

LUÍS ROBERTO DE CASTRO MARTINS BONILHA

***PUERICULTURA:
OLHARES E DISCURSOS NO TEMPO***

CAMPINAS

2004

LUÍS ROBERTO DE CASTRO MARTINS BONILHA

***PUERICULTURA:
OLHARES E DISCURSOS NO TEMPO***

*Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação
da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade
Estadual de Campinas para obtenção do título de Mestre
em Saúde da Criança e do Adolescente, área de Pediatria*

ORIENTADOR: Prof. Dr. Carlos Roberto Soares Freire de Rivorêdo

CAMPINAS

2004

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

B641p Bonilha, Luís Roberto de Castro Martins
Puericultura: olhares e discursos no tempo / Luís Roberto de Castro
Martins Bonilha. Campinas, SP : [s.n.], 2004.

Orientador : Carlos Roberto Soares Freire de Rivorêdo
Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas.

1.Pediatria. 2. Política de saúde. 3. História social. 4. Ideologia.
I. Carlos Roberto Soares Freire de Rivorêdo II. Universidade Estadual
de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. IV. Título.

Banca Examinadora da Tese de MESTRADO

Orientador:

Prof. Dr. Carlos Roberto Soares Freire de Rivorêdo

Membros:

1. Prof. Dr. Carlos Roberto Soares Freire de Rivorêdo

2. Profa. Dra. Maria Cristina da Costa Marques

3. Prof. Dr. Roberto Teixeira Mendes

Curso de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, área de concentração Pediatria da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 2004

DEDICATÓRIA

*À Mariana e à Júlia, por fazerem da minha vida
uma história cada vez mais linda.*

*Ao Prof. Dr. Júlio Cesar Daneluzzi, por ter me
ensinado a amar a Puericultura.*

*Ao Prof. Dr. Carlos Roberto Soares Freire de
Rivorêdo, por ter me ajudado a compreender a
Puericultura.*

AGRADECIMENTOS

Ao Centro Médico Social e Comunitário de Vila Lobato, onde tudo começou.

Aos meus pais e a minha irmã, por tudo que fazem por mim e porque os amo.

Aos meus sogros, por toda a ajuda e carinho.

Ao Prof. Dr. Roberto Teixeira Mendes, grande amigo e exemplo.

À Profa. Dra. Maria de Lurdes Zanolli, pelas orientações e apoio em tempos difíceis.

Ao Prof. Dr. Fernando Cesar Chacra e ao seu modo tão especial de fazer Pediatria.

A todos os colegas do Grupo de Pediatria Social da Unicamp, pelos conselhos e pela confiança depositada.

A incompreensão do presente nasce fatalmente da ignorância do passado.

Marc Bloch (1941).

| | <i>Pág.</i> |
|---|-------------|
| RESUMO | <i>ix</i> |
| ABSTRACT | <i>xi</i> |
| 1 - INTRODUÇÃO | 13 |
| 2 - REVISÃO DA LITERATURA | 30 |
| 2.1 - Alicerces da Puericultura..... | 31 |
| 2.2 - O nascimento da Puericultura..... | 45 |
| 2.3 - A Puericultura no Brasil..... | 51 |
| 3 - CONSIDERAÇÕES FINAIS | 82 |
| 4 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 88 |

LISTA DE ABREVIATURAS

| | |
|-----------------|--|
| CMSCVL | Centro Médico Social e Comunitário de Vila Lobato |
| FAISA | Fundação de Assistência à Infância de Santo André |
| FMRP-USP | Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo |
| INPS | Instituto Nacional de Previdência Social |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| R3 | Terceiro ano da residência médica. |
| UNICEF | Fundo das Nações Unidas para a Infância |

RESUMO



O tema da presente investigação é a Puericultura. O ponto de partida (e de chegada) é a identificação de dois modos de concebê-la, que evitam se encontrar a não ser no conflito. O primeiro a entende como um conjunto de técnicas, cientificamente elaboradas que, se devidamente aplicado às crianças, assegura-lhes um perfeito desenvolvimento físico e mental, que terá como resultado, adultos mais saudáveis e mais felizes. O segundo faz a crítica a essa definição, negando o seu caráter essencialmente científico e neutro do ponto de vista político-ideológico, evidenciando seu caráter normatizador e normalizador da vida das populações, principalmente as mais pobres. Procedeu-se a uma análise sobre quais as conseqüências, no campo das práticas, de um discurso puericultor que se julga neutro ideologicamente e, se seria possível, sem excluir suas aplicações, incorporar-lhe elementos resultantes da sua crítica. A análise utiliza diferentes campos da História e seus métodos: História Social, História do Presente e Ego-história. O resultado é uma história desse discurso puericultor, que vai sendo contada desde as primeiras transformações, próprias da Modernidade, que foram necessárias para o seu surgimento no Ocidente, no fim do século XIX, até um passado próximo. Para estabelecer relações entre o passado e o presente, necessárias para compreender suas conseqüências no campo de práticas e levantar questionamentos, são intercaladas na narrativa na terceira pessoa, memórias recentes na primeira pessoa, identificadas com a permanência do discurso original da Puericultura. Após observar que o discurso científico e técnico da Puericultura resulta em dificuldades e mesmo frustrações, o autor finaliza questionando como seria a coexistência entre a aplicação das normas científicas com a sua crítica social, tanto no campo de práticas como na própria elaboração de novos textos e consensos técnicos.

ABSTRACT



The present research theme is Well-Child Care. The departure point (and its arrival) lies in identify two ways of accomplishing the care which avoid to meet unless in conflict. The first one sees it as a group of techniques, scientifically devised, which, if duly applied to children, will assure them a correct physical and mental development, allowing them to become healthier and happier adults. The second one criticizes this approach, denying its essentially scientific and neutral character as regards a political-ideological point of view, stressing its normalizing character on the populations, especially the poor ones. An analysis was made about the consequences, in the practices field, of a Well-Child Care approach which judges itself ideologically neutral, and if it would be possible, without excluding its applications, to incorporate elements resulting from a critical view. The analysis makes use of several History fields and their methods: Social History, Present History and Ego-History. The result is a story of this Well-Child Care approach, told from the first changes occurred in modern times, necessary to its appearance in the Western World, at the end of the 19th century, until the near past. To establish relationships in the practices field, and to raise questions, in the third person narrative, recent memories in the first person are intercalated, identified with the permanence of the original children health care approach. After remarking that the scientific and technical approach leads to difficulties and even frustration, the author finalizes the work, envisaging the coexistence of the scientific procedures and its social criticism, both in the practices field as in the elaboration itself of new texts and consensual views.

1 - INTRODUÇÃO

Segundo o Dicionário Aurélio, a Puericultura é definida como o conjunto de técnicas empregadas para assegurar o perfeito desenvolvimento físico e mental da criança, desde o período de gestação até a idade de quatro ou cinco anos, e, por extensão, da gestação à puberdade. Esta definição está baseada na pressuposição de que a atenção à criança pensada dessa forma, isto é, em todos os aspectos biológicos, psicológicos e sociais, pode prevenir doenças e auxiliar na expressão genética plena, livre de interferências do meio, resultando em “um adulto mais saudável, com melhor qualidade de vida e, certamente, mais feliz” (RICCO et al., 2000, p. 1).

Essas idéias foram organizadas por MARCONDES (1999) que sintetizou o conteúdo fundamental da Puericultura em dez itens, alguns evocando o universo relacional, outros teorias bem arraigadas, e ainda campos do conhecimento e práticas sociais:

1. A relação pediatra/criança/família/comunidade
2. Observação clínica da criança
3. Crescimento
4. Desenvolvimento e atividade
5. Higiene alimentar
6. Higiene mental
7. Higiene antiinfeciosa
8. Higiene ambiental
9. Higiene oral
10. Prescrições pediátricas referentes a:
 - alimentação
 - imunização
 - orientação
 - medicação.

Entendida assim, ela se assemelha a um grande roteiro, constituído por roteiros menores, cada vez mais detalhados e específicos que, se corretamente aplicados, cumprem o objetivo de prevenir distúrbios das mais diversas naturezas. Esses roteiros devem ser

científicos, isto é, resultado de pesquisas na área da saúde em diferentes campos, como Nutrição, Antropometria, Imunologia, Psicologia, etc. Desta maneira, pretendem diferenciar-se do senso comum e ditar a maneira cientificamente mais correta de cuidar das crianças. Esta aglutinação de diversos campos de conhecimento e atuação, em sua definição e aplicação, qualifica a Puericultura como uma prática a um só tempo, técnica e social, já que se apoia em fundamentos técnicos, mas se aplica no âmbito das relações sociais.

A compreensão de uma Puericultura na qual as relações com a sociedade caracterizam-se por reconhecer todas as ameaças à saúde da criança e elaborar condutas médicas para resolvê-las, essencialmente científica e neutra do ponto de vista político-ideológico e econômico, permanece em livros-texto (CRESPIN, 1996; MARCONDES, 1999; RICCO et al., 2000), periódicos científicos (BLANK, 2003) e protocolos redigidos por autoridades, que divulgam novas normas, orientações e consensos.

O método de trabalho da História da Puericultura presente nos estudos que a concebem de maneira neutra e científica (FIGUEROA, 1995; CRESPIN, 1996; GESTEIRA, 1996; ROCHA, 1996), assemelha-se à chamada história positivista, que a reduz à simples organização sistemática e hierárquica de idéias e fatos, incapaz de explicar e interpretar fenômenos humanos a partir da sua real origem (CHAUÍ, 1997). Uma história que privilegia o fato histórico, representado por nomes ilustres (pediatras de renome, associados a descobertas científicas ou a serviços com grande repercussão) e pelos grandes acontecimentos (aparecimento, em diversas épocas e culturas, de práticas consideradas corretas, segundo os conhecimentos científicos atuais). Essa História, essencialmente descritiva, reduz a análise das causas ao aparecimento dos fatos históricos apresentados, dando a impressão de uma simples e natural sucessão de acontecimentos, caracterizada por um sentido de evolução natural positiva da sociedade ao longo do tempo.

Vai sendo escrita assim uma espécie de atualização sobre o estado da arte, em que deficiências são encaradas apenas como reflexos de um estágio ainda precário do desenvolvimento da Medicina e da sociedade. GESTEIRA (1996, p. 72) sintetiza essas idéias da seguinte maneira:

E pouco a pouco, de par com os progressos da civilização e desenvolvimento do cristianismo, o interesse e o cuidado pelos meninos se foram tornando cada vez maiores e desdobrando-se em medidas legislativas de amparo à mãe e à criança, em obras diversas de assistência moral, material, médica e jurídica à maternidade e à infância desvalida, tudo o que constitui hoje o acervo de uma verdadeira ciência, extremamente vasta e complexa, a que se ajusta bem o termo de Puericultura, que em 1865 punha em foco Caron.

Escrito pelo autor em 1943, este modo de compreender a evolução histórica da Puericultura permanece atual, como fica claro com BLANK (2003, p. 13-14):

Até meados do século retrasado, não era mais do que um conjunto de noções e técnicas sobre cuidados de higiene, nutrição e disciplina de crianças pequenas, que era passado de mãe para filha ao longo dos tempos; logo, repleto de mitos e tabus. Foi então apropriada pela pediatria, que tratou de transformá-la gradativamente em uma ciência verdadeira, com aplicações muito mais amplas e abrangência etária bem maior.

Esta era a base do meu próprio entendimento sobre a Puericultura, no final do ano 2000, quando concluía a Residência em Pediatria Comunitária, no Centro Médico Social Comunitário de Vila Lobato, ligado ao Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Nesta época, escrevi um texto com a finalidade de apresentar possíveis idéias para uma pesquisa de Mestrado. Apresento-o na íntegra, esclarecendo que a sua linguagem e estrutura, apesar de informais, foram mantidas, pois esse documento representa a síntese de como eu entendia a Puericultura:

A Puericultura pode mudar o mundo?

Considerando que a Puericultura seja mesmo o conjunto de técnicas empregadas para assegurar o perfeito desenvolvimento físico, mental e moral da criança desde o período da gestação, como define o Dicionário Aurélio e que, por alguma razão, todas as crianças do mundo, já antes de nascer, tivessem acesso a esse conjunto de técnicas, esperaríamos que todas fossem perfeitas no físico, na mente e na moral. E, se assim fosse, provavelmente virariam adultos, se não perfeitos, pelo menos quase. Portanto, de forma essencialmente teórica, a Puericultura poderia mudar o mundo (e para melhor).

Só que não é bem assim... A Puericultura está muito longe de alcançar todas as crianças do mundo. E, na maioria daquelas que tem a sorte de desfrutá-la, ela não assegura com perfeição aquilo tudo a que se propõe porque é feita de qualquer jeito. Mas nos mais agraciados ainda, aqueles que freqüentam serviços em que a coisa é levada mesmo a sério, será que as crianças ficam perfeitas?

Bem, aí eu me pergunto: O que é uma criança perfeita? Segundo o Aurélio novamente, perfeição é: “O conjunto de todas as qualidades, ausência de quaisquer defeitos: a perfeição de ser absoluto; o maior grau de bondade ou virtude a que alguém pode chegar, pureza, perfeição de caráter e de sentimentos; o mais alto grau de beleza a que pode alguém chegar, perfeição de traços e de formas”.

Fica óbvio que nem médico, enfermeira, professor, assistente social ou qualquer outro indivíduo que não seja uma Divindade, pode ter a ambição de conseguir isso. Mas, com certeza, muitas coisas podem ser obtidas em um bom serviço de Puericultura.

Voltando então para a definição de Puericultura, repartindo-a e tentando torná-la algo menos utópica:

O conjunto de técnicas empregadas no caso do pediatra: a consulta médica, seu conhecimento sobre prevenção e tratamento de doenças, sua ligação com os pais e a família, os instrumentos para monitorização do crescimento, seu compromisso com o aleitamento materno, com a dieta equilibrada, com a prevenção de acidentes, com a vacinação e, finalmente, com a educação da criança.

Para assegurar o perfeito desenvolvimento físico: ausência de desnutrição, de obesidade, peso e estatura dentro dos canais da família e da população, puberdade normal, boa capacidade física e resistência.

Mental: inteligência dentro do normal, além de estimulação intelectual adequada na casa, na escola. Ausência de distúrbios de comportamento. Felicidade por viver e sociabilidade.

E moral da criança: depende da cultura, mas entendo principalmente como honestidade.

Desde o período da gestação: envolve um pré-natal bem feito e a consulta do pediatra com a gestante.

Infelizmente, serviços com um atendimento tão amplo são raros, mas existem e eu acho que têm bons resultados.

Essa dúvida (se a Puericultura funciona mesmo?) é que eu gostaria de tentar responder. A minha primeira impressão, baseada na experiência de pouco tempo e em um único serviço, é que sim. Mas como embasá-la? Não pode ficar no “achismo”.

A primeira maneira que pensei, seria comparar serviços de Puericultura, com outros que só atendem as famílias com queixas. Isso poderia ser feito, levantando dados de prontuários com incidência de patologias e acidentes evitáveis, duração do aleitamento, prevalência de erro alimentar, medidas, ou entrevistando famílias usuárias desses serviços, colhendo críticas, elogios, razão da procura, etc. Eu sei que existem mães que só acham bom o serviço que atende 24 horas, que é rápido e que não marca retorno. Talvez essas sejam a maioria. Tanto que o candidato a prefeito que prometeu isso, para todos os postos de saúde daqui, está crescendo nas pesquisas.

Rib.Preto, 28 / 09 / 00

Luís RCM Bonilha.

Com este texto consegui um orientador, que fez a seguinte recomendação: “Você já escolheu a Puericultura como tema, será preciso agora definir o seu objeto. Para isso será necessário conhecer outras maneiras, já que a sua não é a única, de conceber o seu tema”. Dessa maneira fui introduzido a outra visão da Puericultura, presente em um grande número de publicações que surgiram a partir da década de 60 e que têm, em comum, a crítica a esse seu caráter neutro e positivo.

Utilizando referenciais teóricos das ciências sociais, muitos autores entendem a Puericultura como prática social sujeita aos mais diversos agentes políticos e econômicos, e com motivos, objetivos e conseqüências que extrapolam a simples elaboração de normas científicas que assegurem o desenvolvimento da criança. Existiriam assim, encobertos sob a proposta de prevenir a mortalidade infantil através da educação, outros projetos, como do estabelecimento de um padrão de comportamento não só para as crianças, mas para as

famílias inteiras, de cunho moralizante e baseado naquele considerado ideal pelas classes dominantes (BOLTANSKI, 1974). A Puericultura representaria, assim, a consolidação de um projeto iniciado na Europa, no século XVIII, que visava a conservação das crianças, essencial para os grandes Estados modernos, os quais mediam as suas forças pelo tamanho de seus mercados e exércitos (DONZELOT, 1986).

Desde a sua origem no fim do século XIX até os dias atuais, a Puericultura teria incorporado características próprias de cada momento e local em que foi praticada, recebendo novas determinações e influências dos grupos hegemônicos sem, no entanto, abandonar seu núcleo ideológico que oferece, através da educação, a modificação de situações que dependeriam de amplas reformas sociais (NOVAES, 1979; LOYOLA, 1983; ORLANDI, 1985; ROCHA, 1987; MARQUES, 1990; FREIRE, 1991). A leitura de seus críticos parece revelar uma face camaleônica da Puericultura, que conseguiria adequar-se às necessidades do tempo histórico, sem alterar o núcleo praticamente estável de suas práticas.

A percepção de dois grandes modos de conceber, pesquisar e divulgar a Puericultura, que evitam se encontrar, a não ser no conflito passou a configurar meu objeto de trabalho. Objeto capaz de lançar dúvidas sobre quais seriam as causas e conseqüências dessa aparente coexistência de duas Puericulturas conflitantes: de que modo a Puericultura ter-se-ia originado e porque parece ter dois diferentes significados, de acordo com os referenciais usados? Como eu teria assimilado esse conceito de Puericultura que não reconhece inadequações no seu núcleo, mas apenas no seu exterior, como, por exemplo, nas mães ou nos médicos e serviços aos quais a Puericultura se dirige? Refletindo sobre essas perguntas, imaginei que, uma vez respondidas, seria possível, como objetivo do presente estudo: proceder a uma análise sobre quais as conseqüências, no campo das práticas, de um discurso puericultor que se julga neutro ideologicamente, e se seria possível, sem excluir suas aplicações, incorporar ao mesmo, elementos resultantes da crítica à sua conformação.

Justifico a elaboração desse estudo, em primeiro lugar, na atualidade da Puericultura como tema de pesquisa. Nos últimos anos, em função de determinados movimentos no interior da Medicina, como a Medicina Baseada em Evidências, o Programa de Saúde da Família e as Reformas no Ensino Médico, visando formar um médico mais capacitado para o trabalho em atenção primária e no Sistema Único de Saúde,

a Puericultura, entre outros temas, vem passando por um processo de revitalização, após uma aparente desvalorização diante de dois grandes movimentos: a superespecialização e a sofisticação tecnológica no interior da pediatria (RICCO, 2000); o aparente esgotamento do seu campo de conhecimentos, além do deslocamento de muitos dos seus saberes e funções para outros setores da sociedade (NOVAES, 1979).

Esses novos olhares, que vêm sendo lançados sobre a Puericultura, podem servir de oportunidade para a reconsideração da sua prática, apontada por alguns autores como geradora de sensações negativas, como frustração e impotência, quando esta falha frente a situações do cotidiano (NOVAES, 1979; ROCHA, 1987; FREIRE, 1991). Podem também se preocupar com a adequação de sua prática a um novo tempo, já que as mudanças pelas quais passam as crianças, as mães e seus pais, no que diz respeito aos papéis que vinham assumindo na nossa sociedade há mais de cem anos, possivelmente trazem conseqüências à Puericultura, que se dirige a essas figuras sociais (RIVORÊDO, 1995).

Lembro ainda que o estudo da Puericultura está incluído em um grande conjunto de temas relacionados à compreensão sobre a situação da criança na nossa sociedade. O debate sobre a Puericultura, embora não seja o que estou propondo nesse estudo, também pode estar presente em questões amplamente debatidas pela sociedade atual, como a violência contra a criança, a prostituição e o trabalho infantil. Outros temas como gravidez na adolescência, criminalidade, redução da maioridade penal, dificuldades de relacionamento entre pais e filhos, também podem e devem se relacionar com as discussões sobre a Puericultura, mas para que isso ocorra, faz-se necessária a permanente investigação da sua função social, onde esse estudo se encontra.

Tradicionalmente, a Medicina tem seus objetos intimamente associados às ciências naturais (SEIDLER, 1974), nas quais as coisas estão prontas na natureza e precisam ser conhecidas. Esse processo de conhecimento é marcado pelo objetivismo, no qual o pesquisador assume um papel imparcial, e testa suas hipóteses segundo um raciocínio dedutivo, usando variáveis quantificáveis e a análise estatística (DEMO, 1985). Já neste estudo, a Puericultura será tratada como objeto das ciências sociais, determinada historicamente e produto da sociedade. Faz parte da Medicina, e como ela:

...será encarada como prática técnica, isto é, como manipulação de um conjunto de instrumentos técnicos e científicos para produzir uma ação transformadora sobre determinados objetos (o corpo, o meio físico) e responde, enquanto tal, a exigências que se definem à margem da própria técnica, no todo organizado, das práticas sociais determinadas econômicas, políticas e ideológicas entre as quais se inclui (DONNANGELO, 1976, p.15).

A relação com a ideologia é outra particularidade dos objetos das ciências sociais que, se não for levada em consideração ao estudar as limitações da Puericultura, resulta em um menor número de possibilidades e explicações. Para CHAUI (1997, p.113):

...a ideologia é um conjunto lógico, sistemático e coerente de representações (idéias e valores) e de normas ou regras (de conduta) que indicam e prescrevem aos membros da sociedade o que devem pensar e como devem pensar, o que devem valorizar e como devem valorizar, o que devem sentir e como devem sentir, o que devem fazer e como devem fazer. Ela é, portanto, um corpo explicativo (representações) e prático (normas, regras, preceitos) de caráter prescritivo, normativo, regulador, cuja função é dar aos membros de uma sociedade dividida em classes uma explicação racional para as diferenças sociais, políticas e culturais, sem jamais atribuir tais diferenças à divisão da sociedade em classes, a partir das divisões na esfera da produção.

A Puericultura é apontada como prática ideológica na medida em que explica efeitos da desigualdade social a partir de elementos que não são as suas verdadeiras causas (NOVAES, 1979). O melhor exemplo é dado pela mortalidade infantil que, para a Puericultura, em sua concepção original, deve-se em grande parte à ignorância das mães. Deste modo, ela esconde a verdadeira causa da mortalidade, que é a mesma da ignorância: a desigualdade social. O resultado disso é que não apresenta soluções para a causa real, apenas para algumas das suas conseqüências, mas sem tornar isto explícito. Reconhecer a ideologia na Puericultura não significa negá-la, mas negar ou ocultar a ideologia na Puericultura acaba por reforçar esta sua dimensão.

A História me parece o primeiro caminho para quem queira compreender a Puericultura sem partir de um pré-conceito, como “a Puericultura é boa e garante crianças e adultos saudáveis”, ou “é má porque é ideológica e ajuda a manter a desigualdade social e disfarçar a realidade”. Segundo HOBBSAWM (1995, p.15):

A principal tarefa do historiador não é julgar, mas compreender, mesmo o que temos mais dificuldade para compreender. O que dificulta a compreensão, no entanto, não são apenas nossas convicções apaixonadas, mas também a experiência histórica que as formou.

No entanto, para tal compreensão, a história não pode ser estudada sob a já comentada perspectiva positivista. Deve ser, pelo contrário, a história de suas relações com a sociedade, o que implica uma abordagem interdisciplinar, que dê conta de estabelecer relações em cada época estudada, entre nosso tema e o contexto socioeconômico-cultural.

Essa história que se ocupa do homem, não como personagem de grandes feitos, mas no seio de seu grupo social, em permanente movimento, dá o sentido que será utilizado neste trabalho, à expressão História Social (CARDOSO e BRIGNOLI, 1983). Este uso da história nos remete a orientações mais modernas desta ciência, reunidas no que se chamou de História Nova, que surge por volta de 1930, nos “Annales d’histoire économique et sociale” (LE GOFF, 2001). Ao invés de interessar-se pelas elites representadas pelos seus indivíduos (reis, estadistas, ou mesmos seus grandes opositores), por grandes acontecimentos que a afetaram (guerras, revoluções), ou pelas instituições sobre o seu domínio (políticas, econômicas e religiosas), interessava-se pela massa da sociedade submetida aos poderes dos dominantes. Esse interesse expressou-se na recusa de uma simples história de fatos, que privilegiava os fatores econômicos dos grandes acontecimentos. O próprio fato histórico foi criticado pela sua imprecisão, já que, quando estamos diante de um acontecimento, enxergamos o evento final de uma série de processos que acabam ficando desconhecidos. Definiu-se então uma nova perspectiva dentro da história: a longa duração, capaz de apreender o que muda lentamente (LE GOFF, 2001).

Essa história dos humildes e do coletivo em sua vida cotidiana foi, inicialmente, uma história especializada e matemática, essencialmente demográfica. Essas estatísticas avaliavam populações antigas em uma longa duração de tempo, revelando mudanças no

comportamento cotidiano e até na intimidade pessoal, antes desconhecidas, que foram chamadas de mentalidades. A introdução do conceito das mentalidades ampliou o território do historiador, que passou a freqüentar temas como a família, a educação, o sexo, a morte: zonas na fronteira entre o biológico e o mental, que o levaram a olhar para as outras ciências, como a Psicologia, a Antropologia, as Artes, etc. (ARIÈS, 2001).

Pela História Social podemos compreender que para a Puericultura surgir no final do século XIX na França, foram necessárias modificações profundas na mentalidade da sociedade ocidental, especialmente no que diz respeito às formas de conceber a Criança, a Medicina, os Estados, etc. Este conhecimento parece dar as condições necessárias para apreender a Puericultura com um maior número de significados, não só aqueles presentes em seu discurso oficial.

No interior da História ainda foram necessárias outras escolhas para que fosse possível dar conta do objeto e do objetivo proposto. Retomando, o objeto que será estudado consiste no conflito entre dois grandes modos de conceber, pesquisar e divulgar a Puericultura. Observo sua ocorrência no presente e desejo analisá-lo, vinculado a este tempo. Tal propósito me conduz a uma determinada modalidade da história: a História do Presente. Sua característica fundamental é a proximidade dos seus objetos no tempo, que traz como consequência uma importante limitação: não se prestar a conclusões definitivas (RIVORÊDO, 2001). Engana-se, portanto, quem espera deste trabalho, algo além de novas dúvidas lançadas sobre a atualidade da prática na Puericultura.

Ao fazer uma história do presente, o historiador não deverá simplesmente descrever os acontecimentos mais importantes, mas submetê-los a uma leitura crítica: relacional, reflexiva e interpretativa (RIVORÊDO, 2001). Durante esse processo que procura explicar os acontecimentos do presente, seu historiador será remetido ao tempo passado, daí a necessidade de também procurar conhecê-lo em profundidade.

A distinção entre passado e presente constitui um tema fundamental no interior da História. Sua discussão pormenorizada não cabe a este trabalho, no entanto, como utilizarei acontecimentos que estarei relacionando ao presente, e outros com o passado, preciso apontar o referencial utilizado. Aqui, o passado será entendido como o período

anterior ao que me recordo diretamente (HOBSBAWM¹, 1972). Considerando que a minha incompreensão do presente parece decorrente do desconhecimento do passado, tentar compreender o passado, recortado do presente, poderá ser inútil. Dessa forma, buscarei compreender o presente pelo passado, mas também o passado pelo presente (BLOCH², 1941).

A forma encontrada neste trabalho para estabelecer o desejado encontro entre o passado e o presente no caso específico da Puericultura, apóia-se na chamada Ego-história:

Um gênero novo, para uma nova idade da consciência histórica, que nasce do cruzamento de dois grandes movimentos: por um lado, o abalo das referências clássicas da objetividade histórica, por outro, a investigação do presente pelo olhar do historiador (NORA, 1989, p. 9).

A Ego-história, em sua concepção original, propõe ao historiador: olhar-se a si próprio como objeto de inquérito.

O exercício consiste em esclarecer a sua própria história como se fizesse a história de um outro, em tentar aplicar a si próprio, cada um no seu estilo e com os métodos que lhe são caros, o olhar frio, englobante, explicativo que tantas vezes se aplicou sobre outros (NORA, 1989, p.11).

Uma questão se impõe: seu caráter subjetivo não roubaria deste trabalho a neutralidade que se espera da ciência? Como já mencionei, a ciência pretendida aqui é social, e os objetos nas ciências sociais já são ideológicos a partir da sua origem. Entretanto, segundo DEMO (1985, p.38):

Ao aceitarmos que a ciência convive com a ideologia e que não pode propor-se eliminá-la, não estamos sacralizando a invasão ideológica. Na ciência deve predominar a cientificidade, não a ideologização. Não faz sentido chamar de mal necessário, aquilo que é parte integrante. Mas é meta da ciência controlar a ideologia. Conviver criticamente com ela, não significa favorecê-la, encobri-la, mas certamente reduzi-la, desmascará-la para que no fenômeno científico predomine cada vez mais a ciência.

¹ HOBSBAWM, E.J. *apud* LE GOFF, J. Passado/presente. In: LE GOFF, J. **História e memória**. 2. ed. Campinas: Ed. Da Unicamp, 1992a. p.212.

² BLOCH, M. *apud* LE GOFF, J. Passado/presente. In: LE GOFF, J. **História e memória**. 2. ed. Campinas: Ed. Da Unicamp, 1992a. p.224.

A introdução de partes da minha própria história no trabalho, como que em um diálogo com outras histórias, como da Infância, da Medicina e da Puericultura, pode resultar em uma confusão sobre o que está sendo analisado. Não sou eu, nem as pessoas que conviveram comigo, nem as instituições às quais pertenci, mas a Puericultura e, mais especificamente, os conflitos entre o seu discurso “neutro e científico” e a sua leitura crítica, os verdadeiros objetos da análise. A minha ego-história, com todos os seus personagens é apenas um método para conectar este trabalho ao presente, e não uma tentativa de contar a história de pediatras, professores, pacientes, funcionários, etc. Esses, quando forem indiretamente citados, serão compreendidos do meu modo, o que pode não representar exatamente suas idéias e opiniões.

A Ego-história apresenta, por ser uma forma de história do presente, uma limitação que já apontei: a proximidade temporal, que impossibilita que se preste a conclusões definitivas sobre o que está sendo estudado. Soma-se a isso, no caso deste trabalho, que estarei lidando com o presente real da Puericultura, da forma que eu o vivenciei. Possivelmente, enquanto eu passava por este período, outras pessoas aprenderam, entenderam e praticaram a Puericultura de outro modo. Dessa forma, não será possível generalizar os meus relatos como se representassem a Puericultura como um todo. São, contudo, uma parte da Puericultura a ser aproveitada por todos que por ela se interessam.

A elaboração do trabalho ocorreu em três grandes fases, que não se sucederam, mas ocorreram simultaneamente:

- 1) Pesquisa bibliográfica: foram consultados livros, dissertações e artigos, já consagrados, que tratam da Puericultura ou de temas intimamente relacionados a ela, por exemplo, a Infância, a Medicina de Estado, a Filantropia, etc. Consultei também dois grandes bancos de dados eletrônicos, o LILACS e o MEDLINE, a primeira vez, em setembro de 2002, e a segunda, em setembro de 2003. Utilizando a palavra chave “Puericultura”, sem determinar um intervalo de tempo específico para a busca, selecionei mais leituras.

2) Recordação: consultei as minhas recordações relativas ao meu aprendizado da Puericultura, procurando situações e conceitos por mim experimentados que, de algum modo, se relacionassem com as leituras que ia realizando. Tais recordações, exceção feita à carta apresentada no início da Introdução, estavam contidas em minha memória.

A memória, como propriedade de conservar certas informações, remete-nos em primeiro lugar a um conjunto de funções psíquicas, graças às quais o homem pode atualizar impressões ou informações passadas ou que ele representa como passadas (LE GOFF, 1992b, p.423).

3) Releitura: em função do objetivo proposto (proceder a uma análise sobre quais as conseqüências, no campo das práticas, de um discurso puericultor que se julga neutro ideologicamente, e se seria possível, sem excluir suas aplicações, incorporar a esse discurso, elementos resultantes da crítica à sua conformação), utilizando métodos da História Social, da História do Presente e da Ego-história, foi sendo realizada uma releitura da Puericultura, em que procurei relacionar minhas recordações, aqui entendidas como eventos do presente, com as leituras relacionadas ao passado.

Para melhor compreensão da minha ego-história, que aparecerá em diversos momentos no texto, é necessário especificar o período que procurei recordar. Não lancei mão de lembranças da minha própria infância, nem daquilo que eu vivi quando já estava na Pós-Graduação. Meu olhar crítico se deteve entre os anos 1995 e 2000. No primeiro, cursava o quarto ano de Medicina, na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo. No último, realizava o terceiro ano de residência médica em Pediatria, no caso, optativo em Pediatria Comunitária. Em comum, esses seis anos guardam a minha passagem pelo Centro Médico Social e Comunitário de Vila Lobato. Foi este o local em que aprendi e elaborei minhas concepções sobre o significado da Puericultura. É importante que se entenda que são minhas concepções, e não dos seus outros sujeitos. Neste trabalho, não há como saber como os outros alunos e residentes, e mesmo como os professores e médicos contratados do serviço, concebem exatamente a Puericultura.

Também preciso salientar que não há como afirmar que minha história anterior ao CMSCVL e mesmo ao curso de Medicina, não seja determinante de idéias e atitudes que serão usadas no trabalho. Ocorre que para captar esses elementos oriundos da minha infância e criação, e depois ainda relacioná-los com minhas memórias mais recentes, seriam necessárias outras técnicas, cuja exploração me pareceu muito complexa para o presente estudo. Desta forma, optei, neste momento, por fixar-me em minhas memórias mais diretamente ligadas ao universo profissional.

Apresento agora, em linhas gerais, a história e o modo de funcionamento desse serviço, que servirá de ponto de partida para a contextualização nos próximos capítulos.

Na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP), para revisar seu currículo tradicional, procurando, entre outras mudanças, inserir estágios práticos junto às comunidades, foi criado em 1968, um grupo de estudos formado por docentes dos Departamentos de Medicina Social, Puericultura e Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, além de docentes da Escola de Enfermagem, alunos de Medicina, de Enfermagem e médicos-residentes do hospital das clínicas. Em 1969, após construção pela Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto-SP, com recursos obtidos pelo Professor J.R. Woiski, junto ao Departamento Nacional da Criança, pouco antes da sua extinção, foi inaugurado o Centro Médico Social e Comunitário de Vila Lobato (CMSCVL). O bairro escolhido, a planta da unidade, além da forma de atuação, foram discutidos, previamente, pelo grupo já citado. Além disso, antes de inaugurar suas atividades, foi realizado o levantamento das características socioeconômico-sanitárias da população do bairro.

Segundo DANELUZZI (2000, p. 6):

A Pediatria definiu como meta prioritária a Puericultura com o seguimento programado durante os dois primeiros anos de vida e ambulatório geral de Pediatria para a faixa etária de dois a doze anos.

Este programa foi modificado, sem jamais ter sido interrompido, dando origem ao que em 2000 era denominado: Programa de Atenção Primária à Saúde da Criança e do Adolescente, com o objetivo de promover a saúde da criança através do seguimento longitudinal do nascimento aos 18 anos, realizando atendimento ambulatorial, visitas domiciliares e grupos de socialização.

O atendimento, até hoje, é multiprofissional e possui três etapas: pré-consulta, consulta médica e pós-consulta. Na pré-consulta, além do atendimento de enfermagem, destaca-se o atendimento do serviço social. Realizado por assistentes sociais que fazem parte da equipe, caracteriza-se pela elaboração de uma ficha (ficha social familiar) anexada ao prontuário de todas as crianças e que deve ser lida pelo médico antes do seu atendimento. Nesta ficha ocorre a caracterização detalhada das condições socioeconômicas da família do paciente. Ao serviço social também são encaminhados pacientes “para justificar as faltas aos retornos agendados” (DANELUZZI, 2000, p.7).

A pós-consulta também merece destaque por ser realizada por técnicas de enfermagem que são moradoras do bairro e muitas vezes convivem socialmente com as mães. Sua função é permitir que a mãe relate à profissional, o diagnóstico e as condutas tomadas pelo médico. Como muitas vezes não ocorre o entendimento adequado, um diálogo informal com a enfermagem irá recuperá-lo. Normalmente, o aluno ou residente responsável pelo atendimento presencia a pós-consulta, o que lhe permite revisar seu modo de atuação.

Outra importante característica do CMSCVL é a reunião clínica para apresentação e discussão dos casos atendidos no período. Dela participa toda a equipe, o que muitas vezes resulta em mudanças na conduta dos casos, além de desencadear freqüentemente visitas domiciliares para melhor entendimento do caso. Nessa reunião, também é feita para toda nova turma de alunos ou residentes, a apresentação do serviço e do que DANELUZZI (2000, p. 7), afirma ser seu principal conceito teórico:

...no atendimento da criança nunca deve ser dissociado o binômio mãe-filho, que por sua vez é parte de uma estrutura familiar que está incluída em uma estrutura mais ampla e complexa, que é a sociedade em que vive. Esta visão de globalidade de que a criança é um ser social deve estar sempre presente durante todo o período em que ela estiver em seguimento no Programa.

O acompanhamento longitudinal até os dezoito anos, apesar de dividido em faixas etárias (lactente, pré-escolar, escolar e adolescente) apresenta a proposta da Puericultura, que sofre algumas adaptações de acordo com a idade. Assim, ao lado da

avaliação do estado nutricional, do desenvolvimento, da situação vacinal e da prevenção de acidentes, comuns a todas as faixas etárias, alguns procedimentos como, por exemplo, o estímulo ao aleitamento materno no lactente, e a participação em grupos de socialização na própria unidade para os adolescentes, procuram dar conta das suas especificidades. Finalmente, como formas de estimular a participação da comunidade no serviço, também são desenvolvidos, normalmente com trabalho voluntário, cursos dirigidos às mães, como de cabeleireira, manicure, pintura em tecidos, etc.

Como aluno, estagiário voluntário e residente no serviço, tive oportunidade de participar de todas as suas atividades, com exceção dos atendimentos de acompanhamento pré-natal e ginecológico. Posso dizer com segurança que, durante todo esse período, sem dúvida, esse foi o principal cenário para o meu desenvolvimento como puericultor.

*2 - REVISÃO DA
LITERATURA*

2.1 - ALICERCES DA PUERICULTURA

Até iniciar o curso de Puericultura na Vila Lobato, não demonstrava interesse pelas crianças. Pelo contrário, considerava-as um incômodo, sempre dando trabalho, querendo brincar, chorando ou exigindo atenção contínua para comer, tomar banho e não se machucar. Esta maneira de pensar foi sendo substituída por outra, de uma criança boa e pura por natureza, mas que precisa ser protegida do ambiente negativo para que se desenvolva bem. Desde as primeiras consultas, incluindo aquelas em que atendia bebês na primeira semana de vida, passei a me preocupar com o futuro daquela criança, com o seu amanhã. O grande objetivo era mantê-la dentro dos padrões de normalidade, que resultariam no adulto normal. A descoberta desses potenciais, tanto da criança em desenvolvimento, como do médico, que tem nas mãos o conhecimento para esse fim, conquistou cedo o meu interesse. Simultaneamente, fui passando a me divertir e a me sentir bem a cada sorriso, conversa e contato com as crianças, o que era freqüente, tendo em vista que a maioria das crianças atendidas nas consultas de Puericultura era saudável, muitas já estavam acostumadas com o local e sentiam-se à vontade.

Assim como alterei meu pensar sobre as crianças, também a sociedade o tem feito ao longo do tempo. A Puericultura se dirige a um desses conceitos, originado na nossa sociedade ocidental moderna, que não existia antes.

Proponho agora que passemos a um momento anterior, em que a criança era outra, ou seja, não era ainda vista com o olhar que a Modernidade se lhe apôs, boa, pura, nem diferente dos adultos a ponto de merecer uma série de normas especiais para a sua educação e desenvolvimento, isto é, uma maneira de para ela olhar que lhe confere uma especificidade. É na Idade Média que devemos começar, pois ARIÈS (1986), analisando a iconografia dos séculos XIII e XIV, sugere que ainda não se observava a mesma separação que existe hoje entre o mundo das crianças, ou infantil, e o mundo dos adultos. O trabalho, os jogos, a escola e mesmo as vestes, eram comuns aos adultos e às crianças. Uma vez que a criança fosse desmamada e já pudesse comer, andar e falar sozinha, já participaria das atividades dos adultos. Este deve ser, então, o nosso ponto de partida, para observar as mudanças nas mentalidades, além das políticas e econômicas, que vão permitir séculos depois o aparecimento da Puericultura.

GÉLIS (1991) ao analisar o processo de individualização da criança, essencial para o posterior desenvolvimento de qualquer projeto dirigido a este grupo, observa que até a Idade Média predominava uma consciência do corpo muito diferente da nossa. Cada corpo não pertencia apenas a cada indivíduo, mas a um grande tronco comunitário da natureza, formado em um movimento constante, tal qual o das estações do ano, em que os ancestrais mortos renasciam como um dos seus descendentes. A grande preocupação era, portanto, a perpetuação da linhagem, isto é, dar a vida. Desta forma, as aprendizagens da infância visavam habilitar o indivíduo para isto, fortalecendo o corpo e os sentidos para enfrentar um mundo em que sobreviver, até gerar um filho, não era tarefa das mais simples. Esta aprendizagem, dada a sua função, não podia deixar de ser coletiva, sem espaço para intimidades nos lares, pois a todo o momento, era reforçado o sentimento de uma grande família, cuja manutenção dependia de todos do mesmo modo, adultos e crianças. Esta concepção naturalista da vida defendida pelo autor, explica outra diferença deste período: a atitude diante da morte das crianças. Embora não seja possível dizer que os pais não sofressem com a perda de seus filhos, a doença e a morte, antes do Renascimento, não eram negadas e combatidas, mas vividas como algo freqüente e inevitável e que, segundo a concepção de perpetuação das linhagens e da vida, exigiam apenas que fossem gerados novos filhos.

Ainda na Idade Média era possível encontrar outro conceito sobre as crianças, que embora lhe conferisse uma especificidade, era bem diferente do que existe hoje. Este conceito era criação da Igreja Católica, que considerava a criança como portadora da marca do mal, chegando a ter por ela “certa aversão” (RIVORÊDO, 1995, p.46). Para Santo Agostinho, a avidez e as paixões incontroláveis das crianças, eram reflexos do pecado original, e deveriam ser reprimidos com intensidade.

Os médicos dessa época não costumavam cuidar das crianças e seu cuidado era tarefa das parteiras e curadoras das comunidades. Apesar disso, existiam teorias médicas relacionadas às crianças, derivadas da tradição grega. A teoria hipocrático-galênica preconizava que o calor e a umidade aumentados eram uma característica infantil, o que naturalmente predispunha a criança à doença e à morte. Esta equiparação da infância com o adoecimento, remonta a Aristóteles, que incluía a infância, a enfermidade e os acidentes, às dificuldades enfrentadas pela vida humana (SEIDLER, 1974).

Com relação à teoria hipocrático-galênica e a essa predisposição da criança à doença e à morte, talvez permaneçam como determinantes do extremo receio que se tem hoje, desde o início da vida, de que a criança adoça e morra. Nesse sentido, posso me recordar de orientar as mães para que, nos primeiros meses de vida, evitassem ao máximo receber visitas, passear ou viajar, já que a criança era muito frágil e suscetível por natureza. O que não é desprovido de realidade. Contudo, o que confere especial relevância a este fato é de como essas prescrições são investidas de caráter superlativo, colocando como que uma redoma em torno da criança pequena, exagerando a fragilidade que é própria desta idade da vida. De certa forma, a fragilidade das crianças torna-se uma marca que persiste até muito tarde na sua vida.

Na Idade Média, portanto, não temos como falar em Puericultura, pois, embora as sociedades no ocidente produzissem e cuidassem das suas crianças, faltavam-lhes as características que marcaram posteriormente o seu estatuto social (das crianças): a criança concebida como fundamental para a sociedade, devendo receber tratamento especial para não adoecer ou morrer, e mais do que isso, para se tornar adulto funcional; a ciência desenvolvida a ponto de permitir à Medicina compreender e combater as moléstias; e finalmente, o interesse científico e médico pelas crianças.

O período que se inicia em meados do século XV e termina ao fim do século XVI corresponde ao Renascimento. Na verdade, ele surge no século XIV em algumas cidades italianas, especialmente Florença, como um fenômeno urbano. Nessas cidades ocorreu grande acúmulo de riquezas oriundas do comércio com o Oriente através do Mediterrâneo. O desenvolvimento desses centros urbanos resultou em uma alteração no comportamento dos homens e na emergência da burguesia e de novas relações de trabalho. No século XV, invasões dessas cidades por espanhóis e franceses, em associação com as grandes descobertas através do Atlântico, resultaram na difusão do movimento pelo resto da Europa (PEREIRA e GIOIA, 1996).

A burguesia emergente necessitava de um reconhecimento proporcional às suas riquezas, e, para isso, era necessária uma ruptura com o pensamento medieval. Assim florescem: o Individualismo, que defendia que cada um é responsável e tem o direito de fazer as próprias opções na sua vida; o Humanismo, caracterizado pela revalorização da cultura greco-romana, através da sua leitura direta e não das reinterpretações da Igreja

Romana; a retomada do Antropocentrismo, no qual o entendimento do mundo passa a ser feito a partir da importância do ser humano, assim como o trabalho, o enriquecimento e as guerras passam a ser vistos como produtos da ação do homem, e não apenas da vontade divina ou da linhagem; o Racionalismo, segundo o qual tudo pode, e deve, ser comprovado pela razão e pela experimentação, provocando grande avanço nas ciências; o Universalismo, que consistia na capacidade e no dever do homem em desenvolver todas as áreas do saber (PEREIRA e GIOIA, 1996).

Tais modificações nas maneiras de pensar a vida e os homens se aglutinam e na iconografia das crianças se manifestam no que ARIÈS (1986) observou: o aparecimento do retrato de crianças inicialmente como os “putti” renascentistas, a seguir a sós, o retrato das crianças mortas e, em meados do século XVI, o que ele chama de um primeiro sentimento de infância: a paparicação, que consistia no deleite por parte dos adultos em observar e brincar com as graciosas criancinhas. Ariès detecta como que uma seqüência na iconografia, indicando que as mentalidades, em relação a esta idade da vida, estavam sofrendo um processo de mudança, um deslocamento em direção ao que nós hoje denominamos de infância.

Nessa mesma época, segundo GÉLIS (1991) começa a se constituir um novo imaginário da vida e do tempo, no qual um importante aspecto surge aos poucos, e apenas nos meios abastados: a vontade de preservar a criança e poupar-lhe da doença. Começam então a aparecer as primeiras obras consagradas ao cuidado da criança. Entre esses autores estão: Hieronimus Mercurialis (1530-1606), Thomas Phaer (1510-1560) e Simon de Vallembert (em torno de 1565). O conteúdo das obras, entretanto, revela, como era de se esperar, forte influência clássica, em que o corpo da criança é visto como quente e úmido, constituindo sua vulnerabilidade (SEIDLER, 1974). Assim diferem em quase tudo das futuras obras que irão constituir a Puericultura, afinal a criança que conhecemos só começava a ser pensada e a Medicina ainda não havia, nem poderia, deslocar seu olhar para as crianças. Ótimo exemplo do surgimento desta vontade de conservar as crianças vivas, mas que ainda não era acompanhada pela Medicina, é a obra “Paedotrophia”, que na década de 1580, Scevole de Sainte-Marthe, prefeito da cidade de Loudun, escreveu para registrar os seus estudos para salvar seu filho da morte, após os médicos terem se mostrado, inúteis (GÉLIS, 1991).

A partir do século XVII, segundo ARIÈS (1986), começa a se formar fora da família, pelos eclesiásticos, legisladores, moralistas e educadores, um novo sentimento de infância, representado pelo interesse psíquico e moral para com a criança, que impunha a necessidade de uma educação que fizesse delas homens racionais e cristãos. Esse processo se consolida no século XVIII, com o Iluminismo. No século das Luzes, nada superava a fé no poder da razão humana, que poderia resolver tanto as leis do universo, com as novas teorias de Newton, como as que regem a natureza e até mesmo a sociedade. Todo esse potencial não deveria estar centrado na vida celestial, mas nos meios para melhorar as condições da existência terrena.

Com Locke têm início as propostas de educação, na qual a criança seria uma “tabula rasa”, sem conhecimento algum e, mediante as experiências e aprendizado do uso correto da razão, iria tornar-se Homem, no sentido da perfeição da existência humana. Em um trecho da obra de LOCKE¹ (1693) percebe-se como foi se formando o conceito pedagógico da Puericultura:

Falando aqui da saúde, meu objetivo não é dizer-vos como um médico deve tratar uma criança enferma ou valetudinária, mas apenas indicar o que os pais devem fazer, sem o recurso da medicina, para conservar e aumentar a saúde de seus filhos ou pelo menos para dar-lhes uma constituição que não esteja sujeita a doenças.

Embora ainda não fosse atribuição do médico, surgia a confiança na capacidade do homem, através da educação das mães, de dar a constituição ideal às crianças. Na Vila Lobato, ainda no quarto ano médico, em uma folha de sulfite, anotei na frente e no verso, as regras de alimentação, de vacinação, de crescimento e de desenvolvimento neuropsicomotor, da prevenção de acidentes e da marcação de retornos à unidade. Naquela folha estavam as bases do conhecimento que eu deveria transmitir às mães para terem seus filhos saudáveis.

¹ LOCKE, J. *apud* GÉLIS, J. A individualização da criança. In: ARIÈS, P.; DUBY, G. (Org.). **História da vida privada : da renascença ao século das luzes**. São Paulo: Companhia das Letras, 1991, p.317. v.3.

Este despertar da consciência pública para o problema das crianças também ocorreu na França, onde em 1762, ROUSSEAU (1995) publicou “Emílio ou da Educação” que apresentou uma série de conceitos fundamentais para o posterior desenvolvimento da Puericultura. RIVORÊDO (1995) mostrou que a obra de Rousseau persiste no discurso de formadores de pediatras até os dias de hoje.

A obra reforça as raízes do que veio a se denominar o mito do “bom selvagem”. Ao afirmar que a criança nasce pura, e que a sociedade a deforma, defende uma educação “natural”, buscando inspiração nos outros animais, nos quais o papel da mãe é fundamental. Apresenta então outro conceito, do binômio mãe-filho, pois o “bom selvagem” deverá então ser conservado pela sua mãe a partir do nascimento. A força que os une será o amor. E, uma vez estabelecida a dependência entre a criança e sua mãe, apresenta outro importante conceito, caracterizado pelo prolongamento desta dependência, como se vê em: “Se quereis que conserve sua forma original, conserve-a desde o ponto em que vem ao mundo. Apodere-se dela assim que nasça e só a solteis quando seja homem” (ROUSSEAU, 1995, p.22).

Os conceitos de Rousseau estão presentes em muitas das minhas recordações. Lembro-me de um caso que era contado, de um bebê que morava com a sua mãe nas ruas, vivendo de esmolas e favores. Apesar disso, ela levava a sua criança nas consultas e não oferecia nada além do seio materno por mais de um ano. Essa criança era motivo de orgulho para o serviço, pois com um ano, já parecia estar com três. Ocorre que, quando a criança cresceu, alguma coisa aconteceu com a sua mãe, e ela se tornou um menor abandonado. Acabou morrendo assassinado antes dos dezoito anos. Acredito que a forma que esse caso se ajustou ao conceito do “bom selvagem”, mostrando que a natureza fez o menino bom, mas a sociedade o deformou até matá-lo, permitiu que essa história resistisse ao tempo, sendo contada por pediatras que querem acreditar nisso.

O binômio mãe-filho talvez tenha sido o conceito mais importante na minha formação. Lembro que uma das coisas que mais me incomodava era quando a criança era trazida por uma babá. Mesmo tomando conhecimento de que a mãe trabalhava, tinha dificuldade de saber o que seria pior para a criança: a privação do contato com a mãe, ou de recursos financeiros. Outra grande preocupação era com as mães que pareciam

despreparadas para cuidar do seu filho, já que qualquer outro que assumisse esse cuidado, não seria igual a uma boa mãe. Isso me levava a dar retornos semanais ou, às vezes, a cada 3 a 5 dias, para verificar se tudo estava indo bem com o bebê, e tentar convencer e preparar a mãe para amar e proteger o seu filho.

A questão do aleitamento materno também permanece intimamente ligada ao conceito do binômio. Isso aparece, por exemplo, em uma das principais justificativas para a sua defesa, como fica claro a seguir:

Assim, podemos afirmar que a prática da amamentação ao seio materno promove um forte laço entre mãe e filho, com estímulos benéficos para ambos pleno de afetividade e gratificações e levando a uma interação mãe-filho na sua forma mais perfeitamente natural e elevada (RICCO et al., 2000, p.31).

O desmame precoce foi responsável por alguns momentos ruins que me lembro daquele tempo. Representava uma limitação da minha consulta, pois apesar de todo o meu conhecimento e insistência no estímulo ao aleitamento materno, aquela mãe não tinha “colaborado”, colocando o seu filho em “perigo”. Em uma ocasião recebi uma criança com três meses que já havia atendido no primeiro mês de vida e explicado todas as vantagens do seio materno. Com dois meses faltou à consulta. Retornou então, aos três meses, tomando leite de vaca e com otite média aguda. Tratei a otite, mas expliquei à mãe que se não tivesse desmamado, o bebê provavelmente não teria a otite. Acontece que ela já estava arrependida e acabou chorando. Felizmente, era o contrário que predominava: crianças amamentadas por bastante tempo, ganhando peso e não adoecendo. Para essas, eu não economizava elogios.

Outro conceito de Rousseau que parece ter permanecido, ao menos, na minha formação, foi o prolongamento da dependência das crianças. Essa discussão parte dos “retornos rotina”. Todo atendimento deveria terminar com o agendamento do retorno. Não existia alta, a não ser com dezoito anos, mesmo assim, se o paciente desejasse, poderia continuar retornando. Esses retornos eram mensais no primeiro semestre de vida, bimestrais no segundo semestre, trimestrais no segundo ano e semestrais até os dez anos. A partir daí, em função da puberdade, voltavam a ser trimestrais na maioria dos casos. Entendo que essa

rigidez com os retornos exponha a idéia de que até se tornar adulta, a criança precisa ser dirigida e supervisionada pelos seus pais, que deverão ser educados para isso pelo pediatra. Mais do que isso, nos casos extremos em que os pais não consigam dar a correta direção (o que se julga comum com os adolescentes), o próprio pediatra o fará.

As idéias de Locke e Rousseau fazem parte de um grande movimento da sociedade ocidental, o da conservação das crianças que, em parte, surge como consequência da mudança no estatuto social da criança, que vinha ocorrendo e em parte devido a outras grandes transformações nas sociedades européias, e que requerem maiores esclarecimentos.

Segundo FOUCAULT (2001a), já a partir do século XVI, Inglaterra, França e Áustria começaram a calcular a força ativa das suas populações. A constatação de altíssimas taxas de mortalidade, em sociedades em que o número de habitantes era sua maior riqueza, pois dele dependiam todas as outras, levava à necessidade de táticas para a melhoria do nível de saúde da população. A relação entre essa preocupação e a proteção às crianças ficará evidente no século XVIII, como mostra mais um trecho de ROUSSEAU (1995, p. 21): “ Mas que as mães concordem em amamentar seus filhos e os costumes reformar-se-ão sozinhos, os sentimentos da natureza despertarão em todos os corações; o Estado se repovoará”.

A preocupação com a saúde das populações, entre outras coisas, dá início à Medicina de Estado, que surgiu na Alemanha em meados do século XVIII, e que tomou forma em 1764, com a instituição da Polícia Médica, que consistia na observação rigorosa da mortalidade, natalidade e morbidade, além da normatização da profissão médica com subordinação desses profissionais a uma organização administrativa ligada ao Estado. Este empenho alcança seu ápice nas obras de Johann Peter Frank (1779-1817) (ROSEN, 1994). Ao longo da sua obra há um sistema minucioso de higiene, que inclui regras visando o aumento da natalidade, como o imposto aos solteiros; leis trabalhistas como o descanso das mulheres após o parto; controle das instituições escolares criando condições “ideais” para a educação; normatização da alimentação, vestuário, moradia, etc. Apesar das principais idéias terem se tornado um código de saúde por Franz Anton Mai (1800) (ROSEN, 1994), que o apresentou ao governo, o mesmo nunca foi inteiramente colocado em prática. No entanto consolidou a idéia de Medicina de Estado e das inúmeras possibilidades da aliança entre o Estado e a Medicina.

A questão da polícia médica alemã me faz lembrar uma das discussões que fazíamos após os atendimentos, conversando sobre a origem da Puericultura. Ela foi atribuída a esse momento, como uma iniciativa de criar uma população pautada em um ideal de perfeição física, para o qual seriam necessários jovens fortes, ágeis e inteligentes, obtidos pela regulamentação da Medicina e das regras de higiene. Embora nunca tendo objetivado formar super soldados, nem me preocupado com o despovoamento, idealizava uma sociedade melhor através da Puericultura, o que estabelece uma relação entre a minha prática médica e interesses de Estado.

Quanto à normatização da prática médica, no serviço da Vila Lobato existiam impressos próprios para todos os atendimentos, por exemplo, Caso Novo, Retorno e Caso Novo de Adolescente. Ao lado de uma função de ensino, já que através da aplicação desses roteiros memorizávamos os passos da consulta pediátrica, existia também uma função de garantir que o atendimento obedecesse a um padrão preestabelecido.

Outro tipo de Medicina de Estado inicia-se na França também no século XVIII. Trata-se da Medicina Social, mas que FOUCAULT (2001a) denomina Medicina Urbana, já que é uma resposta à urbanização desorganizada, com muitas indústrias em construção, conflitos entre operários e patrões, população numerosa e amontoadas em casas que desmoronavam facilmente, epidemias, etc. Esta Medicina procura analisar e reorganizar o espaço urbano, retirando tudo aquilo que possa ser associado a doenças, como cemitérios e matadouros, controlando a distribuição de água, separando os esgotos. Dá origem à Higiene Pública, pois estabelece técnicas para controlar e modificar os elementos do meio, considerados capazes de favorecer ou prejudicar a saúde.

A identificação de fatores do meio, prejudiciais à saúde da criança, fazia parte do papel da Ficha Social, preenchida no serviço da Vila Lobato, por uma das suas assistentes sociais, que procuravam identificar, por exemplo, se a água era tratada, o lixo recolhido, qual era a escolaridade dos pais e qual o rendimento da família. Esses dados eram levados em consideração no momento do atendimento. Nos casos em que eram encontradas situações de risco, normalmente eu solicitava uma visita domiciliar, realizada pela assistente social, mas que algumas vezes pude acompanhar. Geralmente, o resultado dessas visitas era a busca por parte da assistente social, para resolver as principais

deficiências daquela casa, como, por exemplo, inscrevendo a mãe em programas de renda ou de distribuição de alimentos. Apesar de assistencialistas, essas ações que realizava, através do serviço social, correspondiam à idéia que eu fazia de uma Puericultura capaz de resolver os problemas da sociedade. Percebe-se aqui, em minha concepção, a ausência da crítica da Puericultura como prática ideológica (NOVAES, 1979). Através da identificação de efeitos da desigualdade social como causas para o risco de adoecer, e da suposição que corrigir esses efeitos pode reformar a sociedade, estou ocultando a verdadeira causa que necessita de correção: a pobreza, decorrente da desigualdade social.

FOUCAULT (2001a) aponta ainda a terceira forma de organização de Medicina de Estado, que ocorreu na Inglaterra e foi chamada Medicina dos Pobres. Ocorreu no século XIX, quando o pobre foi reconhecido como real perigo à sociedade. Influenciada pelas idéias alemãs e francesas, inova por comportar um serviço médico destinado ao pobre. Enquanto ajuda os mais pobres a satisfazer suas necessidades de saúde, submete-os a vários controles, resultando no final em proteção às classes ricas, tão preocupadas com as ameaças de revoltas e epidemias.

Quando passei pela Vila Lobato, a região de abrangência da unidade já era considerada um bairro de classe média, mas posso me recordar de comentários que, quando a unidade foi construída, era um bairro pobre, de urbanização recente, com população aproximada de 2.500 pessoas, em que residiam muitas empregadas domésticas dos professores da Faculdade. Não há elementos suficientes para se afirmar que havia uma intenção de controlar aquela população específica, como se apresentassem algum risco especial, mas é interessante notar que a escolha para a construção de novas unidades recaía normalmente sobre um bairro pobre, sem atendimento. Ao lado da justificativa oficial, da saúde como um direito universal, não há como descartar categoricamente a permanência da preocupação com o risco representado por uma população pobre sem assistência médica, tanto como propagadora de doenças como de insatisfação política.

Uma vez tendo discutido como surgiu a preocupação com as crianças, e como a Medicina se uniu aos Estados pela preocupação com as suas populações, já é possível analisar como esses elementos se encontram na política de saúde do século XVIII, no que FOUCAULT (2001b, p.198) chama de “o privilégio da infância e a medicalização da

família”. Como privilégio da infância entende-se não só a preocupação com a relação natalidade-mortalidade, mas também a correta gestão desta época da vida. Desta forma, o Estado e a Medicina vão se preocupar com a:

...sobrevivência das crianças até a idade adulta, as condições físicas e econômicas desta sobrevivência, além dos investimentos necessários e suficientes para que o período de desenvolvimento se torne útil (FOUCAULT, 2001b, p.198).

Já a medicalização da família, é o processo pelo qual foram sendo codificadas novas regras para as relações entre pais e filhos. Com isso, um conjunto de obrigações se impõe, tanto aos pais, quanto aos filhos: cuidados de limpeza, amamentação materna, vestuário sadio e educação física.

DONZELOT (1986), ao analisar o nascimento da Filantropia, discutiu com propriedade o tema da conservação das crianças nos séculos XVIII e XIX, período já imediatamente anterior ao movimento da Puericultura. Seu texto fornece elementos para que se compreenda melhor o que foi chamado de privilégio da infância e medicalização das famílias, permitindo ainda que se estabeleçam as ligações entre o que viemos discutindo até o momento, como a mudança das atitudes com as crianças e com as mães, o Iluminismo e as novas relações entre Medicina e Estado. O autor identifica entre os pensadores burgueses deste período, uma nova preocupação: com o “desperdício das crianças”. Na verdade não se tratava de uma preocupação, mas de duas, bem distintas uma da outra. A primeira criticava a educação dirigida às crianças ricas e ocorreu no século XVIII. A outra dizia respeito à enorme mortalidade observada entre as crianças pobres, e apesar de ter início, ainda no século XVIII, suas conseqüências tornam-se marcantes no século XIX.

Para as classes burguesas e os pensadores iluministas, a educação dada às crianças ricas objetivava apenas o uso perdulário do corpo. Toda a sua preocupação era com a aparência e com o prazer. As mulheres, logo após darem à luz, já entregavam o filho à ama de leite, e, após um período que poderia durar vários anos, esta criança retornava para ficar sob responsabilidade da criadagem, que a educava com o objetivo de prepará-la para quando seria apresentada à sociedade, iniciando uma vida de festas e deveres sociais. Este medo de uma elite “fraca”, incapaz de controlar e trazer riquezas ao Estado passa então a ser um dos responsáveis para a elaboração de um novo tipo de estratégias, que

surgem a partir do século XVIII para as elites, e que DONZELOT (1986, p.22) denomina “economia do corpo”, caracterizada pela “difusão da medicina doméstica, ou seja, um conjunto de conhecimentos e de técnicas que devem permitir às classes burguesas tirar seus filhos da influência negativa dos serviçais e colocar esses serviçais sob a vigilância dos pais”.

Surge assim no século XVIII, uma abundante literatura dirigida às mães da elite aconselhando-as como educar os seus filhos. Esses conselhos, dados pelos médicos da época, atacavam as amas de leite e as criadas. Em relação às nutrizas, existia a teoria dos fluidos, pela qual o leite transmitiria à criança os vícios da ama. Com isso, a sua raiva, assim como, a inveja e o medo, por exemplo, passariam ao bebê, que ao crescer revelaria esses vícios através de desvios de caráter. Duras críticas também eram feitas ao enfaixe de bebês e às intimidades entre as crianças e os criados. Esta literatura evidencia uma inédita ligação entre o médico e a mãe, já que até a metade do século XVIII a Medicina não se interessava pela saúde das mulheres e das crianças, que eram tratadas por parentes mais velhas, as “comadres”, com seus próprios remédios. Ao mesmo tempo em que o médico coloca o foco na criança, exalta a importância do papel da mãe, que deve estar ao seu lado nesta tarefa mais nobre que é preservar a saúde dos pequenos (DONZELOT, 1986). Desta maneira, a Medicina se torna fundamental para o aparecimento da família moderna, reduzida aos pais e às crianças e livre da má influência dos criados. Assim a família deixa de ser apenas uma instituição que transmite um sobrenome e bens materiais, para assumir uma função moral, submetendo a criança a um tratamento muito especial, antes de se unir aos adultos (ARIÈS, 1986).

Com relação à conservação das crianças pobres, como já vimos, os altos índices de mortalidade infantil foram grandes objetos de preocupação para os Estados, que acreditavam que suas populações pudessem decrescer, o que seria desastroso, por diminuir a força dos seus exércitos e o seu poder de colonização. Era, portanto, necessário “economizar” as vidas dessas crianças, para que fossem úteis ao Estado, o que DONZELOT (1986, p.18) denomina “economia social”. No caso do “desperdício dos pobres”, também foram identificados culpados. Mas, neste caso, a culpa recaiu sobre duas formas de abandono: a prática dos hospícios de menores abandonados e a amamentação mercenária.

Os hospícios surgiram em meados do século XVIII, como uma iniciativa do Estado para a conservação e utilização dos indivíduos, já que um enorme número de crianças era abandonado nos átrios das igrejas, mansões e conventos, morrendo antes de serem encontradas. Foi então criada a Roda, um dispositivo que permitia a entrada das crianças no hospício de menores sem a identificação dos seus pais, isto é, no anonimato. A primeira Roda surge em 1758, ano em que foram recolhidas 312 crianças. Entretanto, após sua criação observou-se um imenso crescimento dos abandonos, no caso dessa primeira Roda, por exemplo, em 1784 o número já era de 40000. Desta maneira, paradoxalmente, a Roda, que se mostrava um instrumento para preservar as crianças abandonadas, estimulou o abandono e agravou a situação da mortalidade infantil (DONZELOT, 1986).

Quanto às amas de leite, no caso dos ricos, como já comentei, eram nocivas por substituírem as mães e transmitirem sentimentos ruins que poderiam trazer prejuízos físicos e nervosos à saúde. Para as pobres, a prática das nutrizas era muito mais nociva, a ponto de serem identificadas pelo Estado como outro alvo a ser combatido, para evitar o risco do despovoamento pelas altas taxas de mortalidade. As amas de leite eram contratadas através de agenciadores. No caso dos mais abastados, eram preferidas amas que residiam próximas às famílias que as contratavam, o que permitia uma certa vigilância por parte dos pais. Pelo contrário, no caso das mães que precisavam das amas para ajudar o marido no serviço, só era possível pagar amas que moravam longe. Essas nutrizas acabavam amamentando muitas crianças ao mesmo tempo e os pais verdadeiros muitas vezes ficavam anos sem ver os filhos. Como era de se esperar, a mortalidade era imensa, o que levou BADINTER (1985, p.119), a considerar esta prática como um “ato do abandono”, uma forma de infanticídio disfarçado, pois as mães sabiam da alta chance de seu filho não retornar, e mesmo assim os entregavam às amas.

Para alterar essas situações de abandono, seria necessária uma modificação profunda. Para tanto, a família popular precisou ser reorganizada e submetida ao controle médico. No entanto, comparada ao que foi feito com as famílias abastadas, DONZELOT (1986, p.27) refere que:

A intervenção nas famílias populares passa por outros canais que não o da difusão de livros e o do estabelecimento de uma aliança orgânica entre família e medicina: porque o analfabetismo é importante até o final do século XIX e o povo não pode se dar ao luxo de um médico de família, mas também, e, sobretudo, porque os problemas nas famílias populares são totalmente diferentes. Aparentemente trata-se igualmente da preocupação de garantir a conservação das crianças e de estender os mesmos preceitos higiênicos, porém com a economia social, a natureza das operações em jogo é totalmente diferente daquelas conduzidas sob a égide da medicina doméstica e produz efeitos praticamente opostos. Não se trata mais de arrancar as crianças às coerções inábeis, mas sim de entravar liberdades assumidas (abandono de crianças em hospícios para menores, abandono disfarçado em nutrizas), de controlar as uniões livres (desenvolvimento do concubinato, freqüente a partir da urbanização na primeira metade do século XIX), de impedir linhas de fuga (vagabundagem dos indivíduos, particularmente das crianças). Em tudo isso não se trata mais de assegurar proteções discretas, mas sim de assegurar vigilâncias diretas.

A Filantropia, entendida como “...todas as formas de direção da vida dos pobres com o objetivo de diminuir o custo social de sua reprodução, de obter um número desejável de trabalhadores com um mínimo de gastos públicos...” (DONZELOT, 1986, p.22), reunia a elite interessada em ajudar os miseráveis, assustada com o que aconteceria no caso se, de alguma forma, essa massa não fosse controlada. A forma encontrada era difundir os seus valores (burgueses) entre os mais pobres. Várias organizações passaram a custear os matrimônios e o Estado oferecia ajuda financeira às mães que amamentavam os seus filhos. Além disso, foi sendo regulado o trabalho feminino e infantil nas indústrias, que tirava emprego dos homens e os levava à vagabundagem. Com isso iam se consolidando os papéis de cada um na família moderna. Também as moradias populares foram criadas como parte desse movimento: nelas as famílias se isolavam dos visitantes, das farras e dos maus costumes. Era possível nesse pequeno espaço, que a mãe vigiasse seu marido, para que trabalhasse e fizesse o sustento de todos, e ao mesmo tempo educasse com privacidade seus filhos. Muitas dessas transformações ocorreram já no século XIX e foram eventos

culminantes para a origem da Puericultura, ao lado da formação das Medicinas de Estado já discutidas e da construção do sentimento moderno de infância.

Relembrando meu aprendizado, também consegui perceber a permanência dessas estratégias de conservação das crianças na Puericultura. Com relação ao descrédito conferido aos saberes populares e aos conselhos “das comadres”, quando a mãe estava fazendo o que eu esperava, não importava como havia aprendido, mas se tinha feito de outro jeito, era questionada sobre quem “deu palpite”.

A questão da família moderna é outra que aparece nas minhas recordações. Na verdade, uma das grandes ameaças ao sucesso dos meus atendimentos, estava na chamada família desestruturada. Sob esta denominação encontravam-se, entre outras situações, as mães solteiras, as mães adolescentes, o pai alcoólatra ou o desinteressado. Essas famílias normalmente também recebiam uma visita domiciliar. Além disso, por acreditar que não seguiriam as orientações, eu acabava dando retornos mais curtos, até me sentir mais seguro. Essa segurança só seria alcançada quando identificasse que a família já se encontrava em uma situação ideal de normalidade. Ou seja, quando através de regras ou normas (a normatização), eu conseguisse estruturar ou tornar normal, dentro do meu ideal de normalidade (a normalização), a família e seus componentes.

2.2 - O NASCIMENTO DA PUERICULTURA

No século XIX, os avanços científicos levaram ao extremo a crença no poder da ciência e do progresso material. Inúmeras foram as descobertas, mas uma teve especial importância para o início da Puericultura: a teoria da origem microbiana das doenças, também conhecida como revolução pasteuriana. Louis Pasteur foi um químico que, em 1864, convidado para investigar vinhos estragados, concluiu que o responsável era um microorganismo, e que o mesmo poderia ser destruído pelo aquecimento. Essa descoberta deu origem a uma rápida sucessão de trabalhos em que foram identificados os germes causadores de várias doenças, como difteria e peste bubônica. Dessas, a mais significativa para a época, foi a tuberculose, cujo agente causador foi identificado na Alemanha por Robert Koch, que estabeleceu os postulados para se determinar a etiologia das doenças infecciosas (SEIDLER, 1974).

Várias foram as conseqüências, a começar pelo deslumbramento da sociedade por ter alcançado o conhecimento sobre o que realmente causava as doenças, e mais do que isso vislumbrar um futuro sem moléstias. Segundo SCLIAR (1996), Pasteur, em enquetes de opinião da época, figurou entre a população, como o francês de maior destaque, acima mesmo de Napoleão e Carlos Magno. Foi a partir da teoria microbiana das doenças, que teve início, efetivamente, o preparo de vacinas, já que antes só havia contra a varíola, obtida de pústulas da varíola bovina, sem o conhecimento do agente causal, por Edward Jenner em 1796 (SEIDLER, 1974).

Outra importante conseqüência da teoria microbiana das doenças foi a descoberta da transmissão de doenças diarréicas, através da água e do leite, e que as mesmas eram evitadas quando esses fluidos eram aquecidos a mais de 100 graus, por cerca de uma hora. No caso das crianças, isso teve grande impacto, pois a mortalidade por diarréia era intensa, já que muitas eram alimentadas com leite de vaca cru e mal conservado.

Para se entender como esses avanços científicos permitem o aparecimento da Puericultura, falta ainda abordar alguns aspectos de uma importante corrente do pensamento da época: o Positivismo, fundado por Augusto Comte, que publicou suas obras capitais entre 1830 e 1854. Para o pensamento positivista, que foi fortemente influenciado pelo progresso contínuo das ciências (assim como também o influenciou), existem leis naturais, independentes da nossa vontade, que regem tudo, inclusive os fatos sociais. Essas leis só podem ser conhecidas através dos sentidos, sujeitas aos métodos de observação e experimentação. Não cabe desta maneira ao homem, entender as causas dos fenômenos, apenas como se efetivam. Aplicando o método indutivo das ciências naturais às ciências sociais, o Positivismo busca estudar a sociedade da mesma forma que se estuda a biologia. Desse modo, a sociedade passa a se assemelhar a um organismo, composta por diversos órgãos com funções especiais (RIBEIRO, 1994).

Baseada nessa premissa aparece a política positivista, que se opõe ao individualismo e ao liberalismo. Para Comte “o positivismo não admite senão deveres de todos para com todos” (RIBEIRO, 1994, p.25), não existindo o homem como individualidade, apenas como membro de grupos, cada qual com sua função dentro do todo. Desta forma, ao mesmo tempo em que preconiza o emprego de novos métodos no exame

científico dos problemas sociais, estabelece um aumento da autoridade e da ordem pública para a sua resolução, representada pelo progresso, tão valorizado na época. Constitui-se assim uma doutrina, fundamentada na “ordem e progresso”.

Voltando à Puericultura, este exame científico dos problemas sociais, colocou às autoridades do final do século XIX um problema: apesar das reformas sanitárias e de todo o progresso científico que vinha se observando, a mortalidade infantil continuava superior a 150 por 1.000 nas principais nações industriais e mantinha cada vez pior a ameaça do despovoamento (MARQUES, 2001). Como vimos, esse problema não era novo, porém a teoria microbiana das doenças e a inspiração positivista eram agora capazes de legitimar as medidas de conservação das crianças.

Retomando, as medidas que se destinam aos pobres, com a finalidade de dirigir as suas vidas, diminuindo o seu custo social e aumentando o contingente de trabalhadores, constituem a Filantropia (DONZELOT, 1986). Assim, a Puericultura deve ser considerada como um projeto filantrópico, que tem como principal objetivo, a redução da mortalidade infantil, considerada um grande risco para a sociedade da época. O termo Puericultura etimologicamente significa: criação (cultura) da criança (puer). O primeiro a usá-lo foi um suíço, Jacques Ballexserd, em 1762, com uma obra sem repercussão, sobre a higiene da criança (CRESPIN, 1996). Tratava-se na realidade de mais uma, entre várias obras que, a partir do século XVIII, constituíram uma extensa literatura de divulgação sobre os cuidados com as crianças. Segundo BOLTANSKI (1974), essas publicações ainda possuíam as características de um estado pré-científico do saber, pois diferiam muito das que foram publicadas nas duas últimas décadas do século XIX e que constituíram a Puericultura propriamente dita. Figuram entre as características desse saber pré-científico: o autor, não necessariamente médico, transmite os seus conhecimentos na forma de conselhos amigáveis, como sugestões, baseadas no seu conhecimento e na sua experiência. Para muitas situações, o mesmo autor aconselha condutas diferentes, às vezes até contraditórias, e assume não saber qual a melhor alternativa. Até então, assume-se que as crianças podem ser diferentes entre si, também no que diz respeito aos cuidados que exigem. Além disso, a natureza é tomada como guia e os instintos da criança devem ser seguidos. Assim há muita confiança no instinto da fome, da sobrevivência, etc., o que dispensa em muitas ocasiões a intervenção do médico ou da mãe.

Em 1865, já no início da revolução pasteuriana e em meio às teorias positivistas, Alfred Caron, um clínico de Paris publica o livro: “Puericultura ou a ciência de criar os filhos de um modo higiênico e fisiológico” (CRESPIN, 1996). Embora não tenha alcançado repercussão imediata, chegando mesmo a ser recusado em uma apresentação na Sorbonne, o termo e a idéia seriam aproveitados para denominar as práticas que se consolidam nas duas últimas décadas do século XIX.

A partir da década de 1880, observa-se nos textos uma importante modificação do tom da transmissão das orientações, que passam a ser ordens, dirigidas não mais a amigos, mas a alunos, e revelando um único caminho a ser seguido: aquele revelado através da ciência pelo médico, o único dono do conhecimento sobre o corpo, que não assume ignorância ou dúvidas. Ele deve ser o único guia da mãe, e ninguém mais deve ser ouvido, nem mesmo a natureza, pois o bebê não tem a mesma capacidade dos animais selvagens para sobreviver, e necessita de uma série de cuidados específicos. Essas obras já são denominadas tratados ou manuais de Puericultura e não são dirigidas apenas às mães da elite, mas a toda sociedade.

A Puericultura, entretanto, não poderia limitar-se às obras de divulgação, pois, como já discuti, entre as classes pobres, essa não era uma boa forma de intervenção. Eram necessários serviços de atendimento dirigidos às mães e às crianças. Nesses locais as mães receberiam as ordens científicas sobre como criar seus filhos, além de elogios se as seguissem corretamente. Receberiam também, se fosse verificada a necessidade, auxílio financeiro para levar a amamentação adiante, ou se esta já era perdida, seria fornecido ou vendido a baixo custo, leite de vaca esterilizado. Simultaneamente, o crescimento e o desenvolvimento das crianças seria detalhadamente avaliado e acompanhado pelo médico. O primeiro desses serviços foi organizado por Pierre Budin, em 1892, no Hospital de Caridade em Paris. O atendimento foi chamado de Consulta de Lactentes e seu funcionamento foi descrito pelo autor em seu livro “Le Nourrisson” de 1900 (MC CLEARY², 1933). Sua reprodução aqui se deve ao número de detalhes que permitem não só caracterizar muito bem o início do movimento, como estabelecer um paralelo com o presente, notando como conservamos muitos elementos daquela prática:

² MC CLEARY, G.F. *apud* MARQUES, M.B. **Discursos médicos sobre seres frágeis**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2001. p.53

Em 1892, (...) nós organizamos no Caridade uma Consulta de Lactentes (...). Semanalmente as mulheres que estavam confinadas ao nosso hospital e que estavam cuidando dos seus bebês no lar, traziam-nos até nós às quintas-feiras pela manhã. O lactente era examinado e pesado. (...) Fazíamos tudo o que podíamos para encorajar o aleitamento ao seio materno e utilizávamos todo o leite que a mãe fosse capaz de fornecer; tivemos muitas mulheres que, medíocres inicialmente, tornaram-se mais tarde excelentes mães nutrizes. (...) Nos casos em que o seio materno era manifestamente insuficiente, nós prescrevíamos uma quantidade variável de leite esterilizado, que a mãe vinha receber ou comprar todas as manhãs. Algumas vezes, inclusive não tendo tido nenhum leite, ou tendo perdido o mesmo, a criança não ingeria nada além de leite esterilizado. Fornecíamos para a mãe um cartão, no qual escrevíamos o número de registro, a data do nascimento do bebê, seu peso semanal, o método de aleitamento e a quantidade de leite que deveria receber. (...) O leite de vaca que distribuíamos era colocado em pequenas garrafas, que esterilizávamos em banho-maria. Em cada garrafa havia apenas a quantidade de leite necessária para uma refeição, para evitar os perigos do excesso de alimentação.

Em alguns anos, outras maternidades de Paris também instituíram em seus serviços a Consulta de Lactentes. Fora dos hospitais, foram criados por Gaston Variot, dispensários para este tipo de consulta, alguns públicos e outros particulares de cunho filantrópico. Em Fécamp, Leon Dufour criou em 1892 a sua Gota de Leite (MENDES, 1996), um serviço que aconselhava o aleitamento materno, mas na impossibilidade dele, vendia ou fornecia, conforme a categoria econômica da mãe, leite de vaca modificado e esterilizado. Rapidamente esses serviços se expandiram por toda a França e nas outras grandes nações industrializadas.

Muitas vezes, comparando esses momentos iniciais da Puericultura com os meus momentos iniciais como puericultor, imaginei que se eu estivesse lá na França, no final do século XIX, provavelmente não estaria deslocado, tamanhas as semelhanças. Mesmo a distribuição de leite esterilizado, que não ocorria no meu tempo, fez parte da rotina do serviço da Vila Lobato, nas décadas de 70 e 80. Outra importante permanência diz

respeito ao tom da transmissão das orientações que, como mencionei, passam a ser ordens, revelando um único caminho a ser seguido, ditado pela ciência através do médico. Era esse o tom que eu provavelmente usava, já que, posso me lembrar de várias ocasiões em que, ao alterar completamente a rotina da mãe, modificando os horários da casa, a forma de preparar os alimentos e a mamadeira, eu era questionado sobre como ela conseguiria mudar tudo. Respondia que não sabia como ela faria, mas que teria que fazer pelo bem do seu filho.

A França é sempre lembrada quando se discute a origem da Puericultura, e assim deve ser, pois foi onde o projeto realmente se efetivou através dos serviços já citados e da grande divulgação no meio acadêmico, atribuído principalmente ao obstetra Pinard, em fins do século XIX (CRESPIN, 1996). Entretanto, outras nações industrializadas da época já eram responsáveis por experiências semelhantes, o que faz sentido, pois, como já discutido, encontravam-se em situações semelhantes do ponto de vista cultural, político, econômico e já desenvolviam diferentes formas de Medicina de Estado.

Na Inglaterra, país em que a Puericultura é conhecida como “Well-child care”, ainda em 1769 é estabelecida a primeira instituição não hospitalar para crianças por George Armstrong. Em 1816 é estabelecido outro dispensário para crianças por John Bunnell Davis. Ele já reconhecia a necessidade de instruir as mães, e para isso fazia uso de panfletos e de visitadoras domiciliares. Publicou um livro que, embora anterior à revolução pasteuriana, já guardava muita semelhança com a Puericultura propriamente dita. Seu título sugestivo era: “Uma Investigação Rápida sobre Algumas das Principais Causas de Mortalidade de Crianças, com a Intenção de Ajudar a Melhorar o Estado de Geração Crescente quanto à Saúde, Moralidade e Felicidade” (ROSEN, 1994).

Na Alemanha, desenvolveu-se a investigação da fisiologia e da patologia da criança jovem, com destaque à preocupação com a alimentação na primeira infância. Foi em Leipzig que, em 1878, Friedrich Ahlfeld introduziu a prática de se pesar os bebês. O mais destacado pediatra da Alemanha foi Adalbert Czerny, com maior produção em torno de 1900. Ele incorporou à Puericultura o conceito da importância fundamental da alimentação adequada para o desenvolvimento do sistema nervoso. Desta maneira, somatizando o desenvolvimento infantil e partindo a criança em dois órgãos fundamentais: intestino e cérebro (SEIDLER, 1974).

Em Nova York, nos Estados Unidos, foi criada em 1878, uma estação para distribuição de leite para bebês, ainda sem as características das gotas de leite, mas já reconhecendo a importância de alimentar lactentes pobres. Nesta mesma cidade, já após a revolução pasteuriana e a difusão da Puericultura, seria criada em 1908, a primeira Divisão de Higiene Infantil em um Departamento de Saúde. Dirigida pela médica Josephine Baker, que se caracterizou, entre outras ações, pela criação de postos de saúde do bebê, com fundos privados e públicos (ROSEN, 1994).

2.3 - A PUERICULTURA NO BRASIL

Seguindo o mesmo plano de análise pensado para o desenvolvimento da Puericultura na Europa, discutirei, em linhas gerais, a posição da criança e da família na sociedade brasileira, além das transformações ocorridas na Medicina, que antecederam e propiciaram a importação do projeto europeu. Segundo PRIORE (2000a, p.11), embora a historiografia internacional já acumule consideráveis informações sobre a criança e seu passado, no Brasil eles podem servir apenas como “inspiração, mas não de bússola”. As razões dessa colocação seriam diferenças entre as grandes nações européias e o Brasil colonial, pois as mudanças já tratadas aqui, relacionadas à Idade Moderna, principalmente à industrialização e à ascensão da burguesia, só chegaram com bastante atraso e marcadas por vários determinantes próprios à nossa história. Assim, a escolarização, a vida privada e todos os fatores relacionados a esse processo, como a reorganização do papel do médico, ocorreram tardiamente e não de modo idêntico aos dos países já estudados. Essas diferenças estão ainda sendo conhecidas, mas já se sabe que importam e condicionam a nossa sociedade atual. Uma vez que procuro tentar compreender melhor a Puericultura brasileira, devo assim conhecer certas características, comuns ou não aos outros países, da nossa criança, das nossas famílias e da nossa Medicina.

Na literatura estudada até aqui, foram tratadas três generalizações de crianças: a medieval, que ocupava praticamente os mesmos espaços dos adultos, e que passava precocemente a essa nova condição sem o conjunto de atitudes, que com o advento da modernidade, constituíram uma nova fase da vida, chamada de Infância; a moderna, mas

pertencente à elite, sobre a qual recaíram as preocupações relacionadas a um novo modo de viver, livre das influências dos criados e dos costumes do Antigo Regime; a moderna, de origem pobre, grande objeto de preocupação, por morrer demais, pondo em risco o poder das nações, ou por ter o potencial de tornar-se um adulto inútil, ou até prejudicial, ao novo modelo de sociedade, baseado na industrialização e na exploração do trabalho.

No Brasil colonial temos outras generalizações de crianças, como a indígena, a escrava e a portuguesa, que foram se misturando, tanto do ponto de vista biológico, com a mestiçagem, como no social, já que muitas vezes ocuparam os mesmos espaços. A Puericultura, quando chega, encontra outra criança, diferente daquela a quem se dirigia na Europa.

Sobre a criança indígena, ROCHA (1996) baseado em diversos documentos, como a carta de Pero Vaz de Caminha, impressões escritas por viajantes europeus, além dos relatos dos religiosos aqui instalados, refere que diferiam em muitos aspectos das européias. Entre essas diferenças destaca-se a intensa ligação à mãe e ao pai, que pareciam, aos olhos dos documentaristas, lhe devotar maior amor. Também foi registrada a ausência de castigos e punição física às crianças, que só foram conhecê-los com a chegada dos jesuítas. Aliás, com respeito à educação indígena, o autor destaca várias descrições a respeito da convivência precoce nas atividades dos adultos, tais como o sexo.

Com relação a essa aparente ausência de separação entre os adultos e crianças, ALTMAN (2000), com sua história sobre o brincar entre os índios, mostra que, diferentemente do que ARIÈS (1986) mostrou na Europa do Antigo Regime, existiam (e ainda existem em algumas comunidades) jogos coletivos dos quais os adultos não participavam. Para ALTMAN (2000, p.240):

Os grupos infantis são grupos de iniciação para a vida por intermédio da experiência e em contato direto com o meio social em que vivem. Mesmo sendo situações vividas de forma elementar, elas antecipam e preparam, passando pelos diversos estágios culturais, para a vida adulta.

Outra aparente diferença entre a criança de algumas das nossas aldeias e a antiga criança medieval européia, está na iniciação sexual, bem demarcada na puberdade em ritos e cerimônias, muitas vezes precedidos por enclausuramentos, onde meninos e meninas eram preparados para as núpcias (ROCHA, 1996).

O aleitamento materno prolongado também chamava a atenção dos primeiros visitantes europeus, principalmente porque, naquela época, predominava no velho mundo a amamentação mercenária. Apesar disso, a alimentação complementar era introduzida precocemente, diretamente da boca da mãe, como, por exemplo, grãos de milho torrados e mastigados. Isto, entretanto, não parecia ser prejudicial, já que outra característica das crianças indígenas, descrita nessa época por viajantes como STADEN³ (1930), era “a aparente saúde, maior disposição e menor propensão ao achaque”.

Por outro lado, há relatos que aos olhares estrangeiros revelavam a selvageria dos nossos índios, como os que tratam de canibalismo para com as crianças das aldeias inimigas. Outra peculiaridade dos indígenas, que viria a ser criticada pelos primeiros puericultores como algo prejudicial ao desenvolvimento, fruto do atraso de sua civilização, era o grande número de superstições e assombrações, usados para ensinar às crianças os regulamentos da tribo. É interessante notar que tanto o infanticídio, quanto o costume de amedrontar as crianças, não foram exclusividade dos nossos índios. O infanticídio é descrito em civilizações antigas como a grega e a romana, enquanto as histórias de medo foram muito criticadas na Europa, com o advento da educação moderna. Fica nítida assim, uma forma própria dos nossos índios ao lidarem com as suas crianças, que ora parece se assemelhar à criança idealizada por ROUSSEAU (1995), ora com a criança do período medieval descrita por ARIÈS (1986) e ora com a criança vítima de atrocidades nas sociedades primitivas. Percebo, no entanto, que ela não era nenhuma delas, era outra, que ainda está sendo conhecida e que, ao se misturar com brancos e negros dará origem à criança brasileira, a quem a Puericultura brasileira se dirige.

³ STADEN, H. *apud.* ROCHA, J.M. Introdução à história da puericultura e pediatria no Brasil. In: AGUIAR, A.; MARTINS, E.M. (Ed.) **História da pediatria brasileira**. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria/Nestlé, 1996. p.91.

As primeiras crianças estrangeiras chegam a partir de 1530, são de origem portuguesa e vêm como passageiros, acompanhando os pais ou outros parentes, como grumetes enviados pelos seus pais para trabalhar na colônia em troca de um soldo que lhes seria dado pela corte, ou ainda como órfãs do Rei para se casarem com os novos súditos da Coroa. Sobre as crianças portuguesas, sabe-se que entre os séculos XIV e XVIII, sua expectativa de vida rondava os 14 anos e que, metade dos nascidos vivos, morria antes dos sete anos. Além disso, como já foi discutido em outras nações da Europa, não se via ainda no século XVI, uma valorização da criança, com as concepções próprias da Modernidade. Dessa forma, a coroa considerava as crianças pouco mais que animais, recrutando-as para aproveitá-las ao máximo, como força de trabalho no caso das pobres, ou, no caso das mais nobres, como reprodutoras para a colonização do novo território. A história da viagem dessas crianças de Portugal ao Brasil complementa os dados compatíveis com a não valorização da criança. Eram poucas as crianças embarcadas, e, dessas, só algumas resistiam à viagem, sendo que nunca chegavam ilesas, vítimas de fome, sede, exploração física, fadiga, abusos sexuais e humilhações (RAMOS, 2000).

No Brasil, a criança começa a ser valorizada pelos jesuítas, que percebem que os curumins são o grande meio para a conversão dos índios. Como vimos, no século XVI a criança somente começa a ser descoberta na Europa. É por isso que essa escolha dos jesuítas parece fruto de uma observação prática de que, em comparação com os adultos, que quando se convertiam, o faziam pelo medo, as crianças não contradiziam a fé cristã e faziam rápidos avanços na doutrina (CHAMBOULEYRON, 2000).

Nos colégios dos jesuítas inicia-se a convivência entre os índios e as crianças portuguesas, com o intercâmbio de tradições e brincadeiras. Aliás, os cantos e danças, com importante papel nas sociedades dos índios, foram muito usados pelos jesuítas no seu projeto de educação, cujos métodos não estavam restritos à palmatória e aos castigos (RAMOS, 2000).

Logo, o índio, que no começo ensina o branco a pescar e caçar no novo território, vai percebendo que está sendo escravizado, e, tomado pelo desânimo ou revolta, sua força produtiva diminui. Com isso, a partir do fim do século XV e início do XVI, o português utiliza o trabalho escravo africano para explorar a nova terra. A influência da criança negra no Brasil, não se dará de imediato, já que esta não chega diretamente da

África, com o tráfico de escravos. GÓES e FLORENTINO (2000) mostram que o tráfico privilegiava adultos do sexo masculino e que apenas 4% dos que desembarcavam no Brasil possuíam menos de 10 anos de idade. Na verdade, a criança escrava do Brasil não é africana, mas crioula, como se denominava o negro nascido na América, na casa do senhor.

Revelando também o pouco interesse dos portugueses pela criança, já referido para o branco, não existia um mercado de crianças cativas. No caso de serem compradas, isto usualmente acontecia pelo interesse na sua mãe. Quanto à mortalidade entre as crianças cativas, era altíssima, com 80% falecendo antes de completar cinco anos. Outro aspecto importante é que os que sobreviviam, geralmente se tornavam órfãos. Aos 11 anos, 8 em cada 10 eram órfãos de pai e mãe (GÓES e FLORENTINO, 2000).

Mas apesar de todo o seu sofrimento e marginalização, o negro, assim como o índio, vai se misturando ao português em uma nova sociedade em formação. Um bom exemplo disso são as iaiás, amas africanas de crianças portuguesas que não só as amamentam, como modificam as tradições ibéricas relacionadas ao parto (PRIORE, 2000b). Outro exemplo da mistura das culturas é a freqüente permanência da criança cativa no interior da casa senhorial até os seis anos de idade, em uma situação, que muitos europeus da época criticavam, como excesso de liberdade e igualdade. Para GÓES e FLORENTINO (2000) não era assim. Na verdade era um dia a dia de suplícios e humilhações, como, por exemplo, servir às ordens do filho do senhor, que já ia sendo educado na lida com os escravos.

As tradições também se misturam nos cuidados com os recém-nascidos e lactentes, mesclando o costume europeu do enfaixamento rigoroso da cabeça e do corpinho do bebê para moldá-lo, com banhos em líquidos com funções mágicas diversas. Na alimentação também se deu a influência com o hábito introduzido por mães escravas que, precocemente, davam às crianças brancas, com os próprios dedos, o mingau da tapioca (PRIORE, 2000b).

Para concluir esta breve caracterização sobre a criança colonial brasileira, aproveito em um salto de tempo, as impressões dos professores que vieram da Europa com a Corte, em 1808, para educar as crianças da elite. Aos seus olhos essas crianças eram selvagens, fazendo mesmo dos castigos, oportunidade para brincar, cantar e dançar. MAUAD (2000, p.138), afirma que:

Toda essa avaliação negativa está relacionada, em boa parte, à incompreensão dos estrangeiros em relação aos hábitos tropicais, uma adaptação dos códigos de comportamento portugueses à rotina da sociedade colonial e à forte influência da cultura negra.

Esta breve história da criança brasileira pode parecer deslocada, sem uma relação aparente com o objetivo do trabalho. Seu valor reside no fato de a criança brasileira ser o sujeito a quem a Puericultura brasileira se dirige, no entanto, eu como puericultor brasileiro, percebo que não a conheço. Já afirmei que o conceito de criança, que aprendi com a Puericultura, objetiva o adulto que ela será. O conhecimento se dá na sua fisiologia, na sua anatomia, no seu crescimento, no seu desenvolvimento, etc. Questões relacionadas aos seus jogos, suas histórias, seus medos, brinquedos, enfim tudo que faz parte do seu universo, são menosprezadas. Ora, para o pediatra, que pretende ser o grande guardião da criança, porque essas questões são esquecidas? Talvez por serem incompatíveis com o seu discurso, apoiado nas ciências biológicas.

Assim como as crianças, a família no Brasil colonial também apresentou características próprias, que entraram em confronto com o modelo europeu, na chegada da corte portuguesa no século XIX. Centralizada em uma única autoridade, representada pelo pai, a família era ampliada e formada por muitos filhos, afilhados, comadres e outros agregados, adultos e crianças, que se misturavam nas mesmas atividades e nos mesmos espaços, marcados pelo desconforto ambiental, em meio aos escravos. A intimidade, assim como a individualidade, era precária, e apenas o pai se sobressaía. Tudo dependia da sua vontade, a que todos obedeciam e respeitavam pela defesa do latifúndio (FREIRE, 1991; RIVORÊDO, 1995). Buscando apenas crescer e aumentar o seu poder, as famílias defendiam seus próprios interesses, o que no período colonial era útil a Portugal, que desejava apenas lucrar com as riquezas da colônia, e não necessitava de uma sociedade organizada e com pretensões que fossem além da ocupação de terras e produção de mercadorias.

Com o risco de contestações políticas, que se tornou maior com o crescimento das cidades, advindo da exploração dos minerais preciosos, desenvolve-se o interesse em modificar a sociedade colonial, principalmente a estrutura das famílias. Essa exigência por mudanças será agravada com a chegada da Corte, em 1808, e dos novos acordos com a

Inglaterra, devido à péssima situação sanitária da cidade do Rio de Janeiro, que colocava em risco seus habitantes, inclusive os mais ricos, além de dificultar as relações comerciais, pois muitos navios estrangeiros se recusavam a atracar nesses portos.

A reforma dos costumes e dos valores, isto é, do modo de vida da família colonial, que se opunha à metrópole, ocorrerá através da higienização, que aparece como uma estratégia de intervenção e de controle da vida social. Para isso será necessário, em primeiro lugar, regularizar a atividade médica, já que durante o período colonial, os cuidados de saúde da população eram oferecidos por boticários, barbeiros, pajés e curandeiros. Mesmo os médicos e cirurgiões, exclusividade das famílias abastadas, atuavam, em geral, clandestinamente, sem licença da metrópole. O motivo para esse estado de coisas era o desinteresse de Portugal em que a colônia diminuísse sua dependência, produzindo seus próprios médicos, e mais do que isso, uma elite pensante e com pretensões de autonomia.

A chegada de D. João levou à criação de instituições que tinham a finalidade de mostrar a opulência e prosperidade da Colônia, além de buscar o conhecimento da sua população para futuras intervenções. Em 1809, é criada a Provedoria de Saúde, influenciada pelo modelo da Polícia Médica Alemã, responsável pelo controle da capacitação profissional e pela Higiene Pública. Ela visava ampliar as funções da antiga Fisicatura, que fiscalizava o exercício da Medicina, conferindo certificados aos médicos, e da Câmara Municipal, que respondia às denúncias de sujeira, feitas pela população, pelo temor das epidemias (FREIRE, 1991).

A expansão da Medicina na sociedade passa a ser desejada, exigindo a criação de centros de formação, até então proibidos. Já em 1808, é criada uma escola de Cirurgia na Bahia (FREIRE, 1991). Vinte anos após a chegada da Corte, já havia no Brasil um grupo de médicos que, influenciados pela Medicina Social Francesa, criam em 1829, a Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, com o objetivo de intervir no Estado, no tocante a medidas de higiene e ao controle do ensino e exercício da Medicina. Esta Sociedade passou a atuar através de críticas, sugestões e até diretamente sobre a Câmara, elegendo vereadores médicos. Em 1832 são criadas duas escolas de Medicina, uma na Bahia e outra no Rio de Janeiro. Além disso, seguindo o exemplo da França, o espaço urbano passa a ser remodelado segundo os ideais de salubridade da Medicina Urbana (NOVAES, 1979).

Conforme aumenta seu poder institucional, a Medicina vai ampliando seu objeto e normatizando, além das cidades e dos médicos, as famílias. Vai também impondo a figura do médico frente à família, em substituição às outras reconhecidas até então. As estratégias serão semelhantes às usadas na Europa, com a determinação dos fatores responsáveis pela insalubridade, seguida da elaboração das estratégias necessárias ao seu combate. Inicia-se com um planejamento que busca regularizar o espaço urbano, por exemplo, com a mudança de matadouros, fábricas e cemitérios para locais mais afastados. O olhar da Higiene, entretanto, vai além das deturpações do meio, e adquire um papel moralizador que encontra no comportamento das pessoas e da sociedade a causa para os problemas de saúde. O combate à prostituição e aos cortiços é exemplo dessa obsessão moral da Higiene, mas seu alcance é bem maior, atingindo as famílias e redefinindo seu papel, desde a moradia, até o significado de cada um dos seus integrantes (RIVORÊDO, 1995).

As mudanças decorrentes desse processo vão ocorrendo gradativamente, com a substituição do casario colonial, que não permitia a individualização dos membros do agregado familiar, para um novo tipo de moradia, que separa o núcleo familiar, dos escravos, da criadagem e de outros parentes e visitantes. A mulher vai aos poucos modificando seu papel no interior desse novo lar, amamentando seus filhos e protegendo-os das influências negativas do ambiente, segundo as determinações médicas (RIVORÊDO, 1995).

A mesma discussão sobre o desconhecimento por parte da Puericultura, das crianças em seu cotidiano, aplica-se às famílias. A Puericultura moldou-se no ideal da família burguesa européia, nuclear, cristã protestante e moralista. Apesar dos esforços da Higiene, e da própria Puericultura, para estabelecer esse padrão no Brasil, as especificidades da constituição do nosso país, possivelmente, somaram-se, resultando em uma família, ou muitas famílias brasileiras, que os puericultores desconhecem, pois não se preocupam com a realidade das famílias, a não ser para encontrar suas inadequações e tentar corrigi-las. O que me leva a retomar a discussão sobre normalização, pois ao idealizar um normal para a vida em família e considerar como alteradas aquelas que fogem desse normal, a Puericultura, além de servir aos interesses dos que desejam todas as

famílias se comportando da mesma forma, acaba por muitas vezes deixando de atingir o que deveria ser um dos seus objetivos principais, prevenir doenças das crianças. Isso parece ocorrer, pois o puericultor deixa de captar possibilidades e qualidades daquela família que está sendo classificada como “desestruturada”.

A educação, que na colônia, era domínio da Igreja, passará também para a Medicina, que reorganizará seu espaço físico, suas rotinas alimentares e seus horários, regulando o tempo e diminuindo o ócio e o lazer. Além disso, os alunos serão divididos por sexo e em faixas etárias, visando o controle da sexualidade, já que a masturbação e a estimulação precoce eram consideradas pelos higienistas, causadoras de grandes males sociais. O excesso de brincadeiras será substituído pela ginástica e educação do corpo. Mesmo o conteúdo ensinado, antes predominantemente religioso, é revisto, revelando mais uma vez, a nova articulação entre Medicina e Estado, já que o patriotismo e a construção de cidadãos que, em primeiro lugar amem a pátria, passa a ser o grande objetivo (FREIRE, 1991).

Assim, com algum atraso em relação à Europa, o Brasil vai estabelecendo a Higiene e redefinindo a antiga estrutura colonial. E a criança, como no velho continente, passa a ser o principal alvo e esperança para a construção de uma nova sociedade. Desta maneira, a partir do final do século XVIII, surgem no Brasil publicações médicas relacionadas à infância (ROCHA, 1996), mas, como na Europa, ainda necessitam da autoridade científica característica da Puericultura e seu alcance é restrito à elite letrada.

A Puericultura chega ao Brasil já em 1890, na mesma ocasião em que passa a ser difundida na Europa. Ocorre, entretanto, que aqui o seu significado será muito diverso daquele das nações industrializadas. Na Europa, a Puericultura respondia aos problemas decorrentes da industrialização, como as precárias condições de saúde, sem que a ordem constituída fosse ameaçada. Criava assim alguns avanços nas condições de vida do operariado, reduzindo algumas tensões do seu grupo, mas, sobretudo, procurava interferir na suas vidas, redefinindo seus valores. No Brasil, a industrialização encontrava-se incipiente, tendo início o setor têxtil em São Paulo e no Rio de Janeiro. A classe operária era ainda reduzida, assim como era o poder político dos patrões, quando comparados à elite agrária. Não havia, portanto, uma necessidade sentida pela sociedade para o

desenvolvimento da Puericultura. “Nem pelas classes dominantes, que estão tranqüilas no seu poder, nem pelas classes dominadas, ainda em fase inicial de conscientização de sua situação de classe” (NOVAES, 1979, p.52).

Mas se o cenário não era propício ao desenvolvimento da Puericultura, tal qual ocorria na Europa, existiram condições suficientes, ao menos, para a sua importação e difusão, ainda que limitada. A primeira delas diz respeito à Medicina, que já havia incorporado a Higiene, isto é, os médicos do final do século XIX têm entre os seus princípios: identificar problemas sociais, sejam esses ambientais, por exemplo, o esgoto nas ruas ou moradias inadequadas como os cortiços, sejam de ordem moral, como deixar os filhos sob o cuidado de criados e negros. Esses problemas eram vistos não como individuais, ou seja, de quem mora no cortiço, ou próximo à sujeira, ou ainda da criança amamentada pela ama negra, mas de toda a sociedade, que estava ameaçada por esses maus costumes. O médico, portanto, assumia esse compromisso patriótico, de usar as suas armas para a construção do país (FREIRE, 1991).

Ao desejar aplicar a Puericultura a todas as crianças, com o objetivo de uma sociedade melhor, percebo que também estou assumindo um dever patriótico, como os puericultores do início da República.

Além da Higiene, há de se destacar como condição para o início da Puericultura, o desenvolvimento de uma camada média urbana, a partir de meados do século XVIII, resultado da grande concentração de renda proporcionada pela produção cafeeira, principalmente em São Paulo e Rio de Janeiro. Esse novo grupo social, composto principalmente por militares e profissionais liberais, caracterizava-se por intensa atividade intelectual e simpatia por doutrinas e avanços científicos vindos da Europa, como o Positivismo. A importação da Puericultura pelos médicos brasileiros também foi influenciada pela revolução pasteuriana, que desencadeou na Europa a descoberta da etiologia de algumas doenças que constituíam importantes ameaças ao nosso país, como a febre amarela e a peste bubônica, aumentando muito a crença na Medicina e na sua capacidade de resolver grandes problemas da sociedade (NOVAES, 1979).

Mas, possivelmente, foi a formação dos médicos brasileiros, o principal determinante para o modo como a Puericultura chegou ao nosso país. Isso porque mesmo os médicos formados nas Faculdades já existentes aqui, completavam sua formação na

Europa, particularmente na França. Lá tomavam contato, por exemplo, com as “gotas de leite” e outros serviços de Puericultura. Quando chegavam ao Rio de Janeiro, encontravam uma situação semelhante, pelo menos com relação à miséria e à mortalidade infantil. Deste modo transpunham com facilidade a necessidade de um modelo filantrópico, nos moldes do que viram no exterior (NOVAES, 1979).

O principal responsável pelo estabelecimento da Puericultura no nosso país foi Moncorvo Filho (NOVAES, 1979), que funda em 1899, o Instituto de Proteção e Assistência à Infância do Rio de Janeiro, uma instituição filantrópica. No seu estatuto, estão listadas as suas definições, sendo que a mais importante, constando no primeiro artigo, é amparar e proteger a infância necessitada. Analisando esse estatuto, NOVAES (1979) observou, em primeiro lugar, a preocupação específica com as crianças pobres. A autora também chama a atenção para a presença de industriais na diretoria desse instituto. Esse dado pode significar que os empresários já observassem a possibilidade, através da Puericultura, de uma modificação da sociedade, que beneficiasse os seus interesses, principalmente no que diz respeito à garantia de uma futura mão-de-obra proletária suficiente aos avanços da indústria. O estatuto também revela a forma, idêntica ao modelo europeu, de atuação da Puericultura: atribuir as mazelas das crianças a comportamentos nocivos de mães ignorantes, e vigiá-las, educando-as até modificarem seus costumes, ou seja, moralizá-las.

Além desse tipo de instituição, que se reproduziu em outras cidades, mas nunca chegou a atender uma parcela significativa da população, outras formas de difusão da Puericultura também foram importadas para o Brasil, como a utilização de meios de comunicação. Devido ao analfabetismo elevado, imagina-se que seu alcance tenha sido restrito à elite, com o objetivo de sensibilizá-la quanto à urgência de proteger a criança brasileira, e quanto às técnicas científicas disponíveis para fazê-lo (NOVAES, 1979).

Um terceiro instrumento de difusão da Puericultura, originário também da Europa e da América do Norte, é a organização de damas da elite, como as Damas da Assistência à Infância, entidade fundada em 1906 e ligada ao Instituto de Proteção à Infância (NOVAES, 1979). Suas atividades incluíam, além da divulgação dos preceitos higiênicos, programas assistencialistas, como festas para angariar receitas para doações aos

pobres. Entretanto revelam e promovem a associação da imagem de moralidade e elevação de caráter às mulheres que aceitam a missão. Participam deste modo, do processo de valorização da Mulher-Mãe, que vê no cuidado à criança, seu principal dever na vida.

No CMSC de Vila Lobato ocorriam cursos dirigidos às mulheres da comunidade, nos anos em que lá estive. As professoras eram voluntárias e ensinavam, entre outras coisas, corte de cabelo e pintura em tecidos. Lembro, de terem me contado, que esses cursos começaram com as esposas dos professores da Faculdade de Medicina, que, assim, realizavam uma ação filantrópica.

E quanto ao conteúdo específico da Puericultura, isto é, seu saber científico, que era divulgado como a melhor forma de se criar os filhos, e que representaria um grande impacto na mortalidade infantil e na saúde das crianças? Como na Europa, sua mensagem mais importante foi a defesa do aleitamento materno. No Brasil, especialmente no Rio de Janeiro e São Paulo, a diarreia era, provavelmente, a principal causa de mortalidade infantil no fim do século XIX. Por sua vez, quem causava a diarreia, segundo os puericultores da época, era o erro alimentar, especialmente a substituição do leite materno pelo artificial ou pelo de amas doentes, por exemplo, com sífilis ou tuberculose (NOVAES, 1979). Embora o seu discurso da época não reconhecesse que muitas mães não amamentavam porque não podiam, a Puericultura, na prática, percebia essa situação como real, já que realizava a distribuição de leite de vaca esterilizado para as crianças desmamadas e realizava exame médico nas amas de leite.

Ainda em referência ao conteúdo da Puericultura, NOVAES (1979) observou que os avanços científicos, especialmente as descobertas de Pasteur, com os microorganismos presentes no leite, e de Czerny, com o conhecimento da composição dos alimentos e da forma que se faz a sua digestão, conviviam com saberes bem mais antigos e sem comprovação experimental. Como exemplos destes últimos, cita o aparecimento dos dentes explicando muitos distúrbios orgânicos, além da grande influência da hereditariedade no comportamento e na sorte do indivíduo. Essa hereditariedade significava que, em muitos casos, a Medicina seria inútil, pois aquela pessoa estava marcada para adoecer. Também trazia um teor racista, já que assimilava em determinadas raças, como a negra, um maior número de comportamentos prejudiciais, chamados de taras.

Essa mistura no conteúdo da Puericultura, de noções recentes da ciência, com noções mais antigas, todas revestidas de cientificidade e transmitidas em tom autoritário, também aparecem nas minhas memórias. Muitas das condutas que aprendi, naquele período, diferiam dos livros-texto. Com relação à amamentação, por exemplo, orientava intervalos rígidos entre as mamadas, ao contrário da tão difundida livre demanda. Também a alimentação complementar era introduzida de uma forma bem particular ao serviço. Para algo que é definido como o conjunto de normas científicas para o cuidado das crianças, essa variação de condutas de um local, ou de uma época para outra, também sinaliza que a Puericultura pode não ser neutra e receber, ao lado das descobertas científicas, outras influências.

Dessa maneira, a Puericultura brasileira nesse seu período inicial, caracterizou-se por um forte teor moralista e de discriminação entre ricos e pobres, atribuindo à ignorância das mães, a excessiva mortalidade infantil. Não havia qualquer menção à necessidade de acabar com a pobreza, mas sim com seus costumes nocivos às crianças. Quanto à sua repercussão direta sobre a maior parte das famílias da época, parece ter sido bastante limitada, já que representou apenas parte de um grande número de projetos e idéias que eram difundidos da Europa para cá, sem, no entanto, representar uma real necessidade para o país (NOVAES, 1979).

De 1910 a 1930, institucionaliza-se a Puericultura, que deixa de ser quase apenas um discurso e passa a ser incorporada nas leis, propostas de saúde pública e na prática pediátrica (NOVAES, 1979). Com relação ao contexto histórico, o período caracterizou-se por uma maior organização do movimento operário, em parte por influência dos imigrantes europeus, por outro lado, pela desvalorização dos salários e péssimas condições de vida. Embora a importância do operariado na sociedade, predominantemente agrária, fosse pequena, as grandes greves gerais e os movimentos revolucionários resultaram em mudanças fundamentais. O Estado reconheceu o movimento operário e a ameaça que o mesmo representava. Isto levou a uma diminuição na, até então, completa influência da concepção liberal sobre a economia, abrindo espaço para uma nova legislação preocupada com as condições de vida dos empregados. Na prática, entretanto, seria o aumento da repressão, e não a melhora nas condições de vida e trabalho dos operários, a principal forma de controle das revoltas.

Em 1923 é aprovado o regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública, subordinado ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores, que se organiza em inspetorias, entre elas a de Higiene Infantil (NOVAES, 1979).

Trata-se assim do reconhecimento por parte do Estado daquilo que Moncorvo Filho defendia, mas exercia de maneira muito limitada com o seu Instituto. NOVAES (1979, p.85), entretanto, salienta diferenças entre os dois discursos:

...perdeu-se o seu caráter acentuadamente moralista e moralizador.
Não se emite mais nenhum juízo de valor sobre o comportamento das pessoas que serão assistidas, apesar dos pobres continuarem sendo o objeto principal da sua ação.

A educação em saúde ganha mais força, ao mesmo tempo em que as atitudes repressivas e fiscalizadoras, como no caso da polícia médica, vão perdendo força. A educação, entretanto, não se dará mais apenas em jornais e revistas, limitados aos alfabetizados. Será realizada diretamente com a população em centros de saúde que passam a existir em maior número. Em São Paulo, por exemplo, os centros de saúde são criados em 1925 (NOVAES, 1979).

Embora eu já tenha me recordado de certas passagens em que assumi um discurso repressivo, percebo, com mais intensidade, esse outro tom, persuasivo. Como melhor exemplo percebo a pós-consulta. Em algumas ocasiões, a mãe não era capaz de compreender as orientações, ou se compreendesse, às vezes não concordava, e ainda, mesmo concordando, não conseguia imaginar como colocá-las em prática. As técnicas de enfermagem da pós-consulta eram capazes assim de retransmitir as orientações em outro tom, menos impositivo e mais adequado ao contexto da mãe, sem, contudo, alterar o seu núcleo.

Se por um lado, essas mudanças ocorrem como consequência das alterações no papel do Estado e das pressões que a sociedade exerce sobre ele, por outro decorrem da enorme influência norte-americana que substituiu a européia após o fim da Primeira Guerra Mundial, como referência científica da nossa Medicina. Nesse caso, não há apenas a importação de idéias por médicos que estudam no exterior, mas um forte interesse por parte dos americanos, que ocorre através da Fundação Rockefeller, que entre outros convênios, patrocina a criação do Instituto de Higiene de São Paulo (NOVAES, 1979).

Com relação ao conteúdo da Puericultura, NOVAES (1979) examinando os documentos dos primeiros congressos de Higiene, realizados desde 1923 e com marcada influência norte-americana, observa em relação ao período anterior, pouca ênfase ao aleitamento materno, que pode ser explicada pela ampliação da indústria do leite de vaca, que inicia propaganda intensa para convencer os médicos de que, este leite, asseguradas as condições de higiene, é alternativa viável. A alimentação, entretanto, continua de grande relevância, já aparecendo a ênfase em uma alimentação rica em verduras e sem guloseimas nos intervalos entre as refeições. Vão surgindo técnicas para a educação das crianças, adaptadas de serviços norte-americanos, sobre os novos preceitos para a formação de hábitos sadios em geral.

Assim, o período que vai de 1911 a 1930 caracterizou-se pela institucionalização da Puericultura (apesar de uma pequena mudança na sua forma de apresentação), já que, como afirma NOVAES (1979, p. 85):

A partir deste ponto fica definido em lei as múltiplas funções do Estado com relação a infância: além da defesa da integridade física e da vigilância em geral, deverá fornecer assistência médica, auxílio social, e promover a educação sanitária e a pesquisa científica sobre os seus principais problemas de saúde. Marca-se o fim da concepção liberal de que a sociedade deve ser capaz de resolver os problemas relativos à infância de forma espontânea e natural.

A década de 30 traz, para o Brasil, a intensificação da industrialização, com o conseqüente crescimento do contingente de mão-de-obra operária e das ameaças que esta representa para a elite, principalmente em um momento de disputas políticas no seu interior, entre os representantes da economia cafeeira e outros grupos que buscavam hegemonia política. A estabilização desse quadro ocorre em 1937 com um golpe que impõe à sociedade brasileira o Estado Novo, que promoverá forte repressão política, e, simultaneamente, será progressista, ao favorecer a industrialização do país. A questão do operariado será resolvida por medidas que, ao lado da repressão, renderão a essa classe benefícios inéditos, amparados por lei. Entretanto, essas concessões estarão associadas ao reconhecimento dos sindicatos, que levará ao controle das suas atividades políticas e a uma conseqüente redução do seu poder de mobilização. Será ainda um período em que a

propaganda do Estado irá revelar-se um importante instrumento de controle, convocando todos a construir uma grande nação (NOVAES, 1979).

Com relação à assistência médica, a partir da década de 30, intensifica-se seu caráter predominante de recuperação e manutenção da mão de obra, através de serviços de saúde privados, que prestam atendimento às instituições previdenciárias. O Estado, por outro lado, aumenta seu envolvimento na área de saúde coletiva, que se ocupa das atividades de vigilância sanitária e epidemiológica, além do atendimento da população pobre, sem direito aos serviços previdenciários. Mas esse atendimento não tem as mesmas características do privado, sua finalidade não é resolver os problemas dessa parte da população que não faz parte da mão-de-obra, nem de concorrer com a medicina privada, em processo de consolidação. Está voltado fundamentalmente à reprodução da força de trabalho, através da Puericultura, embora exerça outros papéis como a assistência aos pacientes com tuberculose e hanseníase, que representavam um risco social e não interessavam à clínica particular (MENDES, 1996; CARAFFA, 2001).

Ainda em 1934, antes do Estado Novo, mas já seguindo a orientação da década anterior, de maior responsabilidade do Estado pela saúde da criança, é criada a Diretoria de Proteção à Maternidade e à Infância, que substitui a antiga Inspetoria de Higiene Infantil, com praticamente as mesmas atribuições, mas com maiores recursos e influência (NOVAES, 1979). Depois do golpe, será então conferida ainda maior importância à Puericultura, provavelmente devido a uma combinação de fatores: a necessidade de criar uma nova mão-de-obra para uma indústria que, finalmente é prioridade de governo, e a importância que a infância passa a ter com um discurso nacionalista e eugenista, voltado à construção de uma grande nação e de uma poderosa raça (FREIRE, 1991). Esse processo virá à tona com a criação da primeira cadeira de Puericultura na Faculdade Nacional de Medicina da Universidade do Brasil, no Rio de Janeiro, em 1937, ocupada pelo professor Martagão Gesteira, autor da primeira obra de Puericultura direcionada a médicos e estudantes de Medicina, publicada no Brasil: *Puericultura, Higiene Alimentar e Social da Criança*. Seu trabalho era, sobretudo, nacionalista e tinha como objetivos explícitos o combate à mortalidade infantil e o aprimoramento da raça (LOYOLA, 1983; FREIRE, 1991).

Em 1940 é criado o Departamento Nacional da Criança, órgão autônomo, subordinado ao Ministério da Educação e da Saúde, que substitui a Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância. Embora seu projeto não trouxesse inovações, na prática, ganhava mais recursos e influência, tanto que, por seu intermédio, foram inaugurados inúmeros postos de Puericultura, maternidades, serviços de pré-natal, etc. (NOVAES, 1979; FREIRE, 1991). O Departamento que, a partir de 1947, foi dirigido por Martagão Gesteira, manteve relação direta com a Sociedade Brasileira de Pediatria, representando o ápice da influência dos pediatras brasileiros na elaboração das políticas de saúde para a infância (MENDES, 1996). Em 1942, segundo o discurso do cuidado à criança como dever patriótico, é criada a Legião Brasileira de Assistência, entidade filantrópica que trabalhou em conjunto com o Departamento Nacional da Criança, instalando grande número de postos de Puericultura e lactários (LOYOLA, 1983; FREIRE, 1991; MENDES, 1996).

Na década de 30, esta Puericultura já consolidada sofre algumas mudanças no seu discurso. A escola alemã de Pediatria, que Martinho da Rocha introduzira na década de 20 (RIVORÊDO, 1995), torna-se dominante, e o enfoque deixa de ser exclusivamente sobre o aparelho digestivo. Este, na verdade, continua importante, mas o centro da atenção é o metabolismo celular responsável pelo crescimento, desenvolvimento neuropsicomotor, imunidade, etc. O estudo da nutrição é aprofundado em novas normas bastante rígidas, que procuram equilibrar o aporte de diversos nutrientes, tendo como justificativa o melhor desenvolvimento possível do organismo, principalmente do cérebro. Uma importante modificação desse período foi a introdução precoce da alimentação mista (já a partir de 2 meses de vida com frutas), decorrente de pesquisas sobre a composição dos leites (materno e de vaca), que apontavam para deficiências nutritivas de uma dieta exclusivamente láctea. Essas novas normas foram assinaladas mais tarde como uma das causas do desmame precoce no nosso país (LOYOLA, 1983; REA, 1990).

É interessante estabelecer um novo paralelo nesse ponto. Entre as condutas que eu utilizava na orientação alimentar no CMSCVL, era nítida a influência da escola alemã. Deste modo, a introdução de cada alimento, seu preparo, a composição detalhada da mamadeira, os horários e as quantidades que deveriam ser oferecidas, eram todos

individualizados para cada criança e prescritos em papel de receituário, levando em consideração o seu estágio de desenvolvimento. Além disso, muitas vezes iniciávamos alimentação complementar antes dos seis meses de vida, mesmo em aleitamento natural exclusivo. Cabe, porém, uma ressalva: essas orientações, embora não apareçam mais nos livros-texto, na maioria das vezes eram bem aceitas. As mães conseguiam executá-las e a criança apresentava um ótimo ganho ponderal. Não me sinto à vontade, portanto, em criticá-las. A crítica é outra, diz respeito à forma que as novas normas de Puericultura surgem, desqualificando as anteriores, como se fossem pertencentes a um tempo que já passou e que não têm mais valor.

A ampliação do conceito de saúde é outra mudança importante que ocorre no interior da Puericultura no período. Ela deixa de se preocupar, em seu discurso oficial, exclusivamente com a prevenção das doenças e da mortalidade infantil, para oferecer aos seus usuários um desenvolvimento saudável em todos os aspectos, inclusive os psicológicos. Segundo NOVAES (1979) a contribuição mais importante nesse sentido (de uma nova conceituação de saúde da criança), foi de Pedro de Alcântara (1945). O autor considera como normal a criança que mantém o seu dinamismo, reagindo bem a todas as pressões exercidas pelo ambiente. Ocorre, entretanto, que a criança é mais vulnerável a essas pressões e, além disso, reage a elas como um todo, com um grande desgaste. A partir desta teoria, o autor se ocupará da prevenção das pressões do ambiente, sejam as psicológicas, decorrentes, por exemplo, do desprezo ou do excesso de estimulação por parte da família, sejam as resultantes de uma alimentação inadequada, sejam as de ordem social.

Essa globalidade do conceito de Puericultura, que procura cuidar da saúde da criança em todos os seus aspectos, ao mesmo tempo em que me estimulou e representou uma das razões pela minha dedicação ao tema, foi capaz de provocar questionamentos em algumas ocasiões. Em várias consultas apareciam problemas (os que mais me incomodavam eram as dificuldades escolares e de relacionamento), que eu não havia aprendido a resolver, embora por definição, devesse saber. Acabava associando o problema a uma desestruturação familiar e encaminhando para atendimento psicológico. Transparece assim uma limitação da Puericultura: em seu discurso, originado em um momento em que as possibilidades da ciência eram ilimitadas, ela propõe algo que, na prática, não parece ser tangível a apenas um profissional.

É importante destacar aqui que, ao mesmo tempo em que ocorre nesse período um grande investimento na Puericultura, coincidindo com o avanço na industrialização, os pediatras começam a identificar na desigualdade social e nas políticas governamentais, causas para as mazelas infantis. Deixam, portanto, de atribuí-las apenas à ignorância e inferioridade das classes baixas. Isto fica bem nítido no clássico texto escrito no final da década de 30 por ALCANTARA (1996), que analisa as causas de mortalidade infantil e critica o grande investimento financeiro na criação de postos de Puericultura dirigidos apenas a pequena parcela da população, apontando como solução, uma ampla reforma social com melhor distribuição de riquezas. Nesta investigação, essa parece ser a primeira publicação crítica sobre a Puericultura, precedendo os estudos que a partir da década de 60 constituirão a chamada Pediatria Social.

A relação que os pediatras estabelecem entre a Puericultura e a desigualdade social também pode ser discutida à luz do presente. Um dos conceitos mais trabalhados durante o meu aprendizado dizia respeito ao “triângulo amoroso” entre a criança, a mãe e o pediatra. Esse conjunto de relações, por sua vez, estava contido em um conjunto maior, o da comunidade a que pertenciam, e a comunidade cabia ainda em outro, o da sociedade. Dessa maneira, enquanto estive na Vila Lobato, nunca atribuí explicitamente um fracasso na Puericultura à ignorância da mãe ou à sua inferioridade. Era capaz de colocar a culpa na sociedade e nos governos. O problema estava na operacionalização desses conceitos. Como o que estava ao meu alcance era a mãe e os seus hábitos, a associação dos mesmos, com grandes problemas sociais, era deslocada para um plano secundário, e, por vezes, até esquecida.

Novas modificações vão ocorrer somente após o fim da Segunda Guerra Mundial, em 1945, quando a industrialização é fortemente impulsionada pelo capital internacional que busca novos mercados. Na agricultura, o lavrador autônomo vai desaparecendo, com maior concentração de terras. Também a concentração de renda nas regiões brasileiras vai se tornando mais desigual, resultando no êxodo rural e numa urbanização acelerada e desorganizada. As pressões dos trabalhadores no período são controladas através dos investimentos internacionais, que têm seu ápice no modelo nacional-desenvolvimentista do governo Kubitschek (MENDES, 1996). A partir de 1961,

esse desenvolvimento da economia da década anterior revela suas conseqüências, com inflação crescente, queda do poder aquisitivo da população e agravamento das desigualdades. Passam então a ocorrer disputas políticas decorrentes da tensão entre as políticas vigentes que favorecem uma classe dominante muito poderosa, mas que, nesse período, não detém hegemonia política, nem condições técnicas de resolver a crise. Esse processo só terá uma definição com a instalação de um governo autoritário em 1964 (NOVAES, 1979; MENDES, 1996).

Esse período (entre os dois governos autoritários) será marcado por grande desenvolvimento da medicina previdenciária, que recebe ênfase do Estado não só por visar, como já foi assinalado, a manutenção da mão-de-obra e representar um benefício bem aceito pelos trabalhadores organizados, mas também como resultado da forte influência da medicina curativa americana que traz com ela a indústria de equipamentos médicos e a indústria farmacêutica, muito fortalecida após o desenvolvimento dos antibióticos (LOYOLA, 1983; MARQUES, 1990; MENDES, 1996).

Em relação à saúde pública, ocorreu no período um grande investimento em políticas de distribuição de alimentos, particularmente de leite em pó. LOYOLA (1983) afirma que essas políticas procuravam contornar as deficiências de nutrição e saúde das populações de baixa renda, e que favoreceram principalmente as multinacionais. Isso vai ao encontro, de uma certa forma, à idéia de permanência do discurso ideológico da Puericultura, já que a distribuição de leite está substituindo uma melhor distribuição de renda, de escolaridade, etc. Aliás, retornando aos primeiros serviços de Puericultura na França, a distribuição de leite já era usada para aquelas mães que, apesar de toda pressão em favor do aleitamento natural, desmamavam precocemente os seus filhos. Mas há, na década de 50, uma grande diferença em relação à atitude da indústria do leite em pó, pois ela não participa passivamente desse processo, apenas se beneficiando das decisões políticas e das condutas médicas. Na verdade, ela atua sobre a produção do saber, financiando congressos, trabalhos e publicações científicas, além de distribuir seus produtos e publicidade em consultórios, ambulatórios e hospitais (ORLANDI, 1985).

Segundo REA (1990), os Programas de Suplementação Alimentar tiveram início na década de 40, e constituíram um importante canal de promoção do leite artificial, já que o leite do governo muitas vezes era distribuído no próprio serviço de saúde, o que

acabava se traduzindo em uma associação do mesmo com o profissional de saúde, que, indiretamente, endossava o seu uso. Isso levava muitas crianças, que só seriam apresentadas tardiamente ao leite de vaca, ao desmame precoce.

Outro marco fundamental desse período foi a criação, em 1948, da Organização Mundial de Saúde, que dirige suas atenções principalmente ao Terceiro Mundo, em um processo que visa integrar o capitalismo mundial, atenuando certas conseqüências do subdesenvolvimento, sem no entanto alterar sua dependência das grandes potências (LOYOLA, 1983). FREIRE (1991), analisando os informes técnicos da OMS, identificou o discurso da Puericultura como estratégia para melhorar as condições de vida das populações pobres, fazendo uso da educação para modificar os maus hábitos considerados responsáveis pelas mazelas sociais e normatizar as populações.

Essa atuação da OMS é muito importante, pois permite discutir um conceito que NOVAES trouxe em 1979 (p.140):

Após a Segunda Guerra Mundial, a medicina passa a se desenvolver intensamente, e a puericultura agora representa uma área muito pequena de saber médico, com as suas inúmeras especializações. A sua função mais “pedagógica” é assumida pelos meios de comunicação, e por todas as instituições que desempenham algum papel educativo, como o Mobral, as Creches, etc.

Entendendo que Novaes se referia ao grande avanço da medicina tecnológica e curativa, que aos poucos foi controlando o saber médico, a permanência da Puericultura no discurso da OMS não contradiz seu conceito, já que a atuação da OMS se dá menos no nível da prática médica individual e mais sobre as políticas e campanhas de saúde, que recaem nos meios de comunicação e nas instituições de ensino. Entretanto, como se apontou nesse período, a principal atividade dos centros de saúde era a Puericultura, o que, como ainda discutirei, permanecerá ocorrendo por muitos anos.

O Golpe Militar de 1964 irá se caracterizar pela iniciativa do planejamento como forma de controlar a História a favor das classes dominantes, que opta, mais uma vez, pelo favorecimento do capital internacional (NOVAES, 1979). Para MENDES (1996), o

golpe de 64 impõe a hegemonia do capital financeiro-industrial, que necessitava de novas condições políticas para se desenvolver. Isso levou ao desmantelamento de toda a oposição e a um grande investimento público na infra-estrutura para o aumento da produção, como a criação de estradas e hidroelétricas. LOYOLA (1983) descreve o novo poder do país como tecnoburocrático, e, como os demais autores, associa-o às multinacionais e ao capital estrangeiro.

Na área da saúde o novo modelo fica claro em 1966, com a unificação das Caixas e Institutos Previdenciários no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Ocorre uma extensão da cobertura, pois não só os antigos participantes das Caixas e Institutos têm direito agora, mas todos aqueles com vínculo empregatício formal. Essa expansão da Medicina Previdenciária exigirá grandes investimentos de infra-estrutura, muitos financiados pelo Estado, e ampliará consideravelmente alguns mercados, como o de equipamentos, de medicamentos e o de trabalho médico (MENDES, 1996). A intervenção do Estado na assistência médica privilegiou, desta forma, o produtor privado de serviços de saúde, pois aumentou o seu mercado sem produzir concorrência através de ampliação do atendimento público e, além disso, ainda financiou o seu crescimento.

Essa grande oferta de assistência médica foi acompanhada por uma sobreoferta de profissionais de saúde, decorrente da abertura de 37 novas faculdades de Medicina entre 1965 e 1971, que permitiu o barateamento da mão-de-obra para as medicinas de grupo. A relação com a Puericultura consiste no fato do atendimento previdenciário ser essencialmente curativo e medicalizante, recorrendo freqüentemente a exames subsidiários e medicações, muitas vezes apenas sintomáticas para quadros benignos. A Puericultura, embora tenha sido praticada nesses serviços, possivelmente acabou sendo submetida à lógica do pronto-atendimento e da queixa-conduta. É interessante notar aqui que as mudanças no atendimento prestado às crianças, com a criação do INPS, e a menor ênfase nas políticas sociais, foram duramente criticadas na época pela Sociedade Brasileira de Pediatria, o que resultou em 1967 na extinção do Departamento Nacional da Criança, presidido na época por Rinaldo de Lamare, colocando fim no longo período em que os principais pediatras brasileiros puderam interferir nas decisões relacionadas à saúde das crianças (MENDES, 1996).

Concomitantemente, e talvez como uma das justificativas à menor atenção à assistência à infância, encontra-se o temor da explosão demográfica, com campanhas de controle de natalidade realizadas por entidades estrangeiras e nacionais, sendo a BEMFAM, Sociedade para o Bem-Estar da Família, a mais importante (CARAFFA, 2001).

Uma das poucas características originais da Puericultura que não permaneceu no meu presente foi a de servir para aumentar a população. Pelo contrário, sempre que atendia um bebê checava se a mãe já estava em acompanhamento ginecológico e qual o método anticoncepcional em uso. A Puericultura que fui aprendendo, considerava as famílias numerosas um fator de risco, que deveria ser controlado. Aparece mais uma vez a face camaleônica da Puericultura, que muda de aparência, sem romper com as suas relações com os interesses dominantes, disfarçados sob a neutralidade da ciência.

Novamente, um dos setores estrangeiros que mais será beneficiado nesse período, é o do leite artificial. Esse setor se encontrava em grande risco com a queda expressiva da natalidade que acompanhou as mudanças culturais nos países desenvolvidos, impulsionada pela descoberta do contraceptivo oral. Isso se dará através do aquecimento das políticas já iniciadas na década anterior, como a distribuição de alimentos, os “lobbys” e a publicidade nos grandes meios de comunicação e junto aos profissionais de saúde. A propaganda indiscriminada dos leites em pó, que não ocorreu só no Brasil, mas em grande parte do terceiro mundo, passou a ser denunciada na década de 70, como causadora de desnutrição e mortalidade infantil em alguns países africanos, asiáticos e americanos. Seu desfecho foi em 1981, quando a Organização Mundial de Saúde, junto com o UNICEF, aprovou por oito votos contra um (dos EUA) uma resolução com severa restrição à publicidade do leite em pó, denominada Código Internacional de Comercialização de Substitutos do Aleitamento Materno. No Brasil, embora esses acontecimentos tenham sido pouco divulgados entre os pediatras, talvez pela forte influência da indústria no rádio, na televisão e mesmo nas faculdades (ORLANDI, 1985), em 1988 o Código passou a vigorar aqui (REA, 1990).

Acompanhando a crítica ao uso indiscriminado de leite de vaca, teve início, desde meados da década de 70, uma grande retomada no discurso em defesa do aleitamento materno. ORLANDI (1985) analisa essa nova política promocional do aleitamento materno. Chama atenção para os argumentos utilizados, muito parecidos com os utilizados no século

XIX, mas modificados em alguns pontos bastante interessantes, que leva à suposição de sua utilização política. Ao contrário do século XIX, o Estado não quer mais conquistar territórios nem está preocupado com a falta de mão-de-obra, não quer assim aumentar a população, pelo contrário, quer controlar o seu crescimento. Daí a valorização do aleitamento materno no espaçamento das gestações. Outro interessante argumento que se torna muito importante em uma fase de crise econômica e inflação, é a economia gerada pelo aleitamento natural às famílias e ao Estado. Também é notória a propaganda que desvincula uma possível mudança na forma dos seios com a amamentação, já que a estética recebe cada vez mais valor. Ao contrário, o grande número de gestações, indesejado pelo Estado, passa a ser o inimigo da beleza das mamas.

Afirmando não ter sido respeitado o direito da mulher de alimentar o filho da maneira que quisesse, ORLANDI (1985, p.133) chega a escrever:

Muitos dos que ingressam nas campanhas em favor do aleitamento materno, sejam pediatras ou outros elementos pertencentes aos serviços de saúde, muitas vezes se entusiasma tanto com o assunto, que passam a considerar a amamentação como o problema fundamental das crianças dos países subdesenvolvidos. Passam a achar que, se todas as mães amantassem seus filhos estaria resolvido o problema da fome, da mortalidade e da morbidade infantis.

A questão do direito da mulher de alimentar o filho da maneira que preferisse, também me remete aos meus anos da Vila Lobato. Na verdade, eu aceitava o desmame em duas situações: quando a criança começava a não ganhar o peso esperado, mesmo que a técnica de amamentação estivesse correta; quando a mãe era obrigada a parar por forças maiores, como o retorno ao emprego. Para os outros casos, como aqueles em que a mãe se demonstrava cansada de amamentar, ou não chegasse a admitir um desejo de parar, mas em todas as consultas insistisse se já poderia dar mamadeiras ou papas, o que eu fazia era mostrar como a criança estava bem, explicando os referenciais de ganho de peso e de desenvolvimento. Retomava também todas as vantagens do aleitamento materno e as desvantagens do leite de vaca. Aos poucos, fui aprendendo a fazer isso de um modo mais sensível, menos autoritário, já que eu queria convencer a mãe, não obrigá-la (como já discuti, isso faz parte da mudança do discurso da Puericultura com a educação em saúde).

Há um caso do qual me recordo facilmente, sempre que trato dessa questão do aleitamento. Era um bebê que acompanhei desde os seus primeiros dias. Foi um desses casos em que, em quase todas as consultas a mãe perguntava sobre a mamadeira. Ocorre, entretanto, que o ganho de peso do seu filho era ótimo. Além disso, ela não trabalhava e a família do seu marido tinha como sustentar a todos. Assim fui convencendo-a, consulta após consulta, de manter o aleitamento natural. Bem, quando a criança fez cinco meses, voltaram à consulta de rotina. Durante o atendimento observei, com certo espanto, que a mãe estava muito magra. Perguntei o que havia acontecido. Na realidade, a perda de peso vinha desde o parto, eu que não notara, já que só prestava atenção aos progressos da criança. Ela contou, então, que estava cansada de viver só para o filho, que queria sair mais de casa, que queria trabalhar, e que não suportava mais amamentá-lo o dia inteiro. Extremamente sensibilizado, desmamei a criança na hora. Um mês depois, a criança continuava ótima, só que agora, a mãe também.

Em relação aos serviços públicos de saúde, até meados da década de 70, receberam pouca atenção e investimentos, já que tudo foi planejado supondo que o progresso social seria decorrente do desenvolvimento econômico, que consumiu extraordinários recursos (LOYOLA, 1983). A partir daí tem início o fim do milagre econômico, caracterizado pela impossibilidade do Estado em financiar do mesmo modo, a continuação da industrialização planejada. Isso ocorreu pelo endividamento, e por crises internacionais, como o “choque do petróleo”, que reduziram os financiamentos em escala mundial. Esta piora da conjuntura socioeconômica, segundo MENDES (1996, p.218):

...eleva a assistência médica ao plano da reivindicação, politizando o campo da saúde, por ampliação através da questão da salubridade geral, pela piora de todos os indicadores de saúde, o surgimento de novos (como a meningite) e o recrudescimento de antigas endemias. Associa-se, de forma clara, pela primeira vez durante a ditadura militar: o modelo político-econômico, as ações governamentais na área de saúde e o sistema previdenciário, por um lado, com a exclusão de amplos segmentos dos serviços de saúde e à piora da salubridade geral, por outro...

A falência desse modelo, em conjunção aos movimentos de Medicina Integral, Medicina Comunitária e Medicina Social, contribuiu para desencadear propostas relacionadas a reformas nos serviços e na prática médica, assim como no seu ensino. A Puericultura estará envolvida nesse processo e, mais especificamente, a minha história também, já que o CMSCVL surge nesse contexto.

A Medicina Integral buscou retirar o enfoque biológico do centro da prática médica. Embora o ato médico permaneça como o cenário principal, agora o médico estabelecerá novas relações com o indivíduo, a família e a sua comunidade, tendo em vista que seus diagnósticos e sua atuação dependem da compreensão de toda essa complexidade que interfere no paciente. A Medicina Integral pressupõe, dessa maneira, uma reforma do médico, é ele que precisa mudar, e por isso o projeto da Medicina Integral ocorre fundamentalmente no interior da escola médica, contribuindo para dar origem aos departamentos de Medicina Preventiva (DONNANGELO, 1976).

Já comentei a angústia de me sentir responsável por algo muito grande e que não parecia tangível. Aqui isso aparece mais uma vez, já que se cobra do médico em formação a compreensão de toda a complexidade que interfere no paciente. Assim, quando não obtém sucesso em um caso, parece ter sido incapaz de captar e estabelecer todas as relações necessárias a esse processo. A Medicina Integral influencia o projeto da Vila Lobato desde a sua origem, o que aparece na participação do Departamento de Medicina Preventiva no grupo que o elaborou. Além disso, ainda antes da sua inauguração, os alunos já foram envolvidos, cadastrando, conhecendo e estabelecendo vínculos com a comunidade, que se perpetuariam até hoje através da “ficha social” e das visitas domiciliares.

A Medicina Comunitária surge na década de 1960, nos Estados Unidos, a partir da necessidade de uma nova orientação para o tratamento político das questões sociais. Mais uma vez, as tensões sociais, representadas aqui pelo desemprego, subemprego e marginalização das minorias, em particular dos negros, foram responsáveis pelo redirecionamento observado a partir dos governos Kennedy e Johnson, conhecido como a guerra contra a pobreza. No que diz respeito à saúde, é importante lembrar-se da força política da iniciativa privada que controla a assistência médica naquele país, e que impede intervenções significativas do Estado junto ao setor. Dessa forma, grande parte das

correntes de reforma que lá se iniciam (incluindo a Medicina Integral e a Medicina Comunitária), aparecem como alternativas para o problema das minorias, procurando, no entanto, não interferir com a estrutura de atenção médica e com o interesse dos que se beneficiam da mesma (DONNANGELO, 1976).

A Medicina Comunitária se caracteriza pela experimentação de modelos de cobertura a comunidades carentes, segundo a concepção do processo saúde-doença em uma dimensão ampla, tomando seus determinantes ecológicos, psíquicos e sociais. A delimitação da comunidade aparece para permitir essa abordagem da doença e, ao mesmo tempo, reduzir custos sem perder eficiência técnica. Para isso, passa a ser importante a participação de outros profissionais de saúde, que estabeleçam um maior vínculo com a comunidade. Surgem assim, programas de treinamento de profissionais dirigidos à própria população da área do serviço.

Ocorre, dessa maneira, uma redução de toda a sociedade ao espaço singular da comunidade, o que além de dificultar a percepção dos reais problemas, substituindo-os pelos daquela população específica, carrega o significado da possibilidade de resolução dos problemas, a partir do simples esforço de uma comunidade (DONNANGELO, 1976). Assim, a Medicina Comunitária parece se colocar ao lado das outras práticas já discutidas aqui, em especial da Puericultura, como possuidora de uma marcante significação ideológica.

O projeto da Medicina Comunitária é fundamental na minha história, o que já fica nítido no próprio nome do cenário em que minha formação ocorreu: Centro Médico Social e Comunitário. Além disso, a consolidação do meu aprendizado se deu no terceiro ano de residência, que se chama R3 de Pediatria Comunitária. É interessante observar que o serviço conseguiu estabelecer essa ligação com a comunidade, o que se observa pela participação precoce nas consultas, pelo sucesso no aleitamento materno e mesmo pelos grupos de socialização com jovens e mulheres da comunidade. Isso indica uma forma de trabalho, mas não permite concluir que um serviço, com essas características, altere por si só as condições de vida daquela população. Uma série de outros determinantes, como o aumento do poder aquisitivo e a ampliação da rede de ensino, por exemplo, devem ser levados em consideração, quando se observa um impacto em uma comunidade.

A Puericultura, desde a sua origem, por razões já discutidas, tende a extrapolar o significado de suas condutas médicas, como o grande responsável pela conquista de sucessos como a redução da mortalidade infantil, entre outros.

ROCHA (1987, p.87) ao analisar o papel da Enfermagem na prática da Puericultura afirma que:

Todo o corpo conceitual da Puericultura, considerado aqui como o instrumental que possibilita acompanhar o desenvolvimento da criança e acompanhar a mãe, reduz-se a uma série de tarefas, tais como: pesar a criança e medir sua estatura; distribuir o leite conforme o programa de suplementação alimentar; aplicar as vacinas de acordo com o calendário estipulado. O pessoal auxiliar executa as tarefas e o enfermeiro supervisiona, de tal forma que o corpo conceitual da Puericultura é quase dispensável, numa cisão entre a concepção e a execução do trabalho.

A redução da Puericultura a um conjunto simples de normas retoma algo que já citei, meu pequeno roteiro de frente e verso, que eu tinha sempre comigo e que me permitia realizar consultas imaginando como era fácil garantir o bom desenvolvimento de uma criança.

Acompanhando os programas de Medicina Comunitária, estavam os de suplementação alimentar que, como já discuti, vinham sendo, desde a década de 50, implantados para amenizar o problema da fome, no lugar de políticas de distribuição de renda, e ainda beneficiando grandes indústrias multinacionais. Na década de 70, a ampliação das políticas sociais pelo governo, intensificará esses programas através dos Programas Nacionais de Alimentação e Nutrição (PRONAN I e II), em 1973 e 1975 (LOYOLA, 1983). No Estado de São Paulo, os programas passam a ser oferecidos para todas as crianças atendidas nos centros de saúde, sem necessidade de triagem socioeconômica (MENDES, 1996).

REA (1990) considera desastrosa a influência dos Programas de Suplementação Alimentar, analisando trabalhos nacionais e estrangeiros, embora identifique duas experiências, uma no Chile e outra no Brasil, no serviço de Vila Lobato, em que a

distribuição do leite gratuito, conduzida adequadamente, parece ter contribuído para o estímulo à amamentação. No entanto, apesar das exceções, os programas parecem ter servido aos interesses comerciais de grandes empresas e ao aplacamento de algumas reivindicações sociais através de assistencialismo, sem ter se mostrado realmente eficaz no combate à desnutrição.

Esta colocação de que, no Serviço da Vila Lobato, a distribuição de leite de vaca melhorou os índices de aleitamento materno, embora tenha sido referente a um período anterior à minha passagem, revela que mesmo estratégias passíveis de crítica social podem conduzir a resultados satisfatórios. Daí a impossibilidade em se estabelecer conclusões definitivas ou julgamentos.

Outra característica dos modelos do final da década de 60 e da década de 70 era a universalização do acesso aos centros de saúde, através da Consulta Médica Eventual, aberta mesmo aos não-residentes da área de cobertura da unidade. A Consulta Eventual também tinha o objetivo de realizar o diagnóstico e tratamento precoce de doenças agudas, controlando a incidência de doenças no âmbito coletivo (MENDES, 1996).

O atendimento médico eventual fez parte da minha rotina em todos os anos da minha formação. Ele é um bom exemplo de como a Puericultura era capaz de se integrar às novas aquisições de outros projetos. Ao mesmo tempo em que permitia às mães o acesso sem agendamento prévio à unidade de saúde, era checada a sua adesão à rotina de Puericultura. Se estivesse em atraso, era feita naquele momento, e a mãe ainda era encaminhada ao serviço social, que procuraria convencê-la a não faltar novamente às consultas agendadas. Na época, não me preocupava nem percebia se as mães gostavam ou não disso. Entretanto, durante o R3 fui fazer plantões em um pronto-atendimento próximo ao meu centro de saúde. Alguns foram de dia, estando aberto o CMSCVL. Qual foi a minha surpresa ao atender várias crianças da área de cobertura do serviço. Fiquei confuso: como trocar um serviço que considerava ideal por outro que prestava pronto-atendimento. A culpa recaiu sobre as mães, incapazes de perceber os benefícios da Puericultura. Mas depois fiquei pensando se o erro estaria só nas mães ou também no serviço.

A crise social da década de 70 e as críticas ao setor saúde também permitiram o aparecimento no Brasil, de um novo movimento, conhecido como Medicina Social, mas distinto da antiga Medicina Social da Europa, no início do século XIX, já discutida neste trabalho. A antiga apontava na sociedade as causas de doenças, como a falta de educação, higiene e moralidade das classes pobres, propondo soluções como, por exemplo, a reorganização do espaço urbano e das escolas, com o objetivo de resolver problemas como as epidemias e a mortalidade, sem alterar as situações geradoras da pobreza e da desigualdade. O novo movimento também procura a influência da sociedade na saúde e nas doenças, mas com um olhar mais voltado aos determinantes históricos, políticos, econômicos e culturais, que interferem na conformação dos conceitos de saúde e doença e na formação dos médicos e das suas práticas (ZANOLLI e MERHY, 2001).

As discussões resultantes desse movimento também permitiram uma releitura da atenção à criança, com o objetivo de reformar a prática pediátrica e o ensino médico. Esse processo conduziu a questionamentos sobre a Puericultura, dando origem a experiências alternativas, como o Programa de Atenção Materno-Infantil de Paulínia, desenvolvido pela Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, a partir de 1974, e que pretendia praticar uma Puericultura renovadora, principalmente por tentar permitir um diálogo entre o conhecimento médico e o popular, com a transmissão de conhecimentos mútuos, levando à equipe de saúde e à população uma postura crítica e um melhor enfrentamento da doença. Evidenciando mais uma vez as limitações de um serviço de Puericultura, mesmo buscando convicções inovadoras, mantiveram-se altas as formas leve e moderada de desnutrição, assim como a morbidade e mortalidade geral (MARQUES, 1976; ZANOLLI, 1999).

Outro projeto relacionado à Puericultura, que teve início em meados da década de 60 foi a Fundação de Assistência à Infância de Santo André (FAISA). Assim como o CMSCVL, a FAISA serve como exemplo da permanência de muitas propostas originais da Puericultura. A FAISA tem na sua origem uma história que reproduz, de modo semelhante, o próprio nascimento da Puericultura. Santo André apresentou, nas décadas de 1950/60, uma explosão demográfica dada pelo desenvolvimento industrial, principalmente automotivo, com grande crescimento da periferia, conseqüente à má distribuição de renda.

Observou-se assim, em meados da década de 60, tendência ao aumento da mortalidade infantil e ineficácia na assistência à infância, o que mobilizou a elite da cidade (CARAFFA, 2001).

A FAISA foi criada em 1966, por iniciativa do Lions Club de Santo André, com verbas obtidas de eventos filantrópicos junto à comunidade e de doações de indústrias da região. Esta fundação, em função das condições precárias de saúde na cidade, assumiu, em acordo com a prefeitura municipal, a assistência à saúde da infância em todo o município. A este respeito, CARAFFA (2001, p.90) escreve:

Seria, então, a atenção dada ao cuidado com as crianças, mais uma vez, a expressão da preocupação de uma classe dominante com o futuro, principalmente com a força de trabalho, numa política de conservação dos meios de produção e acumulação de capital? Parece que sim, pois são situações historicamente determinadas pelo mesmo processo como numa recriação constante, e o discurso aparece, aqui reproduzido da mesma forma como foi explicitado anteriormente, quando se analisou de que maneira e com que finalidade o cuidado com a infância foi se manifestando através dos tempos.

Procurei assim, reconstituir a História da Puericultura, utilizando a leitura de vários autores, que localizaram seus estudos em vários momentos diferentes, mas que através da minha própria história, ou ego-história, penso ter podido relacionar com o presente. Será necessário agora proceder uma síntese do que foi discutido, a qual deve expor as questões mais importantes que surgiram nesse processo e que podem indicar caminhos a serem pensados.

***3 - CONSIDERAÇÕES
FINAIS***

O ponto de partida para a realização deste trabalho foi uma idéia formada após seis anos aprendendo e praticando a Puericultura: uma vez que fosse aplicada corretamente a todas as crianças, resultaria em uma sociedade melhor. Para que essa idéia pudesse ser desenvolvida em uma pesquisa, foi necessário estudar em maior profundidade os conceitos relacionados à Puericultura. Nesse processo penso ter identificado dois modos diferentes e conflitantes de compreendê-la. O primeiro, no qual eu mesmo me encontrava inicialmente, que idealiza uma Puericultura na qual as relações com a sociedade caracterizam-se por reconhecer todas as ameaças à saúde da criança e elaborar condutas médicas para resolvê-las, essencialmente científica e neutra do ponto de vista político-ideológico e econômico. Já o outro modo de conceber a Puericultura faz a crítica a esse seu pretense caráter neutro e positivo. Passa a ser entendida como prática social sujeita aos mais diversos agentes políticos e econômicos, e com objetivos e conseqüências que extrapolam a simples elaboração de normas científicas que assegurem o desenvolvimento da criança.

Esses dois discursos sobre a Puericultura constituem um conflito, que se tornou parte do objeto deste trabalho. Entender como o conflito se formou e quais poderiam ser as conseqüências do seu entendimento para a prática, passaram a ser os objetivos. Utilizando métodos diferentes de análise histórica, pretendi acompanhar as transformações da sociedade que serviram como alicerces para o posterior desenvolvimento da Puericultura. Seguindo as mesmas operações, ocupei-me da origem da Puericultura na Europa e, finalmente, da forma como chegou e se desenvolveu no Brasil. O término da análise foi determinado pelo meu referencial do presente. Como as minhas recordações sobre a Puericultura representam o presente e estão localizadas em um serviço, o Centro Médico Social Comunitário de Vila Lobato, limitei o fim da minha pesquisa do passado, ao momento em que o serviço se constituiu.

Os olhares lançados sobre a Puericultura em diversos momentos, levaram-me a elaborar as seguintes análises sobre o conflito nas suas definições:

1) A Puericultura realmente é um conjunto de normas, com diferentes graus de cientificidade, que procura assegurar o melhor desenvolvimento para as crianças. Da mesma forma, muitas dessas normas vêm sendo aperfeiçoadas com o progresso científico ao longo do tempo. Embora não seja possível atribuir somente à Puericultura conquistas

como a importante redução da mortalidade infantil em grande parte do mundo ocidental às custas da diminuição de várias doenças, também não imagino a minha prática sem algumas das suas tecnologias, como o estímulo ao aleitamento materno ou todos os cuidados para o preparo do leite de vaca na sua ausência, ou mesmo as vacinas. Na minha opinião, essas afirmações independem da aceitação, ou não, de um modo de pensar que faça a crítica social da Puericultura.

Assumir que a Puericultura tenha servido a interesses que extrapolam, e muito, os das crianças, e mais ainda, que pouco saiba sobre os reais interesses das crianças e das suas famílias, não é a mesma coisa que negar a sua necessidade, real, para a prática pediátrica. Da mesma forma, não desmerece todos os pediatras, descobertas e serviços que a construíram, apenas os expõe como sujeitos a todos os determinantes político-ideológicos, econômicos e culturais do seu tempo histórico.

2) Este trabalho me convenceu, e espero que possa convencer a outros, de que a Puericultura não se restringiu à defesa das crianças através da ciência. Acredito ter demonstrado sua associação a uma idealização da criança e das famílias, com a intenção de normalizar, isto é, converter todas as famílias a um padrão de normalidade. Tal normalidade representaria uma sociedade de pessoas úteis, conformadas com a sua posição e dispostas a trabalhar e cumprir seu papel. Como consequência, diminuiriam, além das tentativas de modificação do sistema, as epidemias, a mortalidade, etc. Esse projeto só foi possível pela articulação entre interesses do Estado e da Medicina, controlados pela mesma elite, mas sua viabilização dependeu ainda de uma grande valorização da ciência, determinada, entre outras coisas, pelo Positivismo e pela revolução pasteuriana.

Identifico assim, na Puericultura, uma espécie de capa que consiste no discurso de amor e proteção às crianças pela utilização do saber científico. Esse revestimento parece ter mudado pouco ao longo do tempo, apenas ajustando-se na forma de ser divulgado, para não deixar de convencer famílias com novas realidades, ou para incorporar novas tecnologias. Contudo, no seu interior estão contidas forças poderosas sujeitas aos interesses de segmentos sociais dominantes. Esse núcleo também muda com o tempo, por exemplo, quando o poder se desloca de uma Europa que desejava, sobretudo, aumentar suas populações, para os Estados Unidos, que quer educar as pessoas para torná-las

consumidoras de suas tecnologias. O que não parece alterar-se na Puericultura é a sua forma geral, caracterizada por um discurso oculto, emitido por quem detém o poder, e que só é revelado com o olhar crítico e cuidadoso sobre a História. Nesse sentido, tal qual um camaleão, ela é sempre a mesma, embora altere seu aspecto de acordo com as principais características do meio em que se encontra.

3) A conjugação das duas análises anteriores resultaria em algo assim: não há como abrir mão de muitas das atuais tecnologias da Puericultura, mas, ao mesmo tempo, não se pode também deixar de reconhecer que muitas dessas tecnologias podem representar interesses que não visam apenas o bem das crianças. Para dar conta dessas duas ações, aponta-se um caminho: a necessidade de pensar a Puericultura como prática, ao mesmo tempo, técnica e social.

Assim, o puericultor deve conhecer as técnicas de que dispõe, por exemplo: tipos de leite, tipos de alimentação, tipos de vacinas, formas de detecção precoce de doenças, etc. Ao mesmo tempo, já que essa tecnologia será aplicada a um plano em que se desenvolvem complexas relações sociais, ele deve buscar entendê-las. O resultado pode ser a negação de um conjunto de tecnologias que se imponham sobre as outras, sejam novidades científicas sobre conhecimentos também científicos, mas de um momento anterior, sejam normas científicas sobre saberes populares, que podem se mostrar muito úteis. Ao negar uma única Puericultura que vai se atualizando, ele reconhecerá várias puericulturas que, com sensibilidade, serão escolhidas em cada caso. Mas se persistir a idéia de que a novidade tecnológica é melhor, ao deixar de aplicá-la, ele vai sentir que está deixando de fazer o melhor, realizando assim uma puericultura do pobre. Não é isto. Quero dizer que se deve buscar a melhor puericultura para cada realidade social, o que inclui não só o poder aquisitivo, mas principalmente os desejos e intenções daquela família e, se a idade permitir captar, do próprio paciente.

4) A tomada de consciência para a realização de uma Puericultura menos positivista, parece passar necessariamente pelo conhecimento da História. Não que seja o único conhecimento que deva ser utilizado, já que mesmo o desenvolvimento dos métodos científicos próprios das ciências biológicas, como as revisões sistemáticas e os estudos controlados, podem contribuir ao reduzir um empirismo que se sujeita de maneira menos

sutil aos grandes interesses. Entretanto, sem a História, fica-se sujeito a repetir os erros do passado, entre os quais se configura essa fé de que uma ciência cada vez mais refinada representa a solução dos problemas.

A História aparece desse modo como um campo imprescindível na formação médica. Os canais pelos quais isso se dará, de forma que não seja mais uma matéria rapidamente esquecida frente outras mais reconhecidas e valorizadas pelo mercado, representa outro vasto, interessante e fundamental tema a ser pesquisado.

5) Como se daria, na prática, esta inclusão no âmbito das tecnologias, de um discurso sobre a Puericultura que leve em conta sua visão normativa e normalizadora da vida e mais, da vida privada? Esta questão já foi parcialmente respondida, quando imagino uma Puericultura com normas diferentes para cada paciente, partindo do pressuposto de que o mais moderno pode ser o melhor em muitas situações, mas, em outras, resultar em insucesso e frustrações de todos os envolvidos.

Soma-se a esta resposta, o interesse pela História, que está associado ao presente, com a leitura, além das revistas médicas, da imprensa em geral, buscando informações sobre o cotidiano e os grandes acontecimentos da nossa sociedade. Para provocar este interesse, a escola médica talvez deva ser o melhor instrumento, o que evoca um tema que passa a me despertar uma nova curiosidade: como a Puericultura deve ser ensinada, para dar conta de toda a sua complexidade, não só no papel dos currículos médicos, mas no dia a dia dos egressos dos cursos de graduação.

Também acredito que será necessário apurar a sensibilidade em captar o que as mães, os pais e as próprias crianças querem nos dizer, assim como nas mais diversas fontes relacionadas à Puericultura, como os livros de auto-ajuda, os artigos de consumo dirigidos ao mercado infantil e as diversas formas de entretenimento infantil.

Finalmente, longe da utopia de um puericultor revolucionário, que levante a população pobre contra as classes dominantes, imagino que as mudanças não se limitam ao dia de trabalho. Creio ser possível que os pediatras com maior interesse nesses assuntos se exponham mais, publiquem mais, não só em periódicos que não chegam ao pediatra

comum, mas em jornais médicos, e por que não nos grandes diários. Com um olhar atento, acredito também que consensos financiados por grandes indústrias possam ser criticados e questionados junto às sociedades de especialidades ou grupos de “experts”, que muitas vezes carecem dessa visão da prática social.

Finalizo, esperando ter contribuído para o desenvolvimento de outras abordagens calcadas no modelo da Puericultura. Abordagens que possam continuar despertando o interesse de muitos médicos pela saúde da criança, como aconteceu comigo no CMSCVL, mas sem extrapolar seu alcance, reconhecendo as suas limitações.

***4 - REFERÊNCIAS
BIBLIOGRÁFICAS***

ALCANTARA, P. Mortalidade infantil: causas e remédios de ordem sanitária. In: AGUIAR, A.; MARTINS, E.M.(Ed.) **História da pediatria brasileira**. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria/Nestlé, 1996. p. 3-48.

ALTMAN, R.Z. Brincando na história. In: PRIORE, M.D. (Org.) **História das crianças no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Ed. Contexto, 2000. p.231-58.

ARIÈS, P. **História social da criança e da família**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1986. 280p.

ARIÈS, P. A história das mentalidades. In: LE GOFF, J. **A história nova**. São Paulo: Martins Fontes, 2001. p.153-76.

BADINTER, E. **Um amor conquistado: o mito do amor materno**. Rio de Janeiro: Ed. Nova Fronteira, 1985. 370p.

BLANK, D. A puericultura hoje: um enfoque baseado em evidências. **J Pediatr**, 79 (Supl 1): 13-22, 2003.

BOLTANSKI, L. **Puericultura y moral de clase**. Barcelona: Ed. Laia, 1974. 153p.

CARAFFA, R.C. **Fundação de assistência a infância de Santo André: 1967-1987: 20 anos de experiência de um sistema de saúde voltado à área materno-infantil** – Campinas. 2001. (Dissertação – Mestrado – Universidade Estadual de Campinas).

CARDOSO, C.F.S.; BRIGNOLI, H.P. A história social. In: CARDOSO, C.F.S.; BRIGNOLI, H.P. **Os métodos da História**. 4. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1983. p.348 – 406. Biblioteca de história v.5.

CHAMBOULEYRON, R. Jesuítas e as crianças no Brasil quinhentista. In: PRIORE, M.D. (Org.) **História das crianças no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Ed. Contexto, 2000. p.55-83.

CHAUÍ, M. **O que é ideologia**. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1997.128p. Coleção primeiros passos n°13.

CRESPIN, J. **Puericultura: ciência, arte e amor**. 2. ed. São Paulo: Fundo Editorial BYK, 1996. 265p.

DANELUZZI, J.C. Programas de puericultura; uma experiência bem sucedida. In: RICCO, R.G.; DEL CIAMPO, L.A.; ALMEIDA, C.A.N. **Puericultura: princípios e práticas: atenção integral à saúde**. São Paulo: Atheneu, 2000. p.5-8.

DEMO, P. **Introdução à metodologia da ciência**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1985. 120p.

DONNANGELO, M.C.F.; PEREIRA, L. **Saúde e sociedade**. São Paulo: Livraria Duas Cidades, 1976. 124p.

DONZELOT, J. **A Polícia das famílias**. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1986. 209p.

FIGUEROA, E.P. La pediatria y la puericultura desde las sociedades primitivas hasta nuestros días. **Rev Fac Med (Caracas)**, 18 (1): 119-32, 1995.

FOUCAULT, M. O nascimento da medicina social. In: FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 16. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2001a, p.79-98.

FOUCAULT, M. A política da saúde no século XVIII. In: FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 16. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2001b, p.193-207.

FREIRE, M.M.L. **Vidas desperdiçadas – a Puericultura no discurso da OMS** - Rio de Janeiro. 1991.(Dissertação – Mestrado – Fundação Oswaldo Cruz).

GÉLIS, J. A individualização da criança. In: ARIÉS, P.; DUBY, G. (Org.). **História da vida privada : da renascença ao século das luzes**. São Paulo: Companhia das Letras, 1991, p.310-29. v.3.

GESTEIRA, M. Puericultura. In: AGUIAR, A.; MARTINS, E.M.(Ed.). **História da pediatria brasileira**. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria/Nestlé, 1996. p.69-72.

GOES, J.R.; FLORENTINO, M. Crianças escravas, crianças dos escravos. In: PRIORE, M.D. (Org.). **História das crianças no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Ed. Contexto, 2000. p.177-91.

HOBBSAWM, E.J. O século: vista aérea: olhar panorâmico. In: HOBBSAWM, E.J. **Era dos extremos: o breve século XX: 1914-1991**. 2. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1995. p.11-26.

LE GOFF, J. A história nova. In: LE GOFF, J. **A história nova**. São Paulo: Martins Fontes, 2001. p.25-64.

LE GOFF, J. Memória. In: LE GOFF, J. **História e memória**. 2. ed. Campinas: Ed. Da Unicamp, 1992b. p.423-83.

LE GOFF, J. Passado/presente. In: LE GOFF, J. **História e memória**. 2. ed. Campinas: Ed. Da Unicamp, 1992a. p.203-32.

LOYOLA, A. A cultura pueril da puericultura. **Novos Estudos Cebrap**, 2(1): 40-6, 1983.

MARCONDES, E. Ser puericultor. In: ISSLER, H.; LEONE, C.; MARCONDES, E. **Pediatria na atenção primária**. São Paulo: Sarvier, 1999. p.33-48.

MARQUES, A.N. O exercício da puericultura na atualidade brasileira. **J Pediatr (Rio J)**, 66: 33-40, 1990.

MARQUES, M.B. **Análise das limitações e possibilidades de atuação em um serviço de puericultura**, Campinas, 1976. (Tese – Doutorado – Universidade Estadual de Campinas).

MARQUES, M.B. **Discursos médicos sobre seres frágeis**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2001. 88p.

MAUAD, A.M. A vida das crianças de elite durante o Império. In: PRIORE, M.D. (Org.) **História das crianças no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Ed. Contexto, 2000. p.137-76.

MENDES, R.T. **Trabalho e doutrina: os caminhos da prática pediátrica nos centros de saúde**. Campinas, 1996.(Tese – Doutorado - Universidade Estadual de Campinas).

NORA, P. Apresentação. In: AGULHON, M.; CHAUNU, P.; DUBY, G.; GIRARDET, R.; PERROT, M.; LE GOFF, J. et al. **Ensaio de ego-história**. Rio de Janeiro: Edições 70, 1989. p.9-11.

NOVAES, H.M.D. **A puericultura em questão** - São Paulo, 1979. (Dissertação – Mestrado – Universidade de São Paulo).

ORLANDI, O.V. **Teoria e prática do amor à criança: introdução à pediatria social no Brasil**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1985. 175p.

PEREIRA, M.E.M.; GIOIA, S.C. Do feudalismo ao capitalismo: uma longa transição. In: ANDERY, M.A.; MICHELETTO, N.; SÉRIO, T.M.P.; RUBANO, D.R.; MOROZ, M.; PEREIRA, M. E. et al. **Para compreender a ciência**. São Paulo: EDUC, 1996. p.163-78

PRIORE, M.D. Apresentação. In: PRIORE, M.D. (Org.) **História das crianças no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Ed. Contexto, 2000a. p.7-17.

PRIORE, M.D. O cotidiano da criança livre no Brasil entre a Colônia e o Império. In: PRIORE, M.D. (Org.) **História das crianças no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Ed. Contexto, 2000b. p.84-106.

PUERICULTURA. In: **Novo Aurélio Século XXI – O dicionário da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

RAMOS, F.P. A história trágico-marítima das crianças nas embarcações portuguesas do século XVI. In: PRIORE, M.D. (Org.) **História das crianças no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Ed. Contexto, 2000. p. 19-54.

REA, M.F. Substitutos do leite materno: passado e presente. **Rev. Saúde públ. S. Paulo**, 24:241-9, 1990.

RIBEIRO Jr., J. **O que é positivismo**. 2. ed. São Paulo: Brasiliense, 1994. 80p. Coleção primeiros passos n° 72.

RICCO, R.G.; SANTORO, J.R.; ALMEIDA, C.A.N.; DEL CIAMPO, L.A. Atenção à saúde da criança e puericultura. In: RICCO, R.G.; DEL CIAMPO, L.A.; ALMEIDA, C.A.N. **Puericultura: princípios e práticas: atenção integral à saúde**. São Paulo: Atheneu, 2000. p.1-4.

RIVORÊDO, C.R.S.F. **Cuidar e tratar de crianças: breve história de uma prática.** Taubaté: Ed. Cabral, 1995. 130p.

RIVORÊDO, C.R.S.F. **História do presente.** Campinas, 2001 [Mimeo]. 2p.

ROCHA, J.M. Introdução à história da puericultura e pediatria no Brasil. In: AGUIAR, A.; MARTINS, E.M.(Ed.) **História da pediatria brasileira.** Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria/Nestlé, 1996. p.85-122.

ROCHA, S.M.M. **Puericultura e enfermagem.** São Paulo: Ed. Cortez, 1987. 120p.

ROSEN, G. **Uma história da saúde pública.** São Paulo/Rio de Janeiro: UNESP/HUCITEC/ABRASCO, 1994. 423p.

ROUSSEAU, J.J. **Emílio ou da educação.** 3. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1995. 586p.

SCLIAR, M. **A paixão transformada: história da medicina na literatura.** São Paulo: Companhia da Letras, 1996. 307p.

SEIDLER, E. El desarrollo de la pediatria moderna. In: ENTRALGO, P.L. **História universal de la medicina.** Barcelona: Salvat, 1974. p.203-15.

ZANOLLI, M.L. **Atenção à saúde da criança em Paulínia: um campo de prática da pediatria social.** Campinas, 1999. (Tese – Doutorado – Universidade Estadual de Campinas).

ZANOLLI, M.L.; MERHY E.E. A pediatria social e suas apostas reformistas. **Cad. Saúde Pública (Rio de Janeiro)**,17(4): 977-87, 2001.