vacinação sistemática; atender à higiene dentária e bucal;

4º) *Vigilância da saúde intelectual*: intervir na fixação dos horários e na repartição do trabalho cerebral; indicar aos professores as crianças das quais, devido à sua saúde, não se devem exigir senão esforços restritos; avaliar as capacidades individuais; estudar os anormais psíquicos e enviá-los para estabelecimentos especiais; aplicar conhecimentos de higiene mental;

5º) *Educação higiênica das crianças e professores*: orientar e preparar professores para o ensino de Higiene; proferir palestras e conferências sobre Higiene, nos seus múltiplos aspectos, tanto a alunos quanto a professores; divulgar os meios de evitar as doenças transmissíveis; desenvolver intensa propaganda contra os vícios; aproveitar as ocasiões para mostrar o que é preciso fazer e o que não é preciso fazer, ministrando conselhos sob o ponto de vista da higiene com o intuito de formar a consciência sanitária, bem como uma sólida educação moral;

6º) *Inspeção médica escolar completa*: proceder ao exame clínico de alunos, professores e auxiliares, no momento da admissão e durante o exercício escolar;

7º) *Preparação e orientação de enfermeiras escolares ou educadoras sanitárias*;

8º) *Educação sanitária das famílias*: promover reuniões com pais, chamando-os à escola; realizar visitas domiciliares às famílias; enviar folhetos instrutivos;

9º) *Pesquisa da capacidade da criança*: aplicar testes individuais de inteligência; observar a criança em diferentes situações escolares.

Há uma controvérsia entre os médicos quanto a determinar se a atuação da medicina escolar deveria ser somente preventiva ou também curativa e terapêutica. Alguns médicos foram partidários da idéia de que a ação, além de profilática, poderia ser curativa, física e psiquicamente, exemplificando com o tratamento das verminoses e a terapêutica da sífilis (Ygartua, 1933, p.228). Para outros, enquanto higiene escolar, a ação deveria ser eminentemente preventiva e, uma vez constatada uma enfermidade, o escolar deveria ser encaminhado a um clínico ou a um serviço de saúde, fosse um dispensário ou hospital, pois a assistência clínica aos doentes não constituía uma tarefa que justificasse o médico na escola, pelo seu alto custo. Cuidado e tratamento de doentes eram funções a serem desempenhadas pela família e pelo clínico.

“Neste terreno da vigília constante da saúde, o médico nas escolas tem um campo imenso de ação proveitosíssima que não se restringe simplesmente a casos isolados ou apenas ao meio escolar, porque se dilata na influência benéfica que exerce sobre o próprio lar (...) pela restituição à coletividade de seres completos que escapam assim, da deformação escolar, melhor dotados de requisitos de sanidade que integralizam o homem para o seu verdadeiro destino de utilidade social.” (Macedo, jul. 1933, p.219)

Muito embora esteja registrado que em alguns casos e em circunstâncias pontuais a atenção aos alunos doentes também tenha sido realizada na escola, a tendência que acabou prevalecendo foi a do caráter preventivo da medicina escolar, entendendo que

“Não é a criança doente o que interessa à higiene escolar, mas a saúde da criança e as condições do meio em que ela vive, expurgando de tudo o que possa perturbar o seu desenvolvimento normal ...” (Ibid.)

Quanto ao restante das atribuições do serviço de medicina escolar parece ter havido consenso entre os médicos e educadores. No entanto, a delegação dessas

atribuições foi especialmente conflituosa e os discursos assinalam impasses e disputas. A questão polêmica consistiu na indagação: por que a medicina escolar deve ser encargo do médico e não da autoridade educacional? Na opinião de alguns médicos, o que estava originando muita confusão, era a errônea maneira de interpretar a denominação “inspeção médico-escolar”. Isso porque havia quem entendesse que tudo o que se relacionasse com a escola deveria ficar a cargo da autoridade educacional, incluída sob sua jurisdição a inspeção médico-escolar (Rodrigues, 1940, p.13). E o que se constatava era que nem sempre aquela posição estava sendo confiada a um médico, acarretando consequências perniciosas no tocante ao desenvolvimento físico da criança.

Diante disso, para dirimir o conflito sugeriu-se a adoção de outra designação, que com maior clareza viesse a assegurar a competência do médico, como por exemplo “inspeção sanitária à criança que atingiu o período escolar” (Rodrigues, 1940, p.13). O título sugerido seria mais adequado levando-se em conta que a principal finalidade da inspeção médico-escolar consistia em dar continuidade e complementar a assistência sanitária à infância, iniciada em dispensários e postos de saúde, com relação ao desenvolvimento das crianças que, uma vez atingida a idade escolar, seriam examinadas e orientadas nas escolas.

“Esta é a razão pela qual, a inspeção médico-escolar deve estar subordinada à autoridade sanitária e não ao Departamento de Educação. Não se justifica, que a assistência prestada pela autoridade sanitária, com finalidades expressas, fosse interrompida exatamente quando se torna mais necessária. É no período escolar que surgem certas perturbações no desenvolvimento da criança, que se não forem prontamente atendidas, as consequências serão catastróficas. Assim sendo, não se justifica que, num dos momentos mais sérios, ela fosse interrompida, para passar ao domínio de outra autoridade educacional, que nenhum interesse tem na renovação da raça, pois sua preocupação relaciona-se, apenas, com o problema do ensino.” (Ibid.)

Para os médicos, indiscutivelmente, a medicina escolar deveria ficar subordinada à autoridade sanitária, por quem já vinha sendo prestada assistência à

criança. E nada justificaria interromper sua atuação, confiando-a a outra autoridade, que, nos dizeres do dr. Rodrigues, visa a finalidades completamente diferentes, e, quiçá, de menor importância. Analisando a questão, o dr. Rodrigues considerava que entre a saúde e a instrução da criança não se podia traçar paralelo, pois, a primeira era sempre soberana (Ibid.). Especialmente importante considerar, ainda, que a fase escolar era decisiva ao futuro dos indivíduos. Nessa fase, manifestavam-se plenamente os atributos físicos, o caráter, possíveis “*taras*” latentes ou heranças mórbidas. Como, então, confiar a atenção sanitária do escolar a pessoas sem preparação para atender plenamente aos reclamos de tão alta responsabilidade?

Mas se ao médico competia a inspeção sanitária, e não à autoridade educacional como alguns desejavam, de outra parte era pertinente que a parte médica podia e devia prestar seu valioso concurso ao problema educacional. O que não se estendia à situação inversa:

“O contrário é que não pode ser, porque ficaria subordinada a um leigo em medicina, nem tão pouco, se interessaria, pelo problema da renovação da raça, e como tal, não o entendendo, muito menos, estaria em condições de orientá-lo e dirigi-lo ... Ao passo, que nas mãos da autoridade sanitária, esta facilmente, atenderia sua verdadeira finalidade, prestando, ao mesmo tempo, valioso concurso à parte médica do problema educacional, de menor transcendência e proporções.” (Rodrigues, 1940, p.13, grifos meus)

As fontes atestam que nessa disputa os médicos asseguraram seu lugar no exercício da inspeção médico-escolar. À medida que as atividades foram se complexificando, estendendo-se, por exemplo, a visitas domiciliares às famílias dos alunos, os médicos trataram de agregar auxiliares, formando-os e orientando-os diretamente, como foi a experiência das enfermeiras visitadoras, também denominadas educadoras sanitárias.

No tocante aos professores, havia unanimidade em considerar que a assistência médico-escolar dependia muito da colaboração ativa e consciente de cada professor, do contrário haveria prejuízo da ação médica, razão pela qual, segundo o dr. Macedo os médicos envidariam esforços no sentido de conquistar e preparar os

professores para uma ação conjunta. Afinal, inspirado pelo conceito de Educação de Dewey, o dr. Macedo argumentava que o resultado da ação médica nas escolas se identificava com o seu processo, para o qual concorria decisivamente o professor, do mesmo modo que os fins da vida se identificam com o processo de viver (cf. Macedo, jul. 1933, p.226).

Entretanto, enfermeiras visitadora e professores, aliados de indiscutível eficácia, estariam sempre subordinados à orientação do médico escolar. Ele detinha os saberes científicos que lhe conferiam competência para compreender os problemas ligados à saúde e a doença dos escolares. Detinha da mesma forma o discurso autorizado para classificar o normal e o patológico, prescrever condutas, ditar a verdade, tendo-lhe sido delegada a autoridade para intervir na instituição escolar por meio de uma extensa pauta de ações. Tão proeminente constituiu-se o seu poder na escola que foi possível explicitar

“... o papel do médico nas escolas pode ser comparado ao de um agente catalítico numa reação química ou melhor para identificá-lo com o processo da própria vida, ao de uma fermentação diastásica na qual a quantidade infinitamente pequena de fermento pode produzir resultados infinitamente grandes. Compreende-se, assim, por que, enquanto para um grupo de 40 escolares é preciso um professor, bastem 2 ou 3 médicos para uma população escolar de 15 mil.” (Ibid, p.226, grifos meus)

Esse conjunto de referências do discurso médico sobre a escola como locus educativo, ou melhor, sobre a atuação médico-escolar, pode parecer genérica e efêmera. Entretanto, é preciso adensar a análise de alguns de seus propósitos para podermos nos acercar dos modos de realização que foram se constituindo e tornando intensa e extensa a presença da Medicina no cotidiano escolar. Essa presença, por vezes conflitiva, por vezes colaborativa, instaura também um processo de produção de saberes e poderes, consolidando o discurso médico sobre a Educação. Assentados na inspeção médico-escolar, na prática médica do exame, no ensino da Higiene ou mais especialmente, na educação sanitária, os médicos puderam formular um

discurso médico-pedagógico, cujo valor de verdade pode ser pensado por sua presença a nos informar e interpelar até os dias presentes.

## 2. A Inspeção

*“Então é preciso vigiar essas condições para que se possa assegurar a saúde física e intelectual das crianças e dos jovens”.*

As escolas, assim como as cidades, ocultam perigos de todas as ordens. São miniaturas de cidades, aglomerações de pequenos cidadãos, em profusão de origens, raças, idades, sexos, crenças, heranças, bagagens latentes. Jovens e crianças agrupam-se nas escolas, todos os dias, longas horas, invernos rigorosos, verões abafados. Em movimentos múltiplos nos folguedos, confinados em salas durante as aulas. O ar é um só vapor de meninice. Nas cabeleiras, primeiros objetos de troca. A escola é também um palco para novas manifestações. Longe do ambiente familiar, as experiências revelam outros modos de ser de cada criança: revelações inusitadas da corporalidade, da personalidade, do caráter. As escolas são laboratórios, de energias sãs e criadoras, mas também de descortino de taras, nevropatias, tiques e que mais... Nas aulas, os indícios da visão, da audição, da inteligência. Nos recreios, marcas dos hábitos domésticos, das faltas, abusos, relações com os condiscípulos. “Então, é preciso vigiar, observar com atenção ...” Os pais confiam à escola seus filhos, promessas do futuro, riqueza da pátria. O que pode a escola oferecer? O que deve proteger? Deve acolher quem? “Então, é preciso inspecionar, vistoriar”, para apartar uns e outros, expurgar os males, controlar as condições, surpreender a tempo ... Essa

é, de certa forma, uma cena difusamente descrita pela discursividade médica. É também a problematização formulada sobre a escola.

Se recorremos ao dicionário Aurélio da Língua Portuguesa para verificar os sentidos atribuídos ao vocábulo inspecionar, lá encontraremos três conjuntos de acepções. Inspecionar como examinar no sentido de fiscalizar como inspetor (e um dos exemplos do dicionário é “inspecionar um colégio”); ou então, examinar significando revistar, vistoriar; ou ainda, examinar com a significação de observar. A idéia de examinar prevalece e as demais acepções podem ser consideradas detalhamentos das ações implicadas no exame: revistar, vistoriar, fiscalizar, observar “com grande atenção”, ênfase destacada pelo próprio dicionário. Surpreende, contudo, que apenas no vocábulo “inspetar”, ou seja, na ação do sujeito inspetor, figure a acepção vigiar. Enquanto inspecionar tem um sentido mais lato, sua especificação como inspetar demanda a idéia da vigilância, presente de modo indireto na acepção também referida de fiscalizar. O que isso pode sugerir? Embora inspecionar e inspetar sejam sinônimos, inspetar exprime mais do que o procedimento, diretamente o ato daquele que vê, observa, fiscaliza: o inspetor. O ato se constitui no sentido de submeter a atenta vigilância. Uma vigilância que, completando a consulta ao dicionário, pode ser registrada através do significado de revistar, que aproxima o inspecionar de “dar busca a cada detalhe”.

A inspeção médico-escolar, embora alguns médicos propusessem outra designação, estava apropriadamente denominada. Era concebida como ato de um inspetor definido e especial, o médico, a quem estariam atribuídas as tarefas de vistoriar a instituição escolar, observar atentamente os espaços, os indivíduos, as práticas, enfim, dar busca a cada detalhe do cotidiano educativo como requer o procedimento do exame<sup>2</sup>. Os discursos médicos são enfáticos em apontar que à inspeção caberia o exame permanente, como forma de assegurar a vigilância das condições sanitárias nas escolas.

---

<sup>2</sup> Exame aqui compreendido na acepção proposta por Foucault, enquanto procedimento que estabelece sobre os indivíduos uma visibilidade através da qual eles são diferenciados e sancionados. Implica assim uma vigilância que permite qualificar, classificar, punir, assumindo a forma de um poder normalizante (1993c, p.164).

Fundada no ato de examinar e exercer uma vigilância assídua, a inspeção constituiu-se em um mecanismo disciplinar. Pois não era essa mesma a necessidade esboçada pelos médicos que gestaram e foram constituindo essa prática? O que os preocupava?

Esse formoso capital humano que era a criança, uma vez em idade escolar, progressivamente escapava dos espaços de assistência médica da primeira infância, os dispensários infantis, os postos de saúde, as câmaras de amamentação, os consultórios e enfermarias de pediatria. Mesmo em nossos dias, é perceptível o fato de que o avançar da idade da criança é inversamente proporcional à procura pelo médico. Pois bem, a inspeção médico-escolar devia constituir-se como continuidade do acompanhamento médico, em outras palavras, como complemento da higiene infantil, que tinha início com a higiene pré-natal e do recém nascido e devia prolongar-se até “os 15 ou 16 anos que é o fim do período em que se consideram corrigíveis as anormalidades do desenvolvimento” (Castro, [1928] 1946, p.26). Esta também era a razão pela qual a inspeção médico-escolar estaria subordinada à autoridade sanitária e não a uma autoridade educacional, que não possuía o domínio de matéria tão relevante da saúde da criança quanto a medicina que a vinha acompanhando desde antes do nascimento (cf. Rodrigues, 1940, p.12).

Duas ordens de questões demandavam a atenção médica. Uma, a escola como “aglomeração”, que precisava ser, de certa forma, “disciplinada”, evitando-se as desordens, os contágios e os danos que pudesse causar aos escolares<sup>3</sup>. Daí, segundo os médicos, a incursão da ação sanitária aos “domínios colegiais”, no intuito de salvaguardar a saúde dos escolares, pois

“pela promiscuidade, pela vida em comum através longas horas de estudo e de recreio, a escola constitui um foco de contaminação contínua, de contágio incessante e são freqüentes as moléstias que se transmitem dentro dos estabelecimentos de ensino. Algumas delas,

---

<sup>3</sup> “A inspeção médica sistemática dos colegiais convenientemente feita, contribui, em longa escala, para incrementar as vantagens da mesma, que se torna mais profícua e eficiente e melhora notavelmente a saúde física e mental dos alunos, removendo freqüentes defeitos e imperfeições orgânicas e combatendo hábitos e práticas viciosas, evitando a ação nociva da vida escolar sobre os organismos débeis ou tarados” (Clementino Ferreira, apud Ygartua, 1933, p.213)

como a tuberculose, marcam, muitas vezes, um destino. Basta pensar neste grande número de crianças que se reúnem dentro de uma sala escolar, cada qual com o seu carimbo individual de saúde, as suas doenças adquiridas ou herdadas, a sua escrufulose, a sua sífilis, as suas moléstias de pele, as suas afecções de boca, a sua fraqueza pulmonar, - basta pensar em tudo isto para fazer saltar aos olhos a importância de medidas sanitárias severas e ríspidas. E do inventário desses males, mormente quando se sabe que eles vão atuar sobre corpos em formação e de uma extrema receptividade e, o que mais é, dentro do meio onde deve sair o homem do futuro, é que exsurge, num resplendor magnífico de formosura e de previdência, a higiene escolar.” (Totta, 1940, p.271-72)

Outra problematização sobre a escola, indicada acima pelo dr. Totta, situava o momento psicofisiológico “mais sério” pelo qual passavam as crianças, uma vez que a idade escolar coincidia com um período crucial da formação do indivíduo, momento propício ao deflagrar de patologias e distúrbios latentes<sup>4</sup>. Para alguns médicos, inclusive, a função das inspeções era precisamente dar atenção à criança patológica, mais facilmente identificável no meio escolar onde é o médico que vai em busca dos pacientes e não o contrário, como ocorria em outras modalidades de assistência<sup>5</sup>. Daí o inspecionar como ir em busca de cada detalhe, vistoriar. Em sendo assim, a inspeção cumpria o papel de surpreender desvios e estados mórbidos a tempo de serem tratados e curados. Dizia-se, a propósito, que se os índices de tuberculose infantil haviam diminuído era justamente porque o médico teria ido ao encontro das manifestações discretas entre escolares, identificando e atendendo profilática e terapêuticamente a inúmeros casos. Mas se os índices de tuberculosos infantis permaneciam estacionários, isso se devia ao fato de que ainda muitas crianças não freqüentavam a escola e era mais dificultoso localizá-las e submetê-las a

---

<sup>4</sup> Especialmente os médicos filiados às propostas eugenistas atribuíam à inspeção escolar um papel fundamental, pois “é um elemento de revigoração físico da raça pelo levantamento da vitalidade nas fases de formação do homem e da mulher” (Clementino Ferreira apud Ygartua, 1933, p.213-14).

<sup>5</sup> Refere outro médico: “... durante muito tempo ainda a fase propriamente escolar será a que fornecerá mais casos de crianças anormais pelo fato de serem as crianças escolares mais acessíveis à sindicância médica que os pequeninos ainda não escolarizados” (Lopes, 1925, p.8).

exame e tratamento. Eram as escolas espaços privilegiados de identificação, controle, conhecimento e normalização<sup>6</sup> da população infanto-juvenil.

Todavia, alguns médicos alertavam que não se deveria confundir a assistência médica prestada aos alunos enfermos como função restrita da inspeção médico-escolar, pois, aquela tinha uma função meramente clínica e a inspeção uma função social de elevada importância, podendo prestar assistência, mas indo além, preocupando-se com o futuro do indivíduo em relação à sociedade, verificando o seu constante estado de saúde e surpreendendo uma moléstia da qual ele ainda não se apercebeu (uma verdade que certamente só o médico era capaz de desvendar!); verificando o seu desenvolvimento físico e psíquico, avaliando a sua capacidade de trabalho; estabelecendo o seu perfil psicológico com a sua idade mental, distinta da sua idade cronológica, e confrontando as variantes do seu caráter para ajuizar da sua correção na própria escola ou em escolas adequadas ao seu estado psíquico (cf. Pitta Pinheiro, 1930, p.126). Somente uma inspeção de higiene escolar sistemática procederia a uma adequada classificação dos escolares, a fim de evitar que os desequilibrados, os anormais, os portadores de moléstias adquiridas ou hereditárias se encontrassem em perniciosa promiscuidade com os normais e submetidos aos mesmos processos de ensino, crítica constante dos médicos que indiquei anteriormente (ver Larbeck, 1916).

O enunciado “surpreender e tratar a tempo” para proporcionar a correção dos males, foi particularmente importante nos discursos médicos sobre a inspeção<sup>7</sup>. Por isso, segundo os médicos, as inspeções escolares eram imperiosas. As contínuas observações auxiliariam o médico a conhecer o quadro nosológico das doenças infantis, aprendendo a reconhecer indícios, evolução de estados patológicos físicos e mentais, sintomas predisponentes, toda uma semiologia médica necessária para obter

---

<sup>6</sup> Considero apropriado aqui o sentido que lhe atribui Foucault de normalização como “penalidade perpétua que atravessa todos os pontos e controla todos os instantes das instituições disciplinares, compara, diferencia, hierarquiza, homogeniza, exclui.” (1993c, p.163). Na seqüência a idéia será melhor desenvolvida para demonstrar o dispositivo do exame como instrumento de normalização.

<sup>7</sup> “Quantas crianças retardatárias se desenvolveriam normalmente se uma severa inspeção médica fosse acompanhando o seu crescimento, para surpreender e tratar, a tempo, uma anomalia ...!” (Dias, 1925, p.52)

uma impressão o mais completa possível da criança (Espírito, 1943). A inspeção se revestia de um caráter salvador.

“Que se cogite, tão só, dos extraordinários e benéficos resultados, que traz uma perfeita inspeção escolar, onde o médico é o profissional e o sacerdote, amparando o corpo e a alma dos alunos, curando aqui, evitando ali, descortinando vocações e sondando caracteres!”  
(Moreira, 1928a, p.5)

Em linhas gerais, abarcando o período de análise, quatro eram os pontos capitais, em que os médicos deviam atuar nas inspeções: 1º) a vigilância higiênica dos locais e do mobiliário das escolas; 2º) a profilaxia das doenças transmissíveis; 3º) o exame individual da criança, estabelecendo fichas sanitárias; e, 4º) a educação sanitária dos alunos e dos mestres (Moreira, 1928a, p.5). Nos anos 20 e 30, podemos identificar experiências concretas dessa abrangência da inspeção escolar, que havia se consolidado e passava a constar sistematicamente da pauta de questões em congressos científicos, bem como em periódicos de divulgação da classe médica. Mas até o início dos anos 20, a discussão se revestia de um caráter mais propositivo, e a presença médica no espaço escolar efetuava-se de forma difusa e esporádica, através da prática das visitas sanitárias como parte dos serviços públicos de higiene geral. Essas visitas podiam ser por demanda da própria escola, ou por decisão das repartições de higiene para desinfecções ou identificação de focos de contágio. Uma certa preocupação por parte de pediatras que desenvolviam suas atividades na administração pública intensificou as atenções sobre as visitas que passaram a desempenhar um papel estratégico fundamental. Através delas, foi possível levantar um novo campo de saberes e poderes na escola. Examinemos mais de perto as *visitas* e como através desse modo de efetivação da presença médica nas escolas foi possível intensificar um programa de higiene escolar.

Retomando a periodização proposta pelo dr. Clark em 1930 para traçar a história da presença médica nas escolas, qual seja a de que na primeira fase a Medicina voltou-se à vigilância sanitária das instalações escolares, na segunda fase à prática das inspeções e na terceira, a fase “moderna”, à ampliação das tarefas da higiene escolar a qual passou a atuar também em relação à organização do ensino a

partir da fisiologia do crescimento, e que cada fase foi incorporando à sua prática aquelas que lhe antecederam, ou seja, considerando que o processo se constituísse muito mais de intensificação das tarefas da medicina escolar do que propriamente de fases em que uma tivesse suplantado as demais, o dr. Clark sugeria que não houve mudanças substanciais, mas sim um aprofundamento da presença médica nas escolas.

Sugiro um exercício de comparação, guardadas as devidas diferenças e proporções entre objetos e tempos históricos, para pensar a respeito de uma das dimensões desse intrincado processo de constituição da inspeção médico-escolar e o papel decisivo da visita médica à escola. Reporto-me à organização do hospital, em fins do século XVIII, como “aparelho de examinar”, analisado por Foucault (1993c, p.165). Segundo ele, o ritual da visita representa uma das formas mais evidentes dessa organização. Em relação ao hospital, o médico no século XVII não participava da gestão cotidiana da instituição. Sua presença era tênue e pontual. Caracterizando-se muito mais pela assistência social aos pobres, indigentes e abandonados, o hospital encontrava-se sob o controle religioso. Os médicos, esporadicamente, compareciam aos hospitais para atender a casos de doença, o que não incluía a todos os indivíduos abrigados e sob a proteção dessa instituição. Mas, Foucault indica que pouco a pouco a visita tornou-se mais regular, mais rigorosa, principalmente mais extensa, ocupando espaços estratégicos do funcionamento hospitalar (Ibid.). Isso possibilitou que aquela visita descontínua e rápida, se transformasse em observação regular e o doente, em examinado permanente (Ibid.). O médico, por sua vez, de elemento exterior conquista outro estatuto, aquele que dirige todo um conjunto de agentes do hospital, suplantando o elemento religioso, que se torna auxiliar, como, por exemplo, enfermeiro. E o hospital, passa de um local de assistência a um local de formação e aperfeiçoamento científico: novas relações de poder, novo campo de constituição de um saber. O hospital como um campo de objetos perpetuamente oferecidos ao exame (Ibid., p.165-66).

Da mesma forma, para Foucault, “a escola torna-se uma espécie de aparelho de exame ininterrupto que acompanha em todo o seu comprimento a operação do ensino” (Ibid., p.166). Mas Foucault sustenta essa afirmativa sem se demorar em

mostrar como isso foi inicialmente possível, suas múltiplas formas no espaço escolar. Detém-se tão somente nos exames realizados pelos professores. Ora, que instigantes questões podem emergir se nos detivermos a pensar nesse processo considerando a atuação médico-escolar? Se passou algo aproximado, embora os contextos sejam absolutamente distintos: os médicos, representaram inicialmente um elemento externo à escola; de visitas esporádicas e descontínuas, indicadas pelo dr. Clark em sua periodização, a inspeção médica foi-se firmando como sistemática e extensa, de alguns para todos, das condições sanitárias materiais às condições sanitárias dos indivíduos, de práticas pontuais aos processos de ensino. Em algumas instituições, como o Instituto Parobé, em Porto Alegre<sup>8</sup>, o médico que realizava inspeções semanais, em 1919 passou a integrar o corpo docente efetivo da escola e o departamento de saúde figurava organicamente na estrutura escolar. Assim, de certa forma também as visitas se transformaram em uma observação regular, meticulosa, colocando os escolares em situação de exame ininterrupto. Isso possibilitou aos médicos levantar um novo campo de saberes e poderes, elaborando discursos e transformando sua prática nas escolas e suas relações com os outros agentes escolares, particularmente os professores. Inicialmente, através das visitas e, posteriormente, com sua sistematização em inspeções periódicas incorporadas à rotina escolar e por meio de outras tarefas que foram se somando à visita, os médicos puderam legitimar sua presença intensa naquela instituição, fazendo seus saberes e suas práticas necessárias e imprescindíveis. Aos médicos delegou-se a incumbência de realizar exames para admissão de alunos e professores; a vacinação tornou-se obrigatória aos escolares; os exercícios físicos passaram a ser ditados pelos médicos; sob critério médico também, novos agrupamentos de escolares eram realizados. São apenas breves exemplos que demonstram como as visitas e, posteriormente as inspeções, articularam-se como elementos de um dispositivo de higiene escolar.

Essas afirmativas, a ênfase numa presença crescente e reconhecida do médico na instituição escolar, não devem supor um processo harmonioso e consensual. Os discursos dão conta de explicitar pontos de conflito. Quanto a isso, o dr. Pitta Pinheiro, Chefe do Departamento de Saúde do Instituto Parobé, registrava que à

---

<sup>8</sup> Ver Stephanou, 1990, 1997a.

inspeção escolar, por vezes era necessário impor medidas, no sentido de salvaguardar a coletividade. Em tais circunstâncias, acrescentava, é forçoso convir que o papel do médico tornava-se pouco agradável e provocava muitos dissabores. Contudo, consciente da importância da missão que lhe fora confiada, as agruras transformavam-se na “satisfação de uma bela prática”, em cumprimento de um dever social (Relatório, 1925, p.9). Para o dr. Pitta Pinheiro:

“Entre as muitas práticas que a Higiene nos aconselha e que se precisa pôr em execução algumas não exigem o dispêndio de despesas, mas, exigem uma educação sanitária constante, calma, decisiva, aparentemente antipática, mas de fato nobre e alevantada pelos fins altruísticos, e que entretanto encontram sempre uma forte repulsa nos atingidos e associados.” (Relatório, 1928, p.6)

Note-se a referência do médico aos associados, numa alusão às resistências postas pelos demais professores da escola. Em outros momentos, Pitta Pinheiro atribuía essa resistência ao fato de que a Higiene era um problema complexo em extremo e por isso, não por todos compreendido, o que explicava as dificuldades com que vinha lutando para a prática de certas medidas.

“Infelizmente, porém, nem todos conhecem bem o que seja um serviço de saúde, quando diz respeito às coletividades, não podendo avaliar as lutas para se pôr em prática uma medida de ordem higiênica e são por isso indiferentes, quando em uma coletividade a saúde não é alterada, ignorando que isso, em grande parte, é a consequência das medidas profiláticas executadas, a maior das vezes, silenciosamente.” (Relatório, 1923 p.3)

Mas se incompreensão ou ignorância da magnitude das questões de Higiene explicavam resistências e dificuldades do médico na escola, ao dr. Pitta o mais aflitivo parecia estar no fato de que o serviço de higiene escolar nem sempre era bem recebido porque, por sua natureza, muitas vezes punha em prática medidas em contrário aos interesses individuais, embora úteis à comunhão, como, por exemplo, o afastamento temporário daqueles adoentados por moléstia infecciosa, incluindo-se professores (Relatório, 1923, p.5). Aqui se explicitava uma oposição e não apenas

uma apatia e inobservância fortuita. Para tanto, era preciso contar com o apoio da alta administração da instituição e com um trabalho intenso de conscientização dos colaboradores. Assim se expressa o médico em diferentes momentos:

“... foi a levacão de vistas de todos os nossos companheiros de trabalho que, aceitando, com consciência e na certeza de bem agir, todas as nossas indicações, aliás ditadas por uma Higiene verdadeiramente sã, tomaram-se os nossos colaboradores eficientes.”  
(Relatório, 1924, p.3, grifos meus)

“A Higiene não pede senão o que é de fato do bom senso e que tem o veredictum da prática; o que, porém, a Higiene exige da parte do seu Diretor é uma verdadeira consciência da verdade e uma coragem decidida para agir sem tibiezas e sem as conturbações de quem age por impulso dos outros. Neste particular satisfaz-se a minha consciência e anima-se a minha atividade tendo podido contar com o apoio da alta Administração desta Escola e apelo para que ele não me falte, certo de que a sua falta seria a esterilidade da minha ação, como Diretor da Saúde de uma Instituição notável e progressista como é a Escola de Engenharia de Porto Alegre<sup>9</sup>.” (Relatório, 1927, p.9)

Desposando uma concepção mais terapêutica da medicina escolar, o dr. Clark assinalava, em 1930, outra ordem de oposições à inspeção escolar, afirmando que a crítica mais rude e mais verdadeira feita por toda parte à higiene escolar é que o trabalho realizado pelos inspetores médicos ainda era superficial e anti-científico, em suma, muito mais burocrático (Clark, 25/01/1930, p. 63). Entretanto, para o médico, nas condições em que se realizava, seria difícil produzir trabalho mais eficiente do que o que já se efetuava. A falha não se atinha a traço fundamental da psicologia do médico ou à sua formação, mas, em grande parte a uma carência de recursos para dotar o serviço de outros procedimentos. Propunha que a inspeção fosse realizada em clínicas especialmente destinadas a essa finalidade.

---

<sup>9</sup> O Instituto Técnico-Profissional Parobé era um instituto afiliado à Escola de Engenharia de Porto Alegre, destinado a operários e filhos de operários.

“Não vale, certamente, a pena, estudar uma vida inteira, formar o cérebro na atmosfera hospitalar, submeter-se a provas públicas de competência sobre pediatria, psicologia, higiene, otorrino, oftalmologia, dermatologia e medicina preventiva para depois passar tantas horas percorrendo escolas, em bairros distantes, sem quase nada poder fazer em benefício das crianças, quando o Inspetor Médico podia empregar tempo tão precioso realizando, no interior de uma Clínica, trabalhos reais em favor da saúde dos alunos.” (25/01/1930, p. 63)

Para ele, não se justificava a simples inspeção dos escolares, isto é, a verificação do estado de limpeza do corpo, couro cabeludo, garganta, acuidade visual e auditiva, peso, altura, etc, pois isso poderia ficar a cargo de enfermeiras, com proveito para o serviço e economia para os cofres públicos, não se justificando o emprego de um profissional muito mais qualificado.

“A capacidade profissional dos inspetores médicos, então deveria ser aproveitada em clínicas bem instaladas, onde não só o “fichamento” anual da totalidade dos alunos – a primeira necessidade do serviço – como o tratamento das crianças sejam feitos de maneira rigorosamente científica. Este seria o único meio, de acordo com a nobreza da profissão, de os médicos prestarem serviços relevantíssimos, na qualidade de clínicos competentes e proficientes educadores sanitários, às crianças doentes e necessitadas das escolas municipais.” (Clark, 25/01/1930, p. 63)

No Rio Grande do Sul, na experiência do Instituto Parobé, por exemplo, ao invés da criação de clínicas separadas da instituição escolar, fora instituído um Departamento de Saúde na própria escola, aparelhado com equipamentos sofisticados e completos, procedendo-se ao exame, atendimento e pequenas cirurgias. A clínica estava articulada à estrutura da escola, suas bases materiais e de gestão estavam sob a orientação médica.

Outras posições parecem ter-se manifestado como refratárias ao caráter disciplinador e interventor das inspeções, presumivelmente partindo daqueles

identificados com as máximas positivistas da liberdade individual e limitação da ingerência do Estado nas questões ligadas ao livre arbítrio de cada indivíduo ou de sua família. Razão pela qual o dr. Lima defendia a inspeção especial dos estudantes, considerando que:

“O Estado tem o dever de zelar pela saúde das crianças, ... em nome da conservação da raça, em nome de múltiplos princípios superiores, a despeito mesmo da negligência, da ignorância ou da hostilidade das famílias. Estes altos interesses coletivos não podem em absoluto estar acorrentados a princípios acanhados de uma seita ou de falsas alegações de ferirem a liberdade individual.” (Frederico Eyer apud Lima, 1919, p. 59)

Em termos gerais, os discursos afirmam que um eficiente serviço de inspeção médico-escolar demandava o concurso de três categorias de funcionários, a saber, professores, enfermeiras e médicos, cada qual com suas atribuições bem delimitadas, sendo que professores e enfermeiras sob estrita orientação científica do médico (Moreira, 1928a, p.5). Dentre todas as atribuições, a ênfase maior recaía no acompanhamento periódico das condições de saúde dos escolares, como forma de surpreender e tratar a tempo, remover defeitos, combater hábitos e práticas viciosas, evitando uma possível ação nociva da vida escolar sobre os organismos débeis, pelas exigências inadequadas, ou tarados, pelos estímulos impróprios (cf. Ygartua, 1933).

Um aspecto ainda merece menção. Como estratégia de legitimação, diversas vezes são evocados exemplos de “países civilizados” que endossavam a relevância da inspeção médico escolar, pois que, como afirmava o dr. Aurélio Py<sup>10</sup>,

“nenhum país civilizado deixa de praticá-la e já é tempo de sairmos das cogitações teóricas nesse sentido, existentes entre nós, para atingirmos as realizações práticas em bem do nosso futuro de país grandioso, pela formação de gerações porvindouras capazes de levar o

---

<sup>10</sup> Aurélio de Lima Py Filho, nasceu no Rio Grande do Sul em 1882, vindo a falecer em 1949. Médico pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, diplomou-se em 1905. Exerceu a profissão em Porto Alegre desde 1907, foi professor da Faculdade de Medicina de Porto Alegre. Foi Reitor da Universidade de Porto Alegre (1937-39) e Deputado à Assembléia Legislativa do Rio Grande do Sul. Inspetor médico-escolar no Rio Grande do Sul em 1929 (cf. Martins, 1978, p.461).

nosso nome entre as grandes nações semeadoras da civilização”. (apud Gomes, 1933 , p.63)

As visitas e logo as inspeções de saúde representaram, inicialmente, as atividades mais importante da medicina escolar. Eram apresentadas como procedimentos que permitiam realizar a seleção do pessoal sob o ponto de vista da Higiene, excluindo-se aqueles cujo estado de saúde não permitisse os trabalhos escolares, ou cuja permanência seria *nociva* à coletividade. Segundo o médico-chefe do Parobé, “assim é que temos tido grupos de alunos gozando perfeita saúde” (Pitta Pinheiro, Relatório, 1919, p.4).<sup>11</sup>

De certa maneira, travestidos em discurso médico-científico, preconceitos e estereótipos sociais contribuíram para a exclusão de uns ou outros, explicitando o aluno normal, sadio, vigoroso, mas também o anormal, doente, débil. Os alunos portadores de doenças deveriam ser afastados da escola quando o tratamento fugia da alçada da higiene escolar, majoritariamente concebida como uma medicina preventiva. Apenas as pequenas moléstias ou desvios leves eram tratados na própria escola. Procurava-se desta forma salvaguardar a saúde individual e coletiva, no intuito de constituir “agremiações sadias”.

A observação acurada e sistemática de cada um e de todos caracterizou o exame como dispositivo fundamental de uma disciplina e do controle estabelecido pelas inspeções, permitindo qualificar, classificar e excluir aqueles que pudessem constituir perigo à coletividade.

Articulavam-se, dessa maneira, procedimentos individuais e coletivos, concorrendo um para a consecução do outro. A par das consultas e exames, a inspeção de saúde incluiu visitas ordinárias e regulares às escolas, bem como visitas

---

<sup>11</sup> Para que se possa ter uma idéia da efetiva ação desse Departamento no que se refere às inspeções de saúde, os dados a seguir se referem ao número de consultas individuais realizadas por aquele serviço de saúde escolar: em 1920 o movimento do consultório foi de 250 consultas; em 1921 o movimento foi de 322 consultas; em 1922 foi de 832 consultas; em 1923, de 1422 consultas; em 1924, de 1543 consultas; e em 1925 o movimento do consultório foi de 1619 consultas (Pitta Pinheiro, Relatório, 1925, p.4). Mas a extensão das ações do Departamento de Saúde não se circunscreveu às consultas. Os estatutos da Escola de Engenharia de Porto Alegre, de 1930 expressam a complexificação de sua atuação: “ foi limitado a principio a um simples serviço de Saúde e daí alçou-se a um Departamento

extraordinárias, por solicitação ou emergência. A presença dos médicos fez-se contínua.

As inspeções de saúde, e mais tarde os programas de higiene escolar, possibilitaram aos médicos intervir inclusive nas bases de gestão material da escola, nas questões físicas do prédio, ventilação, iluminação, distribuição dos corpos e definição da circulação dos indivíduos, influenciando muitas vezes a definição do projeto pedagógico das escolas.

De outra parte, a expressividade dos exames individuais e coletivos representaram terreno fértil para a constituição de saberes e de poderes, dentre os quais o poderoso espaço conquistado pelos médicos de classificar e normalizar os escolares. A Medicina também transformou a escola, por meio das inspeções, em um campo de objetos permanentemente oferecido à formação e constituição de saberes científicos, como sugerido por Foucault (1993c). Se os exames escolares permitiram à escola tornar-se o local de elaboração da Pedagogia, marcando seu funcionamento como ciência (Ibid., p.166), de indiscutível relevância foram igualmente os exames médico-escolares tornando a escola um locus de especialização de uma medicina do escolar, mas também de uma pedagogia científica via discurso médico-científico.

Outrossim, cuidados com todos e com cada um dos escolares, através de uma intensificação e extensão dos exames periódicos, constituiu uma “tecnologia pastoral” de gestão dos indivíduos, conduzindo-se seus gestos, atitudes, pensamentos e valores de forma minuciosa e atenta.

A idéia de poder pastoral encontra-se desenvolvida especialmente no trabalho que Foucault intitulou “*Omnes et singulatim: para uma crítica da ‘razão política’*”<sup>12</sup>. Neste trabalho, ele se deteve sobre a problemática do poder individualizante, do que ele explicitou como “desenvolvimento de técnicas de poder orientadas para os

---

pelo qual nele vem correndo e nele se concentrando todos os serviços, atos e resoluções sobre higiene, saúde, inspeção, clínica e educação física e sanitária”(cf. Art.79).

<sup>12</sup> Seminário em Vermont, no Canadá, em 1982. Foucault analisa também em “O sujeito e o poder” o pastorado como tipo de poder individualizante. Insiste no fato de que se a partir do séc. XVIII a instituição eclesiástica perdeu sua força, de outra parte, quanto ao poder pastoral, sua função se ampliou e se multiplicou fora da instituição eclesiástica. Ver In: Dreyfus e Rabinow, 1995: 237-238).

indivíduos e destinadas a governá-los de forma contínua e permanente”, sendo o pastorado a forma política de um poder individualizador (1990b:98, trad. minha).

As práticas da medicina social, e particularmente, seu exercício na escola, podem ser concebidas como uma forma de que se reveste o poder pastoral, no sentido de que, como modalidade do gerenciamento das populações, a Medicina preocupou-se com aquelas técnicas de individualização da terapêutica e da profilaxia, assentou suas relações de poder sobre o conjunto na medida em que se fazia exercer sobre cada indivíduo, através de exames periódicos, do registro do desenvolvimento físico e intelectual de cada aluno, suas especificidades, condutas, comportamentos e pensamentos, confessos ou observados minuciosamente, para o que as visitas, inspeções e, como veremos, os exames médico-escolares podem ser tomados como prática privilegiada. Práticas que, em seu conjunto, constituíam uma “tecnologia pastoral” de gestão dos homens.

Foucault examinou a origem da modalidade pastoral de poder, assinalando o contraste do mesmo entre os hebreus e o pensamento político grego e a importância do tema para o pensamento cristão. Alguns aspectos desta tecnologia pastoral, segundo o autor, persistem até hoje. Como primeira característica, temos a idéia de pastor enquanto aquele que agrupa, guia ou conduz aqueles que a ele se encontram ligados, mediante, muitas vezes, a reunião de indivíduos dispersos. No espaço escolar, guardadas as devidas especificidades da instituição, o médico também terá se incumbido destas tarefas: agrupar os saudáveis, reuni-los segundo suas condições bio-psicológicas, guiá-los na construção de uma vida adulta supostamente melhor, mais higiênica, mais saudável, mais produtiva, bem como proteger cada um, individualizadamente, frente à doença e à morte (Ibid., p.101).

Outra característica importante do pastorado é aquela que se assenta na crença de que o pastor conduz à salvação, o pastor deseja o melhor para aqueles que guia, intenta proteger a todos e a cada um, indistintamente e com o mesmo empenho (Ibid., p.101). Os dispositivos médicos demonstram esse aspecto, essa idéia do cuidado de cada um como necessidade para o bem da coletividade. Mas para isso, é preciso, concretamente, assegurar a saúde individual. Um apenas é suficiente para pôr em risco a saúde de todos e este é um enunciado central da inspeção médico-escolar.

Assim, garantindo a saúde de cada um, estar-se-ia estendendo a ação benéfica sobre todos. Não se pode descuidar de ninguém, é preciso estar preocupado e atento às individualidades, às necessidades de cada criança e de cada jovem, e mesmo de cada professor (Ibid., p.103).

Para tanto, o pastor deve exercer sem cessar uma vigilância, cuidando e prestando atenção a todos, sem perder nenhum de vista. Não é gratuita assim a preocupação recorrente no discurso médico quanto à importância das inspeções escolares e dos exames em todas as suas modalidades e extensão. Além disso, é inerente à função de pastor o conhecimento daqueles a quem deve conduzir, em seu conjunto, e em seus detalhes. Foucault destaca o quanto o problema do pastorado concerne à vida dos indivíduos e aos mínimos detalhes de seus atos. Será rico analisar os exames e as fichas médicas de cada criança nesse sentido: conhecer para conduzir<sup>13</sup>.

Esta delegação de poderes para conduzir vidas foi uma conquista progressiva da Medicina, uma conquista de legitimidade e que, se considerarmos particularmente a instituição escolar, um processo que não se fez sem resistências, dos professores, pais e dos próprios alunos, mas que, por se constituir discursivamente sob este caráter pastoral, pode ir sendo reconhecida, aceita e até mesmo desejada. Há consentimento e reação, tanto quanto imposição e concessão. Parece oportuno relembrar ainda, como pude discutir no arranjo “Disputas”, em que me detive anteriormente, que no conjunto das práticas sociais os médicos disputaram espaço para instituir seus discursos como verdadeiros e fundamentais à vida, ora assentando-se sobre os argumentos científicos, ora sustentando sua missão vocacionada, desinteressada e à serviço do bem comum. A evocação da idéia do pastor, assim, é endossada seja na escola, seja nas demais instâncias de atuação médica.

Mas retornando às inspeções, cabe finalmente acrescentar que um programa de higiene escolar constituiu um aprofundamento da prática das visitas e das

---

<sup>13</sup> Analisando a especificidade do pastorado sob o cristianismo, Foucault acrescenta que o pastor deve saber o que ocorre e o que faz cada um, e que este saber envolve o que sucede na alma de cada um, o conhecimento de seus pensamentos e pecados secretos. Para tanto, o cristianismo se apropriou de duas práticas do helenismo: o exame de consciência e a direção de consciência. Estas práticas extrapolaram o âmbito religioso, estendendo-se para outros jogos de relações de poder.

inspeções de saúde, incorporando através do tempo a experiência, os saberes e poderes produzidos por esta prática, como dispositivo fundamental do campo médico nas escolas.

A complexidade da inspeção escolar, assinalada pelos médicos, constituiu um elemento poderoso para o reforço de seu estatuto na escola. Era tarefa que não podia ser desempenhada por qualquer indivíduo, tampouco por qualquer médico, uma vez que:

“não basta para ser médico escolar, possuir um diploma ou ser clínico, é preciso sobretudo uma grande experiência e tino para poder tirar, em tempo, todas as vantagens da Inspeção.” (Pitta Pinheiro, Relatório, 1923, p.11)

Se no campo educativo a inspeção médico escolar assegurou a competência do médico como sujeito instituído do poder para executá-la, no campo da Medicina foi-se delimitando, da mesma forma, todo um regime de saberes e poderes que instauravam a figura do “médico nas escolas”, aquele que deveria ter o domínio do conjunto das ciências relacionadas com a Pedagogia, fosse ele pediatra, higienista, sempre, contudo, diretamente inserido em práticas educativas escolares.

### 3. O Exame

Débeis, retardados ou tardios, imbecis, instáveis, emotivos, tímidos, deprimidos, tarados, desconfiados, perversos, fatigáveis, neuropatas e psicopatas, desajustados, desatentos, hipostênicos, adenoideanos, abúlicos, precoces, entre muitas outras designações<sup>14</sup>, onde estaria afinal a criança? E a criança normal, teria resistido em algum recanto protegido da escola?

---

<sup>14</sup> Que hoje guardam outro sentido na linguagem do senso comum.

Difícil identificá-la nos discursos médicos. A encontramos apenas caracterizada pelos avessos. Se não é débil, pela farta descrição, então talvez seja normal. Mas antes, será preciso investigar se não é perversa e mais uma extensa descrição de comportamentos característicos a conferir, e ainda assim, se não perversa, talvez emotiva. Ou quase qualquer um desses atributos, porque sempre se lhe descobre um estado de predisposição ou suscetibilidade...

Numa taxionomia tão ampla e detalhada, restava muito pouco para que a criança não fosse enquadrada nos caracteres de uma gama variada de anormalidades descritas. Se resistisse à inclusão, seria, paradoxalmente, uma exceção à regra, o desvio dos desvios ... e, talvez, nesse caso, pela inobservância da regra que faz parecer que prevalecem os anormais, ao invés de uma penalidade, essa criança fosse premiada com a classificação de “normal”... Não se trata de mero jogo de palavras. O acompanhamento da discursividade médica permite dar visibilidade à criança problema, o escolar desajustado, o infante anormal, e pelo que resta, parecendo por vezes minimamente, entrever a criança sadia. Ou será apenas uma multiplicação discursiva? O efeito indica a prevalência de classificações precisas, seja quanto ao desenvolvimento físico e intelectual, seja quanto ao comportamento moral e mental, ou ainda, o aproveitamento escolar, que estigmatizam a criança, estabelecem critérios contundentes de inclusão e exclusão e findam por estabelecer uma situação prosaica se não fosse trágica: até que se prove o contrário, a criança é suspeita, precisa demonstrar que é normal.

Os exames médicos perscrutam a criança escolar minuciosamente. Na família, na sala de aula, no pátio da escola, na história de seus progenitores e antepassados, nos meandros de seu inconsciente e nas profundezas de sua alma. Identificar imperfeições orgânicas, muitas delas com reflexos intelectuais ou mentais<sup>15</sup>, hábitos ou práticas viciosas, anomalias, taras morais, inferioridade física ou psíquica, heranças mórbidas, estados predisponentes, patologias latentes, eis o pano de fundo desses exames. O intuito? Surpreender a tempo ... de apartar dos demais, tratar, prevenir. Uma missão salvífica e redentora? Os médicos apresentam-

se como vigias que dominando um horizonte mais amplo, vêm aparecer mais precocemente os signos precursores de uma doença (Barrán, 1995, p.258).

A julgar pelos discursos examinados, percorrendo aproximadamente quarenta anos, podemos perceber que a prática do exame médico na escola, ou a aplicação dos testes pelos médicos, caracteriza a instituição escolar como “observatório da multiplicidade humana” (Foucault, 1993c, p.153). Mecanismos disciplinares, tecnologias individualizantes: proporcionar uma visibilidade geral de todos e de cada um dos infantes, sob o manto sagrado da ciência<sup>16</sup>. Afinal, como dizia o dr. Figueiredo, os maiores fatores desfavoráveis em profilaxia escolar residem no indivíduo e pouco aproveitam as inspeções em conjunto sem o exame, o registro e a prescrição individuais (1933, p.3). Assim:

“No exame médico verificar-se-á o estado de saúde, vendo se é portador de doenças prejudiciais aos seus companheiros, se tem anomalias de visão, de audição se não tem desvios de coluna, se tem taras morais ou intelectuais que o impedem do estudo comum e se existem inferioridade física, psíquica ou moral, que o indiquem para as escolas ao ar livre ou de anormais.” (Ygartua, 1933, p.228)

Qual o campo de saber e a ordem de poder que os exames permitiam levantar? Uma multiplicidade de questões eram suscitadas e legitimavam os exames médicos. Primeiramente, era preciso “conhecer”<sup>17</sup> a criança, perceber se suas condições de saúde eram adequadas à convivência escolar. Se a escola devia constituir-se em agremiação sadia para não colocar em risco o escolar hígido, então procediam os exames para admissão, que deviam surpreender os doentes antes do ingresso na escola, barrar seu acesso e encaminhá-los a instituições de assistência.

---

<sup>15</sup> Afirmava o dr. Ygartua: “No estudo do temperamento e caráter do educando bem apreciado pelo filósofo Geénen, vemos como influem, principalmente sobre a vida afetiva, as secreções endócrinas (1933, p.226).

<sup>16</sup> “Nós, os da medicina militante, reconhecemos, compreendemos e proclamamos a existência dos nossos males, mas confiamos no método científico e prevemos, em futuro próximo, a redenção sanitária das nossas populações” (Vianna, 1926, p.79).

<sup>17</sup> “Conhecer o indivíduo era operar com tipologias que ordenavam a variedade dos fatos observados e medidos de modo a subsumi-los a classificações tidas como derivadas da natureza das coisas. Era enquadrar o indivíduo no tipo e ler nos corpos sinais que uma ciência determinista constituía como índices de *normalidade*, *anormalidade*, ou *degeneração*” (Carvalho, 1997, p.275).

Era preciso também conhecer a criança durante sua frequência à escola, acompanhando a escolarização, os efeitos provocados pelos exercícios intelectuais, pela prática dos desportos, pelas exigências da ordem e da disciplina. Surpreender os instáveis e os fatigáveis. Identificar ainda os diversos estados constitucionais, adequando cada indivíduo a atividades concernentes às suas capacidades e a estímulos específicos. Surpreender os retardados ou tardios. Urgia igualmente, localizar aqueles alunos com defeitos psico-morais perniciosos nas relações entre os escolares. Surpreender os psicopatas e desajustados. E-nos novamente nas taxinomias. Elas foram constantemente redefinidas, saberes produzidos pelas astúcias da observação, pelo refinamento dos procedimentos científicos, pela extensão dos exames criados e aplicados.

“As qualidades do observador, o valioso auxílio da clínica, da radiologia e das reações tuberculínicas, são armas poderosas para selecionar o escolar infectado e ele será classificado, sob o ponto de vista médico, pedagógico e social.” (Ygartua, 1933, p.224)

O poder do médico de dizer a verdade de cada um vai sendo endossado na coletividade escolar. As famílias consultam os médicos nas escolas, os professores perseguem conselhos daquele que pode dizer sobre os alunos-problema, as crianças habitam-se a se submeter a exames médicos periódicos, em nome da profilaxia. Os médicos são reconhecidos como aqueles que, descobrindo, podem curar, salvar, corrigir, conduzir pelo procedimento mais adequado, ensinar como manejar e, finalmente, premiar com o diagnóstico de saudável e normal. Espécie de pastor que deseja o melhor para seu rebanho<sup>18</sup>.

Além de “surpreender a tempo”, outros enunciados voltavam-se aos exames, pois eles possibilitavam tanto “afastar para evitar a promiscuidade entre sadios e doentes ou para reconduzir os anormais a outras instituições”, quanto para “classificar e agrupar”. O dr. Espírito sintetizava esses aspectos afirmando que deveriam ser considerados anormais aqueles escolares que não pudessem fazer o aprendizado nos estabelecimentos comuns de ensino e que necessitassem de recursos

---

<sup>18</sup> cf. Foucault, 1990b, p.101, trad. minha. Ver também a idéia do pastorado anteriormente desenvolvida: A Inspeção.

educativos que só estabelecimentos especiais podiam empregar (Espírito, 1942, p.166). Os exames permitiriam afastar os inconvenientes, organizando aulas com turmas homogêneas, para cuja finalidade empregavam-se testes de escolaridade (Ibid., p.165). Analisando procedimentos similares em São Paulo nas duas primeiras décadas do século XX, Carvalho salienta o mesmo recurso de seleção e composição da clientela escolar através das práticas de medição, a fim de que fossem organizadas classes homogêneas visando a maximização dos resultados do ensino simultâneo e seriado (1997, p.277).

As modalidades de exame foram variadas e transformaram-se no decorrer do tempo. Podiam ser clínicos, antropométricos, intelectuais, psicológicos, além de testes para avaliação do nível global de desenvolvimento da inteligência, testes para determinação de aptidões especiais, testes de escolaridade ou média de eficiência de aprendizagem; testes para avaliação do temperamento e qualidades morais (Ygartua, 1933, p.226). Nos dizeres do dr. Ygartua, “pelos testes estudaremos e classificaremos os escolares e ficará estabelecida a escala entre o normal e o anormal” (Ibid.). Além disso, como afirmava o dr. Pitta Pinheiro, os testes representavam o esforço médico de não reduzir-se a um empirismo educacional (1944, p.53), retomando assim uma crítica aos pedagogos em comparação ao estatuto científico da Medicina.

Os exames clínicos por ocasião das visitas constituíram, inicialmente, a primeira relação dos médicos com os escolares. Investigavam os atributos físicos em seus pormenores, observando com igual atenção as condições de higiene, as aptidões da visão e audição, bem como a possível “latência” ou suscetibilidade a alguma moléstia contagiosa. Através das avaliações antropométricas, por sua vez, procuravam estabelecer as condições físicas da criança, tomando-lhe para estudo o talhe, o peso e o perímetro torácico, informações a serem minuciosamente registradas em ficha adequada (Ygartua, 1933, p.227). As pesquisas psicofisiológicas da época punham em evidência as relações íntimas entre desenvolvimento físico e intelectual da criança.

Florêncio Ygartua propunha que através dos exames clínicos, os escolares pudessem ser classificados de acordo com seus diversos estados constitucionais. Através dos tipos, além da classificação, a criança seria conhecida, seriam

esclarecidas todas as suspeições que sobre ela pairassem e, enfim, o médico poderia conduzi-la para o melhor tratamento, para a turma correspondente, para os exercícios intelectuais e físicos adequados.

Para o dr. Ygartua, esses estados constitucionais estavam relacionados com o temperamento e o caráter de cada criança, por isso sua importância fundamental nos processos pedagógicos. Podemos supor que do laboratório de observações em que se constituía a escola, emergia o traçado de uma semiologia dos distúrbios da criança escolar. O estudo das constituições era o desafio da Biotipologia, cujos “tipos” na infância permitiam vislumbrar os delineamentos da idade adulta. O dr. Ygartua demonstrava especial interesse pela “moderna orientação” oferecida através da classificação biotipológica, examinada no livro de Berardinelli<sup>19</sup>, muito embora manifestasse inspiração também em N. Pende<sup>20</sup> que, aliás, criara a designação biotipologia para exprimir a ciência das constituições, temperamentos e caracteres. Por constituição entendia-se:

“a resultante morfológica, fisiológica e psicológica, variável de indivíduo a indivíduo, das propriedades de todos os elementos celulares e humorais do corpo e também de sua combinação em um tipo especial de composição corpórea (...). Tal resultante é essencialmente determinada pelas leis da hereditariedade e acessoriamente pelas ações perturbadoras exercidas pelo ambiente sobre a atuação do plano hereditário de organização do indivíduo”.

(Pende apud Ygartua, *ibid.*, p.218)

Observe-se, assim, que o estudo biotipológico toma como indícios potenciais para definir o temperamento e o caráter de um indivíduo, sua forma corpórea. Para explicitar esse ponto, o dr. Ygartua evocava idéias desenvolvidas pelo dr. Mariante,

---

<sup>19</sup> O dr. Ygartua se referia ao magnífico livro do ilustre colega docente W. Berardinelli, intitulado *Biotipologia: constituição, temperamento e caráter*, “cuja terceira edição foi impressa pela Editora Francisco Alves, Rio de Janeiro, 1936. Este livro de Berardinelli consta no acervo da Biblioteca da Faculdade de Medicina de Porto Alegre, além dos que seguem: “*Tratado de biotipologia e patologia constitucional*” (4ª edição, 1942); “*Clínica médica: aulas práticas e elementares*” (diversas edições: 1933, 1934, 1935).

<sup>20</sup> Foram identificadas as seguintes obras de N. Pende no acervo da Faculdade de Medicina de Porto Alegre e que se aproximam do período de produção dos estudos do prof. Ygartua: “*Endocrinologia:*

igualmente interessado nas proposições de Pende, para quem o biótipo podia ser representado graficamente, como sendo o ápice de uma pirâmide quadrangular cuja base é formada dos elementos hereditários e atávicos, e as quatro faces respectivamente, pelo hábito morfológico, pelo temperamento dinâmico-humoral, pelo caráter e pela inteligência de cada indivíduo. O dr. Ygartua procurava mostrar como, a partir de sua leitura e interpretação, os tipos de Pende e outros biótipos podiam ser considerados no escolar, de maneira a identificar anormalidades ou corrigir possíveis desvios. Sobressaía a caracterização inicial a partir da face morfológica, isto é, física. Uma extensa taxionomia aparecia então e o dr. Ygartua procurava explicitá-la em sua tese sobre o médico nas escolas<sup>21</sup>. Citava também Berardinelli que resumia as diversas denominações dadas pelas diferentes escolas da biotipologia aos atributos físicos:

“O brevilíneo, megalosplancnico, braquitipo (Viola), corresponde ao hiperestênico (W.Mills), ao pícnico (Kretschner), ao tipo arredondado “rond”(Mac-Auliffe), ao tipo lateral (Stockard e Bean), ao tipo largo, braquimorfo, ao tipo euriplástico (Bouank), ao tipo conectivo (Virenius), à 3ª combinação (Bárbara), à 2ª combinação anatômica (Benecke), à 3ª combinação morfológica (De Giovanni), ao tipo digestivo e ao tipo muscular (Sigaud), ao tipo abdominal (Hallé), ao tipo digestivo (Rostan) ao habitus apoplecticus. O longilíneo, microsplancnico, longitipo (Viola), corresponde ao astênico (W. Mills), ao leptosômico (Kretschner), ao tipo delgado “plat” (Mac-Auliffe) ao tipo linear (Stockard e Bean), ao tipo longo, dolicomorfo, ao tipo estenoplástico (Bounak), ao tipo epitelial (Virenius), à 1ª combinação (Barbára), à 1ª combinação anatômica (Benecke), à 1ª combinação morfológica (De Giovanni), ao tipo respiratório e ao tipo cerebral (Sigaud), tipo torácico (Hallé), ao tipo respiratório (Rostan), ao tipo físico.”(Ygartua, *ibid.*, p.219-220)

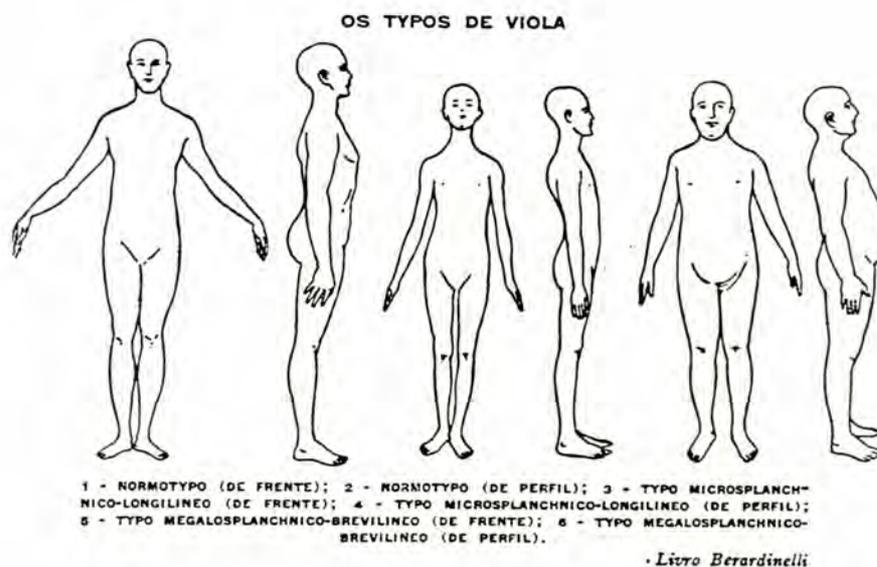
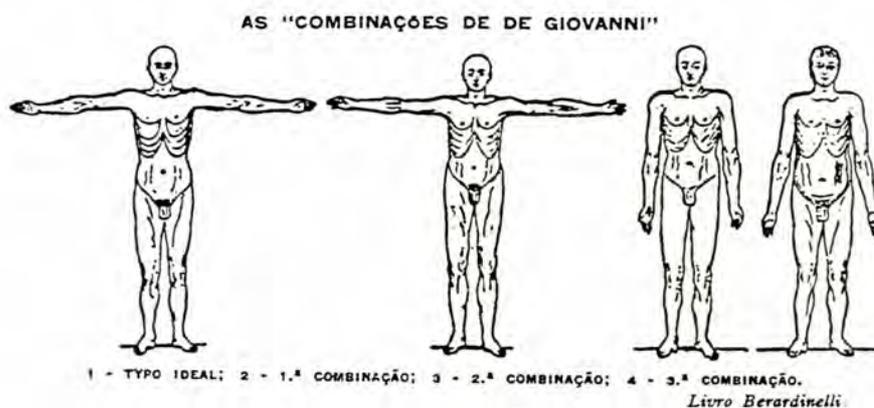
Procede assinalar, além da variedade das classificações, a recorrência a diversos autores que na época circulavam entre os médicos, dando conta da

---

*patologia e clínica*” (1916); “*Endocrinologia: patologia e clinica degli organi e secrezione interni*” (1920); “*Patologia del simpático*” (1915); “*La ciencia moderna de la persona humana*” (s/d).

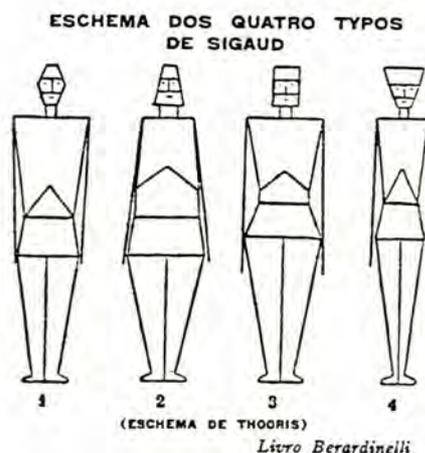
<sup>21</sup> Apresentada por ocasião do 2º Congresso Médico Brasileiro Sindicalista, em 01/07/1933.

efervescência dos estudos em torno da biotipologia no campo da Medicina, com extensão, por exemplo, ao âmbito da criminologia, por meio da teoria da conformação craniana de Lombroso.



Mas o dr. Ygartua, não se detinha apenas nas aproximações resumidas por Berardinelli. Preocupava-se em considerar os atributos das distintas idades do escolar, o que corresponderia aos períodos admitidos por Pende, a saber:

3º período: proceritas prima, dos 5 aos 7 anos, marcado pela primeira crise de alongamento, quando o corpo se alonga e afina, com um certo emagrecimento normal. Mais do que aumento ponderal é uma fase que se caracteriza pela diferenciação morfológica, já se notando alguns atributos sexuais. 4º período: turgor secundus, dos 8 aos 11 anos no homem e dos 8 aos 9 anos na mulher, caracteriza-se por um novo período de desenvolvimento em largura. No homem, o alargamento do tórax, enquanto na mulher a bacia é que se alarga; 5º período: proceritas secunda, dos 12 aos 15 anos no homem e dos 10 ou 11 anos na mulher, caracteriza-se pela crise da adolescência propriamente dita, ocorrendo um rápido e brusco crescimento em altura, com acentuação dos atributos morfológicos sexuais e modificações mais significativas humorais e neuropsíquicas. Ou ainda, os tipos indicados por Sigaud: 1º) tipo respiratório (predomínio do tórax e andar médio da face); 2º) tipo digestivo (cabeça em pirâmide; predomínio do abdômen e andar inferior da face); 3º) tipo muscular (tronco igualmente repartido entre tórax e abdômen; andares da face iguais); 4º) tipo cerebral (predominância do crânio; cabeça em forma de peão) (cf. Ygartua, *ibid.*, p.220-221)



A partir dos tipos exemplificados anteriormente e dos modelos classificatórios que eles forneciam como critérios para a elaboração dos testes ou das descrições e enquadramentos, interessa pensar como esses exames médicos na escola assumiram a feição de procedimentos de identificação, assimilação ou descrição das individualidades, e em que medida passaram a constituir uma espécie de norma, pela crescente explicitação de todo um conjunto de especificidades corporais, temperamentais e do caráter, com o intuito de caracterizar as aptidões de cada um, situando seu nível e suas capacidades; cada indivíduo um caso inserido num sistema de diferenciações e hierarquias (Foucault, 1993c, p.163-171 passim). Ou ainda, considerar como os exames médico-escolares instituíram um mecanismo disciplinar de individualização, que na escala escolar demonstra seu caráter “descendente”, assentado na fiscalização, na observação, nas medidas comparativas tendo uma norma como referência, seja ela a biotipologia de Pende, de Sigaud, de Benecke, Viola, Barbára ou De Giovanni, dentre outros. O que está em jogo é o fato de que a instituição dos biótipos tenha sido usada como parâmetro que associava cada criança a determinados desvios da normalidade. Não será nos consultórios ou hospitais que as crianças serão submetidas a tantas vigilâncias e a tantos exames.

“É a escola o lugar de eleição, o principal campo de observação em que o psico-pediatra poderá agir, com eficiência, no sentido do rastrear, de pronto, os sinais reveladores dos pequenos neuropatas, fazendo, por assim dizer, a chamada *triagem* ou seleção dos anormais psíquicos.” (Castilho, 1928, p.38)

Indiscutivelmente, a escola sobressaiu como instituição disciplinar, normalizadora, locus privilegiado da produção de saberes médicos acerca da infância e de tecnologias individualizantes no contexto da sociedade moderna. Como salienta Foucault,

“Num sistema de disciplina, a criança é mais individualizada que o adulto, o doente o é antes do homem são, o louco e o delinqüente mais que o normal e o não-delinqüente. É em direção aos primeiros que se voltam em nossa civilização todos os mecanismos individualizantes...” (Ibid., p.171-172)

Se os exames clínicos foram particularmente fecundos para as classificações biotipológicas, ainda apresentavam outras possibilidades. Traçar o quadro das doenças com maior incidência entre os escolares, nos quais encontrava-se com muita frequência e em elevada proporção, o linfatismo associado à tuberculose, infecções várias, as diateses, a debilidade, como as más condições de higiene e nutrição, as verminoses, todas elas causas que podiam determinar estados anormais na criança (cf. Ygartua, *ibid.*, p.221-222). Os exames clínicos podiam ainda surpreender as doenças nefastas já incipientes nos infantes ou causas desconhecidas de seus distúrbios, como a sífilis, a tuberculose e a herança alcoólica.

“Consideremos agora o terreno heredo sífilítico e a sífilis com as suas funestas conseqüências para muitas crianças que na escola pagam caro tributo. Como sabemos, a sífilis enche um enorme capítulo da patologia infantil, com seus estados distróficos gerais e locais, muito principalmente no terreno das distrofias endócrinas, diminuindo ou anulando a capacidade intelectual. Cortejo sombrio de surdos-mudos, cegos, idiotas, imbecis, atrasados mentais, muitos deles, não tem o humano direito de se educar na escola”. (*Ibid.*)

Restituir aos escolares e a outras crianças possuidoras de anomalias da afetividade e do caráter, assim como aos enfermos do organismo físico, o desejável e o possível equilíbrio orgânico e funcional, e rastrear os que apresentavam anormalidades, os psicopatas verdadeiros, que exigiam tratamento mais rigoroso em ambientes especiais (Kaseff *apud* Moreira, 1935, p.125), eram propósitos claramente formulados no decorrer dos anos 30 e demandavam, além dos exames clínicos, um conjunto de exames psicológicos elaborados e altamente ritualizados. Essa ritualização ia progressivamente se afirmando através de um conjunto de registros detalhados e minuciosos, em fichas individuais com anotações diversas que fixavam uma classificação a cada criança.

Os exames psicológicos da criança possibilitavam estudar seu desenvolvimento mental e sua modalidade de inteligência, sendo que eram apresentados como realmente necessários, pois constatava-se uma relativa frequência

do anormal entre os escolares, demandando uma atenção especial do médico e do psicólogo (Ygartua, 1933, p.224).

O Dr. Raul Moreira, conhecido pediatra gaúcho e que desenvolveu estudos sobre a criança escolar, sugeria a classificação apresentada por Lahy e Heuyer para distinguir as diferentes categorias de escolares, a saber:

- 1) os débeis mentais e os retardados que exibem os seguintes grupos:
  - a) atrasados escolares por incapacidade intelectual;
  - b) atrasados devido a causa orgânica;
  - c) retardados, por motivo de ordem social.
- 2) As crianças de inteligência normal, abrangendo os sub-grupos:
  - a) os instáveis que mudam constantemente de lugar, parecem geralmente distraídos e freqüentemente se mostram agitados;
  - b) os emotivos que são tímidos, respondendo em voz baixa e com facilidade choram;
  - c) os deprimidos, geralmente tristes, que não brincam, conversam pouco e se comprazem no isolamento;
  - d) os espiritos falsos, desconfiados e invejosos, que tudo levam a mal e se queixam de tudo e de todos;
  - e) os perversos que mentem e se apoderam do que não lhes pertence, fazem o mal pelo mal e permanecem indiferentes à repreensão e aos castigos.
- 3) os bem-dotados, dos seguintes tipos:
  - a) os que mostram particular inclinação para certas matérias e deficiência de compreensão para as demais;
  - b) os fatigáveis, incapazes de esforço prolongado;

- 4) as crianças normais que não são classificáveis em nenhuma das categorias precedentes, mas para as quais o professor reconhece a necessidade do exame clínico-psiquiátrico (Kaseff apud Moreira, 1935, p.125).

De todas as caracterizações, indiscutivelmente a criança normal é aquela que não é contemplada por nenhuma descrição. Trata-se de identificá-la por exclusão, uma vez que era aquela não enquadrável em nenhuma das categorias precedentes. Ora, qual o suposto que permitia defini-la? Em última análise, todas as crianças eram, em princípio, suspeitas, até que por sucessivos exames e testes, pudessem provar sua “normalidade”, um procedimento vulnerável à arbitrariedade do médico ou do professor.

Além do procedimento da observação, os exames foram se tornando mais elaborados e instituíram-se os testes, especialmente importantes para a caracterização das faculdades mentais das crianças, tarefa primordial no contexto escolar.

Com respeito aos testes intelectuais, fortes indícios levam a crer que acima de qualquer outro procedimento, aí foram produzidos novos saberes no campo da Medicina e a contribuição dos médicos escolares foi decisiva para uma consolidação desse poder na instituição escolar. Saberes até então desconhecidos da Medicina, atestados pelo reconhecimento que os discursos expressam quanto à imprescindível colaboração entre médico e professores para a almejada tarefa de identificar as anormalidades mentais dos escolares. Se em determinados momentos os professores apareciam como opositores, porque refratários às inovações científicas, aqui trata-se de reconhecer um saber detido pelos professores e a necessidade de apreendê-lo.

“Nesse terreno nada de frutuoso poderá ser alcançado sem um estreito e completo acordo do psico-pediatra e do professor, visto que aí a ciência de ambos precisa completar-se para um mesmo fim: a solução do problema da educação social, moral e intelectual da criança.” (Ygartua, *ibid.*)

Embora admitindo um relativo desconhecimento médico das anormalidades sob o ponto de vista pedagógico, os exames e testes asseguravam os saberes científicos da Medicina e possibilitavam verificar as anomalias intelectuais, as quais permitiram distinguir grupos diversos de escolares, segundo o grau de

comprometimento das faculdades intelectuais, mensurado sob os aspectos da atenção, memória, associação de idéias, julgamento, etc. Observe-se que já emergiam critérios de ordem pedagógico-cognitiva como integrados ao funcionamento do discurso médico. Evocando uma epígrafe bastante sugestiva de Hippus, o dr. Moreira salientava que:

“Se os médicos reclamam, e com razão, dos educadores e mestres o estudo da fisiologia e da psicologia, ao menos nos seus elementos, é justo exigir que também o médico seja pedagogo.” (Hippus, “O médico como educador” apud Moreira, 1933b, p.3)

Tal evocação indica, de certa maneira, a emergência de demandas no âmbito da Medicina mais voltadas ao pedagógico propriamente dito, o que pode explicar a produção de classificações tomando por base as manifestações intelectuais ou cognitivo-comportamentais das crianças no espaço escolar. Numa classificação bastante elementar, caracterizavam-se os escolares anormais segundo a idiotia, a imbecilidade e a debilidade mental em relação às condições de aprendizagem (Vicente Baptista apud Ygartua, *ibid.*). Interessante é que para uma classificação mais elaborada, o dr. Ygartua recorria à caracterização de alunos anormais, sistematizada e expressa justamente por um professor. Em seu estudo “A proteção à infância e à juventude”, o prof. Thiago M. Wurth<sup>22</sup>, listava os principais tipos de anormais pedagógicos, descrevendo-os:

- a) a criança fisicamente fraca demais para acompanhar as outras crianças da mesma idade na sua evolução ou na sua educação física, e no esforço físico necessário para a atividade mental;
- b) a criança fraca de memória, de retenção diminuta ou inconstante, de atenção instável, de concentração mental difícil, de coordenações lentas e inexatas;
- c) a criança de vida física anormal, muito emotiva, muito imaginativa, ora sonhadora e inerte, ora indisciplinada e superativa. O professor conhece os casos como arteiros, preguiçosos, indisciplinados, retardados ou atrasados,

---

<sup>22</sup> Diretor do Instituto Pestalozzi, Canoas, Rio Grande do Sul.

instáveis de gênio, instáveis de atenção e concentração. Ele conhece também os vadios, os mentirosos, os brigões, os chorões, os mimosos e os descurados;

- d) os anormais sociais da educação, que não dão resultados normais porque o ambiente de proveniência, a falta de roupa, de alimentação, de tratamento clínico, de educação moral, e outros motivos mais, desvirtuam a ação educadora ou porque nem subsiste para eles ação educativa nenhuma”(Wurth apud Ygartua, *ibid.*, p.225)

Para que possamos ter idéia da extensão da prática médica que concorreu para caracterizar uma “era examinatória” (Foucault, *op.cit.*) da escola, é possível identificar outras tantas classificações dos escolares segundo critérios que tomam em conta performances de aprendizagem, em última instância o que se concebia como rendimento social da criança. O dr. Castilho descrevia quatro grupos distintos:

1. raras crianças superiormente formadas, capazes de *ingerir* todas as matérias de um programa;
2. grupo muito mais numeroso dos escolares que assimilavam uma parte das matérias ensinadas e deixavam de lado uma outra parte que deles exigia maior esforço de compreensão; aqueles que “poderiam fazer melhor”;
3. na cauda da classe se encontrava o importante grupo dos preguiçosos, hipoproséxicos ou abúlicos que revelavam, nas suas anomalias, um verdadeiro *desarranjo* da saúde, quer física, quer mental, ligado ou a distúrbios endócrinos, a desordens sensoriais, ou a leves graus de perturbações nervosas;
4. os hipernormais, também chamados “inteligentes brilhantes”, de grande precocidade, cuja evolução ulterior, pela *anormalidade* psíquica revelada, não condizia com as promissoras esperanças dos primeiros triunfos (Castilho, 1928, p.40-41, grifos meus).

Nas descrições acima, há o estabelecimento de relações comportamentais diversas, que por vezes indicam uma arbitrária associação entre atitudes escolares, como por exemplo o cumprimento de tarefas num nível estritamente mínimo, ou

resistência a atividades propostas – os preguiçosos - que são insuficientes para mensurar os graus de desenvolvimento cognitivo, mas que findam reduzidas a eles, sentenciando aos alunos anormalidades e estados patológicos. De certa maneira, muito mais do que critérios ditos científicos, parecem prevalecer em algumas situações, avaliações morais e disciplinares.

Efetivamente, o discurso médico dos anos 20 e 30 reconhecia que apesar dos estudos científicos e das primeiras classificações produzidas, não dispunha, ainda, de resultados que satisfizessem as premências da escola no que tange aos anormais escolares do ponto de vista educativo. Admitia, ainda, que na escola primária havia um numeroso contingente de alunos que demonstravam incapacidade ou dificuldades de distinto grau para aprender de acordo com os métodos didáticos comuns, enquanto que fora da escola não pareciam insuficientes, o que era instigante para investigações. Veja-se, novamente, a crítica à uniformidade dos métodos de ensino para todos e a indicação do contraste entre o proceder do aluno na escola e fora dela.

Registavam também aqueles que conseguiam apreender as noções que constituíam os programas das escolas comuns, porém num tempo mais longo que o normal, pelo que se lhes chamava *tardios, retardados*. Alguns, depois de um período crítico de duração distinta, se colocavam a par dos normais e até conseguiam dar continuidade aos estudos secundários e superiores; outros, pelo contrário, depois de um período de aproveitamento que lhes custava mais ou menos fadiga, se detinham definitivamente no curso escolar, incapazes de continuar os estudos, e se viam obrigados a conformar-se, revelando nas suas ocupações habilidade e perspicácia; e por último, existiam outros que uniam uma capacidade escassa para utilizar seu próprio patrimônio ideativo, freqüentemente com decadência progressiva das aptidões intelectuais (cf. Estapé<sup>23</sup> apud Ygartua, *ibid.*, p.225-226).

Em certos momentos, para afastar inconvenientes, buscou-se organizar aulas com turmas uniformes, com os mesmos atributos psicológicos e intelectuais, independentes do critério falso da idade, aos quais deviam corresponder métodos

---

<sup>23</sup> Professor Maria Estapé era citado por vários médicos gaúchos, além de Florêncio Ygartua. Desenvolvia atividades como psiquiatra escolar em Montevideu, e com ele o dr. Ygartua realizou trabalhos conjuntos e intercâmbios sistemáticos.

pedagógicos adequados, para cuja finalidade tiveram incremento o emprego de *testes* de escolaridade. Os médicos indicavam as dificuldades de elaboração e aplicação dos testes, seja por eles próprios, seja pelos professores, visto que as faculdades mentais (memória, atenção, vontade, etc.) que condicionam o aproveitamento escolar eram consideradas de difícil doseamento, além do fato de que os processos de apuração e diagnóstico nem sempre encontravam-se isentos de falhas, como indicava o dr. Espírito, Médico Chefe do Serviço de Higiene Escolar do Estado (Espírito, 1942, p.165).

Os testes de “escolaridade” ou “inteligência”, assim denominados pelo dr. Espírito, segundo sua apreciação, eram úteis para investigar as causas de não aproveitamento da aprendizagem. Possibilitavam reconhecer que numerosos alunos tidos por retardados, desatentos e sem aproveitamento, possuíam problemas de ordem puramente médica, em decorrência de serem portadores de verminoses, e por isso indolentes e apáticos; ou heredo-luéticos que estavam sujeitos a múltiplas manifestações, por vezes derivadas, como a epilepsia; ou ainda, que apresentavam defeitos físicos, por sofrerem a evolução ou os resquícios de infecções adquiridas. A esses devia-se prestar a assistência médica indicada (cf. *Ibid.*, p.166).

Para o dr. Espírito, outros alunos-problema apresentavam-se “hipostênicos” em consequência de um estado de miséria ou deficiência orgânica de origem econômica: mal-alimentados, morando em ambientes confinados, submetidos ainda a um desgaste de energia pelo trabalho com que deviam afrontar as dificuldades econômicas da família (vendendo jornais, entregando viandas, fazendo mensagens, etc). A solução nesses casos era de alçada da assistência social, por meio de auxílios dados por caixas escolares, sopas escolares, cooperativas escolares, colônias de férias<sup>24</sup> e outras iniciativas congêneres (*Ibid.*, grifo do autor).

---

<sup>24</sup> Por sugestão da Secretaria de Educação e Saúde Pública, o governo do Rio Grande do Sul, em 1939, chegou a instituir colônias de férias, também chamadas vilegiaturas, para alunos de escolas públicas, que segundo Guimarães (1940) eram fisiologicamente necessitados dessa preciosa terapêutica climatérica. Esse fator natural, aliado às cuidadosas medidas higiênicas, que se adotaram nos núcleos de veraneio, (localizações, instalações materiais dos alojamentos, regimes de vida e alimentares, etc.) proporcionou às comunidades infantis uma tão forte messe de benefícios salutarés, que os estímulos da experiência resolveram, definitivamente, o prosseguimento anual das ‘colônias’ (p.105). Prioritariamente, as turmas foram compostas por crianças que o estado de subnutrição abatera e despersionalizara. Ainda, o fichário das crianças que integraram duas ‘colônias’ em fevereiro de

Finalmente, numa outra ordem de casos, o dr. Espírito apontava aqueles alunos portadores de defeitos de educação: por serem mimados, ou por serem escorraçados, ou filhos-únicos e primogênitos; ou também os autores de furtos, os turbulentos, etc. O problema aí, para ser devidamente solucionado estava a exigir uma remodelação educacional completa, até nos hábitos familiares, sendo importante, ainda, a colaboração direta dos pais (Ibid., grifo do autor).

Se um tão extenso detalhamento dos diferentes escolares no discurso médico, vem a demonstrar a intensidade dos procedimentos individualizantes que estabeleciam sobre as crianças uma visibilidade até então desconhecida, de outra parte, estavam os médicos a criticar a precariedade das condutas pedagógicas, que tratavam a todos indiferenciadamente, cometendo-se equívocos largamente apontados, ora debilitando os mais frágeis, ora tornando mediocres os capazes acima da média, ora mantendo em penúria educativa aqueles que careciam de um tratamento especial. Os médicos ponderavam que seria imprescindível “tentar a reeducação psicoterápica de alguns alunos de escolaridade difícil” (Costa apud Espírito, *ibid.*, p.165).

A par disso, no entanto, o dr. Espírito, por exemplo, reconhecia a complexidade das dificuldades enfrentadas pelos professores, pois muitos casos exigiam solução individual, e assim multiplicavam-se as formas corretivas, complicando extraordinariamente a tarefa pedagógica. Ainda mais: a ação educativa quase sempre devia fazer-se sentir no lar, por meio da reeducação dos pais e irmãos, bem como na escola, com a adoção de princípios pedagógicos apropriados. Só essa enunciação já exprimia a complexidade e extensão do problema, que era acrescido, muitas vezes, da escassez de resultados práticos (Espírito, *ibid.*, p.166).

Nesse sentido, considerava o dr. Espírito que a aprendizagem difícil dessas crianças exigia a formação de um corpo de professores especializados, que soubessem mobilizar os recursos educativos indicados a cada caso. Propunha um

---

1939 evidencia a considerável melhora fisiológica, quando em apenas 15 dias, tiveram um aumento de peso, que variou de 3000 a 4.500 gramas (cf. *Ibid.*, p.106).

Curso de Bio-Psicologia Infantil<sup>25</sup>, que já era ministrado, desde 1941, a professores, médicos e educadoras escolares (Ibid.). Outros médicos defenderam a necessidade de ensinamentos de Psicologia Infantil obrigatórios nos currículos das escolas complementares.

Para que se pudesse abranger todos os casos de crianças-problema, de tão variada natureza e que ainda se complicavam pela associação de múltiplos fatores, alguns médicos desposavam a opinião de que era necessário pleitear a criação de clínicas de higiene mental, ou clínicas de eufrenia<sup>26</sup>, ou gabinetes de neuro-psiquiatria infantil, espécie de psico-clínicas escolares que dotariam o serviço de higiene escolar de maior cientificidade a fim de auferirem melhores resultados, com instalações médicas apropriadas e pessoal técnico especializado, inclusive visitadoras que verificariam nos domicílios dos alunos as informações de cada caso e ministrariam os conselhos indicados a seus pais. Assim, nos dizeres do dr. Espírito, uma maior eficiência seria garantida se pudessem concentrar num órgão controlador os diversos recursos necessários a um Serviço de Higiene Mental, que compreenderia:

“a) secção de estudos neuro-psiquiátricos para professores e educadoras; b) secção de estudos pedagógicos especializados; c) secção de psico-diagnóstico; d) secção de exames médicos; e) secção de assistência médica; f) secção de assistência social; g) secção de re-educação familiar; h) secção de processos educativos especializados.”  
(1942, p.167)

Defensor incondicional da instalação de Gabinetes de Neuro-Psiquiatria Infantil nos estabelecimentos educativos, o dr. Pitta Pinheiro havia experimentado seus resultados, coordenando duas iniciativas nesse sentido: uma junto ao Asilo Pe.

<sup>25</sup> Já em 1933, o dr. Moreira defendia a exigência de rigoroso ensino de Psicologia Infantil nas escolas complementares do Brasil (1933b, p.14-15).

<sup>26</sup> Segundo o dr. Moreira, a eufrenia representa o estudo que tem por fim assegurar a boa formação do psiquismo. Nas clínicas de eufrenia procede um objetivo construtivo: o aperfeiçoamento do psiquismo, com atuação médico-pedagógica no despertar intelectual da criança (cf. 1933b, p.6-7).

Cacique, nos anos 30-40, outra, embora sem essa denominação, junto ao Departamento de Saúde do Instituto Técnico-Profissional Parobé, nos anos 20 a 40<sup>27</sup>.

Para o dr. Pitta Pinheiro, se a Educação progredia em seus objetivos com a sua técnica sempre melhorando, isso se devia tanto aos interessados e estudiosos por seu progresso quanto às suas relações com a Medicina, que por meio da Psiquiatria oferecia mais amplos e mais seguros meios de educação. Inspirando-se no trabalho de Gilbert Rodin, que, segundo o médico, bem compreendia a influência da ciência, notadamente no que se refere ao psiquismo na educação da criança, detalhava e ensinava os meios dessa humana assistência à infância, transcrevendo para conhecimento de médicos e professores, o seguinte:

“Está criado um novo ramo da Medicina que não se limita ao tratamento ou educação dos atrasados e perversos, mas, sem demora verificando as mais ligeiras perturbações do espírito, as mais insignificantes alterações do caráter da criança e alheando-se a interpretações familiares ou pedagógicas estuda, empenhando-se em vencer e fazendo triunfar vitoriosamente os preguiçosos, os maus alunos, as crianças terríveis ... que eram apenas enfermos, não compreendidos pela assistência nem devidamente atendidos pela clínica.” (1944, p.51-52).

Complementando essa idéia, o dr. Pitta considerava que através dos estudos da eufrenia, outra compreensão e outro tratamento podiam ser dispensados às crianças problemáticas das escolas, compreendendo-se sua evolução psíquica e sua conduta individual, para além de um mero empirismo pedagógico, anteriormente referido (Ibid., p.52). Concretamente, defendia que a criação de *Gabinetes de Neuro-Psiquiatria Infantil* estivesse acorde com os ensinamentos da Higiene, úteis para inventariar muitas e imprescindíveis informações elucidativas da vida do menor, no contato com as educadoras, com as professoras, umas em relação com a vida

---

<sup>27</sup> “Há muitos anos, na nossa cidade de Porto Alegre, na Universidade de Eletrotécnica do Rio Grande do Sul, os ilustres colegas drs. João Pitta Pinheiro e Carlos Pitta Pinheiro, realizam a inspeção médico-escolar, nos alunos daquele estabelecimento, de maneira eficiente e digna de elogio. Nesse serviço que é modelar existem mais de 10.000 fichas, organizadas nestes últimos 14 anos” (Ygartua, 1933, p.215).

doméstica e outras com a psíquica, informações cada vez mais precisas pela prática e cada vez mais úteis ao julgamento da natureza psíquica do educando (cf. *Ibid.*, p.53).

O aprimoramento dos exames e testes fez-se acompanhar da formalização dos diagnósticos e resultados, instituindo-se os registros individuais, através de fichas especialmente confeccionadas. Nos dizeres do dr. Castilho, além dos testes,

“... emprega-se também a *ficha médico-psicológica*, completada pela *ficha somática*, verdadeiro recenseamento discriminativo dos estudantes em classes adequadas às suas respectivas capacidades. A *ficha* nada mais é do que a característica escrita de um psiquismo, informa a respeito das qualidades de inteligência, vontade e julgamento, salienta pendores, gostos e aptidões, adverte, enfim, das reações sociais da criança.” (1928, p.39, grifos do autor)

O procedimento de descrição contemplado nas fichas “antropopedagógicas” assegurava que a inspeção sistemática dos alunos e o registro de qualquer anomalia física ou mental, se constituísse em meio de controle e vigilância dos escolares. As fichas representavam ainda uma iniciativa de indiscutível alcance prático e, dentre outras vantagens, permitiam orientar e encaminhar as vocações profissionais dos escolares (Castilho, *ibid.*).

Circularam nos anos 30 e 40, propostas de criação de cadernetas de saúde, nas quais constaria um sucinto registro sanitário com o fito de acompanhar o aluno desde seu ingresso na escola até o fim do curso escolar, fixando-se assim sua história médica (Espírito, jun.1940, p.173). Mas dentre essas proposições, parece ter sido mais difundida e efetivamente implantada a prática das fichas individuais sob guarda dos médicos ou da administração escolar. O dr. Espírito, em 1943, informava que relativamente aos cuidados com a saúde dos escolares, a cargo do serviço de Higiene Escolar e das unidades sanitárias do Departamento Estadual de Saúde, os médicos e educadoras sanitárias procediam ao fichamento e exame dos alunos, encaminhando-os, conforme o caso, aos serviços especializados. As fichas, segundo modelos próprios do Serviço de Higiene Escolar, eram uniformes para todo o Estado do Rio Grande do Sul. O preenchimento, porém, não era exclusivo do médico escolar, porquanto seria insuficiente para atender a sua finalidade apenas os dados colhidos

pelo exame médico. Afim de obter uma impressão a mais completa possível da criança, as fichas destinavam espaço para registro de informações fornecidas pelo professor e pela educadora sanitária.

“Ao professor compete, afora a parte relativa à identidade do aluno, ainda manifestar-se a respeito do trabalho intelectual do mesmo. Compreende-se a importância dessa informação por parte de quem aprecia as atividades diárias da criança, e por isso, está em melhores condições de fazer um juízo sobre o desenvolvimento intelectual e sobre particularidades psicológicas que ela apresenta. É a observação do comportamento da criança, das suas atitudes e das suas reações, da capacidade de trabalho e da exteriorização das faculdades intelectuais, da assimilação dos ensinamentos e mais fatores congêneres, que pode orientar o espírito especulativo do médico na pesquisa das possíveis causas de alteração do estado normal. Muitas vezes, é o professor o único elemento capaz de revelar um distúrbio ou uma particularidade do psiquismo infantil, exatamente porque o convívio diário prolongado com o aluno lhe permite fazer a devida apreciação, e é esta apreciação que deve ser consignada por ocasião do fichamento.” (Espírito, 1943, p.204)

Nas iniciativas coordenadas pelo dr. Pitta Pinheiro e segundo as informações por ele prestadas em seus relatórios, cada educando, além de uma ficha nominal de saúde e do registro inicial, possuía uma ficha do Gabinete de Neuro-Psiquiatria, com um arquivo individual amplo, registradas as observações morfológicas de cada um, referidas à biotipologia, tomadas pela regente superiora e completadas pelo médico responsável, de modo a se poder classificar a constituição individual, a verificação do crescimento, acorde ou não com as leis estabelecidas. Em relação a cada aluno, anualmente havia a tomada dos testes pela regente superiora, encarregada também da datiloscopia individual do educando na própria ficha do Gabinete, o que assinala um surpreendente procedimento de identificação<sup>28</sup> da individualidade de cada criança.

---

<sup>28</sup> Examinando a instalação do Gabinete de Psicologia e Antropologia Pedagógica, anexo à Escola Normal Secundária de São Paulo, em 1914, Marta Carvalho refere-se ao “uso escolar de procedimentos de identificação que condensa pressupostos e práticas constituintes das ciências que lhe eram contemporâneas – a antropologia, a psicologia, a biologia, a medicina e a psiquiatria – cujas fronteiras não eram muito nítidas” (1997, p.273).

“São preciosos estes informes como são feitos, com observações constantes e orientadas relativamente a conduta moral dos educandos de modo a habilitar o Diretor a um exame completo e a uma providência útil ao educando [e à instituição]. Muito úteis, aproveitadas para a educação e notadamente para a apreciação da vocação individual, são as informações da professora, dizendo da conduta e aproveitamento no ensino, com a predileção para certa disciplina. Orientando a Direção da educação quanto a tendência para os trabalhos manuais ou literários.” (Pitta Pinheiro, *ibid.*, p.55).

Na reprodução da ficha que se encontra em Anexo<sup>29</sup>, elaborada pelo Dr. Pitta Pinheiro, para o Gabinete de Neuro-Psiquiatria Infantil do Asilo São Joaquim, datada de 1939, podemos identificar uma rede de anotações de detalhes e minúcias que visavam captar e fixar as características, aptidões, capacidades, traços de cada individualidade, traduzidos em uma linguagem que possibilitaria formar códigos comuns à coletividade escolar, hierarquia de desempenhos, cálculos de médias e desvios, enfim, um sistema comparativo para descrição de uma população escolar (Foucault, 1993c, p.154-172 *passim.*).

A ficha contemplava, registros de investigações dos antecedentes da criança, exames clínicos, neuro-psicológicos, informações baseadas em testes, observações colhidas pelo professor:

O primeiro bloco de registros, páginas 1 a 3 da ficha, era tomado diretamente pelo médico responsável, como segue descrito:

- a ficha era encabeçada pelo nome da instituição, acompanhada do ano e de um número de registro, seguidos dos dados de identificação da criança, tais como nome, idade, nascimento, filiação, residência, com quem vivia a criança antes da admissão ao asilo, data de admissão e observações gerais, acompanhadas de uma foto da criança no período de sua admissão, devidamente datada (ficha, p.1);

---

<sup>29</sup> Registre-se aqui o agradecimento a Teresinha Venturin e à professora Julieta Desaulniers pelo acesso à ficha aqui apresentada.

- subsídios antropométricos, tanto da conformação craniana, quanto das medidas do tronco e membros, segundo as medidas de Barbára e Viola<sup>30</sup>, (ficha, p.1), acrescidos dos índices de desenvolvimento sexual e das proporções físicas (ficha, p. 2);
- na seqüência, informações concernentes à individualidade - sua classificação biotipológica, adotando-se parâmetros propostos por Pende, e uma listagem de alternativas classificatórias (ficha, p.2);
- seguia-se o histórico da vida da criança, anterior a sua admissão, composto de informações sobre:
  - a) a vida dos pais (todo e qualquer indicio que pudesse explicar as influências sobre a vida e estado de saúde da criança, havendo uma discricção quanto a aspectos sigilosos<sup>31</sup>);
  - b) histórico do nascimento e vida inicial (assistências recebidas, moléstias, hábitos de higiene, conduta moral, sobressaindo-se a intenção de obter impressões de educadores que houvessem lidado com a criança até aquele momento e registro do processo de admissão na instituição). Observava a ficha que esse item, em qualquer outra oportunidade poderia ser acrescido de novos informes;
  - c) histórico da saúde do examinado, incluindo a listagem de moléstias, vacinações, suspeitas de heranças mórbidas e estados de suscetibilidade pela incidência de graves doenças em familiares, alertando-se para o cuidado com dados que dependiam da memória dos informantes (ficha, p.3).

---

<sup>30</sup> Indicadas anteriormente pelo dr. Florêncio Ygartua.

<sup>31</sup> A ficha refere que tais aspectos eram registrados no Livro "Assentamentos Reservados", sob a guarda do Diretor. Infelizmente, até o presente não tive acesso a esse documento.

O segundo bloco, páginas 4 a 8, continha informações prestadas ou apenas registradas pela regente superiora, a questões formuladas pelo médico e que buscavam mapear:

- o desenvolvimento psicomotor, que, ao invés do sugerido pelo título, visava revelar mais diretamente os hábitos, atitudes e práticas características da criança quanto à higiene e asseio pessoal, educação moral, temperamento e personalidade, transgressões mais frequentes, síndromes, manifestações da sexualidade, adaptação a regras e autoridades, punições (ficha, p.4);
- seguiam-se informações baseadas nos testes de Kulman (para as crianças internas até dois anos de idade), Binet e Simon (para as crianças dos três aos dezesseis anos), aplicados pela regente, com vistas a avaliar os padrões de inteligência segundo os avanços científicos da Psicologia Experimental (ficha, p.5-6);
- informações sumárias sobre a saúde da criança, consultando-se os assentamentos do Departamento de Saúde (ficha, p.7);
- informações quanto ao aproveitamento da criança, colhidas em observações durante as aulas e comunicadas ao Diretor da instituição, tais como aplicação aos estudos, atenção, relacionamento com colegas e professores, respeito, predileções quanto às matérias e os tipos de ensino (ficha, p.8).

Um terceiro bloco, alternava informações também prestadas pela professora, mas majoritariamente colhidas pelo médico, quais sejam:

- caracterização da idade e elementos da identidade e personalidade da criança, tais como idade cronológica e mental, atestadas pelos testes (ficha, p.9);
- informes do Gabinete de Odontologia, quando possível com cópia do aparelho dentário da criança (ficha, p.9);

- ficha datiloscópica individual completa (mão direita e esquerda), com valor subsidiário para a identificação individual do infante (ficha, p.9);
- avaliação dos sentidos e suas impressões cerebrais, baseada em testes, utilizando-se equipamentos pertinentes e observações quanto à visão, audição, olfação, gustação, tato, musculação, calorificação, eletrição (ficha, p.10)<sup>32</sup>;
- apreciação da face fisiológica da criança, complementares às informações da saúde física, funções endócrinas, temperamentos, registradas em páginas anteriores e acrescidas dos resultados de exames procedidos no gabinete de Neuro-Psiquiatria Infantil (ficha, p.11-12).

Duas páginas anexas, intituladas “Instruções para o preenchimento das informações subsidiárias...”, destinadas a serem preenchidas pela professora, demonstravam não apenas a modalidade de registro, mas a própria conduta que a professora deveria ter quando das observações e aplicação de testes. Informavam que o primeiro formulário ficaria apenso à pasta de cada criança, onde estariam anotadas as datas dos registros realizados pela própria professora, bem como uma síntese e observações específicas que viessem a ser solicitadas pelo médico-chefe do Gabinete de Neuro-Psiquiatria. É preciso marcar que as informações solicitadas à professora coincidiam com aquelas demandadas à regente superiora, embora não contemplando todas as exigidas da última. Nessas instruções, salientava-se que a professora colheria informes sempre limitados ao ensino e aos atos durante as aulas, colhidos em intervalos regulares e sempre criteriosamente datados.

Além do registro do conjunto das atividades da criança, seriam indicados fatos ou manifestações excepcionais, devidamente circunstanciados, pois interessava mensurar seu caráter de excepcionalidade ou de regra. Tanto a ficha quanto essas instruções particularizam as funções da regente superiora, espécie de supervisora geral do ensino e as atribuições da professora. Ficam hierarquicamente delimitadas

---

<sup>32</sup> “São de grande valor todas as observações sobre os sentidos e estes são educáveis, salientando-se os efeitos da prática do tato sob as suas variadas formas e bem examinadas com uma aparelhagem adequada e variada.” (Pitta Pinheiro, 1944, p.55)

as competências de registro e diagnóstico: do médico, da regente superiora e da professora ou professor, respectivamente posicionados em escala descendente. Hierarquia que demandava ainda a obrigação de informar de modo justificado e completo, ao preposto imediatamente superior, toda observação realizada. Tais instruções alertavam, ainda, que tanto a professora quanto a regente superiora deveriam emitir convictamente suas observações, despreocupando-se com a harmonia de opiniões, pois somente ao Diretor do Gabinete de Neuro-Psiquiatria caberia avaliar possíveis ou aparentes divergências. A última palavra pertencia à autoridade médica.

Além da indicação, ao pé da página 4 da ficha, de que as crianças deveriam ser observadas com discrição para que não tomassem consciência do que sucedia, também as instruções insistiam nessa conduta, particularmente quando tivessem sido colhidas más impressões de um aluno. A conduta discreta e indiferenciada para com maus e bons alunos, garantiria a autoridade do professor e seu poder educativo, sem que a criança examinada fosse desestimulada ou marginalizada.

O conteúdo avaliativo constante no preenchimento da ficha pela professora ou pela figura da regente permite vislumbrar a intensidade desse escrutínio e desse controle de que a criança era alvo na escola. Os registros instituem assim outras tantas classificações operadas pela professora e que se somam àquelas esboçadas pelos médicos: a criança é má e geniosa, chorona, teimosa, surpreendida em atos imorais (ficha, p.4). As próprias questões de inquirição insinuam à professora uma apreciação em que prepondera a avaliação moral. Critérios ditos científicos aliam-se a apreciações morais, imbricando-se de tal forma que seus limites tornam-se imprecisos. Quais as implicações desse modo de proceder? Que poder de justificação ele possibilita a ponto de nos parecer, ainda hoje, familiar às avaliações morais dos escolares? Em que medida uma ordem moral do observador infiltrou-se na descrição dos escolares, que embora se apresentasse como “científica”, findava por se transformar na confirmação de certezas morais, como sugere Barrán (1995, p.15)?

Observe-se que a ficha possui uma formulação educativa em si mesma, supondo seu uso por outros profissionais que não seu idealizador. Por isso contém um detalhamento explicativo, apresentação de critérios ou relevância dos dados a

serem registrados, além dos referenciais teóricos adotados ou citações de autores consultados. Junto a epígrafes, como por exemplo a da página 11, evocando idéias de Gilbert Robin, constam orientações de fundo, algumas ao pé de cada página da ficha, sugerindo que os exames somente deveriam ser feitos quando o examinador tivesse a certeza do gozo de saúde do examinado (p.1); que as observações deveriam ser realizadas com calma, sem preocupações de tempo e “sobretudo sem querer uma determinada ‘observação’” (p. 2); a necessidade de critérios bem compreendidos pelos examinadores no julgamento do resultado dos testes aplicados junto às crianças (p.5); os limites da Psicologia Experimental aplicada à Educação (p.6); nas fichas de educação, a insuficiência de uma classificação sob o ponto de vista exclusivamente didático, destacando-se a importância do diagnóstico clínico (p.10); a complementariedade de informações fornecidas pelas provas laboratoriais (p.11); a valorização das impressões recebidas pelo médico desde o primeiro contato com a criança examinada (p.12).

Como se pode depreender das questões comentadas até aqui, de certa forma a ficha condensa aspectos anteriormente examinados, relativos aos exames médicos nas escolas, mudanças e sofisticções operadas através do tempo quanto à aplicação dos conhecimentos da biotipologia, os testes de escolaridade, as avaliações psicológicas, tanto quanto uma progressiva participação dos professores para uma avaliação dos aspectos relacionados diretamente à aprendizagem, mesmo subordinados ao diagnóstico final do médico.

Nesse sentido, é possível afirmar que a ficha aqui recuperada constitui um modelo paradigmático da extensão alcançada, dos anos 20 aos anos 40, pelo dispositivo do exame “médico” nas escolas. Mostra a articulação de diferentes saberes circulantes no campo da Medicina, o respaldo de experiências legitimadas na instituição escolar e a sintonia com um conjunto de produções científicas da época. A ficha também dá conta de demonstrar a configuração da prática de inscrição da individualidade como caso, descritível, analisável, mantida em seus traços singulares

ou referida a fatos coletivos que permitiam mensurá-la comparativamente (Foucault, 1993c)<sup>33</sup>.

“O exame como fixação ao mesmo tempo ritual e científica das diferenças individuais, como aposição de cada um à sua própria singularidade indica bem a aparição de uma nova modalidade de poder em que cada um recebe como status sua própria individualidade, e onde está estatutariamente ligado aos traços, às medidas, aos desvios, às notas que o caracterizam e fazem dele, de qualquer modo, um caso.” (Ibid., p.170-171)

Foucault ajuda a pensar como, nesse momento que gesta e insinua a proliferação dos exames e das fichas, através de dispositivos diversos, se instaura a fabricação da individualidade, celular, orgânica, genética e combinatória. As fichas representam uma modalidade do poder disciplinar, para o qual a diferença individual é pertinente (Ibid.).

Qual o sentido da produção de tantas classificações, anormalidades e distúrbios a enquadrar os escolares, atando-os à diferença de suas individualidades e delimitando os desvios? Teria sido, como sugere Foucault (1993c) apenas para fazê-los desaparecer, seja pela exclusão dos muito doentes ou “perigosos”, seja pela ação eficaz da terapêutica médica e dos dispositivos de correção que estariam, assim, legitimados? Há indiscutivelmente, a partir das múltiplas taxionomias de classificação, a possibilidade de estabelecer campos de comparação, espaços de diferenciação e contornos de uma norma a partir dos quais práticas médicas e pedagógicas assumem novos significados e orientações. Nisso, a discursividade médica do período examinado foi particularmente insistente. Já não era admissível uma ação educativa indiferenciada e uniforme a todos.

---

<sup>33</sup> Foucault ainda afirma: “O momento em que passamos de mecanismos histórico-rituais de formação da individualidade a mecanismos científico-disciplinares, em que o normal tomou o lugar do ancestral, e a medida o lugar do status, substituindo assim a individualidade do homem memorável pela do homem calculável, esse momento em que as ciências do homem se tornaram possíveis, é aquele em que foram postas em funcionamento uma nova tecnologia do poder e uma outra anatomia política do corpo.” (Foucault, Ibid., p.172)

Era preciso produzir um novo conhecimento da criança escolar. Subsumir os escolares a métodos de ensino e a parâmetros de avaliação homogêneos era o mesmo que ignorar por completo seu rendimento social e perder o controle dos resultados do processo de escolarização. Poderoso discurso que atesta sua pregnância, em um ou outro paradigma pedagógico e em variadas práticas educativas da atualidade, demonstrando-se assim, que muitas delas, quase imperceptíveis, tenham tido sua emergência na produção médico-educativa das primeiras décadas do século XX.

De uma certa maneira, quase inusitada, as classificações das crianças, identificadas e registradas pelos dispositivos médico-pedagógicos, permitem esboçar um registro detalhado e minucioso da escola e dos escolares das primeiras décadas do século. Poucos estudos em História da Educação perscrutam nesses discursos indícios para o resgate dos processos de escolarização, os problemas de (in)disciplina, as diferenças culturais e cognitivas dos alunos de uma mesma escola, os modos de pensar e agir dos professores relativamente ao ato de ensinar, mesclas peculiares de códigos médicos e pedagógicos orientando as práticas, enfim, críticas formuladas pelos contemporâneos aos procedimentos educativos vigentes. O dr. Castilho, para exemplificar, defendendo a alta valia da inspeção médico-psicológica dos escolares, quando sistematicamente praticada, sugeria que ela findava por revelar fatores etiológicos que mais freqüentemente conduziam a criança a estados de neuropatia decorrentes da vivência escolar, dentre os quais enumerava: os absurdos processos de impregnação verbal da memória, as fadigas e a luta pela realização de tarefas e obrigações para acompanhar os mais dotados intelectualmente, os vexames e censuras recebidos dos professores, a falsa classificação dos alunos pelo critério exclusivo da idade; um certo ilogismo no ensino, além de nenhum cuidado com a seleção mental das crianças (cf. Vianna apud Castilho, 1928, p.39). Críticas essas que dão conta de mostrar olhares sobre a escola produzidos por outros sujeitos que não apenas professores, administradores públicos, políticos ou representantes do campo religioso, como mais comumente apresentados pela historiografia da Educação.

Assim, os discursos médicos não explicitam apenas, como se tornou recorrente afirmar, um projeto de higienização genérico. Eles também registram uma leitura médica da escola e operam produtivamente sobre os desafios colocados à

higiene escolar pelo exercício de relações conflitivas ou interativas entre pais, professores, alunos, médicos e instituição. Por isso, a discursividade médica pode ser rica para uma cartografia da escola das primeiras décadas do século XX e dos saberes mobilizados na instituição.

#### 4. O Ensino

Entre os rapazes e meninos de uma escola profissional de Porto Alegre, o Instituto Parobé<sup>34</sup>, circulou, em meados de abril de 1937, através do jornal “*A Oficina*”, publicação para os alunos da escola, uma breve tradução de matéria ilustrativa, de autor desconhecido.

“Aos meninos que fumam!

Um médico inglês reuniu 83 meninos fumadores de 9 a 15 anos de idade, e, depois de sujeitá-los a um escrupuloso exame de vários meses verificou o seguinte: o organismo de 27 rapazes estava

---

<sup>34</sup> O comentário se refere ao Instituto Técnico-Profissional inaugurado em 1906 e denominado Instituto Parobé a partir de 1917. O Parobé voltou-se para a instrução de meninos pobres, filhos de operários e para operários em busca de aperfeiçoamento. Ainda em 1920, o Instituto Parobé instalou um curso feminino. Este Instituto, tanto em sua divisão masculina quanto na feminina, mereceu atenção destacada do departamento de Saúde da Escola de Engenharia de Porto Alegre, a que se encontrava filiado. Este Departamento criado pelo ato nº 39, de 12 de junho de 1919, estendeu sua atuação pelo menos até 1944. Cabe ressaltar, contudo, que a criação do departamento representou a institucionalização de um serviço que vinha sendo realizado pelo professor da Escola, o médico Dr. João Pitta Pinheiro, desde 9 de maio de 1902. O período que entremeia 1902 e a criação do departamento expressa a importância e o reconhecimento que a atuação deste médico pôde acumular, bem como o crédito de que era possuidor num momento histórico em que o capital simbólico do campo médico vinha se consolidando. De outra parte, o discurso médico inscrevera-se na política geral de verdade daquele momento, sendo-lhe possível produzir o que Foucault chamou de efeitos regulamentados de poder (1993b:12). Assim, pode-se afirmar que o Dr. Pitta Pinheiro contou com um reconhecimento (dentro e fora da escola) suficiente para ter condições de se impor através da oficialização de suas ações na escola. Durante todo o período de existência do Departamento de Saúde, e mesmo antes, o Dr. João Pitta Pinheiro atuou como chefe dos serviços médicos prestados. A partir de 1919, na condição de Médico Assistente, seu filho, o Dr. Carlos Pitta Pinheiro acompanhou as atividades do departamento. Ver a respeito Stephanou, 1990.

seriamente atacado, 22 padeciam de circulação desordenada do sangue, má digestão, palpitações e uma marcada afeição às bebidas alcoólicas; 12 punham sangue pelo nariz, com muita freqüência; 10 sofriam de insônia e 12 tinham as membranas mucosas gangrenadas. O médico os esteve curando sem resultado, enquanto não largaram o fumo; mas logo que deixaram de fumar, todos ficaram bons. (...) Juntamente com o fumo, costumam aparecer e desenvolver-se vários vícios.”

Inserida na segunda página do jornal, talvez pudesse passar despercebida não fosse a freqüência de matérias sobre Higiene em diferentes números d’“A Oficina”, na mesma página 2, terceira coluna. Reservada a assuntos médico-sociais, a coluna chegou a publicar pequenos textos escritos por alunos, como o intitulado “O álcool”, de autoria de Nicolau Rony de Oliveira, do 3º ano elementar:

“O álcool é uma bebida prejudicial à saúde. Estraga o organismo humano. Ataca o coração, os intestinos, os rins e o estômago. Um homem alcoólico torna-se ridículo perante a família e a sociedade, perde por fim a saúde, a memória e torna-se um ser inútil.” (A Oficina, v. 7, n.3, jun.1937)

Mas por que tinham espaço no jornal textos desse teor? O tom moral e ameaçador das matérias acima, indicam um objetivo: divulgar situações exemplares para a formação da consciência sanitária dos estudantes. Ao invés de preleções teóricas e abstratas sobre os efeitos nocivos do álcool e do fumo, buscavam sensibilizar os jovens a partir da exposição de princípios práticos de higiene e saúde, bem como de prognósticos acerca das conseqüências mórbidas resultantes do hábito de fumar e beber. Mais do que a proibição, os ensinamentos pretendidos dirigiam-se ao convencimento. Quem desejaria, pelo hábito de fumar, comprometer sua circulação sangüínea, sofrer de inflamações nas mucosas ou perder sangue pelo nariz? Ou ainda, quem se arriscaria a tornar-se um inútil, desmoralizado perante a família e a sociedade pelo hábito de beber?

Os médicos insistiam: “de nada valem a compulsão, as leis, as multas ... inculquemos!” Tratava-se de estabelecer uma sólida educação sanitária e, para isso,

nada melhor do que iniciar pela educação escolar, desde a mais tenra idade. Tornara-se ponto pacífico em pedagogia sanitária a eficácia do ensino quando ministrado às crianças e não aos adultos (Sá, 1925, p.5). Somente a difusão do ensino de higiene nas escolas primárias poderá “criar a desejada e indispensável consciência sanitária que fará a robustez e a defesa da nossa raça” (Larbeck, 1934, p.5). Nos dizeres do dr. Munhoz, “para que a sociedade e cada um de nós possa usufruir o bem inestimável que a saúde proporciona é necessária a participação ativa e continuada” (Munhoz, 1933, p.13). Uma participação emanada da educação higiênica como complemento inseparável da educação geral, preparando os indivíduos para a vida.

Outros médicos entendiam que um serviço de higiene pública somente daria resultado se as pessoas a serem protegidas tivessem perfeita compreensão de sua utilidade. Algumas campanhas e ações profiláticas do poder público teriam fracassado por não se ter levado em conta a imprescindível adesão da população. Por isso, o maior esforço sanitário deveria concentrar-se em resolver a grande questão educacional sob o ponto de vista médico higiênico. Além disso, ao contrário do conceito de saúde do homem comum, para os médicos a saúde só se construía mediante a educação.

Nesse sentido, a higiene escolar, que tinha por fim manter e melhorar as condições de saúde das crianças nas escolas, precisava tornar-se essencialmente educativa e integrar-se no próprio programa escolar e não apenas em atividades isoladas e informais<sup>35</sup>. A escola primária era o lugar apropriado para incutir noções básicas úteis no cérebro dos alunos e havia chegado o momento em que os preceitos mais importantes de medicina preventiva e higiene deviam aí ser ensinados (Clark, 25/01/1930, p. 61). Criticando os conteúdos das escolas de sua época, afirmava o dr. Clark que:

“Muito mais útil se torna conhecer o valor dos alimentos, a regulação do calor do corpo, as vantagens da educação física e da vida ao ar livre, a necessidade do repouso suficiente, a importância da casa

---

<sup>35</sup> O ensino de higiene deverá ser ministrado, com certo rigor, não só nas escolas que diplomam professores, como nas primárias. É preciso que as crianças aprendam, desde logo, a se defenderem das

higiênica como base da saúde e tantos outros problemas de higiene e fisiologia sociais, do que atulhar o cérebro da criança com uma série enorme de coisas abstratas de nenhuma aplicação na vida prática.” (Ibid.)

O grande papel reservado à escola, contudo, não se restringia apenas à lição de higiene ou unidada de um programa a ser desenvolvido. Propunha-se, literalmente, a “formação de uma verdadeira mentalidade sanitária, entre as novas gerações, pela inculcação de modos de pensar e de agir mais adequados à defesa e conservação da saúde”<sup>36</sup>.

A maneira de efetivar essa instrução é que constituía problema delicado e demandava tanto dos médicos quanto do professorado um perfeito conhecimento da matéria. De qualquer forma, os médicos concordavam: a “saúde pela educação” não era uma frase utópica (Munhoz, 1933). Mas então, como consegui-la?

Se procedemos a um inventário das expressões utilizadas para designar os fins da educação sanitária na escola, será forçoso registrar que tratam quase sempre de ações imbuídas de um caráter de positividade, ao invés da tônica em coibir, reprimir, perseguir, amedrontar, punir, muito embora o espectro da punição estivesse bem presente, representado pela ameaça de uma assustadora idéia de doença, ora como punição àqueles com maus hábitos de asseio ou com uma alimentação defeituosa, ora àqueles que se entregavam a vícios de toda ordem. Contudo, há uma nítida preocupação com o caráter educativo e em não tolher a espontaneidade própria da criança e dos jovens, o que, nas palavras dos médicos, poderia despertar revolta, inconformidade e, por isso, a prática de ações contrárias. Objetiva-se uma adesão, mais que a compulsão. É possível, nesse sentido, inventariar uma discursividade que refere as seguintes ações: abrir os olhos dos educandos; aconselhar; acostumar a práticas de higiene; apontar o rumo; combater tendências perniciosas; ensinar a controlar-se; convencer dos benefícios; corrigir o que se demonstre impróprio ou inconveniente; despertar a atenção; divulgar preceitos; doutrinar; educar; estimular;

---

doenças e a criarem regimes higiênicos para seu uso, de modo a garantirem a própria saúde.” (Larbeck, 1916, p.44).

<sup>36</sup> “A educação sanitária: orientação didática.” In: *Revista do Ensino*, v.3, n.12, ago.1940, p.383-384.

ensinar a governar-se; inculcar; infundir bons hábitos; introduzir noções; moldar a personalidade, os hábitos; pregar; proteger; salvaguardar a saúde; salvar da doença ou do perigo; suggestionar para uma adesão espontânea.

Forçoso era considerar que uma criança não possuía o necessário preparo em Biologia para compreender preleções teóricas sobre Higiene, de modo que sua educação sanitária precisaria basear-se em outras estratégias de aprendizagem. A Higiene não deveria parecer às crianças uma espécie de corpo de prescrições e de noções a serem memorizadas como um martírio (Macedo, 1932), ou como um ritual enxertado em seus hábitos espontâneos, o que produziria repulsa e esquecimento<sup>37</sup>.

Três pressupostos orientavam as proposições de ensino de higiene nas escolas com vistas à consciência sanitária: 1) ter início na idade infantil para a formação de hábitos, moldando a personalidade da criança e imprimindo em seu cérebro uma segunda natureza; 2) constituir-se como instrução essencialmente prática, exercitada num meio higienizado; 3) assentar-se na pedagogia do exemplo, como forma de instigar a imitação de maneiras salutaras.

O primeiro passo seria aproveitar a idade infantil para criar nos indivíduos hábitos sadios que automaticamente passassem a constituir a personalidade. Os conhecimentos da Medicina fisiológica já haviam reconhecido no hábito uma das leis gerais da vida. O hábito, que na vida psíquica ocupava lugar de destaque na formação intelectual e afetiva, se observava também no mundo orgânico (Munhoz, 1933, p.14). Por hábito entendia-se a influência exercida por um fenômeno sobre a sua repetição, isto é, por meio dos hábitos, seria possível a repetição, que diminuiria as resistências do indivíduo, a fim de que se dispusesse a trilhar o caminho para que as funções intermitentes se tornassem espontâneas, voluntárias. Mesmo sem o concurso das funções conscientes o hábito poder-se-ia estabelecer. Assim, a formação de hábitos bons, hábitos sadios, era o ponto de partida da educação (Ibid.). A consciência nada mais seria do que o corolário de um processo que teria início em

---

<sup>37</sup> "... o papel do mestre não é amontoar conhecimentos na cachola da criança, mas captar-lhe os defeitos e as tendências e amoldá-las em ordem e felicidade", escrevia Taborde (1941, p.100) a propósito da higiene escolar.

experiências acumuladas de percepção, de associação, de reação motora, repetidas e unificadas pela sua mútua interdependência.

“A educação higiênica cifra-se na aquisição de hábitos que lentamente incorporados ao automatismo psicológico, formarão mais tarde a consciência sanitária. Quanto mais cedo se a iniciar tanto mais reais os resultados. A criança registra passivamente as impressões recebidas.”  
(Oliveira apud Munhoz, *ibid.*, p.15)

Invariavelmente, o princípio da formação de hábitos elegia a idade infantil como período fecundo para sua realização contrapondo as dificuldades em corrigir hábitos viciosos enraizados nos adultos<sup>38</sup>. Outrossim, apesar dos fatores hereditários e das más influências do meio familiar que tivessem atuado sobre a criança, na escola poder-se-ia inculcar hábitos como forma de ir constituindo uma “segunda natureza”, no sentido da naturalidade e incorporação visceral com que tais hábitos passariam a estruturar os modos de ser de cada indivíduo.

Quais seriam esses hábitos? Alguns médicos abordavam o tema genericamente, sugerindo aos professores atenção para com o asseio individual e coletivo, a postura física dos alunos, a prática de desportos, cuidados com a higiene alimentar, observação das atitudes e modos durante os recreios. Outros, mais minuciosos, consideravam que, se a escola primária era a pedra angular da educação higiênica, então ela deveria estar preparada para a sua nova missão, instalada em um prédio construído especialmente para abrigá-la e segundo as normas da engenharia sanitária, equipada com material escolar e instalações sanitárias suficientes e mantidas em esmerado asseio, como forma de habituar os escolares a um ambiente rigorosamente higienizado.

---

<sup>38</sup> Quanto à criança: “... seu organismo é receptivo e plástico, e seus hábitos começam a formar-se já nos primeiros estádios da vida. A criança não pode evitar a aquisição de hábitos; a natureza mesma de seu sistema nervoso o exige e se se desenvolvem os hábitos musculares, se se forma a disposição, principalmente por meio de um processo imitativo e as atitudes emotivas, as maneiras e a moral, tudo adquire o seu cimento na infância. Difícil é esquecer-se os hábitos da higiene física, da atitude e posição, e do falar adquiridos durante a infância; se tal não sucede terá de adquiri-lo na juventude ou então nunca mais, como o domínio dos idiomas estrangeiros, a destreza dos instrumentos musicais e a ginástica. O velho adágio diz a verdade: “Se deixarmos que a criança corra até que tenha 6 anos, jamais o poderemos impedir” (Bridgmann apud Moncorvo F<sup>o</sup>, 1926, p.278).

“Um prédio escolar construído de acordo com os conhecimentos atuais de arquitetura e as exigências da higiene e da pedagogia exerce grande influência sobre a alma das crianças, cujo poder de observação talvez seja mais agudo do que em qualquer outro período da vida; favorece a instituição de hábitos higiênicos em idade em que o meio, isto é, a limpeza, o gosto, a ornamentação da classe, o aspecto sadio, as vestes, a alegria comunicativa das outras crianças, e, por fim, a delicadeza de maneiras da professora talvez causem mais funda impressão do que o próprio ensino.” (Clark, 25/12/1931, p.426)

Percebe-se, pelo excerto acima, que os princípios da educação higiênica – formação de hábitos, ensino prático, pedagogia do exemplo – são de difícil delimitação e, no mais das vezes, encontram-se imbricados no discurso médico. A materialidade da escola, para exemplificar essa imbricação, educa por constituir-se como prática concreta do asseio, por acostumar o aluno a viver em espaços higienizados, a perceber esteticamente a limpeza, como também a adotar essa experiência como exemplo para suas práticas familiares. Para o dr. Pitta Pinheiro, a criança, ao contrário do que parecia àqueles alheios aos progressos da educação, compreende o meio em que vive e age de acordo com ele: “bem num meio bom” (1944, p.61).

Além das condições físicas da escola, os médicos também descreviam aspectos concretos do cotidiano escolar como tarefas da produção de hábitos:

“... a criança deverá entrar e sair limpa da escola, exercendo-se vigilância para que aprenda a se comportar nas várias fases do horário escolar. Durante as aulas a professora corrigirá atitudes irregulares nas carteiras e nos bancos, afim de prevenir posições viciosas e conseqüentes defeitos físicos; no recreio regulará os jogos e exercícios de acordo com a capacidade física dos alunos; ensina-los-á a se servirem dos aparelhos sanitários; evitará que façam a sua merenda em local impróprio e com as mãos sujas, mastigando apressadamente os alimentos, etc.” (Munhoz, 1933, p.15)

Exercícios envolvendo regras de higiene, narração de histórias ou observação de gravuras relacionadas ao asseio corporal, gincanas de higiene ou pelotões de saúde, uma rotina de cuidados pessoais a observar na escola sob a forma de versos a decorar e recitar, eram práticas repetidas que serviam para a produção escolar de hábitos e atitudes, individuais e coletivos, ligados à educação sanitária.

Higiene e saúde figuravam como indissociáveis, resultando que dentre os hábitos propostos incluía-se aquele de acostumar a criança às visitas médicas ou exames periódicos com o fito meramente profilático, ensinando-a que se deve procurar o médico não apenas quando se está acometido de doença, pois se se pretender despertar na criança o interesse pela saúde, atemorizando-a com as desgraças da enfermidade ou invocando argumentos de significação diversa, o resultado será lastimavelmente medíocre (cf. Munhoz, 1933, p. 11-16 passim.).

O segundo pressuposto sublinhava a aplicação prática das regras de higiene, como única forma aproveitável de aprendizagem. Subjacente a essa formulação, identicam-se as críticas médicas aos procedimentos pedagógicos vigentes, indicadas na Primeira Parte, bem como as aproximações que se desejava entre pedagogia e higiene escolar. Em um artigo intitulado “Orientação didática para o professor primário”, publicado na Revista do Ensino, que circulou entre o professorado gaúcho em 1940, Sebastião Barroso transcrevia curioso excerto do livro 21 da Coleção Saúde para Todos, da Biblioteca Popular de Higiene, elaborada por Lourenço Filho e que dizia:

“Aquilo por que se bate a pedagogia moderna tem quase sempre um fundamento também de ordem higiênica. A escola nova condena a imobilidade, o trabalho forçado, a insistência em assunto que não possa despertar interesse. A higiene também o faz. A escola nova deseja que o trabalho decorra com satisfação por parte dos alunos, que os horários e variação de atividades tenham por base as necessidades das crianças e não a de programas abstratos. A higiene também o deseja. A escola nova se insurge contra a decoração ininteligente dos textos ou das lições ditadas em aula. A higiene também contra isso se rebela. E, tudo, por claras razões de defesa da saúde da criança, do

respeito às suas condições de desenvolvimento.” (Lourenço Filho apud Barroso, out. 1940, p.224)

Assim, com relação à higiene, os objetivos de ensino deveriam ser próximos, concretos e agradáveis, como forma de impressionar a criança, estimulando-a a participar das proposições médicas, pois uma vez despertadas as funções afetivas da criança, o coeficiente emotivo preservaria do esquecimento as noções adquiridas (Castilho, 1928, p.37). Nos dizeres do dr. Munhoz, o prazer associado à atividade tendia a se gravar no sistema nervoso e tornar-se permanente, mas se o resultado fosse desagradável, a sua tendência seria não se reproduzir (Thorndike apud Munhoz, 1933, p.16). Deveriam ser evitadas as exemplificações de natureza científica, que haviam caído em desuso, pois comprovadamente mal-sucedidas. Somente com o ensino prático se poderia esperar que as novas gerações se integrassem na verdadeira educação sanitária, pela formação de costumes sadios. Constavam em alguns pronunciamentos médicos, alusões explícitas aos métodos da Escola Ativa, particularmente de Ferrière e Dewey, como pude indicar anteriormente.

“O que vale dizer e repetir é que nada se ensina ensinando, mas tudo se ensina fazendo. É o que Dewey, um dos grandes mestres americanos explica dizendo que o cérebro deve ser exercitado pela ação e não pelas palavras.” (Sá, 1922/1925, p.5)

Para o dr. Macedo, quanto mais os ensinamentos se caracterizassem pelo aspecto prático e conteúdo positivo, ressaltando-se o valor da saúde e o que se devia fazer para obtê-la, ao invés de amedrontar o psiquismo impressionável da criança com ensinamentos com forte carga negativa, relatos receiosos de doenças ou ênfase nas proibições e na restrição da espontaneidade infantil através da coação, tanto mais poder-se-ia observar o aumento da atenção e interesse dos escolares. Referindo-se a palestras higiênicas que realizava em escolas primárias, empenhando-se com habilidade para atrair o interesse e o entendimento das crianças, o médico registrava que:

“Os alunos primários não só prestaram às explicações médicas a devida atenção, como demonstraram um interesse real, alguns dando apartes confirmando com o seu caso pessoal ou de seu conhecimento

as asserções médicas e outros pedindo esclarecimentos ou opondo objeções sempre atendidas com a maior solicitude.” (jan. 1932, p.108)

Desse contato amistoso e franco com a inteligência infantil muito se poderia esperar, pois ao contrário do que muita gente supunha, a criança, em sua visão, não era um peso morto, mas uma atividade exuberante capaz de exercer na ordem social um papel de alta valia construtiva, uma vez envolvida num interesse que não contrariasse a expansão natural de sua energia. Ao educador, nos dizeres de Macedo, competia não desperdiçar essa fonte perene de energias que é a criança, obediente às incitações para um fim útil, desde que não lhe faltem com a consideração e com o carinho, que são as condições essenciais para o desenvolvimento da estima de si mesma, da honra e da liberdade, em suma, da confiança nos próprios esforços (Ibid.).

O ensino concreto da higiene estaria presente na formalização curricular, mas igualmente num conjunto de práticas escolares com o propósito de estimular a educação sanitária dos escolares, tais como: organização de pelotões de saúde<sup>39</sup>; confecção de álbuns de recortes de jornais sobre assuntos de higiene; semanas de higiene; jornal dos alunos sobre educação higiênica; quadros, leituras, cartazes de educação sanitária; campanhas contra a pediculose; elaboração de listas sanitárias por turma, com a indicação dos alunos doentes; cânticos de temas de saúde; exposição de trabalhos de higiene; organização de mini-museu de higiene na escola (Clark, 25/12/1931 p.426-427). Ainda outras ações foram registradas em artigos médicos para ilustrar modalidades escolares de educação sanitária assentadas no princípio do ensino da “prática pela própria prática”, como fundação de grêmios de saúde, pequeno congresso escolar de saúde por ocasião da Semana da Pátria, semana do leite, concursos de asseio, dramatizações, festas de higiene<sup>40</sup>.

<sup>39</sup> Os pelotões de saúde foram criados no Rio de Janeiro, por iniciativa do Dr. Carlos Sá, em 1924. A experiência disseminou-se pelo país, registrando-se a existência de vários deles em escolas públicas do RS, devidamente oficializados. Esses pelotões foram uma adaptação de uma experiência americana que através de “cruzadas de saúde” se estendia por todo território dos EUA, alistando milhões de crianças. No Brasil, organizavam-se sob moldes militares, agrupand crianças de mesmo sexo, idade, condição social, incluindo promoções, distintivos, cadernetas de registro de peso, altura, atitudes corretas, cuidados corporais, através das quais eram premiados os alunos que possuíssem maior número de anotações ou pontos. (Sá, 1925, p.33-39; Munhoz, 1933, p.16-17).

<sup>40</sup> Como descrito em relação às atividades inspecionadas pelo Departamento Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, junto ao município de Gravataí (Taborda, 1941, p.100-103 passim.).

O terceiro princípio, educar pelo exemplo, foi marcadamente divulgado pelos médicos. A adoção de procedimentos exclusivamente repressivos, como os castigos, fora julgada pedagogicamente insuficiente. Fazia-se necessário produzir convicções sinceras e encarnadas no que se refere à higiene.

Para tanto, uma espécie de terapêutica do exemplo mobilizava a insistência dos médicos junto aos professores, não sem resistências<sup>41</sup>, sugerindo que estes deveriam constituir exemplos morais, modelos de comportamentos aseados e de práticas salutaras, função educativa essencial. O dr. Faillace exortava os professores:

“procurai fixar na placa do subconsciente da criança os bons hábitos da abstinência, das normas hígidas e superiores que conduzem ao aperfeiçoamento gradual do indivíduo e de sua descendência. Pela responsabilidade de vossa nobilitante função social, não vos deixeis abater ante arremetidas de interesses mal feridos, de preconceitos ancestrais, do comodismo estéril de céticos inscientes.” (1940, p.169)

Como sugere Freire Costa, a moral higiênica via nas qualidades firmes, retas, justas e equilibradas do educador o antídoto contra a punição física (1983, p.198). Além destas, outras qualidades eram requeridas do professorado, a fim de que fossem merecedoras da imitação infantil: saber, moralidade, asseio, entusiasmo e método (Gasparin, 1945, p.31).

Algumas propostas podem hoje nos parecer caricaturais, mas expressam bem o valor que se atribuía à pedagogia do exemplo, não só do professor, mas também das enfermeiras ou educadoras sanitárias. Lembrando uma conferência de Carlos Sá, o dr. Munhoz considerava a possibilidade de que fossem designadas para cada escola primária, *professoras de saúde*, escolhidas entre as moças de mais bela aparência e em pleno gozo de saúde e entusiastas da Higiene, que teriam a única função de encaminhar as crianças ao modo higiênico de viver, procurando por todos os meios, pelo exemplo, pela ação, interessá-las na educação sanitária (1933, p.16). A estética

---

<sup>41</sup> O Dr. Pitta Pinheiro, em seus relatórios do Departamento de Saúde da Escola de Engenharia e Instituto Parobé, indicava, muito brevemente, algumas das resistências dos professores, afirmando que elas se deviam ao fato de que as práticas propostas por vezes eram contrárias aos interesses individuais, embora necessárias e proveitosas à coletividade.

hígida e bela de uma professora que apenas se ocupasse das lições de saúde, produziria, segundo o médico, um paradigma perfeito a ser imitado.

Uma terapêutica do exemplo funcionaria, ainda, por extensão, como modelo a ser seguido pelas famílias. Cada aluno seria um exemplo vivo a multiplicar as práticas vivenciadas, os hábitos adquiridos, os modelos adotados pela escolarização, contagiando o meio familiar.

Concebendo que o caráter das crianças encontrava-se ainda em formação, maior importância assumiam os exemplos daqueles responsáveis por sua educação, pois como salientavam os médicos, quando nos lembramos que a boa mentalidade da criança de hoje reflete-se sobre toda a vida do indivíduo, e que o feitiço da humanidade futura depende do modo pelo qual cuidamos, orientamos e educamos a infância, então, é força confessar que a nossa responsabilidade é tremenda (Oliveira apud Vianna, 1926, p.78-79; Moreira, 1933b).

Exemplos, atividades práticas, instilação de hábitos, como princípios privilegiados da educação sanitária, não excluíam, contudo, a necessidade de ensinamentos teóricos na escola, a quem era confiada a missão de fornecer aos educandos noções elementares, mas imprescindíveis da Higiene. A dimensão propriamente instrutiva merecia igual atenção e orientação médica, mormente porque a escola tornara-se o centro de irradiação de conhecimentos que se queria generalizar (Munhoz, 1932, p.155). A escola, efetivamente, vinha se constituindo nas sociedades modernas, como local por excelência de gestão e transmissão de saberes (Forquin, 1992).

A questão mais difícil para o sucesso da instrução higiênica nas escolas consistia, segundo os médicos, em educar sanitariamente os professores, que deveriam ser formados rigorosamente à altura dos conhecimentos mais evoluídos da época e do movimento de socialização da Medicina. Os médicos não poderiam ministrar esses conhecimentos a todos os escolares. Era imperioso dividir esse encargo com os professores que deveriam estar conscientes e sensibilizados para a relevância da atribuição que lhes era confiada.

“Se prepararmos o professorado, de maneira inteligente, em fisiologia humana, donde a higiene e a medicina preventiva haurem sua maior inspiração, terá ele ocasião bastante para transmitir às crianças, com a clareza necessária, noções concretas de biologia de grande interesse para a saúde. (...) O professor precisa bem conhecê-los quando organizar os preceitos higiênicos a inculcar, como hábitos, na conduta dos alunos.” (Clark, 25/01/1930, p. 61)

Algumas modalidades de formação dirigidas aos professores foram instauradas através de cursos de aperfeiçoamento de Higiene ministrados por médicos aos professores de cada escola, cursos junto às escolas complementares ou curso de educação sanitária destinado às alunas do último ano da Escola Normal, que tinha em vista fornecer às jovens normalistas as bases concretas para a compreensão do programa de higiene de modo a integrá-las nos problemas referentes às práticas sadias, no meio escolar e em sua repercussão nos lares.

“Sem ocasionar sobrecarga de esforços por parte das normalistas cujos deveres morais ao assisti-lo se resumem num pouco de atenção aos ensinamentos que lhes forneceriam as preleções e demonstrações práticas dos médicos escolares (...), este curso expurgado de minúcias fastidiosas bem como, o quanto possível, da terminologia técnica, (...) abriria novos horizontes à mentalidade dos futuros professores para o julgamento das nossas realidades sanitárias e muito contribuiria para o aproveitamento de uma colaboração valiosa, perfeitamente integrada das suas responsabilidades na educação popular, para a transformação dos nossos hábitos de higiene e formação da consciência sanitária de que precisamos presentemente, sobretudo.” (Macedo, jul. 1933, p.223)<sup>42</sup>

Somente através de uma consistente preparação do professorado seria possível que a educação sanitária penetrasse profundamente em sua prática pedagógica. Também dos professores os médicos almejavam convicção acerca da

---

<sup>42</sup> Embora referindo-se ao curso para Escolas Normais, os propósitos explicitados pelo dr. Macedo tiveram repercussão em outras iniciativas para professores, tendo circulado como Tese apresentada ao 2º Congresso Médico Sindicalista, realizado em Porto Alegre.

utilidade das regras sanitárias e dos conhecimentos preconizados e ensinados, com interesse, às crianças (cf. Mello, 1937, p.222).

Nos anos 40, com a maior difusão do ensino primário, as dificuldades para que os médicos atendessem a toda população escolar intensificaram o chamamento ao professorado para que viesse a concorrer à formação da consciência sanitária nas escolas. Em artigo dirigido aos professores do Rio Grande do Sul, o Diretor do Departamento Estadual de Saúde do Estado, Dr. Bonifácio Costa, afirmava:

“É na escola primária que, formando-se o que Almeida Jr. chama o sistema capilar por onde circula esse mínimo de civilização, se ministra a educação para a prática dos meios que nos preservam dos ataques ao maior predicado que é a saúde. O professor primário, artifice ímpar do bem, plasma os primeiros acordes dos desajustados e lapida os espíritos peregrinos. O professor primário é o centurião das gerações que ainda não atingiram a perfeição de trazer do berço o preparo técnico para a vida com saúde do corpo e da alma.” (jun. 1940, p.155)

Como meio de formação permanente dos professores, a Revista do Ensino iniciava em junho de 1940 uma Secção de Saúde, patrocinada pelo Departamento Estadual de Saúde, obedecendo à necessidade de atender à Educação Sanitária. Segundo o dr. Costa, essa formação seria realizada de acordo com as bases da Biologia Educacional (Ibid.).

Mesmo assegurando a formação higiênica dos professores, os médicos buscaram garantir um certo controle da educação sanitária realizada nas escolas. Tomaram para si a tarefa de definir conteúdos curriculares, elaborar materiais pedagógicos, como manuais, boletins e cartazes, além de organizar atividades específicas. Produziram condições que findavam por demandar sua orientação sistemática e contínua. Em relação ao ensino de Higiene viram-se frente à necessidade de operacionalizar diferentes saberes, não apenas como médicos, mas efetivamente como pedagogos.

Nesse processo de institucionalização do ensino de Higiene, destacaram-se dois movimentos intimamente ligados: escolarização<sup>43</sup> e didatização do saber médico. Trata-se de analisar uma certa escolarização dos enunciados da Medicina<sup>44</sup>: como se transformam enunciados de outro campo disciplinar em algo propriamente escolar? É possível acompanhar a escolarização do saber médico, por exemplo, nos cursos de Puericultura, ou nas disciplinas de Higiene ou Educação Sanitária, ou ainda, nas rotinas de trabalho escolar ou na aplicação de testes para classificação dos escolares. Diferentes procedimentos estão implicados nas formas de escolarização desse saber<sup>45</sup>. O interessante nesse processo é perceber a atuação direta dos médicos, tanto na seleção quanto na didatização dos saberes da Higiene. Não se ocuparam somente com a incorporação dos saberes médicos ao currículo escolar, mas também com a sua “transposição didática”, na acepção que lhe confere Forquin (Ibid.). Assim, foram os médicos, e não os professores, que no período em estudo e distintamente da atualidade, se debruçaram sobre o ensino da Higiene, propondo o que e quando ensinar.

<sup>43</sup> Inspirada pelas questões propostas por Forquin, estou adotando a expressão escolarização para designar o processo de seleção dos saberes médicos com o objetivo de transformá-los em conteúdos do ensino de Higiene nas escolas, ou seja, em conhecimento escolar. Tal processo está implicado com sistemas de relações de forças, regimes de verdade, que no decorrer do tempo examinado controlaram as transmissões educacionais dos saberes médicos, produzindo diferentes arranjos curriculares e cartografias cognitivas. Como sugere o autor, tal seleção supõe um processo de “transposição didática” no sentido de trabalho de reorganização e reestruturação que se opera sobre os saberes [médicos, neste caso] a fim de torná-los efetivamente transmissíveis e assimiláveis. Ainda por didatização estarei me referindo aos processos de aprendizagem que essas operações deram lugar, os dispositivos mediadores que possibilitaram a aprendizagem dos conhecimentos de higiene, as práticas que transformaram o objeto Higiene em objeto de ensino e, fora da escola, em objeto de propaganda e educação sanitária do povo através de meios diversos (cinema, rádio-difusão, palestras, exposições, panfletos e cartazes, etc.) (1992, 28-45 passim.).

<sup>44</sup> Como sugere Gvirtz, “las regularidades de las prácticas discursivas escolares poseen dos características complementarias. Una es que tienen una configuración *sui generis* que se construye a partir de una determinada yuxtaposición de sentidos operada en cada una de las actividades, trabajos y ejercicios. (...) estas prácticas también resignifican peculiarmente las disciplinas, por lo que (...) son capturadas a partir de un aparato conceptual específico (...). Complementariamente, la otra característica implica que esta discursividad no puede ser explicada, en su totalidad, en función de ‘discursos científicos’ o ‘discursos políticos’. (...) la ciencia posee otros parámetros y otras pautas de descripción e interpretación. El discurso escolar (...) posee un *status* diferencial y no se corresponde en sus instrumentos y dispositivos con los mecanismos del discurso científico” (1997, p.85). Desse modo, penso que é extremamente importante sinalizar a diferenciação entre saberes médicos enquanto discurso científico e saberes médicos transformados em currículo escolar.

<sup>45</sup> Muitos e complexos são esses procedimentos de escolarização, que incluem a homogeneização de distintas disciplinas, incluído o ensino de Higiene, através de um mesmo tipo de atividades a que estão submetidas na escola: a compartimentalização, por meio da divisão do saber em temas aos quais

Estabelecem uma discussão rica e interessante, em que abundam suas proposições didático-pedagógicas. Alguns assumiram, inclusive, a regência de aulas de Educação Sanitária ou Higiene em escolas elementares e em cursos para professores, como a Escola Normal, para demonstração inicial dos processos de aprendizagem que defendiam.<sup>46</sup>

Para que os saberes agrupados sob a Higiene pudessem ser transformados em conhecimento escolar, o discurso médico dá conta de que foi preciso sujeitá-los a variações ditadas pela idade, sexo, grau de adiantamento dos estudantes, capacidade de atenção, maturidade psico-fisiológica, objetivos pretendidos e graus de complexidade crescentes (ver Munhoz, 1932).

Elaborei essa problematização sobre as propostas médicas ao ensino de Higiene, que me parecem, em certa medida, impregnadas até hoje nos conteúdos e atividades escolares, com base numa determinada concepção de currículo<sup>47</sup>. O que os estudantes têm oportunidade de aprender na escola, formal ou informalmente, bem como o que não lhes é oportunizado, porque excluído, desconsiderado, constitui o currículo, sentido que tomo de empréstimo de Cherryholmes (1993, p.145-146). Os escolares aprendem tanto valendo-se das oportunidades oferecidas quanto daquelas que são excluídas. Define-se o que é incluído ou excluído das aprendizagens através de processos seletivos socialmente produzidos e historicamente situados. Os arranjos curriculares, portanto, não são atemporais, tampouco universais. Encontram-se atravessados por relações de poder que estão em jogo sempre que diferentes saberes e agentes interagem na formulação de propostas pedagógicas.

Nesta perspectiva, como propõe Cherryholmes, podemos indagar: por que razão se deve oferecer oportunidades de aprender algo privilegiadamente sobre saúde e higiene, em detrimento de outros aspectos (Ibid, p.162)? Sendo assim, quais propósitos são contemplados e quais são esvaziados? Quais as relações de poder e as

---

correspondem exercícios específicos, a classificação e hierarquização que procedem a um determinado ordenamento dos saberes, dentre outros (ver Gvirtz, op.cit.).

<sup>46</sup> O dr. João Pitta Pinheiro, por exemplo, lecionou Puericultura e Psicologia Experimental aplicada à educação no Curso de Aperfeiçoamento da Escola Normal de Porto Alegre.

<sup>47</sup> Tive oportunidade de fazer uma breve reflexão a respeito em Stephanou, 1998a.

verdades na ordem do saber que possibilitaram organizações curriculares de educação sanitária e que, embora com diferenças importantes, as vêm mantendo nas escolas? Quem podia/pode falar e o que podia/pode ser dito, em se tratando do discurso curricular sobre educação e saúde (cf. *Ibid.*, p.166)?

É importante acrescentar que aquilo que está inscrito no currículo não é apenas informação, mas envolve a produção ativa de sensibilidades, modos de percepção de si e dos outros, formas particulares de agir, sentir, operar sobre si e sobre o mundo (Popkewitz, 1994, p.174). Enfim, “apreender informações no processo de escolarização é também aprender uma determinada *maneira*, assim como *maneiras* de conhecer, compreender e interpretar” o mundo em geral e seu “eu” no mundo (*Ibid.*, p.192).

Neste sentido, a análise dos principais elementos que historicamente vêm caracterizando o ensino de Higiene, incita a pensar como noções - asseio, alimentação adequada, saúde física e mental, cuidados com o corpo - e exercícios escolares - ginástica e esportes, exames médicos, inspeção da higiene de unhas e cabelos, prescrição de uma rotina de asseio pessoal, educação sexual - têm produzido nossas subjetividades, nossa consciência no mundo social.

A primeira questão esboçada pelos médicos referiu-se à distribuição dos ensinamentos da Higiene nos diferentes graus de ensino: primário, secundário e profissional, para o que elaboraram diferentes arranjos. Para o dr. Fontenelle, por exemplo, o programa das escolas primárias deveria compreender os rudimentos da higiene individual; o programa das escolas secundárias, contemplar um desenvolvimento da higiene individual; o das escolas superiores e profissionais, a aplicação daqueles conhecimentos às condições especiais de cada profissão, bem como o estudo das questões de higiene pública (15/09/1922, p.142). Outros consideravam também que até os dez anos, a aprendizagem se centraria numa higiene mais individual, mas a partir dessa idade, numa higiene mais social, incluindo-se a educação sexual, principalmente para os meninos, como forma de conhecimento e prevenção das doenças venéreas, e a puericultura, especialmente para as meninas, como preparação à missão materna ou ao cuidado profissional de

---

crianças. Acrescentavam, ainda, para ambos os sexos, a profilaxia do alcoolismo, sífilis e tuberculose.

A secção de saúde da *Revista do Ensino* de Porto Alegre, de circulação entre professores de escolas estaduais primárias e secundárias do Estado, em agosto de 1940, fornecia ao professorado elementos para a orientação de aulas que visassem a “educação da saúde”<sup>48</sup>. Segundo a matéria, essa educação pelo seu significado e alcance, não poderia ser restringida a aulas especiais; devendo estar presente em todas as lições, assim como sucedia com a educação moral e cívica<sup>49</sup>. Por isso mesmo, não se tratava apenas de uma lição, ou de uma unidade do programa a ser desenvolvido, mas da formação de uma verdadeira mentalidade sanitária entre as novas gerações. Esperava-se que em todas as oportunidades, portanto, o mestre buscasse influir, com o seu conselho, com o seu exemplo ou com o desenvolvimento de noções que verificasse que poderiam ser assimiladas pelos alunos, reafirmando os princípios da educação sanitária anteriormente examinados. Embora defendendo uma educação sanitária integrada ao currículo, sistemática e contínua, portanto o artigo ressaltava que nada estava a impedir que assuntos especiais pudessem ser tratados, de modo direto, em aulas ministradas às classes mais adiantadas da escola primária, ou em reuniões com familiares dos alunos (*Revista do Ensino*, n.12, 1940, p.383).

Sugeria-se o desenvolvimento de uma ampla unidade de trabalho, nas classes mais adiantadas, sob o título “Por que ficamos doentes e como nos curamos”. Um plano, sob a forma de “centro de interesse”, era apresentado, indicando-se que poderia ser facilmente adaptado ao adiantamento de cada classe. Note-se que a proposta revela tanto uma preocupação com a seleção de conteúdos a partir do conhecimento médico-científico, dotando-os de uma característica escolar - por exemplo, decompondo ou ampliando o assunto -, quanto com a didática do processo de ensino, a partir da referência aos “centros de interesse”, e, ainda, na descrição das

---

<sup>48</sup> “A educação sanitária: orientação didática.” In: *Revista do Ensino*. Porto Alegre, v.3, n.12, ago.1940, p.383-384.

<sup>49</sup> O artigo informava que a proposta se assentava na orientação traçada pelo Professor Lourenço Filho, na coleção “A Saúde Para Todos”, n. 181, onde, referindo-se à matéria versada, o professor salienta um dos efeitos sensíveis da precária educação sanitária do povo: a incompreensão da verdadeira tarefa da medicina com prejuízo da boa conduta higiênica; o apelo aos remédios indicados

“expressões” para exercício das aprendizagens. Assim era apresentada a unidade de trabalho (cf. *Ibid.*):

### Por que ficamos doentes e como nos curamos

#### I. Observação

- Levar a observar, em si próprio, o estado de saúde e o de doença: boa disposição, bom apetite, bom sono / indisposição, inapetência, insônia;
- A mesma observação, em pessoas estranhas;
- Dores: o que significam, sinais de perturbação no organismo;
- O peso, índice importante.

#### II. Observação

- Causas das doenças: herança, más condições de vida, agentes externos [passageiros, duradouros, animados ou vivos (micróbios e parasitas)]. Doenças transmissíveis e não transmissíveis. Exemplos: Como as diversas causas atuam em nosso organismo, e como o organismo se defende;
- O papel dos sentidos, da epiderme, dos glóbulos brancos no sangue, dos gânglios;
- Como reage o organismo que vive em boas condições. Mais vale prevenir que remediar. A ação da medicina e a ação da higiene. O médico trata, mas é a natureza que cura. O perigo dos remédios não indicados pelo médico.

#### III. Expressão

- Desenho de uma casa em boas condições de higiene, ou de outra, sem elas;

---

por vizinhos ou charlatães, com desprezo dos hábitos sadios que cada qual deve manter desde a infância (*Revista do Ensino*, *Ibid.*).

- Organização de um quadro com as doenças mais comuns na localidade, suas causas, meios de evitá-las;
- Redação de preceitos higiênicos, pelos próprios alunos para exercícios de escrita;
- Dramatização, sob a forma de diálogo, ou de pequena comédia, se possível redigida pelos próprios alunos, em que se conte a história de um menino que está sempre doente, e de outro, resistente à doenças, porque pratica hábitos sadios: exercício ao ar livre, banho diário, alimentação e sono a horas certas;
- Cálculo, aplicado às diversas profissões, do que perde um homem, que adoença um dia por semana, no correr de um mês, de um ano, de dez anos.

Interessante observar a variação das formas de expressão indicadas pelo autor, apresentando atividades que contemplavam outras disciplinas escolares como a matemática, o desenho, as ciências, a redação, demonstrando assim a extensão a que a educação sanitária poderia chegar na escola.

Além desse plano, o artigo orientava os professores a consultarem os demais volumes da coleção “A Saúde para Todos”, alguns números em especial, visto que o assunto indicado tinha uma natural seqüência e desenvolvimento em outras “unidades de trabalho” propostas naquela coleção. E, por fim, indicava leituras para professores e alunos.

Uma preocupação com o que e como ensinar recebe uma primeira formulação para a estruturação da disciplina “ginástica e higiene” organizada, e por vezes ministrada, pelos médicos do Departamento de Saúde junto ao Instituto Parobé. A distribuição dos temas nos diferentes anos do curso elementar demonstra a atenção à questão didática, com o grau de complexidade dos assuntos, mas também com a necessidade de repetição e inculcação dos mesmos, tratados cientificamente e vinculados a situações práticas:

“Curso elementar:

1º ano: Asseio; vestuário; nutrição; efeitos do álcool e narcóticos; limpeza dos dentes, unhas, cabelos, etc.

2º ano: Necessidade de ar puro; ventilação; repouso e sono; estrutura geral do corpo; cuidado da vista, do ouvido, unhas, cabelo, pele; efeitos do álcool e narcóticos.

3º ano: Vestuário higiênico; recapitulação das lições dos anos anteriores; primeiro tratamento dos talhos, contorsões, fraturas, queimaduras e desmaios; efeitos do álcool e narcóticos.

4º ano: Vestimenta higiênica; estudo do corpo humano, pele e sentidos especiais; músculos, ossos, digestão, respiração, circulação; princípios gerais de exercícios físicos; desenvolvimento da força; hábitos; efeitos do álcool e narcóticos” (Relatório, 1913, p.13-20).

A formação de atitudes e comportamentos de urbanidade, através de conteúdos desenvolvidos junto aos alunos, transparece no currículo proposto: a higiene pessoal como modo de saúde, mas também de polidez; vestuário e aparência. Sobressai a repetição do tema “efeitos do álcool e narcóticos”, assegurando a formação moral dos escolares.

Uma discussão “pedagógica” sobre a educação sanitária escolar também era proposta em interessante estudo publicado em 1929, sob o título “O curso de educação sanitária”<sup>50</sup>, de autoria do dr. Pitta Pinheiro. Tratava-se da apresentação dos diferentes programas que seriam desenvolvidos naquele ano nos vários cursos da Escola de Engenharia de Porto Alegre, onde o Departamento de Saúde da escola possuía uma intensa atuação. Mais uma vez, abordavam-se os modos e conteúdos de ensino. Dentre as primeiras declarações do autor, figurava a afirmação de que embora ninguém mais questionasse o valor do ensino da Higiene, era preciso que os conhecimentos fossem ministrados com eficiência, isto é, “que os alunos compreendam bem o que estão ouvindo e que fiquem convencidos sinceramente

<sup>50</sup> Trata-se do documento mais detalhado que pude localizar acerca da educação sanitária escolar em fontes primárias do RS. Curiosamente, publicado na revista *EGATEA*, da Escola de Engenharia de Porto Alegre, v.14, n.3, maio/jun. 1929, p.127-132, que circulava entre alunos e professores de todos os Institutos filiados, inclusive o Instituto Parobé, referido inicialmente, além do fato de que o dr. Pitta Pinheiro possuía uma coluna permanente na revista, intitulada “Secção de Profilaxia do Departamento de Saúde da Escola de Engenharia”, divulgando também outros artigos de sua autoria ou de interesse da coletividade escolar no que dizia respeito aos temas médicos.

dessa verdade” (1929, p.127). Daí porque o ensino da Educação Sanitária deveria partir dos assuntos mais simples aos mais complicados, justificados por elementos concretos e relacionados ao conhecimento vulgar, além de acompanhados, sempre que possível, por projeções luminosas com as devidas explicações. Para atender ao caráter de utilidade dos conhecimentos ministrados, as preleções deveriam ser breves, justificadas a cada passo com uma prova prática. Além disso, um alerta importante lembrava as peculiaridades de cada grupo de alunos, razão pela qual,

“Variando o auditório nas Escolas, é claro que um mesmo programa não poderia ser eficientemente explicado a todos os alunos: a uns bastaria uma afirmação, ligeiramente comprovada; a outros, de espírito mais culto, se faria necessário uma explicação mais detalhada, uma justificação mais completa para conseguir a convicção que é o elemento preponderante na prática eficiente da Higiene.” (Ibid.)

Na sequência, o dr. Pitta expunha os programas de Educação Sanitária escolhidos para os diferentes cursos, registrando, além dos conteúdos, breves indicações didáticas:

“Programa para as aulas comuns aos alunos dos 1ºs anos

1º - *Compreensão do que seja Higiene e necessidade da Educação Sanitária* – Mostrar o valor da Higiene, comparando o indivíduo que é assistido e aquele que não o é, com exemplos adequados à inteligência da criança, fazendo ressaltar o valor daquela que se vem educando neste ponto de vista.

2º - *Da saúde e da moléstia* – Mostrar com exemplos frisantes a diferença entre menino *doente* e o *são*, o sofrimento de um e de outro, o desenvolvimento de um e de outro e os progressos de um e outro nas classes ou mesmo fora dos estudos, na própria vida. Mostrar que a *saúde é o estado normal da vida* e que a *moléstia é a exceção*. Mostrar que a moléstia deve ser sempre cuidada: moléstias graves desde o princípio e moléstias que se iniciam insignificantes e se agravam.

3º - *Das causas comuns das moléstias* – Moléstia que se adquire por falta de higiene, por herança, por contágio, etc, mostrando com

exemplos o que seja o contágio, principalmente nas escolas, nas moléstias mais comumente aí encontradas, moléstias da pele e couro cabeludo, cachumba, sarampo, varicela, etc..

4º - *Da Higiene individual* – O que é a Higiene individual, suas vantagens, sua técnica, sua facilidade. A Higiene individual não é privilégio dos ricos nem importa em despesas. Explicar o folheto do Departamento de Saúde, relativamente a estas práticas.

5º - *Da Puericultura* – Mostrar em que consiste a puericultura, ensinando a prática de conhecimentos que são necessários ao bom desenvolvimento físico e intelectual dos alunos e não só na escola, mas nas suas próprias casas, com exemplos comuns na vida social referentes à alimentação, à respiração, aos exercícios físicos, aos trabalhos material e intelectual, ao vestuário, ao repouso diário e ao sono.

6º *Da digestão* – Explicação do que seja esta função, regras principais para a sua boa prática. Explicação sumária do valor dos alimentos e de sua escolha, relativamente a idade e estados de saúde; da sua qualidade e da sua quantidade, etc, sem esquecer a explicação sobre a vantagem da alimentação pelas frutas e inconvenientes do álcool, sob qualquer forma na alimentação.

7º *Da respiração* – Ar respirável. Ar irrespirável. Perigo das poeiras. Prática da varrição. Ventilação nas aulas, salas de trabalho, dormitórios, refeitórios, etc. O preconceito sobre os resfriamentos. Da necessidade do exame da cavidade bucal e narinas. Do facies adenoideano. Da ginástica respiratória, sua técnica, suas vantagens, etc.

8º *Dos exercícios físicos e dos trabalhos intelectuais* – Da marcha e do repouso. Do trabalho manual e do descanso. Horário dos trabalhos. Do trabalho intelectual: testes mentais regularmente espaçados para avaliar a capacidade e o desenvolvimento intelectual da criança. Da ginástica em geral, suas variedades, sua técnica, suas indicações e

contra-indicações. Do esporte, sua variedade, suas indicações e contra-indicações.

9º *Do repouso* – Sua necessidade imperiosa e conselhos higiênicos para sua eficiência; pelo descanso durante o dia e pelo sono durante a noite.” (Ibid., p.128-129)

Como consta no excerto acima, quanto aos modos de ensinar, o dr. Pitta recomendava o uso de exemplos adequados à inteligência da criança nos primeiros anos, exemplos frisantes das diferenças entre sadio/doente, mais desenvolvido/menos desenvolvido e a utilização de situações comuns ou familiares para ilustrar os temas em estudo, como forma de interessar os alunos. Seguia-se o programa de Educação Sanitária para os alunos médios:

“Programa de educação sanitária para os alunos médios

1º *A Higiene e o valor da Saúde* – O que é, o que ela pode, os problemas da Higiene, a sua vastidão, a sua eficiência. As sociedades que praticam a Higiene em comparação com as que prescindem destas práticas. O progresso das sociedades. O valor da saúde individual, encarado no ponto de vista moral e social. Higiene individual e Higiene pública. Exemplos de países que evoluíram após os saneamentos e outras práticas de Higiene.

2º *Vários ramos da Higiene* – Inspeção escolar. Em que consiste, suas vantagens, obediência e satisfação que todos devem a esta prática. A profilaxia contra as moléstias evitáveis e como garantia do desenvolvimento físico.

3º *Alimentos e alimentação* – Dissertação sobre o valor nutritivo dos principais alimentos; a alimentação deve variar com as idades, o trabalho, o clima e o peso do indivíduo. Noção de caloria e o seu valor. Regras de higiene alimentar. Líquidos úteis e líquidos nocivos. Alimentação pelos vegetais e pelas frutas.

4º *Da respiração* – A atmosfera respirável, a necessidade da cubagem do ar, as diferentes cubagens conforme os fins a que é destinado o recinto, a ventilação e a luz. Ar confinado. Poeiras e varrições. Da ginástica respiratória.

5º *Da circulação* – A circulação é uma função que precisa ser cuidada. Palpitações e dispnéia. Gravidade das moléstias da circulação quando não atendidas. Relações da circulação com as outras funções do organismo, exigindo por isso exame por médico às menores alterações no seu funcionamento.

6º *Da Ginástica, suas formas, suas indicações e contra-indicações.*

7º *Dos Esportes em geral, seu valor, suas indicações e contra-indicações.*

8º *Do trabalho físico e intelectual* – Suas indicações, sua técnica, sua eficiência. Testes mentais, psico-técnicos e psicológicos, sua técnica adequada às idades, à cultura intelectual e regularmente espaçados. Diferenças entre o trabalho organizado e o trabalho espontâneo. O máximo de produção com o mínimo de esforço. O trabalho útil sem prejudicar a saúde física ou mental do trabalhador.

9º *Da fadiga* – Em que consiste, meios de evitá-la. Fadiga e estafa. Horário dos trabalhos, tarefas adequadas à capacidade individual. Do repouso. Do sono.

10º *Higiene nas escolas, nas oficinas, nos domicílios, etc* – Em que consiste a Higiene escolar. Crescimento físico, desenvolvimento intelectual, eficiência da aprendizagem, profilaxia geral das moléstias evitáveis e tratamento oportuno.

11º *Estudo sumário das moléstias mais comuns, transmissíveis ou não. Herança, contágio. Profilaxia.*

12º *Moléstias evitáveis e que devem ser evitadas* – A tuberculose e as verminoses; explicação sumária da gravidade destas moléstias e dos meios de evitá-las. A antiga idéia da herança fatal. O afastamento ao nascer e um tratamento adequado garante a vida do filho do tuberculoso. Injeções profiláticas. Descrição de um verminoso (ancilostomo e outros), meios de diagnóstico e tratamento.”(Ibid., p.129-130)

Chama atenção o fato de que para os alunos “médios” há uma certa repetição do programa dirigido aos alunos dos primeiros anos, variando apenas no maior detalhamento dos itens ou na inclusão de outros temas relacionados aos iniciais como forma de complexificar os assuntos. Partia-se, assim, do mais simples aos alunos dos

primeiros anos, ao mais complexo aos alunos médios. Essa perspectiva de organização dos programas não foi exclusiva da Educação Sanitária. Provavelmente os médicos tenham percebido esse modo de estruturação curricular também em outras disciplinas, como a História, que igualmente adotava a prática da repetição dos programas, alterando-se o grau de aprofundamento de acordo com o nível de ensino, repetição que os médicos professores supunham como procedimento próprio à incorporação, à adesão ao cérebro dos educandos.

Considerando que em 1929 já funcionavam as aulas e cursos da seção feminina do Instituto Parobé, o dr. Pitta apresentava como complemento, o programa para as meninas adiantadas, as alunas médias:

“a) *Noções sobre os órgãos genitais e a função sexual da mulher* – Mostrar os vícios e os meios de evitá-los. A função da mulher é social e não visceral. A menstruação, cuidados especiais durante este período. Puericultura, cuidados que se prestam a uma criança, etc. Dos corrimentos vulvares.

b) *Do papel da mulher na sociedade* – O seu papel é preponderante, a ela cabe à educação. A Sociedade e a Moral. Das vestes higiênicas.

c) *Dos trabalhos que uma mulher pode executar.*

d) *Dos esportes adequados à mulher.*” (Ibid., p.131).

Há uma clara intenção em escolarizar saberes médicos segundo o gênero. Às mulheres, ao invés de estudo sobre problemas de saneamento público, lições de sexualidade feminina, puericultura, função educativa e profissional da mulher. No programa destinado à seção feminina, o eixo moral está claramente explicitado e desenvolvido no tocante à sexualidade, à função materna e as práticas profissionais ou esportivas. O mesmo não se constata no programa da seção masculina que restringe o acento moral à abordagem dos temas ligados à educação sexual ou aos vícios.

Às alunas do último ano do Instituto Parobé, ainda era oferecido, a partir de 1927, um Curso de Enfermeiras que visava desenvolver os conhecimentos práticos

de medicina e cirurgia, no intuito de trazer vantagens não só a cada uma, mas também às suas famílias e à sociedade, instruindo acerca de necessidades imediatas a uma dona de casa, a uma mãe de família ou mesmo àquelas que quisessem seguir um fazer profissional como enfermeiras, de modo a poderem saber tomar temperatura, pulso, dar banhos, fazer injeções, atender aos acidentes urgentes, etc. (cf. Relatório, 1927, p.10).

A característica da repetição aparece mais uma vez no programa que o dr. Pitta organizara aos alunos superiores. Observe-se que variam as explicitações de aspectos anteriormente abordados. Há, contudo, um maior refinamento das orientações e objetivos, acrescentando-se temas que, diante da idade e da formação profissional que estava sendo gestada, passavam a ser facultados ou necessários, como a educação sexual, os flagelos sociais, incluindo-se os vícios e as doenças venéreas, além de temas ligados explicitamente à medicina social (sanitarismo, higienismo, eugenia), à educação da criança e aos processos de trabalho. Passam a figurar também com maior nitidez temas de caráter moral e político, considerando-se que eram alunos de um curso superior.

“Aos alunos superiores

1º *A Higiene e o valor da Saúde* – Ensinar em condições de ter convicções sinceras. Higiene privada e pública. As doenças crônicas em indivíduos aparentemente sadios. Moléstias agudas que se iniciam sem gravidade e que abandonadas tornam-se graves. O trabalho nos indivíduos sãos e nos indivíduos doentes, seu valor. A higiene e a profilaxia: sua eficiência e seu valor social.

2º *O quanto pode a Higiene* – Seu objetivo acompanhando o ser vivo, desde antes de nascer, durante a vida e até mesmo depois da morte, mostra quanto é vasta e útil sua ação. Cuidados pré-natais (Eugenia); cuidados higiênicos post-mortem, natalidade, nati-mortalidade e mortalidade infantil. Mortalidade em geral, suas causas, exemplos de mortalidade em lugares providos de Higiene e sem essa providência. Crescimento físico e a idade, coeficiente de robustez. Puberdade. Higiene do aluno que trabalha e que estuda.

3º *Da educação física e intelectual do aluno* – O índice do valor de um povo aquilata-se pelo desenvolvimento de sua raça. Valor do homem desenvolvido e do raquítico. Noções sobre o raquitismo. A Higiene escolar. Suas vantagens, seus efeitos. A pedagogia moderna, com a aplicação dos testes mentais regularmente aplicados. Em que consiste o exame psicológico e psicotécnico do aluno. Vantagens das aulas ao ar livre.

4º *Dos trabalhos físicos e intelectuais nos alunos* - Em que consiste o trabalho, várias espécies de trabalho. Trabalho útil, orientação moderna no trabalho. Produção máxima sem sacrifício da saúde, nem no presente nem no futuro. Do esforço útil e inútil. Da fadiga e estafa. Horas de trabalho, repouso e sono.

5º *Estudo sumário das moléstias comuns às coletividades* - Herança mórbida. Contágio. Outras causas de moléstias. Profilaxia adequada. Verminoses. Parasitos do corpo humano. Parasitos das habitações, seus efeitos nocivos e meios de evitá-los.

6º *Da Educação sexual* – Concepções das funções genitais. Seu papel relativamente à organização física e intelectual. Suas regras. Do exercício precoce da função. Da espermatorréia, do onanismo na infância, do onanismo a dois. Dos estados mentais ligados à função sexual. Perversão do senso sexual. A cópula carnal. Corrimentos e outras moléstias venéreas.

7º *Os grandes flagelos sociais – Alcoolismo, tuberculose e sífilis*. Da moratlidade por estas moléstias. A causa dos grandes males no presente e no futuro, a campanha contrária e os efeitos obtidos. Exemplos.

8º *Alcoolismo*.

9º *Tuberculose*.

10º *Sífilis*.

11º Da mortalidade nas cidades e nos campos. Do saneamento das cidades. Da água. Programas pré-estabelecidos e órgãos aptos a desenvolvê-los. Fins da Higiene e exemplos das cidades já dotadas desses serviços.” (Ibid., p.131-132)

Assim como o programa de ensino apresentado pelo Dr. Clark indicava uma higiene mais individual nas escolas primárias e secundárias e uma higiene mais social para os alunos dos cursos superiores, também o dr. Pitta Pinheiro esboçava suas proposições nessa perspectiva, fazendo com que somente no programa aos alunos superiores é que passassem a constar com expressividade matérias de caráter nitidamente social como a eugenia, a mortalidade, o saneamento, moléstias das coletividades, organização fisiológica do trabalho, dentre outros listados acima.

Outras referências ao ensino de Higiene nas escolas também são identificadas no período em estudo. Em 1935, o dr. Moreira defendia a compulsoriedade do ensino de Puericultura nas escolas, como forma de ensinar desde a infância o modo de cuidar dos lactentes, embora reconhecendo a exequibilidade das lições de higiene da criança apenas nos cursos das Escolas Normais ou Complementares naquele momento. Para o médico, era preciso a convicção da valia real da criança, ao receberem-se lições básicas e essenciais da arte de criar seres humanos. Tal contribuição, dentro do ensino e da sociedade, seria um fator decisivo contra a hecatombe da mortalidade infantil que se verificava em todo o país (1935, p.127). Em suas palavras,

“Eu sempre hei de afirmar que assim como se ensinam tantas cadeiras teóricas, tantas disciplinas que são verdadeiros trambolhos da imaginação, facilmente olvidadas e não aplicadas no correr dos anos, também se poderá ensinar, e até de maneira agradável, o que está em relação direta com a vida: a arte nobre e imperiosa de criar filhos. Para maior aproveitamento da boa vontade e da memória dos alunos, o curso deve ser eminentemente prático, cujo programa será acompanhado de demonstrações curiosas, com figuras, manequins, gravuras intuitivas.” (Ibid., p.126)

Veja-se que o dr. Moreira insistia tanto na Puericultura como conteúdo do ensino, quanto nos modos de realizar essa aprendizagem para que houvesse um efetivo aproveitamento: demonstrações, figuras, manequins, etc. Ora, se uma prática de escolarização dos saberes médicos foi intensa, também como parte desse movimento uma espécie de didatização desses saberes foi perseguida, ocupando-se os médicos em pensar um modo de tornar compreensíveis e disseminar de forma acessível, as descobertas médico-científicas, aspecto especialmente relevante na educação de crianças e jovens. A tônica desse discurso médico estava na preocupação de não incorrer nos mesmos procedimentos estéreis e obsoletos que a escola tradicionalmente adotava e que vinham criticando sistematicamente<sup>51</sup>. O grande problema, na leitura médica, consistia em considerar que, se reproduzidos esses mesmos modos “martirizantes” de ensinar as demais disciplinas – a memorização e o decorar, a ênfase em atulhar o cérebro das crianças com enormidade de coisas abstratas sem aplicação na vida cotidiana – , a Educação Sanitária correria o risco de fracassar ou até mesmo de produzir comportamentos justamente contrários às boas regras de higiene e saúde. Se o professorado não conhecia outros modos de ensinar, aos médicos incumbia especificar a maneira de fazer essa instrução de acordo com as idades, graus de adiantamento, sexo, orientação profissional, etc.

Em termos gerais, os médicos sugeriam que as atividades mais voltadas às crianças dos jardins de infância e, portanto, sem o domínio da leitura e da escrita, deveriam consistir em observação de caricaturas, encenações das professoras como contadoras de histórias, fadas da saúde, brincadeiras diversas envolvendo hábitos de higiene. Já nos primeiros anos primários, atividades envolvendo leituras e jogos. Ou, a partir dos 9 anos, a realização de conferências, exposições de cinema, representações teatrais, comentários de notícias, visitações a museus, a asilos e creches, clubes de abstinência, ligas de mãezinhas<sup>52</sup>; demonstrações de laboratório. Em todos os casos,

---

<sup>51</sup> “A aquisição de hábitos higiênicos deve ser diária, sem que o seu ensino cause fadiga aos ouvintes, procurando orientar-se de maneira a despertar o interesse nas crianças, sem o ridículo das explicações literárias, ricas de palavreados e pobres de conceitos” (Lentino, 1930, p.64).

<sup>52</sup> Também denominadas de “escolas de bonecas”, nas quais meninas de escolas primárias, guiadas por uma educadora, aprenderiam a Puericultura brincando com bonecas. Bonecas de peso variável serviriam para a medição do peso e bonecas laváveis para prática do banho. Depois de adestradas, as

deveria prevalecer o caráter de utilidade e eficácia das aprendizagens, servindo-se para isso de lições ilustradas com projeções e figuras elucidativas, demonstrações cotidianas, exemplos próximos e paradigmáticos, seja com um senso de realismo, seja através de narrações alegóricas, espécie de fábulas das quais se extraíssem lições exemplares ou morais, ferindo-se a imaginação impressionável das crianças.

O importante é que os médicos ressaltavam que não se tratava, através dos modos de ensinar propostos, tão somente da aquisição de informações, mas da produção de gestos, atitudes, rotinas de vida que, verdadeiramente, pudessem constituir uma segunda natureza, e, portanto, que se prolongassem por toda vida, o que não seria possível lograr com longas explicações abstratas e herméticas.

Nas palavras do dr. Moreira, na emissão do poder educacional estavam, em primeira linha, a inteligência na ordem especulativa, e a vontade na ordem prática (Moreira, set.1939, p.27). Inteligência e vontade, em outras palavras, domínio de conhecimentos e hábitos adquiridos. Por isso, destacava o valor dos jogos e brinquedos, do desenho, da modelagem, da música e da leitura de bons livros na educação da criança, como forma de fazê-la experienciar para, inevitavelmente, adquirir hábitos, vigorar os músculos, assimilar movimentos e gestualidades. A educação da criança deveria assentar-se no princípio do compreender, do agir e do criar.

Mesmo defendendo prioritariamente a incorporação do ensino de Higiene aos currículos escolares e como preocupação de todos os professores, o programa

---

meninas continuariam se aperfeiçoando, cuidando de crianças recolhidas em creches. O dr. Martagão Gesteira (1943), catedrático de Puericultura e Clínica da Primeira Infância da Faculdade Nacional de Medicina e Membro da Academia Nacional de Medicina, identifica a existência de iniciativas na Bahia, Rio de Janeiro e São Paulo. Segundo o médico, o aprendizado contemplaria além da parte prática, uma parte teórica. Baseando-se na experiência do Distrito Federal, propunha um Plano de Trabalho para "Escolas de Bonecas", definindo conteúdos e modos de ensinar: palestras em linguagem acessível, projeções de filmes cômicos para crianças, lições cinematográficas, recreios educativos durante os quais, brincando de bonecas, as meninas aprenderiam os preceitos básicos de higiene infantil além de costurar o enxoval do bebê; exercício de "toilette" das meninas procurando inculcar a necessidade do mais meticuloso asseio da pessoa que lida com um bebê e tudo que a ele concerne; prática de dietética do bebê. No programa do curso de Puericultura da escola de bonecas constavam palestras sobre: o que é Puericultura, importância da alimentação do bebê; higiene do bebê (banho e vestuário); vigilância de sua criação (balança, fraldas e termômetro); métodos de amamentação; valor do leite humano; alimentação artificial; desenvolvimento do bebê (dentição, marcha e fala); desmame; doenças e contágios; vacinas e registro civil (1943, p.481-483 passim.). A

médico-escolar deveria, por considerar de máxima utilidade a formação da consciência sanitária, realizar periodicamente, através de conselhos, curtas palestras de conhecimentos práticos de Higiene e ilustrações de fatos observados, para professores e em visitas às classes de alunos, dissertações sobre assuntos referentes à Medicina Social fazendo sentir, principalmente, as causas e maneira de evitar as doenças.

Seja através dos programas de ensino ou de preleções médicas por ocasião das inspeções às escolas, importa destacar que um dos princípios da educação sanitária que os discursos médicos enfatizam pode ser traduzido pelo propósito de “informar para formar”, pois concebiam que novas práticas seriam possíveis se aos indivíduos fossem oferecidos novos saberes, em especial os avanços da ciência. A ignorância seria incompatível com a prática da saúde e da higiene, como já se pode indicar.

Tomemos uma situação exemplar do período examinado. O acompanhamento da trajetória do Departamento de Saúde do Instituto Parobé, mencionado anteriormente, permite destacar a importância atribuída pelos médicos à propaganda e difusão de novos conhecimentos para a reeducação segundo os moldes da Higiene. Houve um empenho sistemático na adoção curricular do ensino de Higiene, mas igualmente na produção de materiais instrutivos a serem utilizados pela escola, bem como um conjunto de palestras e conferências sobre assuntos de Higiene oportunizados aos diferentes segmentos da instituição.

Através de cursos, preleções e publicações diversas, o Dr. Pitta Pinheiro tratou de assuntos de Higiene, de interesse da coletividade, como higiene alimentar, práticas físicas adequadas, conduta moral e sexual, “*em linguagem clara e acessível aos menos inteligentes, noções sobre os meios de evitar as moléstias*” (Relatório, 1924, p.5).

As preleções, realizadas em especial pelo médico-assistente Dr. Carlos Pitta Pinheiro<sup>53</sup>, abordavam os mais diferentes assuntos relacionados à Higiene, para as quais eram ouvintes alunos e professores. Semanalmente, fazia conferências junto à seção feminina do Parobé, ocorrendo também alunas e professoras. Uma professora era orientada pelo médico para desenvolver mais detidamente os assuntos junto às alunas, preferencialmente quanto ao seu caráter prático. Era preciso mostrar que a Higiene não era uma ficção, que os seus conselhos eram sempre úteis e que aquele que vivia atento a esses conselhos, viveria mais e melhor.

Sistematicamente publicaram-se Boletins Sanitários que eram distribuídos aos alunos, funcionários e suas famílias, remetidos pelo correio ou entregues em pessoa por uma enfermeira visitadora, que bem orientada pelo médico-chefe sobre o texto destes boletins, explicava a prática das medidas aí aconselhadas. Acessível e ilustrado, de acordo com as informações registradas pelo médico em seus relatórios, os boletins eram caracterizados por um forte cunho moral, objetivando antes de mais nada normatizar e prescrever fórmulas precisas, condutas de indiscutível eficiência higiênica. Através de histórias ou alusões a fatos concretos, buscava transmitir um ideal de civilidade, acentuando as vantagens advindas de práticas adjetivadas de modernas, as quais era inconcebível ignorar.

O Dr. Pitta Pinheiro, em vários relatórios, destacou a repercussão positiva dos boletins.

“Que este trabalho não tem sido inútil, provam, não só o interesse que tenho notado pela leitura desses Boletins, pedindo-se às vezes explicações sobre alguns pontos, ora se fazendo referências a eles em várias ocasiões, e sobretudo, o estado sanitário do nosso pessoal, as continuadas melhoras nas suas vivendas, muitas vezes bem modestas,

---

<sup>53</sup> Filho do dr. João Pita Pinheiro Filho, Médico Chefe do Departamento de Saúde do Parobé, nasceu em 1898, em Porto Alegre. Doutor em Medicina pela Faculdade de Medicina de Porto Alegre, em 1921. Foi médico da Assistência Pública Municipal (1925), médico legista da Chefatura de Polícia do Rio Grande do Sul e auxiliar do professor Heitor Annes Dias, na cátedra de Medicina Legal nas Faculdades de Medicina e de Direito de Porto Alegre., além de membro do Conselho Penitenciário do Estado do Rio Grande do Sul. Esteve filiado à Sociedade de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal da Faculdade de Direito de Porto Alegre (1929). Foi nomeado professor interino da cadeira de Medicina Legal em 1930., transformando-se em professor catedrático em 1935 (Pimentel, 1945).

mas na sua quase unanimidade bem asseadas, como nos tem feito referência a enfermeira visitadora.” (Relatório, 1925, p.6)

Paralelamente aos Boletins Sanitários, produziram-se Boletins de Saúde, de periodicidade semanal, que eram afixados em quadros apensos nas diversas dependências da Escola e Institutos, escolhidos os lugares de mais freqüência do pessoal, nos quais se liam conselhos de Higiene, de interesse individual e coletivo. Para o dr. Pitta Pinheiro, esses boletins sanitários eram importantes como forma de propaganda e divulgação de informações, pois “alguma coisa de útil há de ficar na consciência do seu leitor, descrente ou mordaz.”(Relatório, 1924, p.5).

O médico endossava sua proposta destacando as repercussões que os boletins vinham alcançando junto aos alunos, às famílias e mesmo os comentários de outros médicos da capital que teriam recebido esses periódicos. Em Relatório de 1925, o dr. Pitta informava que:

“Distinto funcionário desta Escola, que com sua família reside em uma pensão desta Capital solicitou-nos um exemplar de um Boletim Semanal cuja leitura julgou de interesse e afixou na sala dessa pensão. Aparecendo aí o ilustre professor e clínico o Dr. Jacinto Gomes, leu-o, fez belas referências aos conselhos dados, a essa prática de vulgarização de Higiene e sem tardança transmitiu-me pessoalmente felicitações à Escola de Engenharia pela iniciativa utilíssima em prol da Higiene Pública, lamentando apenas que essa prática não fosse ainda geral.” (Relatório, 1924, p.8)

Tal teria sido a disseminação dos boletins que o Relatório de 1925 informava, ainda, que o dr. Fernando Freitas e Castro teria feito uso dos mesmos em sua cadeira de Higiene na Faculdade de Medicina de Porto Alegre.

Afirmando estar convencido de que um meio eficiente de vulgarização de práticas de Higiene era o conhecimento do perigo das moléstias e do que se pode fazer para evitá-las ou evitar suas conseqüências, o dr. Pitta insistia na criação de mecanismos de divulgação dos saberes médicos. Assim é que, a partir de 1924, o Departamento de Saúde empreendeu uma nova frente de atuação. Passou a publicar

diversos artigos assinados pelos médicos do departamento, na EGATEA - Revista da Escola de Engenharia de Porto Alegre, de circulação em todos os Institutos e na sociedade em geral. Também garantiu na mesma revista uma coluna fixa, intitulada *Secção de Profilaxia do Departamento de Saúde da Escola de Engenharia*. No primeiro caso, artigos de fundo, de difusão do ideário da medicina social e de divulgação de temas abordados por eminentes higienistas da época, especialmente franceses. Já na secção de profilaxia, breves textos, ao estilo dos almanaques da época, ocupando no máximo dois parágrafos, voltados para o esclarecimento de dúvidas, propaganda e preceitos higiênicos práticos, em assuntos variados: sífilis; fadiga do trabalho; higiene alimentar; limpeza das mãos e banhos diários; importância da ventilação e iluminação; prática de esportes; vestuário asseado; boa educação moral; normas para construções higiênicas; importância da mulher no lar; a escola higiênica; importância dos exames psíquicos e psico-técnicos, dentre muitos outros. O aspecto normativo é a tônica destes pequenos textos, taxativos quanto ao que se deve ou não se deve fazer. Não há dubiedade e reclamam uma atitude imediata. Em 1929, é emblemático o artigo intitulado “*Asseio Corporal*”, no qual se dizia:

“O asseio corporal é uma necessidade imprescindível a todo indivíduo. A saúde não poderá ser feita, nem estar o homem preparado convenientemente para resistir as suas alterações quando se trata de indivíduos desasseiados. Há milhões de pequenos poros pelos quais se faz a extravasão das impurezas do sangue e que impedidas de sair pela pele vão eliminar-se pelas urinas, sobrecarregando a função dos rins. A pele pois, deve ser mantida sempre bem lavada e com sabão, e principalmente as partes expostas, cabeça, pés e mãos. As mãos devem ter cuidados especiais de asseio porque é por elas que em geral se transportam as poeiras nocivas. Enfim é bom ter em mente o que sobre esse assunto diz Jules Payot, reitor da Academia de Paris: “O homem sujo não é um perigo somente para si, é um perigo público.”(EGATEA, v.14, n.1-2, 1929, p. 4, grifos meus)

Dois aspectos ainda podem ser ressaltados: um, relativo ao tom cientificista, portanto verdadeiro, das recomendações veiculadas; outro, concernente, mais uma

vez, à preocupação em aliar o individual com o coletivo. O sujo prejudica a si mesmo, mas sobretudo é um perigo aos demais. Importa convencer que do cuidado pessoal resulta prosperidade e segurança social, acima de tudo. Culpabiliza-se duplamente aquele que não só se descuida deste mister, mas ameaça a todos os outros.

Tanto as publicações quanto as palestras procuraram adequar-se ao público a que se dirigiam, variando, segundo os médicos, de acordo com a idade e a ilustração dos ouvintes (Relatório, 1925, p.5-6): famílias, alunos maiores, alunos menores, professores, alunos ou alunas, funcionários.

Indiscutivelmente, novos saberes, poder-se-ia dizer “saberes médico-científicos escolarizados”, sustentaram a educação sanitária defendida pelos médicos através do ensino de Higiene nas escolas. Os médicos não se restringiram a listar os assuntos que seriam desenvolvidos, mas ocuparam-se em discutir e propor como os conhecimentos científicos, de forma eficaz, seriam transformados em conteúdos de ensino e, mais diretamente, quais os modos de ensinar que deveriam presidir a Educação Sanitária nas escolas. Idade, grau de adiantamento, nível de aproveitamento, sexo, todos esses elementos deveriam ser considerados para a organização dos programas de Higiene. Mas também eram importantes os processos psicológicos que caracterizavam o psiquismo de crianças e jovens: nada de preleções estéreis e abstratas, deixar cair no esquecimento os processos enciclopédicos ou assustadores; não era assim que haveria uma verdadeira aprendizagem. Ao invés da compressão dos cérebros infantis pela prática da memorização, um ensino concreto, voltado à utilidade dos exemplos ministrados, imagens e experiências que pudessem impressionar a criança. Uma pedagogia do exemplo e um domínio de novas informações que dissessem respeito ao melhor viver. Acima de tudo uma educação que não se pautasse pela coibição e castigos, mas pela persuassão e convicção. Os discursos médicos reconhecem a insuficiência dos saberes da Medicina para dar conta de tão complexa tarefa. Para que os médicos assumissem uma nova missão de pedagogos era imperativo apropriar-se de saberes da Pedagogia.

De outra parte, cabe não perder de vista o fato de que a escola não se limitou a organizar, distribuir e operacionalizar didaticamente os saberes médicos circulantes

na época, senão que, como sugere Gvirtz (1997), a partir da necessidade de realizar estas tarefas findou por produzir discursos que lhe permitiram realizar o ensino de Higiene, notadamente com a participação direta dos médicos.

A discussão em torno do ensino de Higiene findou por esboçar uma problematização da educação escolar como um todo. Olhares e saberes médicos sobre a escola formularam críticas e proposições, estas últimas mostrando à Pedagogia a fragilidade de seu estatuto científico, para o qual a Medicina estava disposta a contribuir.

Os saberes do ensino de Higiene, como será examinado mais detidamente na sequência, traduziam uma nova individualidade a ser exercitada na escola, mas também para além dela, com o intuito de assegurar entre os escolares outro saber-ser, outras relações com o próprio corpo, sua aparência, as doenças e os modos de curá-las, a sexualidade, o trabalho e o repouso, a própria alimentação e a estética pessoal. Um novo cuidado para consigo mesmo está proposto pelos currículos da Educação Sanitária escolar. Um novo cuidado consigo<sup>54</sup> pelo aprendizado e adesão a técnicas de vida, a saberes e procedimentos, oportunizados pelas práticas médico-educativas (cf. Foucault, 1997, p.111). O ensino de Higiene almejou muito mais do que a exclusão e a interdição compulsória dos hábitos dos alunos, mas a produção de dispositivos que possibilitassem um novo modo de cada um prestar atenção a si mesmo, cultivar em si um asseio, um modo de viver, produzindo-se e conhecendo-se como sujeito saudável. Acreditava-se, por extensão, que a individualização das práticas, uma espécie de aprendizagem do “governo de si por si mesmo” (Ibid.) em relação aos desejos, aos impulsos, aos excessos, às tentações dos vícios, enfim, ao domínio do corpo e do intelecto, eram o meio mais produtivo de assegurar a saúde coletiva e individual, generalizando-se essas condutas, ao invés de procedimentos exclusivamnete fundados na punição, na repressão aos maus comportamentos e na

---

<sup>54</sup> Cuidado de si no sentido de modo pelo qual um sujeito pode se constituir, ou seja, como nos constituímos como sujeitos de nossas próprias ações. Trata-se do governo de si por si, em sua articulação com as relações com os outros (Foucault, 1997, p.111-112; Eizirik, 1997, p.39-40). Parafraçando Foucault, cabe interrogar como as técnicas de vida médicas definiram e regraram as práticas para com a saúde e a higiene. Trata-se da formação de si através das técnicas de vida e não do recálque pelo interdito e pela lei (cf. Ibid.). Ver outras questões no item “Todos e Cada Um”.

imposição de modos de ser. Por isso, a extensão de uma higiene, física sim, mas também sexual, dietética, mental e sobretudo moral, e a insistência dos médicos em incorporá-las ao currículo escolar e ao cotidiano da escola.

## 5. As Dimensões

“... não é educador quem se limita a passar do seu espírito para o do educando noções de ciência ou de arte. [O professorado rio-grandense] jamais esquece que o verdadeiro professor “transforma a alma e o corpo, equilibra nervos, robustece os músculos, apura a inteligência, desenvolve a bondade, ensina a justiça, tira em suma da criação o homem como se tira do carvão o negro diamante”. (Faillace, 1940, p.167/169)

“*Mens sana in corpore sano*”. A aplicação do preceito dos antigos latinos, recorrentemente evocada pelos médicos que se dedicaram aos problemas educativos, exprime a amplitude que se queria conferir à formação sanitária nas escolas. A prevenção aos estados mórbidos era apenas uma de suas dimensões e, longe de esgotá-la, as práticas discursivas da Medicina abriam um leque de possibilidades de ingerência e atenção aos modos de ser e fazer dos escolares. Mentes e corpos, observados, classificados, interpelados, confrontados pelos saberes e poderes médicos na escola.

O ensino da Higiene, como se pode depreender da leitura dos programas de ensino propostos, sobre os quais me detive anteriormente, abrangia múltiplos aspectos, sobressaindo-se a educação física, a educação sexual, o ensino de uma

higiene dietética e a educação moral e mental. Indiscutivelmente, tanto a educação física quanto a educação mental concentraram as preocupações médicas. A educação mental, impulsionada pela crescente consolidação da Psicologia e da Psiquiatria, e a educação física, incentivada pelo desenvolvimento da Fisiologia, da Eugenia e de outras disciplinas que se debruçaram sobre o corpo com o intuito de moldá-lo, treiná-lo, mas também extrair-lhe o máximo de energias e utilidade. Essa nova cultura do corpo estendia-se, ainda para a higiene da nutrição e sexual.

Uma forte moralização da Higiene contrastava com o discurso científico que se afirmava imprimir ao ensino. Na higiene física, sexual, dietética ou mental, a moral era identificada com as regras da medicina preventiva, fazendo dos conteúdos de higiene e da preservação da saúde, a fonte de uma nova ética. Barrán (1995), reporta-se a uma ética que poderia ser chamada de “moral fisiológica”, pautada pelo dever do cuidado que cada um deveria dispensar ao seu corpo e seu psiquismo como modo de assegurar a saúde individual e coletiva e o prolongamento da vida humana. O pano de fundo desse processo, já mencionado e que novamente irá se apresentar nesse exame das dimensões do ensino da Higiene, dá visibilidade à moralização da Medicina sucedida pela medicalização da Moral (Ibid.). Em outras palavras, trata-se de perceber como a infiltração do poder médico nas condutas morais conduziu a uma certa equiparação entre conduta higiênica e conduta virtuosa (1995, p.18-19), e como isso foi marcante nas imbricações da Medicina com a Pedagogia. À Educação, também a tarefa de ensinar o governo das vontades como forma de regular os desejos, as energias, os prazeres no intuito de conquistar a saúde do corpo e da inteligência.

Quanto à educação física propriamente dita, o dr. Clark considerava que ela constituía a maior revolução operada na mentalidade dos pedagogos naqueles últimos tempos, consistindo numa atenção sem precedentes dispensada ao físico dos alunos, razão pela qual a educação, a higiene e a saúde da criança teriam constituído um só problema. A medicina preventiva fisiológica teria salientado a importância de “um físico harmônico, em estado de equilíbrio funcional, de imunidade biológica e de perfeita adaptação ao meio”, como complemento da educação intelectual (05/12/1931, p.398).

Em entrevista ao jornal “*A Federação*”, em 1916, intitulada “A educação física e o nível moral da mocidade. Opinião de um médico rio-grandense”, o dr. Mário Santos afirmava:

“A educação física é o aperfeiçoamento físico do indivíduo; para ser científica e racional ela deve introduzir três ordens de efeitos: higiênicos, estéticos e utilitários. Trata-se por conseguinte de tornar o indivíduo resistente à doença ao mesmo tempo que se lhe proporciona a harmonia de formas e se o torna capaz de se tirar de embaraços múltiplos. A educação física deve, portanto, ser completa.” (p.1)

Assim, a prática metódica da educação física na escola era apresentada como atividade ponderada e racional, verdadeira profilaxia individual e coletiva, que envolvia aspectos higiênicos, estéticos e utilitários. Para que fosse completa e não causasse danos aos escolares, crítica recorrente da Medicina, caberia ao médico escolar, após a realização dos exames, indicar e fiscalizar qual a ginástica ou esporte adequado aos tipos constitucionais dos alunos, cientificamente determinados, variando-a tanto quanto fosse necessário. O dr. Bento<sup>55</sup> alertava que não era prática das escolas a escolha de um tipo de ginástica ou desporto recomendado a cada indivíduo e muito menos específico para as crianças. E no entanto, a cultura física, remédio enérgico, deveria variar segundo a idade e os indivíduos, daí porque sua dosagem e prescrição constituíam atribuição do médico escolar (1934b, p.180). Em especial porque, segundo o dr. Espírito, a educação física não poderia ser simplesmente gradativa, ou seja, em esforço crescente com a idade, mas sim oscilante, de acordo com o estado fisiológico dos educandos, avaliados sistematicamente pelos médicos (1936a, p.14). Erigia-se a experiência escolar de um corpo meticulosamente analisado para ser posto em exercício definido pelos conhecimentos da ciência. Uma verdadeira educação sanitária não poderia prescindir da educação física orientada, pois:

“Quando se exercita cientificamente o corpo, aumentam-se as faculdades intelectuais e desenvolve-se a força da vontade. A atividade intelectual não depende só dum cérebro lúcido, como a lucidez depende da boa circulação do sangue; para essa atividade ser

feita e manter-se, necessários são os exercícios corporais, para conservar o organismo são. (...) Quando proporcionamos ao corpo exercícios físicos bem orientados, produz-se também o desenvolvimento mental, porque do funcionamento harmônico dos diversos órgãos e tecidos, depende ainda o alargamento da esfera da atividade do próprio cérebro.” (Ibid., p.178-179)

Para o dr. Bento, uma direção médica severa deveria graduar o esforço físico de cada pessoa a fim de que tal esforço fosse orientado num sentido utilitário, nacionalista e tradicionalista, pois a educação física representava um dos problemas fundamentais da pátria brasileira. Ao lado do definhamento da raça, caracterizado pela fraqueza física dos concidadãos e pela tendência para contrair a tuberculose e outras doenças, sugeria que fosse considerada a freqüência com que se encontravam pessoas com vícios de conformação, com anomalias e monstruosidades físicas variadas. Nesse contexto, o desporto era o único meio de regenerar a raça (Ibid., p. 179).

Outrossim, polemizando com uma visão estritamente utilitarista e “eugênica precipitada”<sup>56</sup> do ensino da educação física e seu lugar na Pedagogia, o dr. Bernd apresentava uma outra posição, inspirando-se na Pedagogia Integral, como a entendia Tristão de Ataíde<sup>57</sup>, para quem essa integralidade da pedagogia abarcava duas dimensões: uma no sentido cronológico e outra no sentido ontológico. No sentido cronológico, compreendia-se três momentos sucessivos da formação do homem: do nascimento à morte, *a educação*; da puberdade à morte, *a instrução*, e da maturidade à morte, *a cultura*. Educação, instrução e cultura constituíam, portanto, os três momentos cronológicos da formação pedagógica integral (Bernd, 1935, p.144). Quanto aos três planos ontológicos em que se distribuíam cada um desses momentos cronológicos, eles eram o físico, o intelectual e o moral e religioso.

<sup>55</sup> Professor da Faculdade de Medicina de Porto Alegre, Chefe de Clínica Propedêutica Médica.

<sup>56</sup> Comungando das idéias de Tristão de Ataíde, o dr. Bernd criticava um exacerbado finalismo biológico da eugenia, em especial a norte-americana que tanto nos influenciava, e defendia os valores espirituais do homem. Por isso sua visão da educação física combatia o utilitarismo estrito da defesa da raça (Bernd, 1935).

<sup>57</sup> Ensaísta e pensador brasileiro, ~~dito~~ Tristão de Ataíde. Nasceu em 1893 e faleceu em 1983. Após converter-se ao catolicismo, ~~passou a abordar~~ abordar temas sociais, políticos, filosóficos e didáticos, sempre de um ponto de vista católico e ~~progressista~~ progressista. Destaco a obra: “*Debates Pedagógicos*” (1931).

Nos marcos desse pensamento, a formação física era a ordem da natureza, a formação intelectual, a ordem das idéias e a formação moral e religiosa, a ordem dos deveres. Tendo no horizonte a didatização dos saberes médicos, podemos identificar na reflexão proposta pelo dr. Bernd três modalidades pedagógicas, com finalidades imediatas distintas, pois a *educação* visava infundir hábitos, a *instrução* ministrar conhecimentos e a *cultura* elevar a personalidade individual e social. E cada uma dessas modalidades compreendia três planos de elevação sucessiva que constituíam propriamente o movimento ascensional do progresso pedagógico: o físico em que preparamos o nosso *poder*, o intelectual com que aperfeiçoamos o nosso *conhecer* e o moral em que formamos o nosso *dever* (Ibid., p.144-5, grifos meus). É interessante registrar como aparece nesse autor a Educação enquanto experiência cujas dimensões envolvem a ordem do poder, do saber e do dever, ou seja, as potências do corpo, os conhecimentos e a moral. Em Tristão de Ataíde, a saúde física e a saúde moral encontram-se entrelaçadas, como de resto nos valores dominantes da época. Não surpreende que alguns médicos recorressem às idéias daquele pensador como fundamento de suas posições quanto à Educação. O mesmo desdobramento da moral cristã-burguesa, segundo Barrán (1995) informava o discurso médico que repetidas vezes afirmava a associação das condutas desviantes e imorais com doença, e das condutas virtuosas e reguladas pelos dos bons costumes com saúde. A educação física aparecia, então, como experiência voltada ao equilíbrio do corpo e à condenação moral das práticas viciosas e excessivas. Uma associação do físico com a moral foi particularmente freqüente.

O dr. Bernd traçava o quadro abaixo, que ele mesmo denominou “quadro integral da pedagogia” para que se pudesse visualizar a situação que nele ocupava a educação, e particularmente a educação física, objeto de sua preleção.

	Física	Intelectual	Moral
Educação	Infundir hábitos físicos pelo governo dos sentidos	Infundir hábitos intelectuais pelo governo da inteligência	Infundir hábitos Morais pelo governo da vontade
Instrução	Conhecimentos profissionais	Conhecimentos científicos	Conhecimentos morais e religiosos
Cultura	Esporte	Humanismo	Ascetismo

(Bernd, 1935, p.145)

Instigantes questões podem ser levantadas a partir desse quadro e do modo pelo qual o autor vai situando a produção de hábitos pela educação, como modos de governar a si próprio: os hábitos físicos como governo dos sentidos, os hábitos intelectuais como governo da inteligência e os hábitos morais como governo da vontade. Assim que a educação, mais do que conduzir, através do cultivo de hábitos, propunha-se engendrar uma segunda natureza na criança, ou seja, produzir integralmente um novo sujeito apto a governar-se.

Do exame do quadro acima, depreende-se ainda que a educação física era concebida como um meio de infundir hábitos físicos pelo governo dos sentidos, coincidindo cronologicamente com a idade escolar. Em que consistiam esses hábitos? Dos saberes médicos sobre a educação física destacavam-se para a educação da criança escolar a difusão de conhecimentos quanto à importância da higidez física associada à disseminação de um modelo estético desse físico sadio, o aumento da resistência do corpo por meio de exercícios convenientes, a prevenção das perturbações da saúde e a conservação da harmonia do organismo para o bem do indivíduo, da Pátria e da Humanidade (cf. *Ibid.*, p. 147). Observe-se também que os esportes não constituíam um exercício a ser privilegiado, porquanto referido à cultura a partir da idade adulta. Apenas secundariamente eles seriam exercitados na escola, sempre que contribuíssem à produção de hábitos salutareos e ao governo dos sentidos.

Essa escolarização da educação física incluía ainda, em Bernd, uma proposição específica quanto ao gênero. Se era importante a educação física do

homem, mais ainda a educação física da mulher, de cujas qualidades biológicas dependiam a vida e a saúde de seus filhos. Se a mulher era responsável pela feitura da raça e do lar, então as meninas precisavam mais da educação física do que os meninos, porque o corpo delas era mais débil e exposto a maiores influências nocivas (Spitzzy apud Bernd, *ibid.*, p.148). Por meio de uma educação física orientada cientificamente, as meninas desenvolveriam o santuário da maternidade, o peito e a bacia por uma ginástica racional (*Ibid.*), maximizando as potencialidades de seus corpos.

Ainda em 1940, persistia entre alguns médicos uma proposição utilitária da educação física. O que diziam? Já a essas alturas, uma incisiva avaliação dos progressos da civilização apresentava o homem como excessivamente domesticado, pois teria perdido uma série de qualidades de ordem física e moral, tais como a força, a audácia, a destreza, a resistência física, o garbo e a elegância, de que a natureza havia dotado seus ancestrais, e constantemente cultivadas pela necessidade de viver sob a ação de todos os elementos naturais (cf. Silveira, jan. 1940, p.35)<sup>58</sup>. Entretanto, com as condições de vida mais fáceis e a suposta melhoria, considerava-se que se havia produzido uma efeminação <sup>59</sup>do corpo, pelo descaso quanto aos esforços físicos, o aparecimento de moléstias próprias à vida sedentária, chamadas de doenças de domesticação, e uma tendência à degeneração.

Havia por isso, segundo esse discurso, a necessidade de uma readaptação do porte e dos movimentos do homem atual, para que pudessem ser conservados os predicados de seus ancestrais. Considerava-se, então, que essa readaptação se obteria pela ginástica, em nenhum momento da vida mais eficiente do que naquela em que o desenvolvimento é mais intenso e o ajustamento ao ambiente mais acentuado: a idade da criança.

---

<sup>58</sup> O autor acrescentava: “Assim foi que o homem primitivo, em completo estado de desnudez ou ligeiramente protegido por peles de animais, vivendo em luta permanente com a natureza, na mais completa vida nômade e selvagem, chegou, com o correr do tempo, a ser os ‘tarzans de alfaiates’, habitantes de palacetes, com um indumento complicado, que estorva o movimento livre do corpo e a transpiração da pele” (Silveira, jan. 1940, p.35).

<sup>59</sup> Note-se como prevalece um modelo masculino de corporalidade, que permite afirmar que uma diminuição dos atributos de força, resistência e outros, nitidamente masculinos, teriam culminado, pejorativamente, numa efeminação do corpo.

“É também nesta idade que o organismo deve ser disciplinado, e nada melhor para se conseguir este objetivo do que a cultura física, o emprego racional de um método de educação física, de concepção nitidamente utilitária, que não se limite somente em assegurar o mais perfeito desenvolvimento do indivíduo e em permitir o melhor rendimento e equilíbrio de suas grandes funções, como também, e, principalmente, ensiná-lo a disciplinar os movimentos e a adquirir hábitos musculares que melhor se adaptem às aplicações úteis da vida.”(Ibid., p.36)

Como acentuava o dr. Totta, o período colegial era o período do desenvolvimento intelectual, mas também do desenvolvimento físico, de onde se tornava imperioso cuidar da cultura do espírito como da cultura do corpo, para que a saúde florescesse e a inteligência pudesse produzir e triunfar (mar. 1940, p.272). Os discursos assinalavam que o ritmo do corpo era paralelo ao ritmo da alma; da disciplina física, obtida por meio da educação física científica, resultaria um benefício para a educação psíquica. Nessa medida, o papel da educação física era apresentado como fator de saúde da criança, e, protegendo-a contra os efeitos das doenças da civilização, ao mesmo tempo que, aprimorando suas qualidades físicas e morais, a preparava para tornar-se o futuro cidadão, forte e equilibrado, orgulho de uma raça. (Ibid., p.36).

Fosse ameaçando o futuro da raça, fosse comprometendo a saúde individual, indiscutivelmente os efeitos da civilização eram referidos com insistência pelo discurso médico. Em conferência intitulada *Eugenia e esporte*, pronunciada em Porto Alegre, o dr. Aurélio Py, nos anos 40, o médico fazia uma apreciação dos males modernos que atingiam a mocidade e do quanto ela se mostrava refratária aos cuidados higiênicos, de modo que assim findava por abreviar a duração da vida. Eram os vícios, prazeres ilícitos, hiperexcitação, etc, fatores que vinham sistematicamente depauperando a existência dos jovens. Descrevendo afluentemente esses problemas, o dr. Py dizia de sua candência, pois na mocidade é que se prepara o organismo para a longevidade ou que ele é exaurido para uma vida efêmera. Entretanto,

“Quase todos os homens, por ignorância, por incompreensão, comprometem levemente a saúde nos verdes anos das paixões, dos vícios, porque não sabem fugir das tentações ou porque não têm quem lhes guie nas boas regras da virtude física e moral. Os jovens, cheios de saúde e viço, na ilusão suave e falsa de aproveitar a mocidade, na ânsia incontida de saborear todos os bons e maus frutos da árvore da vida, só têm a noção do presente, só atendem aos caprichos e as exigências do momento. O dia de amanhã não lhes interessa. Aborreçam-se quando se lhes revela a realidade do futuro comprometido e não raro destruído.” (s.d., p.6)

Mas se os jovens optavam por viver na embriaguez do sonho, aos médicos competia opor barreiras ao alastramento dos vícios e doenças, pelas medidas profiláticas e pela educação. Defendendo a campanha eugênica, o dr. Py sugeria a necessidade de multiplicarem-se os cultores da ciência do bem individual, e destacava a prática dos exercícios físicos como a arte de fazer compreender à juventude os benefícios de sua realização em ambiente de respeito mútuo, lealdade e disciplina rígida. Lamentava que esse entendimento ainda não houvesse influenciado os reformadores educacionais que se mantinham centrados na educação intelectual.

“Tudo visa, no sistema moderno de educação, o apuramento das faculdades intelectuais com indiferença e, não raras vezes, com o menosprezo do desenvolvimento físico do escolar. Muito embora seja incontestável que as dificuldades da vida não são, em geral, de ordem puramente física pois a concorrência vital se exerce principalmente no ambiente das faculdades mentais, não menos exato é a necessidade de um organismo sã, que só se obtém pelos exercícios físicos, para que aquelas faculdades possam agir proveitosamente.”(s.d., p.14)

Efetivamente, o aprimoramento dos atributos intelectuais era muito útil, dizia o médico, na luta pela vida, e de ordem muito elevada, mas a prática esportiva, ao contrário do que pensavam os conservadores, não impedia, nem perturbava o seu pleno desenvolvimento, ao contrário, este era por ela favorecido e facilitado, como sugeria anteriormente o dr. Totta. Para o dr. Py, havia, sem dúvida, uma qualidade física impositiva e que superava qualquer outra: “a saúde” (Ibid., p.14).

Aqueles descrentes dos valores da prática da educação física não percebiam, segundo o dr. Py, suas vantagens, pois, de uma vida metódica, desportiva e inteligentemente conduzida eram evidentes os hábitos de disciplina e higiene que ela incentivava.

“Sob o domínio da vontade e com ela firme e decidida, o homem preparado eugenicamente e esportivamente, não encontrará dificuldades de orientação nos diversos setores da atividade humana.” (Ibid., p.16)

Essa versão moral da saúde do corpo aproximava e fundia em muitos pontos a educação física e a educação sexual. Em ambas, a preocupação centrava-se na eliminação dos desvios e excessos que dispendiam as energias produtivas, findando por fragilizar tanto o aspecto físico, quanto intelectual e moral das crianças, justificando-se, segundo os médicos, o estabelecimento de uma disciplina, que quanto mais assentada na força dos hábitos e da vontade, tanto mais eficaz como norteadora da conduta dos indivíduos. Uma das questões que aglutinou os discursos médicos em torno do ensino da higiene sexual foi a preocupação com o controle do desejo e dos dispêndios de energias do corpo, preocupação que aparece, por exemplo, sob a discussão da abstinência e da educação das vontades. Somente uma consciência sanitária efetiva levaria os indivíduos ao auto-controle e ao equilíbrio das energias do corpo, equilíbrio concebido como a saúde em si mesma (Barrán, 1995).

A educação sexual foi tema de intrincadas elaborações discursivas e de algumas divergências substanciais no campo da Medicina, ora defendendo-se seu ensino nas escolas, ora considerando-se que essa era uma atribuição familiar ou que deveria ser realizada individualmente pelo médico da família. Nas formulações de alguns médicos, a educação sexual era associada às discussões eugênicas e em outros à profilaxia das doenças venéreas. Escassas são as referências ao ensino propriamente escolar da educação sexual, como aquelas constantes na relação de assuntos de programas de educação sanitária elaborados pelo dr. Pitta Pinheiro e anteriormente apresentados. No mais das vezes, a educação sexual é debatida em teses, nos capítulos dedicados à profilaxia da sífilis, doença significativamente disseminada na época e que ocupou o estudo de muitos médicos, ou então, em

reduzidos artigos de periódicos populares, tratando da educação dos jovens ou da mulher.

Na tese intitulada *Da syphilis maligna precoce*, apresentada à Faculdade de Medicina de Porto Alegre em 1917, o dr. Adamastor Barboza informava que por se sentir interessado pelas questões médico-sociais dedicava-se à profilaxia das moléstias venéreas, em particular a sífilis. Apresentando a idéia de que a castidade masculina temporária era o melhor meio para evitar as doenças venéreas, o dr. Barboza defendia a inexistência de diferenças entre o instinto sexual masculino e o feminino e, que, portanto, ambos poderiam dedicar-se à abstinência até o casamento. Assim como para a mulher, também para o homem a abstinência não provocava males à saúde. A abstinência, neste caso, enquanto opção consciente e exercício constante, espécie de “técnica de vida”, deveria ser tomada como sinônimo de orgulho e de nobreza. Mas uma tal concepção e prática somente seriam possíveis por meio da educação sexual, científica e moral ao mesmo tempo, desde a primeira infância, passando pelo lar e estendendo-se na escola (cf. *Ibid*, p.42).

Centrando sua proposição na abstinência até o casamento, para moças e rapazes, o médico refutava a tese de que a continência fosse nociva ao estado hígido do indivíduo, porque, se o fosse, então, a mulher a quem esta condição, mercê das convenções sociais, leis religiosas ou outras causas, era imposta, estaria irremediavelmente condenada às desordens gerais da sua saúde, ou às tão apregoadas psicoses (*Ibid.*, p.47-48). Entretanto, afirmava o médico, “não é isto o que a observação nos ensina”. Regra geral, a mulher, justamente pela força da educação, resistia ao império do instinto sexual, sem que esta norma de conduta se cumprisse em detrimento da sua saúde (*Ibid.*, p.47-48). Pautando-se pelo exemplo da mulher e dos efeitos de sua educação, o autor defendia a educação sexual dos jovens de ambos os sexos, particularmente através da escola, onde seria possível educar as vontades e oferecer uma sólida formação moral.

“Responderemos que na luta pela vida vence com mais presteza e mais seguramente aquele que animado de uma rija vontade, trabalha sem desfalecimentos pela realização de um ideal. Orientado na sua rota, caminhará cômico do seu valor, com a firmeza do homem que

sabe o quer, sem se acobardar com os obstáculos que possam surgir, porque uma sã alegria o reconfortará, acalentando-o em seus sonhos. (...) Não esqueçamos ainda, que a nossa idéia vem nimbada pela expressão forte da moral, a qual, indiscutivelmente, lhe dará um grande realce de nobreza.” (Barboza, 1917, p.50)

Indispensável era a educação sexual tanto sob o ponto de vista moral, quanto científico pois, para o dr. Barboza, um outro fator de resistência dos jovens à abstinência consistia na falta de conhecimentos de fisiologia, na ignorância e nos maus exemplos de homens importantes pelas suas condutas imorais, além do “papel nocivo de alguns médicos que não sabiam desempenhar a sua missão na altura do elevado grau de responsabilidade com que os investiu a ciência, concorrendo muitas vezes pela sua falta de critério para a extensão de um mal que tinham o dever de procurar cercear (Ibid., p.51).

Assim, uma boa profilaxia da sífilis demandava uma nova orientação da Medicina e da Educação, preparando o terreno sobre o qual germinaria, então, a idéia da abstinência até o casamento para ambos os sexos. Nos programas dos ginásios e escolas secundárias sugeria a inclusão da magna questão da educação sexual, instruindo-se ao mesmo tempo os rapazes sobre os perigos e as conseqüências funestas que podem produzir as moléstias venéreas (Ibid., p.52).

“Na educação infantil e da puberdade está o grande esteio da profilaxia dos futuros erros do sexualismo. Os pais e os educadores infelizmente não pensam nisto, ou se pensam não se encorajam a entrar no assunto, porque este simboliza o “fruto proibido”, e para o mundo a maçã ainda é o estigma da perdição da humanidade.” (Austragésilo apud Barboza, 1917, p.52)

Com isso, o dr. Barboza defendia o abandono, à margem do esquecimento, do rotineiro método de educação que tudo ocultava à criança, relativamente ao instinto sexual, pois ao contrário do que alguns apregoavam, essa era uma falsa moral e de funestas conseqüências, pois findava por abandonar os rapazes às más influências e aos vícios contagiantes por absoluta ignorância. Para o médico, quando não se encaminhava a educação sexual da criança, ela acabava por fazer descobertas sozinha, aumentando os perigos a que ficava exposta. Por isso, jovens e crianças

necessitavam do amparo de uma higiene sexual rigorosa e bem orientada, que embora insuficiente, deveria ser acrescida de uma educação das vontades, tarefa educativa de nobre valor.

“Não basta, entretanto, observar esta higiene física, moral e intelectual para que a vitória seja certa. Um inimigo, não menos poderoso, encontrar-se-á lá fora, representado pelos sofismas, escárnios, hipocrisia, dos companheiros. É preciso, sobretudo, que a vontade seja forte, inquebrantável, que saibamos impor a nossa opinião, e que, sobretudo, tenhamos a coragem bastante para não concordar com aqueles que incensam a imoralidade e o vício, afirmando sempre com altivez a nossa convicção. Então a nossa alegria será completa; e cada tentação vencida será como que uma recompensa, será como que uma afirmação de que no homem há alguma coisa de superior, alguma coisa de nobreza com que ele encara a felicidade, e que esta vida que ele defende e pratica não é um Ideal inatingível, como quer a maledicência humana.” (Ibid., p.54, grifos meus)

Mais uma vez, a educação das vontades como modo de obter-se a convicção constituía condição imprescindível aos efeitos almejados da educação sexual. Afirmava-se um discurso que defendia a disciplina individual assentada em razões que partiam do próprio desejo do sujeito, ou seja, preservar sua saúde e sua vida.

Rheimer sugeria que “a pureza dos costumes de uma sociedade qualquer dependia da pureza de costumes dos membros que a compõem, sendo, então, indispensável conservá-la individualmente” (1933, p.10). O mesmo princípio fisiológico proliferava largamente nos discursos médicos. Dito de muitas formas, eis o entendimento de que assim como no organismo vivo, as células individuais poderiam ser reparadoras ou regeneradoras dos desgastes e desajustamentos ou causa eminente dos desequilíbrios e quiçá da degeneração, na sociedade humana um indivíduo doente poderia ser ameaça suficiente a toda coletividade.

A complexidade e magnitude da tarefa de educar a mocidade de ambos os sexos no campo da sexologia, levava o dr. Mariante a defender a idéia de que ela, em grande parte, deveria ser confiada aos médicos, pelo melhor conhecimento que dela

possuíam e maior oportunidade e facilidade em abordá-la, pois as palavras de um não médico poderiam produzir uma impressão daninha (1933, p. 410-411). Além disso, o grande mal de entregar tão delicada e grave incumbência a outras mãos, residia não só no “*modus faciendi*”, muitas vezes chocante e contraproducente, como na extensão desmedida e por isso altamente perigosa que poderiam dar ao ensino da matéria (Ibid.). Nesse sentido, considerava que apenas o ministro de Deus poderia complementar a ação médica, subsidiando moral e religiosamente os jovens. Mas era esse apenas um complemento.

Ocupando-se de uma certa escolarização e didatização dos saberes da Medicina, representados pela “sexologia”, o dr. Mariante propunha distintas ênfases à educação sexual de acordo com o gênero dos escolares. Aos rapazes, ao chegarem à *proceritas secunda* ou fase puripubertária de Godin, dos doze aos catorze anos, considerava que seria necessário orientar, sobriamente, quanto à fisiologia dos órgãos sexuais, demonstrando a possibilidade e utilidade de se conservarem puros, apontando os males individuais e raciais que, geralmente, eram o resultado do abandono da castidade, indicando que procurassem na cultura física, no desporto, a derivação salutar e benéfica do instinto sexual (Ibid., p.411-412). Quanto às meninas, o dr. Mariante era contrário a explanações que querendo ensinar, despertariam idéias perigosas, pela crueza de explicações por demais realistas. Nos seus dizeres, à inteligência penetrante da mulher, ao seu aguçado espírito de maternidade bastariam noções de História Natural, de puericultura e higiene infantil, sendo o restante, desnecessário e demasiado (Ibid.). Ou seja, defendendo a castidade de ambos os sexos durante a puberdade, o médico insistia:

“É justo que [se] queira colocar a mulher em igualdade de direitos com o homem, mas que esta igualdade seja nas alturas sublimes dos píncaros da perfeição e não na planície pantanosa dos defeitos e vícios masculinos, a não ser que queiramos ver reproduzidas por toda a parte as cenas degradantes e tristes (...) é necessário que se eleve o homem à mulher, convencendo-o de que a sua força, a sua virilidade está em saber e poder dominar o seu corpo, para a própria felicidade, e para o futuro da raça. A castidade é possível de ser conservada, é benéfica e

salutar e contribui para que o indivíduo alcance a perfeição física e moral.” (Ibid.)

Se o paradigma era a castidade ou a abstinência até o casamento, o autocontrole ou o governo dos sentidos e a pureza moral do tratamento das coisas sexuais, então as mulheres eram o exemplo elevado a ser perseguido. As mulheres, bem entendido, que não se haviam lançado ao pântano dos defeitos e vícios masculinos.

Do mesmo modo que o dr. Mariante, o médico do serviço especial do Círculo Brasileiro de Educação Sexual, dr. Fernando Valle, em artigo publicado na *Revista do Globo* em Porto Alegre, na mesma época, considerava que apenas meia dúzia de moralistas achavam que educação sexual era coisa feia, gritavam, esbravejavam, mas não conseguiam ser ouvidos, porque suas vozes, por demais débeis, crescentemente eram abafadas pela voz do bom senso (1934, p.1). Para o dr. Valle, a educação nada tinha de imoral, sendo sim, imoral o sigilo que se guardava a tal respeito, quando dever-se-ia falar à luz da verdade e da ciência (Idem). Portanto, a educação sexual bem orientada, respaldada na ciência, era tarefa que não mais se poderia adiar. Com o que o dr. Totta concordava, afirmando a necessidade da

“Educação sexual para levantar o véu da hipocrisia, para opor o dique da resistência incoercível à enxurrada das perversões, dos vícios, dos males venéreos, dos descabros e dos instintos desenfreados.” (1935, p.40-41)

Embora considerando que o locus da educação sexual deveria restringir-se ao ambiente doméstico e discordando da educação sexual irrestrita da mulher, o dr. Figueiredo (1933) sugeria que qualquer plano neste campo teria que reunir quatro elementos, preconizados pela maioria dos autores modernos da época, quais sejam, preparação, auxílio físico, informação e orientação. A preparação, seria iniciada no lar, antes da puberdade. O auxílio físico, por sua vez, seria obtido pela prática de esportes e uma vida ao ar livre e não em quartos confinados. A informação e a orientação, por fim, deveriam ser aplicadas por pessoa que merecesse, ao mesmo

tempo, respeito e confiança. Talvez, nesse caso, ao médico coubesse muito mais educar as mães para que elas, depois, viessem a orientar suas filhas no lar.

Para outros médicos, mais do que nunca, era a fase escolar o momento especialmente importante da educação sexual, pois coincidia com a idade em que as modificações que se operavam com o aparecimento da puberdade e o convívio de jovens e crianças, despertavam neuropatias, operando a revivescência das influências mórbidas adormecidas em alguns escolares (Castilho, 1928). Era também a puberdade, fase da vida mais suscetível aos excessos de toda ordem, momento delicado que demandava de médicos e professores esforços para submeter o “capricho”, combinação perigosa do desejo com a vontade rebelde (Barrán, 1995). Enfim, à educação sexual caberia a tarefa de ensinar a governar o desejo e o prazer com o intuito de alcançar a saúde do corpo e do espírito, tão fundamentais à personalidade do futuro adulto.

“Dirigir a educação de uma criança é condicionar a expansão das energias latentes que serão mais úteis quanto melhores as excitações que provocarem o seu despertar, na formação da personalidade.”  
(Macedo, jul. 1933, p.215)

Além da educação física e sexual, há uma insistência quanto à necessidade de difundir o ensino da higiene dietética na escola. Os médicos afirmavam o valor social da alimentação higiênica, de relevante importância no período de maior desenvolvimento do indivíduo, ou seja, o período escolar, pois se para viver o homem precisa de uma alimentação racional, para chegar à idade adulta a criança carece de uma mais perfeita ainda higiene alimentar.

“É, pois, no período escolar, de 12 a 16 anos, que se devem intensificar todos os cuidados para fornecer à criança uma alimentação sadia, porque disso dependerá o seu crescimento normal, o aumento de sua resistência orgânica e de sua capacidade mental. Educando-a a bem alimentar-se, contribui-se-á para que se aperfeiçoem os hábitos corretos adquiridos na infância, hábitos que vão perdurar por toda a vida.”(Revista do Ensino, dez.1939, p.269)

Os discursos afirmavam que as inspeções médico-escolares haviam constatado, nas escolas situadas nos bairros pobres, escolares que revelavam abertamente todas as características de uma alimentação deficiente. Os exames e investigações médicas haviam provado o quanto era precária a alimentação dos alunos dessas escolas. Constatções essas que levavam a sugerir diferentes práticas para a superação do problema. Alguns médicos julgavam que o mais eficaz seria o estabelecimento de escolas ou clínicas de alimentação a fim de preparar as mães no sentido de aprenderem a bem alimentar os seus filhos. Propunham também a formação de uma "elite" de diretoras e professoras, de modo a criar-se nos colégios uma consciência clara da relevância da boa alimentação.

Outros médicos alertavam, ainda, que não havia uma relação única entre alimentação defeituosa e pobreza, pois estariam as crianças, cujos pais possuíam largos recursos econômicos bem alimentadas? Ou havia negligência da parte das mães por ignorarem os princípios de uma alimentação racional?

As condições alimentares da criança poderiam ser evidenciadas nos resultados de sua ficha sanitária, verificando-se se estaria em condições normais, aferidas pelo peso, altura e perímetro torácico, de acordo com a idade. Além disso, caberia observar se estava atingido o desenvolvimento intelectual desejado. Aí estariam pistas sobre a higiene alimentar da criança, se boa ou má, suficiente ou deficiente, variada ou escassa.

A idade entre oito e dezesseis anos, período de crescimento, de desperdício de energias, em que as crianças chegam a uma das épocas mais difíceis da vida, a adolescência, demandava a atenção médica. Enquanto muitas crianças e jovens perdiam o apetite, outros comiam em demasia, e alguns escolhiam tão somente os alimentos de que mais gostavam ou manifestavam apetite esquisito para doces, salgados ácidos ou apimentados. Esses exemplos mostravam o quanto eles careciam de todo o cuidado, para que continuassem se alimentando daquilo que lhes fizesse bem, do que precisavam para o desenvolvimento de seus organismos e do que não prejudicasse a saúde (*Revista do Ensino*, dez.1939, p.269).

Mas o ensino da higiene alimentar não deveria limitar-se a explicações abstratas sobre os alimentos. À escola cumpria difundir os conhecimentos básicos sobre a ciência da nutrição (Espírito, 1936, p.279). Endossando a legitimidade científica do ensino da higiene alimentar, Taborda (jun.1941, p.59) afirmava que se a boa nutrição era uma ciência, dispunha de um corpo de doutrinas e nisto se diferenciava do conhecimento vulgar, então não se justificava que os programas escolares se contentassem em inculcar normas desgarradas, desconexas, de modo que, estudando-as, os alunos não compreendiam porque é que as coisas são assim, e não de qualquer outra maneira.

“É imperdoável, cingir-se o nosso ensino a repetir conselhos de alimentação que aprendemos, de cor, à guisa dos velhos métodos de gravar na memória a taboada! Ensinarem-se as crianças , *verbi gratia*, a comer verdura, "porque tem muita vitamina, ou é rica em minerais", ou a usar da carne "porque é fonte indispensável de protídeos", não difere muito do que fazem, hoje ainda, certos mestres de cursos secundários, que ensinam Português e disciplinas outras, mercê dos compêndios-chaves ...” (Ibid.)

Para Taborda, se um menino perguntasse à professora: "Por que vou ser eu obrigado a comer vitaminas, minerais e protídeos", a resposta sempre deveria ser fundada nos conhecimentos científicos e concretos, fruto do raciocínio e da observação (Ibid., p.60). Entretanto, o que ocorria era diverso e lastimável, uma vez que

“depois de estudados os capítulos sobre alimentação, em quaisquer dos nossos compêndios didáticos, (eis sua função prática) tomamos à casa, continuando a comer, como sempre comemos, apenas lembrando que tais ou quais alimentos são ricos em proteínas, tal ou tais outros, em hidratos de carbono, gorduras, vitaminas, etc, continuaremos a nos vermos bem alimentados, se tivermos, ingerido à saciedade, substâncias de grande valor nutritivo. Continuaremos a chamar glutões (os que vivem para comer, e não, comem para viver); desnutridos, os que todo mundo enxerga como tais! A isso é que se resume a função prática da ciência da nutrição, de que a maioria da

nossa gente culta é possuidora! Não vejo em que se ela distinga do conhecimento vulgar!” (Ibid.)

Dessa forma, somente o ensino de higiene dietética poderia demonstrar às crianças que uma alimentação racional distava muito do simples comer à saciedade. Além disso, cumpria à escola, ainda, o ensino de comportamentos saudáveis e asseados nas refeições. Para que esse aprendizado fosse possível, alertava-se para a didática necessária:

“Precisamos saber levá-las [as crianças] com boas maneiras; do contrário tornam-se irascíveis, impacientes, tudo sofrem em consequência do desequilíbrio geral porque estão passando - é o período de transição em que deixam de ser crianças para se tornarem adultos. Precisam ajustar-se ao meio ambiente, às outras pessoas. Às vezes são mal compreendidas. Devemos evitar que surjam descontentamentos à mesa, antes, ou depois das refeições, o estado de espírito durante a refeição, muito influi na saúde, na digestão e no aproveitamento dos alimentos.”(Ibid.)

Visando a constituição de hábitos, os médicos prescreviam comportamentos a observar na alimentação: limpeza das mãos e do rosto antes de estar à mesa, uso do guardanapo individual, não discriminar os pratos oferecidos, rejeitando verduras ou sopas, corrigir defeitos como o costume de comer fora de hora, ou o hábito dos doces. Algumas experiências estiveram especialmente pautadas por esses discursos, como a criação de refeitórios escolares, cujos cardápios e regimes alimentares variavam de acordo com as idades e necessidades fisiológicas dos estudantes, e onde se buscava pautar os modos às refeições. Um artigo emblemático, publicado na secção do Departamento Estadual de Saúde da *Revista do Ensino* de 1939, solicitava ao professorado a maior difusão possível junto aos escolares, dos seguintes mandamentos de uma boa refeição:

“1) Sentar-se à mesa bem disposto, alegre e contente; 2) Mãos, rosto e roupas limpas. Cabelos bem penteados; 3) Sala de jantar com boa ventilação, bastante luz; 4) Mesa de boa altura, cadeira confortável; 5) Mesa, talheres, pratos, copos brilhantes e limpos comodamente

distribuídos; 6) Comida apetitosa atraente à vista, ao gosto e ao olfato; 7) Não encher muito o prato, nem a boca. Comer devagar mastigando bem, 16 vezes - Refeição de ½ hora; 8) Não beber água ou muitos líquidos, enquanto se come. Estragariam a ação dos sucos digestivos; 9) Evitar incômodos, sustos, tristezas, durante ou depois das refeições, antes, deve-se rir, conversar entre as garfadas; 10) Não praticar exercícios físicos nem trabalhar logo depois das refeições. Descansar pelo mínimo uma hora.” (dez. 1939, p.270)

Afora o conteúdo prescritivo que almejava disciplinar as práticas alimentares, um ingrediente moral compunha os conselhos de uma boa dietética que, assim como a educação física e sexual, demarca o cuidado com os excessos de toda ordem, calóricos ou humorais. Apetites e desejos, emoções e gestos aparecem nos discursos médicos vigiados pela ciência da nutrição. Os desvios e excessos do corpo cercados por todos os lados.

Os médicos chamavam atenção, ainda, para o fato de que uma nutrição deficiente vinha em prejuízo do desenvolvimento físico da criança, mas também de seu desempenho intelectual. Muitas vezes, a professora percebia a criança inquieta e desatenta à aula, e ao procurar descobrir a causa dessas atitudes se deparava com a carência alimentar. Os pais, igualmente, necessitavam conhecer os princípios básicos da alimentação para que pudessem assegurar melhores resultados da inteligência de seus filhos (*Revista do Ensino*, nov. 1939, p.211).

Relativamente à higiene alimentar, cabe ainda assinalar dois aspectos marcantes da discursividade médica sobre o ensino da nutrição aos escolares. Um deles refere-se a uma espécie de intrusão médica no universo cotidiano da família pela regulação das atividades alimentares de jovens e crianças. A experiência médico-escolar visou extrapolar os muros da escola, não apenas para a condenação de hábitos perniciosos, como repetitivamente as análises sugerem, mas para a disseminação de novas práticas relacionadas à civilidade e à generalização das vivências urbanas, de que são exemplos emblemáticos a atenção ao guardanapo individual, às restrições de assuntos por ocasião das refeições, ou à estética corporal adequada aos rituais de uma alimentação higiênica. O outro aspecto, particulariza os

pequenos movimentos político-alimentares voltados a assegurar a formação de um corpo adulto hígido e forte, demonstração inquestionável do sucesso higiênico, como sugere Freire Costa (1983, p.179).

Os discursos médicos do período em estudo, não tratam diretamente de um possível ensino de higiene mental como programa curricular, embora insistam na relevância de que a higiene mental seja perseguida e assegurada na escola. A discussão central parece girar em torno das possibilidades da Educação em produzir uma espécie de “saneamento” mental junto às novas gerações e a formulação de procedimentos a serem observados pela escola visando as condições propícias a um desenvolvimento psíquico hígido de cada escolar.

O centro do debate se fixa mais diretamente no determinismo da bagagem hereditária de cada indivíduo e na idéia das “condições do terreno”, ou seja, a predisposição e a suscetibilidade. Os médicos buscavam esclarecer os limites dos atavismos e das heranças mórbidas para que pudessem situar o papel da educação na constituição dos indivíduos. A questão que se coloca é: ao classificarem os escolares, segundo complexas taxionomias da anormalidade e do desvio, condenavam em absoluto os indivíduos ou até que ponto apostavam na educação como prática capaz de superar distúrbios decorrentes da herança mórbida e patológica? Como explicitarei a propósito do tema “hereditariedade e educação”, as controvérsias em torno dessa questão acordavam em pelo menos um aspecto. Tomemos a afirmação do dr. Raul Moreira: “*se somos o que somos é porque somos o que fomos*” (1933b, p.9). Ela sintetiza uma aproximação dos médicos, tanto aqueles que defendiam mais diretamente a força dos elementos atávicos quanto aqueles que apostavam na educação como frenadora das latências patológicas, qual seja, a idéia de que a história de um indivíduo contém os elementos de sua constituição. Para uns, ela se resume à bagagem hereditária; para outros ela pode ser acrescida, durante a infância e adolescência, de novos hábitos e comportamentos possibilitados pela educação, uma educação das vontades ou formação do caráter.

Se a higiene física, a higiene sexual e a dietética reservavam à idade escolar uma ação educativa privilegiada, porque momento em que os indivíduos se encontram em constituição, em relação à higiene mental e moral a argumentação não

diferia, pois “a boa mentalidade da infância reflete-se sobre toda a vida do indivíduo”, ou em outras palavras, “o que nos habituamos no princípio da vida se perpetuará, instintivamente, na idade adulta” (Moreira, 1933b, p.9). Nesse sentido, o dr. Castilho afirmava que na fase da vida em que as características da personalidade se delineiam é que a educação adquire a máxima importância, sendo na infância das escolas que a higiene mental possui seu maior campo de atuação (1928, p.36).

Da boa saúde mental cultivada na infância resultariam os hábitos sadios a determinarem a conduta dos indivíduos, regulada em grande parte por fatores inconscientes, nas mais diferentes posições sociais que viessem a ocupar na sociedade – família, escola, trabalho, classe, relações administrativas, políticas, religiosas, e outras. Por isso, à higiene mental nas escolas incumbia, através da prática do exame, observar rigorosamente os escolares para pressentir

“ o aparecimento dos primeiros indícios das manifestações mórbidas de natureza neuro-psíquica; constituição neuropática, desvios ou falhas da sensibilidade, das funções psico-motoras, da palavra, da inteligência, do caráter; os pendores mórbidos, a irritabilidade, a instabilidade, a hiper-estesia cósmica, as perversões, as perturbações do sono, o pavor noturno, a enurese, os tiques, as convulsões, as cefaléias habituais, o onanismo, as manifestações da sífilis e as oriundas dos excitantes, café, álcool e outros.” (Olinto de Oliveira apud Ygartua, 1933, p.217-218)

Para os médicos, juntavam-se outros fatores a privilegiar a idade escolar na profilaxia mental. Além de representar a idade em que os indivíduos encontravam-se em formação, portanto mais permeáveis às ações benéficas, coincidia ser ainda aquela em que se tornavam patentes as manifestações neuro-psíquicas incipientes, passando a se apresentar, inclusive, sob a forma de dificuldades educativas e inadaptação escolar. Aos educadores, então, a tarefa consistia em estudar as características de cada caso, para que pudessem melhor orientar as tendências e impulsos, favorecer as possibilidades espirituais, sublimar os instintos, principalmente quando se mostrassem prejudiciais (Ibid.). Higiene mental e educação apresentavam-se mutuamente implicadas, uma vez que

“o objetivo psicológico da educação não visa tão só ensinar à criança um certo número de regras e preceitos para as boas maneiras e propósitos, ... é muito mais do que isso. Educar significa colaborar superiormente na organização, na formação psicológica do pequeno ser.” (Vianna, 1926, p.77)

Os discursos médicos defendiam uma higiene mental como ciência aplicada, que visava o equilíbrio psíquico, a saúde da alma e a preservação das psiconeuroses com o nobre objetivo de proteger e melhorar o psiquismo humano (Castilho, 1928, p.11), em meio a um contexto no qual a doença mental era colocada entre os mais temíveis flagelos sociais<sup>60</sup>. Todos os esforços, segundo os médicos, tendiam a reduzir-lhe a extensão. Uma extensão que concebia a integridade psíquica como de primordial importância sob o ponto de vista do rendimento individual, elemento de prosperidade das nações (Ibid., p.12). Nas condições do que denominavam vida moderna, a psicopatia apresentava-se como a moléstia mais usual, crescendo constantemente sua frequência, ora determinada por condições de vida e trabalho que incitavam à irritabilidade, ora conduzida pelo apelo das intoxicações voluntárias e dos vícios eufóricos que caracterizavam a época. Uma associação entre o esgotamento nervoso e a impregnação das células nervosas pelos tóxicos predispunha e suscitava as doenças mentais que acompanhavam a civilização (Ibid., p.13-14).

Nos dizeres dos médicos, se a vida moderna em sua marcha estonteante levava de roldão a massa de psicopatas a se incorporarem ao grupo dos insanos, de outra parte a profilaxia mental, cientificamente consolidada, entendia que os mesmos psicopatas, quando em tempo, também se encontravam prontos a serem desviados daquele caminho para a legião dos normais, alçados ao lado bom da vida (Ibid., p.14). Quando em tempo, quer dizer, quando ainda em idade suscetível de correção das anormalidades do desenvolvimento, ou seja, a idade escolar que se estende até os

---

<sup>60</sup> Abordando as mudanças da ciência médica na transição ao século XX, Barrán reporta-se ao avanço da patologização sobre o que em época anterior se considerava normal, e não a gradual aceitação do patológico pela ordem social estabelecida. Nesse movimento, o drama da enfermidade mental terminou instalando-se no centro da vida do homem ocidental (1995, p.145-146).

15 ou 16 anos, como já referido. Aí a higiene mental tornava possível a recondução dos indivíduos à normalidade de seu psiquismo.

O dr. Castilho distinguia duas tarefas da Medicina preventiva no âmbito da saúde mental: uma, a *profilaxia mental*, outra, a *higiene mental*. A profilaxia mental como conjunto de meios para preservar das psicopatias; a higiene mental, propriamente dita, como a reunião de medidas necessárias à manutenção do equilíbrio e melhora do psiquismo humano (Castilho, 1928, p.27). Nas escolas, tanto a profilaxia quanto a higiene deveriam ser atendidas, pois caberia preservar os alunos das psiconeuroses, criando um ambiente educativo salutar e adotando medidas que preservassem o equilíbrio psíquico das crianças. Não era sem razão que o dr. Olinto de Oliveira (apud Ygartua, 1933) criticava os velhos hábitos de repressão e constrangimento, que ainda se adotavam em alguns educandários, ou o grave erro de submeter o pequeno cérebro infantil a um sistema de compressão enciclopédica, praticada pelos ginásios, segundo crítica do dr. Vianna (1926, p.78). Ambos falavam de algumas práticas escolares que deveriam sofrer uma urgente reforma sob a ação da profilaxia e higiene mentais.

Em se tratando da profilaxia, primeiramente se colocava a necessidade de conhecer as causas dos distúrbios mentais para combatê-las. Através das inspeções e exames, médico e professores poderiam identificar as causas *predisponentes*, ou seja, aquelas que preparavam o indivíduo para a invasão da psicopatia; e as causas *determinantes*, aquelas que diretamente provocavam seu aparecimento. Dentre as causas predisponentes, figurava como mais importante, o fator psicopatogênico representado pela *hereditariedade*, direta ou atávica; mediata ou colateral.

“A idade, o sexo e as modificações que se operam com o aparecimento da puberdade e do convívio social, a raça, a profissão, a educação, etc, são outros tantos fatores causais que despertam as psicopatias, operando a revivescência das influências mórbidas adormecidas ou exigindo energias outras que o sistema nervoso combalido não suporta.” (Castilho, 1928, p.28)

Dentre as causas determinantes, incluíam-se de um lado as infecções específicas, tais como a tuberculose e a sífilis, as intoxicações ou vícios entorpecentes, o alcoolismo, traumatismos, certas afecções crônicas e, de outro as causas psíquicas, quer de ordem intelectual, quer afetiva, destacando-se as decorrentes da civilização, que obrigavam o homem moderno a um desperdício de tensão nervosa: as emoções, as comoções políticas, as graves perturbações econômicas, a exaltação do sentimento religioso, e tantas outras circunstâncias propícias à expansão dos germes em estado latente, prontos a irromper sob a ação de um abalo moral mais violento (cf. Castilho, 1928, p.30).

Embora sustentando que a hereditariedade e o alcoolismo, a sífilis e causas psíquicas eram as mais comuns, o dr. Castilho considerava que estas causas se imbricavam umas nas outras, tornando-se, em certas circunstâncias, muitas predisponentes em determinantes e vice-versa. Mas o mais instigante é que o mesmo médico chamava atenção para o fato de que essas causas eram por si só insuficientes para provocar a eclosão das neuropatias, pois se todos a elas estavam expostos, somente os fracos, os predispostos pela sua constituição, deixavam de resistir aos embates da adversidade, sucumbindo à ação nociva do ambiente físico ou moral (Ibid.). À escola impunha-se o desafio de fortalecer a todos, a uns mais, pela fragilidade revelada, a outros menos, estimulando-se suas resistências inatas. De qualquer forma, a realização prática da profilaxia mental escolar, como em outro contexto, remetia a duas tarefas básicas: lutar contra as causas e tratar precocemente os distúrbios mentais. A *educação* e a *instrução* mereciam, portanto, cuidados especiais.

Na escola, a ação preventiva das causas das neuropatias teria a considerar alguns aspectos em particular. Inicialmente, o fato de que o estado mental da criança era indissociável do estado físico de seu organismo, e ambos, como um todo único, deviam ser constantemente vigiados. Além disso, toda criança deveria ser estimulada a adquirir bons hábitos (Dewey), isto é, preparar-se para enfrentar os mais importantes problemas da vida. E por fim, a escola também deveria contribuir para educar os grandes instintos primitivos (Castilho, 1928, p.33).

Dentre esses aspectos, o dr. Raul Moreira ressaltava o papel da educação física como elemento preponderante da educação mental: os exercícios ao ar livre propiciando a liberdade da criança e dando-lhe ensejo para as grandes necessidades psíquicas e morais. A educação física e moral deveria possibilitar à criança sua auto-educação, evitando restrições arbitrárias, ensinando a prudência, o desembaraço, elevando-a à dignidade de homem livre. Aprendizagens que na criança erigiriam uma barreira a protegê-la dos tormentos das neuroses (cf. Moreira, 1933b, p.6-7). Se na higiene mental da criança, desde os primórdios da consciência, tudo se resumia em receber, por seleção, materiais vindos do exterior, emitindo após, reações apropriadas e necessárias (Ibid.), então à escola incumbia oportunizar os mais saudáveis contatos exteriores, seja pelos métodos escolares, seja pela materialidade da instituição. Mas cumpria também cercear aquelas experiências com prodigiosa força sugestiva, como por exemplo, as manifestações artísticas. Segundo o dr. Castilho, o cinema, em especial, desencadeava tendências imitativas, quer úteis, quer perigosas, podendo suscitar o despertar de perversões e maus instintos que porventura estivessem adormecidos nos mais íntimos recônditos da personalidade pelo peso frenador da educação (1928, p.48). Urgia censurar aquelas peças cinematográficas cujo poder de contágio e sugestão sobre o psiquismo infantil constituíssem excitantes perigosos e nocivos, como aquelas que induziam ao suicídio. Do mesmo modo, a censura do livro que se confiava à criança era sugerida pelos médicos como medida de alto valor preventivo e de eficaz saneamento moral e intelectual (Vianna apud Castilho, 1928, p.49).

“Esconder da criança o mau livro, insiste o emérito professor [Vianna], livrá-la da representação imoral por todos os meios, o mesmo é que defendê-la do mais letal dos venenos.” (Castilho, *ibid.*)

À higiene mental na escola acrescia ainda a profilaxia da delinquência, ou como afirmavam alguns médicos, o combate ao crime ou delito. O dr. Castilho reconhecia que os crimes, no mais das vezes, eram resultantes ou sintomas de uma anomalia psíquica ou fundavam-se numa origem social. Dentre as causas da anomalia psíquica, salientava o grande fator criminógeno representado pelos efeitos do alcoolismo, hereditariamente transmitido às crianças.

Apoiando-se nas pesquisas de Harold Williams, que, na Califórnia havia estudado, por meio de testes, o nível intelectual de crianças delinquentes, o dr. Castilho referendava as conclusões daquele autor, de que a inteligência dessas crianças era, em geral, inferior à das outras de mesma idade, sendo os atrasados mentais aqueles em maior número no grupo dos criminosos. Mas por que a baixa inteligência constituía o fator principal da criminalidade? Porque essas crianças, diziam eles, eram acometidas pela incapacidade de refrear tendências naturais próprias da debilidade mental, e a hereditariedade findava por desempenhar importante papel na constituição do crime. (1928, p.51). Essa incapacidade, por sua vez, fundava-se na ausência de educação moral na família ou escola, maus hábitos, más companhias, ou finalmente na alienação mental.

Nessa linha de raciocínio, o dr. Castilho apontava os dois meios que deviam ser postos em prática para evitar a delinquência, quais sejam, a supressão da alienação mental e o impedimento da nocividade dos alienados. Em relação a esses, ao médico escolar cabia identificar e separar dos demais. Mas, quanto aos delinquentes por impulso, indivíduos, em princípio, de psiquismo normal,

“a profilaxia mental deverá visar a educação da vontade, ao lado das modificações da afetividade e da ética, principalmente na infância e na adolescência. A instrução deve ser vulgarizada o mais possível.”  
(Ibid., p.52)

Finalmente, se na emissão do poder educacional colocava-se em primeira linha a inteligência e a vontade, a higiene mental e a moral assumiam importância sem precedentes. Educar a vontade era o mesmo que educar o caráter, proteger da decadência, guiar os primórdios do psiquismo pela prática de bons hábitos. Para isso, o dr. Moreira propunha um rigoroso ensino de psicologia infantil nas Escolas Complementares como forma de assegurar que os professores fossem capazes de captar a confiança, a amizade e o carinho das crianças, abandonando as práticas arcaicas da compulsão e castigo, que induziam à rebeldia<sup>61</sup>. Entre os meios

---

<sup>61</sup> Segundo Freire Costa, relativamente à disciplina moral proposta pelos médicos desde o século XIX, “o essencial da função educativa residia no exemplo moral que se poderia dar às crianças. (...) Toda a moralidade dos colégios deveria ir contra a prática dos castigos corporais. A punição degradava as

educativos de abstenção, repressão e excitação, dever-se-ia preferir os últimos, pois agiam de modo favorável sobre a atividade integral da criança (Ibid., p.13). Em outras palavras, para o dr. Moreira:

“O escopo primordial, em apurar uma sã mentalidade na criança, está na formação do caráter, estribado em sólida moral, evitando-se o desenfrear das taras herdadas, sondando todo esse complexo psíquico, de modo a conseguir, mais tarde, a resistência galharda do indivíduo aos embates da vida.” (Ibid., p.12-13)

Se perscrutarmos os discursos médicos sobre o ensino de higiene buscando um capítulo dedicado ao ensino da higiene moral, provavelmente não encontraremos nenhuma indicação explícita. Entretanto, nada seria mais falso do que concluir pela sua ausência. O tema da educação moral abunda em todas as demais referências a uma higiene física, sexual, dietética e mental. É como se a moral formasse com as demais dimensões da educação sanitária binômios indissociáveis. Está, de certa forma, a estabelecer os parâmetros do saudável, do higiênico, do virtuoso e do ordeiro. Retomando as palavras do dr. Mário Totta, urgia uma educação moral

“... para reconduzir à comunhão social o pudor quase ausente, restabelecer a reverência às coisas santas e fazer com que reflujam no seu escrínio cintilante as gemas que ornam a virtude, enfeitam a inteligência, aprimoram o caráter e dão espiritualidade à vida.” (1935, p.40-41)

A retórica do médico enuncia o que até aqui se pode afirmar sobre as incursões do saber médico no campo educativo. O intento de constituir uma moral baseada na higiene, cujos pilares seriam o desenvolvimento da inteligência, a educação do caráter e o domínio das vontades, fosse na higiene física, sexual, dietética ou mental. Além disso, falar em pudor era fazer frente aos excitantes sociais que caracterizavam a sociedade moderna, representados pelas casas de jogo, os

---

crianças sem obter nenhum resultado positivo. O medo (...) tornava-as mentirosas, hipócritas, pusilânimes e temerosas. O esteio da nova moral recusava este tipo de repressão. Suas técnicas eram uma variante da criação do hábito. Como o corpo, o espírito das crianças deveria, progressivamente, regular-se autônoma e automaticamente. Uma destas técnicas de persuasão moral era a da dissuasão através de atos opostos às propensões viciosas...” (1983, p.198).

cabarés, o cinema sibarita, como referiam outros médicos. Indica também nexos inesperados entre o científico e o religioso, em que ambos participam da condenação moral aos excessos e à carência de virtudes. Se isso faltava à Educação, tratava-se de restabelecer esses princípios.

Perseguindo insistentemente referências à higiene moral, surpreendeu-me um conjunto de preceitos dedicados aos meninos escolares, perdido (será mesmo?) em meio a um guia homeopático de autoria do dr. Alberto Seabra, publicado pela primeira vez provavelmente na primeira década do século XX. Era composto de duas partes bem distintas, a primeira contendo informações e orientações educativas às mães, aos adultos e às crianças, relativamente à higiene, à profilaxia e aos cuidados gerais para uma perfeita saúde; a segunda trazendo instruções diversas para o uso de medicamentos homeopáticos. Figura na primeira parte uma adaptação de preceitos do “sábio naturista” Paul Cartier intitulada “*Preceitos de boa conduta e higiene moral. Para uso dos meninos em idade escolar e colegial*”. A exemplo de almanaques farmacêuticos e outros guias populares de significativa circulação nessa época, o guia do dr. Seabra, já em sua 18ª edição, apresentava-se em linguagem acessível, listando dezessete conselhos e regras de conduta aos escolares. As palavras do dr. Mário Totta parecem se reproduzir no texto desses preceitos, assim como as múltiplas dimensões da Higiene que até aqui foram examinadas. Os preceitos transcritos abaixo estão a demonstrar o que se disse da higiene moral, pois é como se ela pudesse dar conta de toda a educação proposta pelos médicos: as virtudes, a vontade inquebrantável, a disciplina, o caráter, o controle dos excessos, o valor do trabalho, as condutas higiênicas para com o corpo, a alimentação, o psiquismo e a saúde em todos os seus aspectos.

#### “PRECEITOS DE BOA CONDUTA E HIGIENE MORAL

I – Velarei pela tranqüilidade de minha consciência. Não mentirei por interesse, nem por negligência, nem por brincadeira. O que a consciência reprova, não praticarei.

II – O que eu tiver prometido, será lealmente cumprido.

III – Jamais me apossarei do alheio. Restituirei sem hesitar o que me foi dado a mais, por engano ou descuido.

IV – Serei disciplinado: obedecerei com boa vontade os meus superiores hierárquicos, - pais e mestres. Respeitarei as leis do meu país. Contribuirei assim para fazer reinar ordem e o progresso em minha escola e em minha pátria.

V – Combaterei meus defeitos; resistirei aos meus instintos maus, e assim, dia a dia, me tornarei melhor.

VI – Tratarei de ser útil, de ajudar aos colegas, de lhes ser agradável, de agir pelo bom exemplo.

VII – Evitarei a cólera, fugirei à inveja, serei paciente, delicado e polido.

VIII – O mal dos outros não me há de alegrar. Não me causará prazer o sofrimento inútil dos animais. Serei manso e forte, compassivo e pronto para o serviço.

IX – Serei bom colega. Protegerei os mais fracos que eu.

X – Reagirei contra a preguiça, porque os preguiçosos nada aprendem e para nada prestam. Estudarei com atenção, método e regularidade. Cada dia acrescentarei alguma coisa ao meu aprendizado.

XI – Não serei volúvel: trabalho iniciado terá continuidade e não será interrompido por ocupação diferente. Não deixarei para amanhã o que devo e posso fazer hoje. Do lugar em que eu tiver tirado alguma coisa, a esse lugar hei de a repor.

XII – Não serei precipitado no agir. Antes da ação, refletirei: se é um bem, se é útil, se é permitido. Assim, evitarei o que é mau e farei o que é bom.

XIII – Aprenderei as boas maneiras. Saberei ouvir sem interromper. Não serei fátuo no falar, nem direi palavras torpes.

XIV – Serei econômico e previdente. Não perderei tempo, não esbanjarei dinheiro, não dispersarei minhas forças. Comprar sem necessidade, não o farei. O futuro é vago e incerto; a provisão, a poupança é segura e certa.

XV – Gozarei boa saúde e serei forte pela cultura da boa higiene: exercícios de ginástica, jogos e folguedos escolares. Meu alimento, será são: ovos, preparados de leite, cereais, legumes e frutas maduras; pouca carne; nenhuma bebida espirituosa. Hei de comer todos os dias algum alimento cru, saladas ou frutas. Não fumarei. Uma morada sã, um quarto arejado, batido pelo sol, onde dormirei com a janela entreaberta, isto é que almejo e hei de conseguir. Serei pontual em minhas refeições, sempre às mesmas horas, e longe de me empanturrar, ficarei em débito com o apetite. Alimento bem mastigado está meio digerido.

XVI – Serei limpo e asseado. Água e sabão nas mãos antes das refeições, no rosto e no corpo todos os dias, na cabeça uma vez por semana. Dentes tratados, roupa escovada, sem tinta nem mancha. E assim será com os livros.

XVII – Serei um bravo: cultivarei a coragem perante a dor, o acidente e o imprevisto. Para consegui-lo, não considero propriedade minha a coisa que me pertence ou que me pertencerá. Tudo o que possuo tenho por coisas emprestadas, tão precárias e mal seguras são. Tudo vence a prazo fixo; tudo finda a seu tempo; mas não sabemos o dia nem a hora. Saúde, fortuna, vida, tudo é instável e efêmero. Estarei alerta para a restituição e para isso vou fazendo provisão de coragem.”  
(Seabra, s.d., p.50-52)

Os elementos de um mesmo discurso, com poucas variações, se repetiu nesses preceitos, reforçados em alguns aspectos, breves em outros, mas enfim, exemplares do que se pensava sobre a educação sanitária. Ao examinar os modos de realização do ensino de higiene, do corpo ao psiquismo, o que me interessou não foi tanto a vigilância, as interdições e os disciplinamentos impostos, em si mesmos, embora sempre presentes, mas, seguindo trilhas abertas por Foucault (1999), busquei

descrevê-los minuciosamente, procurando articular seus procedimentos e os saberes que sustentavam para que se pudesse perceber como tornaram possível um projeto médico para a educação escolar que, em seus princípios básicos, se faz presente em nossos dias. O discurso da educação integral nesse final de século não se descuida da saúde, física, sexual, nutricional e emocional. Essa ainda não é uma página virada da História.