

ANDRÉ MOTA
MARIA GABRIELA S. M. C. MARINHO
(ORGANIZADORES)

LILIA BLIMA SCHRAIBER
(ORGANIZADORA CONVIDADA)

EDUCAÇÃO, MEDICINA E SAÚDE:

TENDÊNCIAS HISTORIOGRÁFICAS
E DIMENSÕES INTERDISCIPLINARES



A ampla produção em torno da saúde e das respostas coletivas dadas indica a importância desta temática, principalmente, quando são vinculados, com maior particularidade, níveis de atenção por meio do campo da educação, ampliando a compreensão de aspectos basilares dos significados da produção de tecnologias que envolvam o cuidado e a promoção da saúde das pessoas. A obra, ora apresentada, traz como temática tal articulação, por meio de relevantes estudos das diversas áreas das Ciências Humanas e da Saúde Coletiva, indicando áreas de pesquisa e reflexão que estão sendo desenvolvidos, na articulação dos caminhos históricos do que era e do que é hoje reconhecido como central na formação de profissionais, bem como na reprodução de práticas e saberes que busquem uma concepção de integralidade do cuidado, do aprofundamento das relações inter-profissionais e intersubjetivas. Nesse sentido, a educação deixa de ser um aspecto secundário nesse diálogo, ganhando lugar, acima de tudo, de formação. A intenção é a de apresentar a experiência que preserva tal conhecimento, criando expectativas a serem cultivadas e, ao mesmo tempo, ultrapassadas pelo agir coletivo em saúde. De aliançar, nas brumas das primeiras décadas século XXI, período eclipsado de nossa civilização, a capacidade de mudança por meio da troca de conhecimentos, com o fito de capacitar homens e mulheres como modificadores de seu tempo por meio de uma concepção, sempre nova, de saúde e educação, assim como, dos lugares por onde elas podem e devem passar. Eis os desafios que o leitor encontrará nessa obra.

Os organizadores

EDUCAÇÃO, MEDICINA E SAÚDE:
tendências historiográficas
e dimensões interdisciplinares

ANDRÉ MOTA
MARIA GABRIELA S. M. C. MARINHO

(Organizadores)

LILIA BLIMA SCHRAIBER
(Organizadora convidada)

10

Coleção Medicina, Saúde & História

EDUCAÇÃO, MEDICINA E SAÚDE: tendências historiográficas e dimensões interdisciplinares

(Colaboradores)

Ariadne Lopes Ecar	Maria Isabel de Almeida
Diana Gonçalves Vidal	Marina Lemos Villardi
Eliana Goldfarb Cyrino	Marina Juliana de Oliveira Soares
Eliza Teixeira de Toledo	Marina Peduzzi
Gustavo Vargas Laprovitera Boechat	Marlene Schüssler D'Aroz
Izabel Cristina Rios	Mônica Mendes Gonçalves
Jaqueline Alcântara Marcelino da Silva	Patrícia Teixeira Tavano
Lia Vainer Schucman	Rafael Mantovani
Liane Maria Bertucci	Silvia de Ross
Lilia Blima Schraiber	Tania Stoltz
Maria Cristina da Costa Marques	Valéria Marli Leonello



UFABC

Santo André – SP
2018



COMISSÃO DE CULTURA E
EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA



© 2018 by

Prof. Dr. André Mota

Profª. Dra. Maria Gabriela Silva da Cunha Marinho

Direitos desta edição reservados à Comissão de Cultura e
Extensão Universitária da Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo - CCEx-FMUSP

Proibida a reprodução total ou parcial, por quaisquer
meios, sem autorização expressa da CCEx-FMUSP

CATALOGAÇÃO NA FONTE
SISTEMA DE BIBLIOTECAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO ABC
Responsável: Kátia Ellen Chemale CRB: 8/7720

Educação, saúde e medicina: tendências historiográficas e dimensões
interdisciplinares / Organizado por André Mota, Maria Gabriela S. M. C. Marinho
e Lilla Blima Schraiber – Santo André: UFABC, 2018.

375 p.: il. - (Medicina, saúde e história; v. 10)

ISBN: 978-85-65212-82-3

1. Medicina – Aspectos Históricos. 2. Saúde pública – Aspectos Sociais. 3.
Instituições de saúde – Brasil. 4. Saúde pública – História. 5. Educação em saúde.
I. Mota, André, org. II. Marinho, Maria Gabriela S. M. C., org. III. Schraiber, Lilla Blima,
org. IV. Série.

CDD 22 ed. – 610.981

Imagem da capa

Exibição de filme educativo no Centro de Saúde Escola do Butantan

- 1996

Acervo do Museu Histórico-FMUSP

Revisão

Michela Silva Moreira

Diagramação

Rita Motta – Ed. Tribo da Ilha, sob coordenação da Gráfica e Editora
Copiart.

Impressão

Gráfica e Editora Copiart

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Marco Antonio Zago

Reitor

Vahan Agopyan

Vice-Reitor

PRÓ-REITORIA DE CULTURA E EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA

Marcelo de Andrade Roméro

Pró-Reitor

Ana Cristina Limongi-França

Pró-reitora Adjunto de Cultura e Extensão Universitária

FACULDADE DE MEDICINA

José Otávio Costa Auler Júnior

Diretor

Tarcísio Eloy Pessoa de Barros Filho

Vice-Diretor

COMISSÃO DE CULTURA E EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA

Cyro Festa Neto

Presidente

Wilson Jacob Filho

Vice-Presidente

ASSISTÊNCIA TÉCNICA ACADÊMICA

Lucia Maria Evangelista Ferraz

Assistente Técnica Acadêmica

SERVIÇO DE CULTURA E EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA

Fábio Rogério Martins

Coordenador

Rita de Cássia Marques de Freitas

Vice-Coordenadora

MUSEU HISTÓRICO “PROF. CARLOS DA SILVA LACAZ”

André Mota

Coordenador

Gustavo Querodia Tarelou

Pesquisa/Apoio Museu

Clebson Nascimento dos Santos

Conservação

Maria das Graças Almeida Alves

Secretaria

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ABC (UFABC)

Klaus Werner Capelle

Reitor

Dácio Roberto Matheus

Vice-Reitor

EDITORA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO ABC (EduFABC)

Adriana Capuano de Oliveira

Coordenadora

Cleiton Klechen

Secretário Editorial



Prof. Carlos da Silva Lacaz
FMUSP

Museu Histórico “Prof. Carlos da Silva Lacaz” da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Av. Dr. Arnaldo, 455 – sala 4306 – Cerqueira César – São Paulo-SP –
Brasil – CEP: 01246-903

Telefone/fax: 55 11 3061-7249 – museu.historico@fm.usp.br

www.fm.usp.br/museu

Sumário

Apresentação	7

Parte 1

HISTÓRIA DAS PRÁTICAS MÉDICAS, DE SAÚDE E EDUCACIONAIS

Discussões sobre a sífilis e combate à <i>lues</i> no Paraná dos anos 1940: a hegemonia da ideia de transmissão congênita e a educação das mães nesse contexto	19

SÍLVIA DE ROSS

LIANE MARIA BERTUCCI

Uma experiência curricular na Faculdade de Medicina da USP: o Curso Experimental de Medicina	49

PATRÍCIA TEIXEIRA TAVANO

MARIA ISABEL DE ALMEIDA

Raça e racismo na formação em saúde: do conceito à práxis	79

MÔNICA MENDES GONÇALVES

MARIA CRISTINA DA COSTA MARQUES

LIA VAINER SCHUCMAN

Assistência escolar, higienismo e eugenia: as práticas de Noêmia Cruz no Grupo Escolar Rural de Butantan (1930-1940)	107

ARIADNE LOPES ECAR

DIANA GONÇALVES VIDAL

Extensão como práxis do ensino e da pesquisa na perspectiva dos direitos humanos: reflexões a partir da experiência com o ensino em medicina	129

LÍLIA BLIMA SCHRAIBER

A formação dos profissionais de saúde para a integralidade do cuidado e a prática interprofissional	141

MARINA PEDUZZI

JAQUELINE ALCÂNTARA MARCELINO DA SILVA

VALÉRIA MARLI LEONELLO

É possível, nos dias atuais, formar médicos com mais humanismo?.....	173
IZABEL CRISTINA RIOS	

O cuidado à saúde da criança na idade escolar na percepção de agentes comunitários de saúde e de profissionais de equipes de saúde da família	191
MARINA LEMOS VILLARDI	
ELIANA GOLDFARB CYRINO	

O adolescente por ele mesmo: problemas e possibilidades de superação	221
TANIA STOLTZ	
MARLENE SCHÜSSLER D'ARÓZ	

Parte 2

TENDÊNCIAS HISTORIOGRÁFICAS

Gênero e história das ciências: um panorama sobre a tendência historiográfica	251
ELIZA TEIXEIRA DE TOLEDO	

A Guerra também é aqui: Itapetininga x AIDS (1985 – 1993).....	279
GUSTAVO VARGAS LAPROVITEA BOECHAT	

A administração paulistana de saúde pública na primeira metade do século XIX.....	309
RAFAEL MANTOVANI	

A peste e as práticas médicas no período moderno entre a Europa e o Levante	345
MARINA JULIANA DE OLIVEIRA SOARES	

Sobre os autores.....	371

Apresentação

A presente coletânea trata, em seu primeiro bloco, de importante e tradicional questão histórica para o campo da Saúde: suas articulações com a Educação. De fato, nem bem se firma a Medicina como prática da modernidade, já passa a mostrar o reforço mútuo que Educação e Saúde encontraram enquanto dispositivos para a configuração das nações e do Estado moderno. E isto transparecerá em termos das políticas públicas, das organizações institucionais relativas à prática educacional e às de saúde, médica ou sanitária, ou em termos dos próprios exercícios profissionais. São essas interfaces que se quer destacar e problematizar para os leitores, certamente profissionais e pesquisadores do campo da Saúde, da Educação e da História.

Sobre o binômio Educação-Saúde diremos que não é exatamente uma novidade, em termos historiográficos. Estudos do caráter pedagógico da prática médica ocorrem desde os anos 1970. O encontro entre médico e paciente, na produção assistencial, é bem debatido já quanto a esse seu aspecto de “consulta”, isto é, de aconselhamentos e orientações. Também mostra a historiografia, que é desse fundamento pedagógico do encontro interindividual, na consulta médica, que se vale a Saúde Pública, desde os idos de 1920-1930, para construir a proposta da Educação Sanitária, ampliando os aconselhamentos e as orientações para o campo do coletivo, e, assim, para toda a população. Em seu centro está o projeto preventivista, com a noção de *prevenção*, por meio da qual a Saúde pode passar a conceber ações que se adiantem ao adoecimento.

Foi de tal monta essa especificidade educacional no arranjo das ações sanitárias, que a Educação Sanitária será considerada como a referência para o modelo de assistência no

período. Assim, a prevenção marcará o projeto sanitário dos anos 1920-1960, nucleando o trabalho profissional em torno da prática dessa educação em Saúde Pública, realizada quer no arranjo anterior de cunho campanhista, quer em novos moldes enquanto encontro clínico, no interior de novos serviços sanitários, tal como surgem os centros de saúde ou postos de saúde enquanto unidades de produção assistencial. A novidade terminará por propiciar, em futuro próximo ao período de sua emergência, até mesmo o deslocamento da formação escolar graduada do médico e de outros profissionais da saúde do hospital para o centro de saúde, o que se estruturou nas propostas de Medicina Comunitária, implantadas a partir dos anos 1960.

Complementarmente, a própria formação escolar de toda a população, foi permeada pelo sanitarismo, quando as práticas educacionais se mostraram um dispositivo técnico e político capaz de servir como ferramenta de intervenção no social desde a perspectiva da Medicina. Também mostram os estudos que, em um movimento de medicalização progressiva da sociedade, verificou-se a instalação dos programas de saúde escolar em todas as escolas primárias, implementando-se, assim, a política desenvolvimentista que viu na articulação Educação-Saúde a ferramenta privilegiada de rompimento com a pobreza e um caminho para a construção de uma nova nação.

Cabe, ainda, notar outro ângulo pelo qual a articulação entre educação e saúde constitui reforços mútuos como práticas sociais inseridas na produção e reprodução da socialidade que se estrutura como vida socialmente desigual e economicamente a serviço do capital. Diversos filósofos contemporâneos apontam que, a partir da modernidade, surgem múltiplos processos naturalizadores da vida social, fazendo com que pensemos sempre em um social destituído de história e uma socialidade destituída de caráter social e cultural: desde sempre uma forma de viver naturalmente dada para os seres humanos.

No âmbito das articulações entre Saúde e Educação, trata-se, de um lado, do fato de que, enquanto “educação escolar”, certa “consciência sanitária” será desenvolvida por via da

educação, ou seja, a Educação Sanitária introduzirá suas noções de prevenção e de Saúde Pública na socialização das crianças. Temos aqui o processo medicalizador que se naturaliza enquanto educação: por via da educação escolar como forma de socialização, passa o futuro cidadão brasileiro a introjetar a visão biomédica dos adoecimentos como a única e melhor explicação desses adoecimentos e não como uma construção específica, a biomédica, feita pela Medicina moderna e que se dá como prática técnica e social das sociedades capitalistas. Nesse sentido, ao polarizar as finalidades de sua intervenção com as necessidades socialmente geradas no modo de andar a vida que a sociedade capitalista traz, a Medicina elegerá determinadas ciências para a sua base científica, determinados problemas para sua intervenção e construirá determinadas tecnologias para sua ação reparadora (também em sentido preventivo). Portanto, nas práticas educativas, o modo de compreender os adoecimentos e as soluções decorrentes não se mostram ou são debatidos como um dada construção; são ensinadas como a própria natureza das práticas médica e sanitária.

De outro lado, enquanto prática de aconselhamento, a educação que se passa no âmbito dos serviços de saúde, não parecerá aos usuários desses serviços, bem como ao doente na consulta médica, como uma determinada e específica forma de aculturação para a vida social, seja na prevenção ou no tratamento dos adoecimentos ou na promoção da saúde. Naturalizadas essas orientações, os ensinamentos recebidos parecerão a forma natural de ser da própria Medicina, e desta, para a Saúde Pública. O tratamento, que é a marca principal da ação médica, não se explicita ao mesmo tempo como uma pedagogia, mas parece constituir apenas a técnica de recuperação.

De fato, trata-se de dois movimentos de ocultação, de invisibilização do social. De um lado, a construção simbólica da ciência e da técnica como esferas de atuação externas ao social, o que na Medicina fica muito claro, por exemplo, relativamente a desigualdades de acesso aos serviços e às tecnologias de ponta, mais caras. Consideradas essas desigualdades como

uma “perturbação” da neutralidade técnico-científica, tal perturbação é apresentada como originária de questões à margem da própria Medicina, situadas no âmbito socioeconômico que lhe seria exterior, e preferencialmente atribuídas à responsabilidade do Estado ou de seus governos. Complementarmente, porém, verificaremos uma naturalização do social, movimento em que a Medicina de fato toma o social como parte de seu objeto de conhecimento e escopo de sua intervenção, mas não o tratará como tal e sim o reduzirá a qualificações individualizadas, transformando condições de classe ou universos culturais, em comportamentos individuais: um social dessocializado, portanto. Esse é o caso das determinações socioeconômicas e das socioculturais do adoecimento, que destituídas de uma apreensão de coletivo, de social, são reduzidas a cada caso individual de adoecimento, o que é a base, ainda que não sem contradições, tanto da clínica quanto da prática sanitária. O social transforma-se em atributos pessoais, passando a ser o risco de adoecer e os impasses sociais dos cuidados, problemas e responsabilidades de cada qual.

Assim, ao revés, dar-se-á visibilidade a esse poderoso fio que conecta a Medicina à sociedade, o que esta coletânea explora e apresenta a seus leitores, buscando, por meio das mais diversas temáticas socioculturais articuladas à Saúde, apontar os processos históricos pelos quais suas questões são ao mesmo tempo medicalizadas, quando inseridas na forma naturalizada, e exteriorizadas, quando recusadas como problemáticas do âmbito da Medicina.

Essas questões aqui são trabalhadas nos vários recortes da saúde – a formação, as instituições, as políticas, as práticas profissionais. Além disso, são tratadas ao longo de diferentes momentos e contextos históricos, trabalhadas ora mais como o interno às práticas, ora como referência macrosocial para estruturação do país.

No capítulo que abre a coletânea, intitulado **Discussões sobre a sífilis e combate à lues no Paraná dos anos 1940: a hegemonia da ideia de transmissão congênita e a educação**

das mães nesse contexto, de Silvia de Ross e Liane Maria Bertucci apresentam os debates relacionados à sífilis desde a segunda metade dos Oitocentos, em que modos de transmissão e formas de tratamento são abordados, enfocando-se o debate da perspectiva de seu significado nacional nos anos 1920-1930. Ganhou destaque a polêmica envolvendo a hereditariedade e seu impacto sobre a raça, levando a graves questões de degeneração do povo brasileiro. Como resultado, desenvolve-se toda uma preocupação para com a saúde das crianças, reforçada e ganhando novas oportunidades de intervenção em meio à nascente proposta do uso da educação como recurso preventivista e de proteção ao bom desenvolvimento da nação. Passam as autoras, então, a examinar a inserção da higiene pré-natal e da puericultura como combate à sífilis no Paraná.

A seguir, no capítulo 2 – **Uma experiência curricular na Faculdade de Medicina da USP: o Curso Experimental de Medicina** –, de Patricia Teixeira Tavano e Maria Isabel de Almeida tratam de uma experiência *suis generis*, em que, entre 1968 a 1975, em uma mesma instituição, a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, são ministrados dois cursos de Medicina: um, denominado tradicional, porque estruturado no clássico perfil flexneriano que se moldou nos anos 1910-1920 as escolas médicas da Medicina Científica de base Biomédica; outro, denominado experimental, porque fundado em experiências pedagógica e curricular de outra ordem e consideradas inovadoras, no período. Examinando em detalhes essa novidade, que pensou uma específica integração horizontal e vertical das disciplinas envolvidas na formação médica, bem como postulou o ensino prático extramuros do Hospital-escola e com base na prática da Medicina Comunitária, o texto fornece ao leitor esse olhar sobre a articulação entre educação e saúde que permite conhecer os impactos na qualidade profissional em saúde geradas pelas reorientações de processos educacionais.

Na sequência, o texto **Raça e Racismo na Formação em Saúde: do Conceito à Práxis**, de Mônica Mendes Gonçalves, Maria Cristina da Costa Marques e Lia Vainer Schucman, irá

mostrar como a Saúde Pública e Medicina são áreas que participam ativamente da construção do pensamento racial no país, além de atribuírem a suas intervenções, amparadas pelo higienismo e pela eugenia, a possibilidade de regenerar um povo comprometido por natureza e cultura. Ao tratarem o adoecimento pela ótica da racialização, tomando sua população como racialmente diversa e miscigenada, também propõem soluções em tecnologias e saberes próprios das práticas médica e sanitária. E com o apoio de farto material empírico, o presente texto mostra que tal visão, dos problemas e de suas soluções, fará parte da formação graduada de seus profissionais. Mas, em consonância com o modo pelo qual todos os aspectos sociais e culturais adentram na esfera biomédica, também essa visão racialista será naturalizada e não problematizada no interior da escola médica.

Ainda dentro do âmbito da prevenção e do higienismo, igualmente com discussões acerca da eugênia, o capítulo 4 – **Assistência escolar, higienismo e eugenia: as práticas de Noêmia Cruz no Grupo Escolar Rural de Butantan (1930-1940)** –, das autoras Ariadne Lopes Ecar e Diana Gonçalves Vidal, mostra essa estreita conexão entre educação escolar e saúde. Além disso, traz uma temática diversa ao tratar das chamadas instituições auxiliares do ensino. Estas correspondiam a bibliotecas infantis, cinemas educativos, horta escolar, instituições de educação agrícola ou educação econômica, e até instituições de assistência e de ação social, tais como assistências alimentar, médica, higiênica ou associações de pais e mestres, por exemplo. Tais instituições foram tidas como importantes recursos complementares para a socialização das crianças, e o mencionado grupo escolar rural de que trata centralmente este capítulo inseriu-se nessa modalidade de ação escolar auxiliar.

Essa temática das instituições auxiliares de ensino pode ser vista, por outro ângulo, nas reflexões produzidas por Lília Blima Schraiber, no quinto capítulo da coletânea, denominado **Extensão como práxis do ensino e da pesquisa na perspectiva dos direitos humanos: reflexões a partir da experiência com**

o ensino em Medicina. Ao tratar do significado que assumem as atividades de extensão, enquanto o lócus privilegiado do ensino prático da Medicina, a autora reforça a questão de uma atividade auxiliar que termina por possuir um papel central na educação, neste caso, referente à formação médica. De modo polar ao capítulo anterior, em que o centro do reforço está na problemática da distinção e apartação, contida na questão eugênica, aqui as atividades desse “ensino extensionista”, como poderíamos reconhecer ambas as atividades das instituições auxiliares, trabalha no sentido de explicitar direitos sociais e o pensamento ampliado relativamente à Biomedicina ensinada na instituição principal, além do pensamento crítico por referência às desigualdades sociais.

Nessa mesma direção das questões críticas para as práticas de saúde, sobretudo no que diz respeito à formação profissional frente às novas questões do trabalho em saúde, situa-se o capítulo 6 – **A formação dos profissionais de saúde para a integralidade do cuidado e a prática interprofissional** –, de Marina Peduzzi, Jaqueline Alcântara Marcelino da Silva e Valeria Marli Leonello, ao tratar da educação interprofissional, movimento bastante recente que busca promover aprendizado para o trabalho em equipe e prática colaborativa centrada no usuário. Destacando princípios importantes da Saúde, sobretudo com o advento do Sistema único de Saúde, tal como um cuidado ancorado na concepção e prática da integralidade, este capítulo mostra porque isto requer que os profissionais se desloquem da ação isolada para o trabalho em equipe, contextualizando historicamente o movimento em prol da prática interprofissional, bem como as políticas educacionais brasileiras a esse respeito.

Em seguida, temos o texto: **É possível nos dias atuais formar médicos com mais humanismo?**, de autoria de Izabel Cristina Rios. Este capítulo examina e traz formas de compreensão das razões pelas quais o tecnicismo invadiu a formação escolar do médico e valorizou em sua formação características que o distanciaram progressivamente do humano

e do interpessoal em sua prática. Buscando nas raízes históricas da prática médica as mudanças tecnológicas que levaram a essa condição, o capítulo 7 nos aponta questões centrais da cultura ocupacional dos médicos e como estas são incorporadas e trabalhadas no espaço da formação escolar.

O capítulo 8 – **O cuidado à saúde da criança na idade escolar na percepção de agentes comunitários de saúde e de profissionais de equipes de saúde da família** –, de Marina Lemos Villardi e Eliana Goldfarb Cyrino, traz a pouca prioridade dada às crianças em idade escolar dentro do próprio sistema de saúde, ainda mais considerando que o trabalho na Atenção Básica e na Estratégia de Saúde da Família (ESF) possibilitam novos olhares à criança em idade escolar, visto que “[...] a considera no contexto de suas relações de vida e história social, priorizando ações de natureza educativa, preventiva ou assistencial, em parceria com as escolas, a fim de produzir práticas positivas sobre a qualidade de vida dos escolares”. Será dentro dessa perspectiva articuladora que este estudo destacará o papel das equipes de Saúde da Família, examinando suas diferentes percepções e representações acerca da vida cotidiana dos escolares, tendo como norte possíveis intervenções que aprimorem a promoção da saúde dessa criança em idade escolar.

Por fim, encerrando esta primeira parte da coletânea que reúne textos em torno ao binômio Saúde-Educação, o capítulo 9, intitulado **O adolescente por ele mesmo: problemas e possibilidades de superação**, de Tania Stoltz e Marlene Schüssler D’Aroz, compõe com o anterior uma vez que examina um grupo etário específico, neste caso o dos adolescentes, diante dos desafios que esse singular período vital traz para a saúde. Doenças sexualmente transmissíveis, gravidez, violência, abuso de drogas representam alguns desses desafios; assim, este estudo mostra quais os papéis que podem ter nesse sentido tanto a escola quanto a família.

Como essa breve apresentação dos capítulos indica, as produções representam um encontro na pluralidade, porque a

presente coletânea pretende fazer dialogar estudos com diferentes matizes e pensadores de diversas formações acadêmicas. A contribuição de mais esta obra para a historiografia da articulação Educação-Saúde está nessa multiplicidade de que tanto se alimenta a interdisciplinaridade como fundamento enriquecedor da produção científica.

Lilia Blima Schraiber,
24 de setembro de 2017.

PARTE 1

HISTÓRIA DAS PRÁTICAS MÉDICAS, DE SAÚDE E EDUCACIONAIS

Discussões sobre a sífilis e combate à *lues* no Paraná dos anos 1940: a hegemonia da ideia de transmissão congênita e a educação das mães nesse contexto

SILVIA DE ROSS

LIANE MARIA BERTUCCI

Introdução

Caracterizada pela comunidade médica como uma doença infectocontagiosa sistêmica, ou seja, como uma moléstia que pode se manifestar em todo o organismo, a sífilis ou *lues*¹ tem como agente etiológico (identificado em 1905) a bactéria *treponema pallidum*, que é transmitida tanto por via sexual quanto para o feto durante a gestação (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006, p. 116). Esse conhecimento sobre a doença foi construído paulatinamente, pelo menos desde o século XV, quando a sífilis acometeu grande número de pessoas no Ocidente, em meio aos debates a respeito das diversas explicações sobre sua origem, suas formas de propagação e tratamento. Debates que se estenderam até as primeiras décadas do século XX, pois a moléstia continuava incompreendida em muitas de suas manifestações. Mesmo com a descoberta da penicilina (no final dos anos 1920) e a utilização da substância a partir dos anos 1940 para o combate à moléstia (foi produzida no Brasil a partir

¹ *Lues* ou *Lues Venerea*. Do latim, *praga sexual*. Os termos sífilis e *lues* são utilizados como sinônimos neste texto, considerando o uso indiscriminado das duas denominações, inclusive pelos médicos.

de 1943), os debates sobre a *lues* e as formas de deter a propagação da doença continuaram.

Desde a segunda metade dos Oitocentos, ações relacionadas à sífilis apostavam que a doença seria causada por um vírus, transmitido pelas vias aéreas ou através da contaminação por meio de secreções. Esses debates, que agitavam a comunidade científica internacional (PARASCANDOLA, 2008; QUÉTEL, 1986) e perpassavam considerações dos médicos brasileiros sobre a sífilis², dividiram espaço com as discussões sobre outras duas noções: a de a *lues* ser disseminada hereditariamente e a que defendia a transmissão da doença por herança (congénita) durante a gestação, isto é, quando a mãe contaminada, em geral pelo marido, propagava a enfermidade ao filho por meio da placenta (PARASCANDOLA, 2008; QUÉTEL, 1986). Segundo Corbin (1981, p. 132), a ideia da transmissão da sífilis dos pais para os filhos já circulava desde o século XVI³ e nos séculos seguintes foram vários os médicos que consideraram essa possibilidade, entre eles Guyon-Dolis, de Blegny, Musitan e Gamier. Contudo, foi a partir dos anos 1860, com a publicação dos trabalhos de Alfred Fournier (1832-1914), que a questão da sífilis hereditária, ou heredo-sífilis, recebeu cada vez mais espaço nos debates médicos e passou a ser apontada como causa de “quase todas as más-formações, quase todas as monstruosidades [humanas]” (CORBIN, 1977, p. 249). Fournier defendia a possibilidade de haver transmissão hereditária do pai para a criança, sem que a mulher estivesse contaminada, assim como a transmissão hereditária de ambos os genitores (CARRARA, 1996, p. 63), mas não negava a possibilidade de a mãe transmitir a sífilis para a criança na forma congênita (herdada).

Os escritos de Alfred Fournier tiveram sua recepção no Brasil de forma contemporânea a sua grande difusão na

² Conforme o *Brazil-Medico*, de 1º de junho de 1900 (p. 187), entre outros.

³ Segundo Corbin (1981, p. 132), o reconhecimento dessa possibilidade foi apontado nos estudos de Paracelso (1529), Auguste Ferrier (1553), Pierre Horschard (1554) e Guillaume Rondelet (1560).

Europa⁴ e um aspecto defendido por este médico receberia atenção privilegiada por parte dos médicos brasileiros: a afirmação que a transmissão da sífilis seria responsável por parte considerável da mortalidade infantil e, portanto, seria um fator de “despopulação” (OBREGÓN, 2002).

Nas primeiras décadas do século XX, no Paraná, a noção da sífilis como moléstia hereditária circulava em jornais diários de Curitiba, a capital do estado, inclusive nas colunas de óbitos. Entre vários textos necrológicos que mencionavam a sífilis estava o do jornal *O Dia*, de outubro de 1924: “Carlos, de dois meses, natural deste Estado, [teria sido] vítima de heredo-sífilis” (1924, p. 5). No *Diário da Tarde*, de março de 1927, a informação foi da morte de Doracy, de quatro meses, que teria falecido por causa de sífilis hereditária (1927, p. 4). É impossível saber quem informava a causa das mortes que eram anunciadas ou o que os leitores entendiam por sífilis hereditária ou heredo-sífilis, mas com estas publicações os periódicos reforçavam a ideia da *lues* como uma das principais responsáveis pela morte “dos pequenos”. Haveria motivação maior para os pais se prevenirem ou realizarem tratamentos para liquidar a doença?

Essa ideia, dos terríveis resultados da transmissão da sífilis, seria reafirmada pelos médicos em artigos publicados nesses mesmos periódicos. Entre esses textos estava o do doutor João Cândido Ferreira, professor da Faculdade de Medicina do Paraná. Segundo Ferreira, no texto intitulado “A sífilis e a varonilidade da raça: o que está fazendo o estrangeiro para combatê-la”, a *lues* seria “ignorada 20 vezes em 100 homens atacados, 40 vezes em 100 mulheres contaminadas e 90 nos casos de sífilis hereditária” (O DIA, 1923a, p. 1). O médico, ao tentar convencer os leitores que a sífilis era uma doença perigosa para

⁴ As pesquisas apresentadas por Alfred Fournier seriam um dos impulsos para a criação da sifilografia (ou sifilografia), uma nova especialidade médica, que em pouco tempo se consolidou em meio às cadeiras universitárias, conferências e sociedades científicas de diversos países (QUÉTEL, 1986, p. 5-6). No Brasil, a sifilografia foi implantada a partir das últimas duas décadas dos Oitocentos (CARRARA, 1996, p. 76).

o indivíduo e para a pátria, reforçava principalmente a tese da transmissão hereditária, algo que tornaria a doença ainda mais assustadora porque, muitas vezes, a moléstia passaria “ignorada” por seus portadores. Em 1923, para alertar a população sobre os perigos da *lues*, a Seção de Propaganda do Serviço de Profilaxia Rural do Paraná enviou um artigo aos jornais diários curitibanos com o título “Um dos maiores flagelos da humanidade – defendei-vos da sífilis” (O DIA, 1923c, p. 5, 1923d, p. 5).

Assim, o termo sífilis hereditária ou heredo-sífilis foi veiculado, de diferentes maneiras, nos jornais de Curitiba: de textos escritos por médicos em linguagem para leigos, como o do doutor Ferreira, até propagandas de medicamentos, como o Depurativo Dias Amado, composto anunciado como responsável pela cura radical do menino Alberto da Silva, que teria ficado livre da sífilis hereditária em dois meses (A NOTÍCIA, 1909, p. 2), ou de produtos que não poderiam ser exatamente classificados como remédios: em 1923, Lactargyl era anunciado como contendo em sua fórmula “farinha fresca e polivitamínicos do crescimento” e prometendo curar e fortalecer as crianças contra diversas moléstias, entre as quais a “sífilis hereditária” (O DIA, 1923b, p. 2).

E, embora a maior parte dos artigos e propagandas nesses jornais diários divulgasse a ideia da *lues* como doença hereditária, nas primeiras décadas dos Novecentos um pequeno número de textos também veiculava a tese da transmissão congênita. No jornal *Diário da Tarde* foram identificadas seis publicações, entre os anos 1901-1908, com a expressão “syphilis congênita” para designar a causa do óbito de crianças (DIÁRIO DA TARDE, 1901, p. 1, 1903, p. 1, 1905, p. 2, 1906, p. 2, 1908a, p. 2, 1908b, p. 2). No *O Dia*, a referência à sífilis como uma moléstia congênita foi publicada uma vez durante a primeira metade de século XX, quando da divulgação da *Revista de Clínica Infantil e Puericultura*, em 1928 (O DIA, 1928, p. 3). Aconteceria confusão entre hereditário e herdado nessas propagandas? As duas ideias, por vezes, se fundiam? É possível. Certo é que esses jornais faziam circular aspectos do saber médico sobre

a *lues* e representações da doença que, apesar de suas nuances, estavam ancoradas em uma perspectiva médica sobre a sífilis: a da doença como um fator de degeneração da raça (CARRARA, 1996; MARQUES, 2004; STERN, [s. d.]; ROSS, 2017; BATISTA, 2015).

No início dos anos 1920, o doutor Oscar Fontenelle, por exemplo, que não concordava com a ideia da heredo-sífilis, seria enfático ao afirmar que, embora não fosse efetivamente hereditária, a sífilis era uma doença herdada e, portanto, um “poderoso fator de degeneração da raça” (ARCHIVOS PARANAENSES DE MEDICINA, 1923a, p. 112). Assim, apesar da disputa sobre a maneira da transmissão da doença à prole, havia o consenso que a doença seria uma causadora da degeneração da espécie. E foi justamente nesse período que, para Cavalcante (2003), a sífilis adquiriu o estatuto de grande ameaça à saúde pública no país. Isso porque a moléstia seria considerada pela maior parte dos médicos como uma das doenças responsáveis pela “degeneração” física e moral dos indivíduos.

A construção de relação entre sífilis e “degeneração da espécie” foi primordial para que fosse atribuído à doença um lugar de flagelo nacional, uma inimiga da nação e da raça. A conjuntura na qual se deu a construção deste lugar à sífilis esteve marcada por diversas discussões. São elas: a dos debates em torno da etiologia da doença, dos novos paradigmas científicos e tratamentos que circularam no período; da “degeneração da raça”, que ocorria no Brasil principalmente a partir do século XIX; da eugenia, ciência e movimento que ganhou força no Brasil na década de 1910; a da proclamação dos sanitaristas de que as doenças seriam o principal problema para a formação nacional e das solicitações que faziam aos governantes para a criação e centralização de políticas de saúde pública no país (BERTUCCI, 2007; LIMA; HOCHMAN, 1996; SCHWARCZ, 1993; STEPAN, 2004). No caso da *lues*, tais reivindicações reverberaram na criação de uma Inspeção de Profilaxia da Lepre e das Doenças Venéreas, no âmbito do Departamento Nacional de Saúde Pública (1920), que resultou na organização de

Dispensários Antivenéreos no Brasil. Em terras paranaenses, também foram criados Dispensários vinculados à Inspetoria, em princípio ligados ao Serviço de Profilaxia Rural (1920–1924), por meio dos quais foram desenvolvidas campanhas educativas, durante os anos 1920 e parte da década de 1930. As principais práticas educativas desenvolvidas pelos médicos no Paraná durante esse período referiam-se à regulamentação/abolição do meretrício, a continência sexual masculina, a desinfecção individual e a prevenção de “casamentos disgênicos” (ROSS, 2017). Contudo, ainda naqueles anos, o médico João de Barros Barreto, chefe do Serviço de Profilaxia Rural do Estado, publicaria um artigo na revista *Archivos Paranaenses de Medicina* (1923b, p. 388), intitulado “Serviço de Saneamento e Profilaxia do Paraná: antigos problemas, novos horizontes”, defendendo ação diretamente relacionada à mulher-mãe, como a criação de Dispensários Maternais, locais que deveriam ser criados com vistas à proteção da mulher grávida e da criança, especialmente da recém-nascida. Todavia, a proposta de Barros Barreto não se consolidou durante os anos 1920–1930.

No entanto, em meio ao movimento sociopolítico e militar que levou Getúlio Vargas ao poder e a criar o Ministério da Educação e da Saúde Pública (1930), o Departamento Nacional de Saúde Pública e suas Inspetorias também seriam impactados (HOCHMAN, 2000; 2005; FONSECA, 2005). A Inspetoria de Profilaxia da Lepre e das Doenças Venéreas, “teria suas atividades atropeladas pela mudança da condução administrativa do Departamento” (COSTA, 2007, p. 373), nesses anos que seriam marcados por debates em torno de mudanças na organização sanitária nacional. Em 1937, a reforma no Ministério da Educação e Saúde Pública, que passaria a se chamar Ministério da Educação e Saúde, empreendida sob o comando de Gustavo Capanema, determinou, segundo Hochman (2000, p. 134) “[...] rumos para a política de saúde pública, reformulando e consolidando a estrutura administrativa e adequando-a aos princípios básicos que haviam definido a política social do Estado Novo”. Entre as mudanças previstas na Lei federal nº 378 de 1937, estava

a institucionalização da Inspetoria dos Centros de Saúde, que passaria, segundo o art. 56, item c, a ser um dos órgãos centrais nas atividades sanitárias da União (BRASIL, 1937, p. 1212). A Inspetoria dos Centros de Saúde deveria exercer, conforme o art. 56, §3º, da lei nº 378, “por intermédio dos seus órgãos distritais [Centros de Saúde] e sob a feição primordialmente educativo-profilática, as atividades sanitárias relativas às doenças contagiosas [inclusive a sífilis]” (BRASIL, 1937, p. 1214)⁵.

As discussões e transformações que estiveram presentes no Brasil em períodos anteriores, a exemplo da circulação de ideias a respeito da “melhoria” da constituição física e mental do brasileiro, da saúde e da educação como vias para reabilitar um país que, na visão de muitos, estaria condenado ao atraso por conta da miscigenação e da ignorância da população, deixariam marcas nos pensamentos e nas práticas de intelectuais e políticos atuantes nas décadas posteriores (LIMA; HOCHMAN, 1996; SCHWARCZ, 1993). Todavia, sobretudo a partir dos anos 1930, os olhares gradativamente se intensificaram, no sentido de cuidar da saúde e da educação de mães e filhos. Segundo Mota e Schraiber (2009, p. 2002), ainda no Governo Provisório, “Getúlio Vargas recomendava a todos os interventores nos Estados o amparo à infância brasileira [...]”. Também a partir daqueles anos, especialmente após 1937 – no chamado Estado Novo, quando maiores investimentos foram direcionados à formação do “homem novo”, os aspectos

⁵ Ainda durante os anos 1920, parte da comunidade médica brasileira se posicionaria em defesa da reorganização sanitária tendo como modelo Centros de Saúde norte-americanos. Nesta perspectiva, os dispensários, lugares voltados ao atendimento das especialidades, seriam tornados setores integrantes de tais Centros e os indivíduos direcionados aos mesmos quando os médicos clínicos considerassem a medida pertinente. Em 1925, Geraldo Horácio de Paula Souza, a frente do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo, realizou uma reforma que previa a criação de Centros de Saúde, promoveu a instalação do Centro Modelo do Instituto de Higiene – primeiro Centro de Saúde do Brasil (FARIA, 2005, p. 1014). Para saber mais sobre a instalação dessas unidades e o sistema distrital de administração sanitária no Brasil, veja: Campos, 2007 e Faria, 2005.

relacionados à proteção da maternidade e da infância assumiram um lugar de destaque (RODRIGUES, 2013). O governo tinha em seu horizonte de expectativas a formação dos adultos, que seriam os trabalhadores daquele presente, mas, além disso, a construção das crianças como futuros trabalhadores, sadios e úteis ao progresso da nação (VIEIRA, 2003). Com esse intuito, conforme Vieira (2003, p. 4), na gestão de Vargas foram delegadas tarefas no âmbito da educação e da saúde, objetivando moldar gestos e ações, inserindo hábitos higiênicos e morais no cotidiano dos indivíduos – os cidadãos do presente e, também, do futuro.

Assim, a preocupação com a saúde das crianças, que perpassava ideias e ações em décadas anteriores, seria acentuada em meio às políticas públicas desenvolvidas durante o governo de Vargas, já que os infantes eram percebidos como as promessas de futuro – cidadãos trabalhadores – para a Pátria (MARQUES, 1994). Conforme Fonseca (1993, p. 102), no rol das preocupações com os futuros cidadãos, receberia destaque o combate à mortalidade infantil já que “[...] proteger a criança, defender seus direitos, significava por extensão resguardar a própria nação”.

Considerando que as ideias em circulação, da proteção à maternidade e à infância, receberam grande destaque nacional nos anos 1940, de que maneira essas preocupações estiveram presentes nos debates médicos e práticas educativas voltadas ao combate da sífilis no Paraná?

A inserção da “higiene pré-natal” e da puericultura nas ações de combate à sífilis no Paraná

A circulação da ideia da sífilis como causa da mortalidade infantil e da “degeneração da raça” deve ter contribuído para que o Dispensário Antivenéreo de Curitiba, “Centro de Saúde nº 1” (O DIA, 1938a, p. 7), em funcionamento nas dependências do Centro de Saúde – junto ao Hospital Oswaldo Cruz

(O ESTADO, 1936, p. 10) – ofertasse, no final dos anos 1930, a higiene pré-natal, além da educação sanitária, da profilaxia das meretrizes e do exame pré-nupcial para homens (DIÁRIO DA TARDE, 1939b, p. 1). Isso no âmbito de uma “remodelação na Saúde Pública do Estado” em que o “Centro de Saúde da Capital [centralizaria] todos os serviços sanitários do município de Curitiba” (O DIA, 1938b, p. 1). Em 1939, em meio à reforma da saúde pública promovida no Estado Novo, o Centro de Saúde e o Dispensário passariam a funcionar na sede do Departamento de Saúde Pública do Paraná, na capital do estado (DIÁRIO DA TARDE, 1939a, p. 5)⁶.

Diferentemente dos anos 1920 e de uma parte dos anos 1930, quando o atendimento era voltado especialmente para a desinfecção individual nos homens e o exame das meretrizes, em 1939 é possível identificar, além da permanência da desinfecção individual e do atendimento às prostitutas, a inserção de outros serviços de saúde na capital. A proposta defendida ainda em 1924 por João de Barros Barreto⁷ quando atuou no Serviço de Profilaxia Rural do Paraná, com vistas a criação de Dispensários Maternais para atender somente mães e crianças (ARCHIVOS PARANAENSES DE MEDICINA, 1923b, p. 388) seria efetivada no Brasil a partir do final dos anos 1930, inclusive em Curitiba, por meio dos Centros de Saúde.

Todavia, no Estado Novo, tal como afirmou Freire (2006, p. 104-109), a ênfase nas ações ligadas à saúde das crianças esteve intimamente relacionada ao ideal de nação que significava

⁶ Não por acaso este seria o Centro nº 1. Para o atendimento das demais localidades do Estado seria realizada uma “[...] divisão do interior em quatro distritos sanitários, cada qual com um Posto de Higiene, organizado de modo a existir serviço itinerante, que realmente atenda aos problemas sanitários” (O DIA, 1938, p. 1).

⁷ Entre os anos 1937-45 Barros Barreto se tornou o principal responsável pela supervisão e execução da política de saúde implementada no território nacional, acompanhando os serviços de saúde desenvolvidos no país e com poder de intervir na nomeação de cargos das secretarias estaduais, efetivando a orientação política definida pela reforma de Gustavo Capanema (FONSECA, 2000, p. 403).

os infantes como fundamentais a um futuro de progresso para o país, aspecto que contribuiu para que fossem definidos cuidados especiais voltados à saúde, mas também a educação escolar dos “pequenos” a partir de determinados valores morais e sociais.

Assim, nos anos 1940 cuidar das crianças envolvia a busca por uma prole sadia, o que contribuiu para que os médicos intensificassem, pouco a pouco, as práticas educativas voltadas para o sexo feminino, em especial às gestantes, no intuito de impedir o nascimento de crianças com sífilis. Aulas de puericultura, no âmbito do Centro de Saúde, seriam propagandeadas nos jornais com esse intuito (DIÁRIO DA TARDE, 1939c, p. 2). Procurando convencer a população da importância do serviço desenvolvido no Centro de Saúde, pelo Dispensário de Educação Sanitária e Higiene Pré-Natal, o jornal *Diário da Tarde* afirmava que o mesmo estaria “destinado a uma irradiação enorme na cidade e na população” (DIÁRIO DA TARDE, 1939b, p. 5). Ao que parece, propagandas que buscavam convencer mães à realização de cursos de puericultura no Centro de Saúde reverberariam entre os leigos e, em 1940, o mesmo jornal afirmava que cerca de 200 mães teriam procurado o local, tanto para realização de exames pré-natais quanto para exames nas crianças (DIÁRIO DA TARDE, 1940, p. 1). Não é possível saber se o número de mulheres apontado pelo jornal correspondia à efetiva procura por atendimento no Centro de Saúde. Mas, a publicação desses números – associada com afirmações de que o Dispensário de Higiene Pré-Natal proporcionaria alegria às “centenas de crianças” e também às mães, já que a higiene pré-natal e os exames evitariam muitos males – foram estratégias utilizadas no jornal para convencer a população a buscar o atendimento propagandeado (DIÁRIO DA TARDE, 1940, p. 1)⁸.

⁸ Além do serviço de Puericultura ofertado no Centro de Saúde, a campanha voltada para atenção com o cuidado da criança e a educação das mães teve desdobramentos, algumas vezes singulares, como a iniciativa do advogado e político Caio Machado, um dos proprietários do jornal *O Dia*, que resultou na organização de três Postos de Puericultura na capital paranaense nos anos

Nesse período, a preocupação com a realização de exames pré-natais nas gestantes, mas, especialmente com vistas ao combate à *lues*, seria um assunto discutido na *Primeira Conferência Nacional de Defesa contra a Sífilis* (1941). A Conferência, patrocinada por Getúlio Vargas, foi realizada em 1941, no Rio de Janeiro. Entre conclusões finais dos conferencistas⁹, figurariam a defesa de ações para “[...] minorar os malefícios trazidos pela sífilis, como causa primordial da morte prematura, de invalidez e de inferioridade física e mental” (ANAIS..., 1941, p. 526-527), entre as quais a instituição da obrigatoriedade do “tratamento padronizado da gestante luética, em qualquer período” e também a determinação de que o “tratamento antissifilítico, quando indicado, [fosse realizado] desde o período pré-concepcional” (ANAIS..., 1941, p. 526-527).

No entanto, apesar da preocupação com o combate à sífilis, considerada causa de mortalidade infantil e, também, de más-formações físicas, a prevenção e o tratamento da doença na mulher gestante ainda não eram explicitados de forma preponderante nas conclusões dos conferencistas. Das 37 resoluções da Conferência, somente duas delas enfatizavam a atenção com a mulher grávida. As demais, de uma maneira geral, apontavam a urgência em combater a *lues* solucionando o “problema da prostituição”, incentivando a educação sexual, inclusive nas forças armadas, educando para realização do exame pré-nupcial e instituindo o crime do contágio venéreo (ANAIS..., 1941, p. 526-527). No entanto, entre as resoluções da Conferência que já apontavam a importância que o acompanhamento

1940 sob a responsabilidade da Fundação *O Dia*, ligada ao jornal. Machado contou com apoio de vários curitibanos; entre eles, pode-se destacar o médico pediatra Homero Braga, professor da Faculdade de Medicina do Paraná, que também foi cronista nos periódicos *A Tarde*, *O Dia* e *Gazeta Povo* e autor de vários artigos sobre infância (RODRIGUES, 2013).

⁹ Entre os conferencistas e membros da comissão de redação das conclusões finais figuraram Joaquim Mota, Artur Moses, Luiz Aranha, H. de Moura Costa, Ernani Agrícola, O. da Silva Araújo, Nelson Hungria, Waldemiro Pires, Roberval Cordeiro de Farias, H. Cerruti, J. da Silveira Cerpa (ANAIS..., 1941).

pré-natal receberia principalmente a partir daqueles anos, foi a que determinava como obrigatória “[...] a criação de centros de tratamento da sífilis recente, nos serviços oficiais e nas organizações paraestatais ou privadas que recebam subvenção ou qualquer outro favor dos poderes públicos” (ANAIS..., 1941, p. 526). Sífilis recente, ou diagnosticada precocemente, era denominação em geral atribuída à sífilis no feto ou no bebê e deveria ser combatida tornando obrigatória a oferta de serviços de atendimento pré-natal e pós-natal nesses centros de tratamento¹⁰.

Conforme texto dos anais da *Primeira Conferência Nacional de Defesa contra a Sífilis*, as conclusões dos conferencistas deveriam servir, nas palavras do presidente da Conferência, Joaquim Pereira Motta, como diretrizes de “[...] elevada finalidade eugênica [para] um plano de defesa social contra a sífilis, obra da maior transcendência para o país e para a raça [...]” (ANAIS..., 1941, p. 541)¹¹.

Com a realização e as resoluções da *Primeira Conferência Nacional de Defesa contra a Sífilis*, é possível perceber que a ideia da transmissão da doença à prole por via congênita passaria a ser cada vez mais aceita. Embora os termos heredo-sífilis e heredo-sifilíticos ainda figurassem nos títulos de alguns trabalhos e, pontualmente, fossem incorporados em teses apresentadas¹². Nas conclusões da Conferência a ideia da sífilis

¹⁰ Em defesa dessas resoluções, os conferencistas utilizavam como estratégia retórica a noção de que “[...] a incidência da sífilis no Brasil continua, de uma maneira geral, bastante elevada [e que] as localizações da sífilis são entre nós as mais diversas [...]” (ANAIS..., 1941, p. 525).

¹¹ Em uma de suas resoluções a *Primeira Conferência Nacional de Defesa contra a Sífilis* (1941, p. 526) previa a escolha de “[...] dois delegados em cada Estado, um sifilógrafo e um sorologista, que cooperarão de acordo com a diretriz impressa nos trabalhos pela comissão central [desta Conferência]”.

¹² Na Primeira Conferência, por exemplo, o médico Henrique Tanner afirmou: “[...] o sifilítico contagiante que transmite a lues à esposa desde logo facilmente sujeita a abortos repetidos ou dando à luz filho mofino, heredo-sifilítico” (1941, p. 111). Outro médico, Leonídio Ribeira, também enfatizava, ao falar da sífilis e do exame pré-nupcial: “Se bem que a genética ainda não nos tenha facilitado o conhecimento de todos os mistérios da herança

hereditária não foi divulgada, mas a sífilis congênita continuava sendo representada como um problema nacional e percebida pelos médicos, hegemonicamente, como uma inimiga da nação brasileira. O argumento utilizado em defesa desta perspectiva e, também, como estratégia retórica para convencimento da necessidade das medidas propostas, era que a moléstia seria uma das principais responsáveis por “degenerar” a raça e causar a mortalidade infantil (ANAIIS..., 1941).

A *lues* deveria ser combatida com campanhas educativas, por meio do rádio, de impressos diários e do cinema (os diapositivos), para que as pessoas realizassem exames pré-nupciais e a desinfecção individual, considerados os principais meios para debelar a doença, mas, a ênfase nos exames da mulher grávida e o acompanhamento durante o período pré-natal e também da criança, em especial, no pós-natal, passaram a integrar o quadro das necessidades na luta contra a sífilis. Combate que deveria ser travado sob a égide do argumento – construído, pouco a pouco, desde as últimas décadas do século XIX – de que a sífilis deveria ser debelada para “aprimorar a raça” e construir a tão almejada nação brasileira; argumento que, embora difundido em décadas anteriores receberia atenção redobrada e se tornaria um dos pilares da política estadonovista.

As práticas de combate à doença desenvolvidas no Paraná já se aproximavam das posições explicitadas na maioria das resoluções da Conferência, ações que foram relatadas durante o evento no trabalho apresentado por Luiz Campos Mello, médico sanitarista do Departamento Nacional de Saúde Pública. Em seu texto, “Notas sobre a profilaxia da sífilis no Paraná”, Campos Mello afirmava que, a partir dos últimos anos da década de 1930, quando o Dispensário Antivenéreo foi integrado ao Centro de Saúde de Curitiba, eram desenvolvidos principalmente serviços voltados aos homens e as meretrizes. Mas, estas

patológica, estamos já de posse de alguns dados que nos autorizam algumas conclusões práticas capazes de permitir um prognóstico seguro, do ponto de vista hereditário em determinadas situações clínicas. Já é possível prever, com segurança, nos filhos o aparecimento desta ou daquela doença, segundo ela exista num ou em ambos os progenitores” (1941, p. 124).

atividades do Dispensário Antivenéreo teriam sido articuladas a outros serviços do Centro de Saúde, “especialmente de higiene pré-natal, de doenças transmissíveis, de visitadoras (todos serviços novos do Centro de Saúde)” (ANAIS..., 1941, p. 228-229)¹³.

Em junho de 1946, o doutor Homero Braga afirmava que, entre as principais motivações da mortalidade infantil no Paraná estaria “o contingente das chamadas causas congênicas” (REVISTA MÉDICA DO PARANÁ, 1946, p. 118). Preocupação que pode ser percebida a partir do artigo do médico Antenor Panphilo dos Santos, publicado na *Revista Médica do Paraná* afirmando que, como parte do Centro de Saúde da capital funcionariam, entre outros, os serviços de Higiene Infantil e Pré-Natal com vistas a diminuir os índices de mortalidade infantil. Entre as causas de mortalidade estaria a sífilis, e nos Postos de Puericultura, em consultórios de Higiene Pré-Natal que, das 176 gestantes novas inscritas para atendimento, 141 delas teriam sido submetidas ao Teste de Wasserman (REVISTA MÉDICA DO PARANÁ, 1949b, p. 257).

A realização do Teste de Wasserman, e da Reação de Kahn, exames sorológicos que possibilitariam identificar a presença da bactéria treponema *pallidum* no organismo dos indivíduos, ocorreria também nos grupos escolares da capital paranaense. Conforme o artigo “Aspectos da Higiene Escolar em Curitiba no ano de 1947”, escrito pelo médico, chefe do Centro de Saúde da capital em 1950, Azor de Oliveira e Cruz: “o número percentual de sangue [...] positivo para Wassermann e Kahn é de alertar para melhor campanha antissifilítica e terapêutica, com maior difusão laboratorial” (REVISTA MÉDICA DO

¹³ No período posterior a realização da Primeira Conferência, estiveram na direção do Dispensário de Doenças Venéreas de Curitiba os médicos João Carmeliano de Miranda – até 1947 (GAZETA DO POVO, 1944, p. 8; DIÁRIO DA TARDE, 1944, p. 5, 1946) e depois João Atila da Rocha, que integrou o quadro dos participantes da *Segunda Conferência Nacional de Defesa Contra a Sífilis* ocorrida no ano de 1948, em São Paulo (DIÁRIO DA TARDE, 1947, p. 4, 1949, p. 1).

PARANÁ, 1949b, p. 375). Os exames de escolares curitibanos aconteciam pelo menos desde o início dos anos 1940, quando o impresso *Diário da Tarde* (1943, p. 1) divulgava aos leitores que o exame periódico dos alunos para detectar sífilis seria realizado na própria instituição de ensino, no domicílio ou no Centro de Saúde. A opção por examinar crianças na fase escolar, afirmava o jornal, estaria relacionada ao fato de que com este exame especializado era mais fácil detectar “[...] os defeitos e vícios de desenvolvimento em tempo oportuno e ainda útil, [sendo] possível indicar e ministrar o corretivo, ganhando um futuro cidadão perfeito no físico, mais capaz de trabalhar e, portanto, mais útil à coletividade” (*DIÁRIO DA TARDE*, 1943, p. 1).

A hegemonia da ideia da transmissão congênita e a ênfase na educação da mulher gestante para prevenção e tratamento

Ao longo dos anos 1940 a expressão sífilis congênita estaria cada vez mais presente e a tese da transmissão congênita partilhada pelos doutores se tornaria, pouco a pouco, hegemônica nos debates nacionais da área médica. Em abril de 1949, na *Revista Médica do Paraná*, foi publicado o artigo intitulado “Moderno conceito do mecanismo da hereditariedade patológica”, escrito pelo professor de genética Anchises de Faria, no qual este afirmava que “[...] a sífilis, a tuberculose e todas as doenças, em suma, causadas por microrganismos de modo geral não são hereditárias, porque esses microrganismos não fazem parte do genótipo do indivíduo” (*REVISTA MÉDICA DO PARANÁ*, 1949a, p. 149).

Também em 1949 outro texto divulgado na mesma revista, sob o título “Natimortalidade e sífilis”, veiculava ideias do médico Biase Faraco – chefe dos Serviços de combate a Sífilis do Centro de Saúde de Florianópolis, em Santa Catarina – afirmando que “os treponemas [poderiam] ser encontrados no

organismo em formação, a partir do 4º mês” (REVISTA MÉDICA DO PARANÁ, 1949b, p. 354). Aspecto que, em 1953, seria ressaltado por José de Araújo, aluno que atuava no Berçário da Clínica Obstétrica e Puericultura Neonatal da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, na *Revista de Medicina* – órgão do Centro Acadêmico Oswaldo Cruz, ao afirmar que “[...] o conceito de sífilis congênita precoce está definitivamente estabelecido, em detrimento da sífilis hereditária, que não mais se admite [...]” (REVISTA DE MEDICINA, 1953, p. 248-252).

A expressão sífilis congênita, assim como a tentativa de explicitar para os leigos, esta tese médica circulou em jornais diários paranaenses a partir do dos anos 1950. No *Diário da Tarde* de dezembro de 1951, a matéria intitulada “A Sífilis e suas consequências”, escrita por A. Rocha, pode ter sido a pioneira, no Paraná, em procurar explicar com linguagem acessível aos não médicos o que era *lues* congênita e efetivamente distinguindo-a da hereditária:

ESPÉCIE DE CONTÁGIO DA SÍFILIS

Temos duas: a ADQUIRIDA pelo contato com a pessoa ou objeto infectado e a CONGÊNITA, que é transmitida da mãe para o filho, por intermédio da placenta. Antigamente, dava-se a essa espécie o nome de sífilis hereditária, hoje, porém, diz-se congênita, isso porque não é transmitida diretamente do pai para o filho na vida fetal, mas sim, da mãe, por meio da via placentária. (DIÁRIO DA TARDE, 1951, p. 5, destaques no original).

A preocupação com a mortalidade infantil, bem como a gradativa consolidação da ideia de que a sífilis não seria uma doença transmitida hereditariamente do pai para a prole, mas congenitamente da mulher para a criança, através do sangue, por meio da placenta e durante a gestação, deve ter contribuído para que o tema geral da *Segunda Conferência Nacional de Defesa Contra a Sífilis* fosse definido como “A Sífilis Congênita” (ANAIS..., 1948, p. 2).

Ocorrida entre os dias 25 e 28 de janeiro de 1948, na cidade de São Paulo, a Segunda Conferência foi patrocinada por diversas instituições¹⁴ do país, públicas e privadas, e pretendia discutir “a campanha contra a mais terrível das moléstias venéreas” (ANAIS..., 1948, p. 3). Os organizadores apontaram que a escolha por uma única temática para a Segunda Conferência estaria relacionada às discussões realizadas “pela fina flor dos nossos estudiosos da sífilis e dos seus problemas sociais” que

[...] [teriam] examinado e, minuciosamente investigado outro ângulo, talvez o mais importante, sob o aspecto demográfico e social, isto é, o da sua transmissão ao produto concepcional com os consequentes danos, muitas vezes irreparáveis, acarretados pela moléstia, na maioria dos casos, ao indivíduo e a coletividade. (ANAIS..., 1948, p. 3).

Semanas depois do encerramento da *Segunda Conferência Nacional de Defesa Contra a Sífilis*, suas conclusões finais foram transcritas integralmente na Revista Médica do Paraná (ANAIS..., 1948, p. 96) com o objetivo, segundo os editores do periódico, de “lhes dar maior difusão, colaborando assim com a comissão executiva do conclave”. Entre as discussões realizadas e divulgadas na revista, figuraram as resoluções em defesa

¹⁴ Diferentemente da Primeira Conferência, patrocinada exclusivamente pelo governo de Getúlio Vargas, a Segunda Conferência, contou com mais de 30 patrocinadores, entre os quais: o Diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública; o Diretor do Departamento Nacional da Criança; o Diretor da Fundação Gaffrée-Guinle; o Presidente da Academia Nacional de Medicina, Presidentes da Sociedade Brasileira de Dermatologia e das Sociedades filiadas de São Paulo, Minas Gerais, Bahia, Rio Grande do Sul e Pernambuco e Professores Catedráticos de Clínica Dermatológica, Sifilográfica, Pediátrica e Obstétrica das Faculdades e Escolas médicas do país. Também estiveram presentes na Segunda Conferência, como “presidentes de honra”, o Presidente da República Eurico Gaspar Dutra; o Governador do Estado de São Paulo; o Ministro da Educação e Saúde; o Presidente da Primeira Conferência Nacional de Defesa contra a Sífilis, o médico Joaquim Pereira Motta (ANAIS..., 1948, p. 5).

da “[...] urgência da organização em equipe dos diversos técnicos responsáveis pela questão diagnóstica da sífilis congênita (obstetras, pediatras, sifilógrafos, radiologistas e patologistas)” (REVISTA MÉDICA DO PARANÁ, 1948, p. 96), bem como as afirmações em torno da “[...] conveniência de aparelhar os serviços atinentes a esta questão (Centros de Saúde, Postos de Puericultura, creches, orfanatos, asilos infantis, ambulatórios de pediatria, preventórios) [...]” (REVISTA MÉDICA DO PARANÁ, 1948, p. 96).

Além disso, corroborando com as posições definidas na Segunda Conferência, um artigo da revista Médica do Paraná (1948, p. 97), em nome dos “médicos do Paraná”, apresentava resoluções em defesa da “grande importância da *lues* em puericultura [e do] puericultor fazer sistematicamente a investigação da *lues* para estabelecimento tão precoce quanto possível do diagnóstico e tratamento [por meio de] todos os recursos de diagnóstico que se dispõe”. Seria necessário, portanto, realizar o diagnóstico da sífilis nos pais (homens e mulheres), mas alertavam que este não poderia “prevalecer sobre um diagnóstico negativo do filho” (REVISTA MÉDICA DO PARANÁ, 1948, p. 97).

Para os que defendiam a sífilis como moléstia hereditária durante os anos 1920-1930, os “antecedentes hereditários”, tanto do pai quanto da mãe, seriam imprescindíveis para realização de um diagnóstico na prole. Ao final dos anos 1940, os médicos ainda avaliavam como importante ter dados sobre o pai, mas “[...] a informação sobre suspeita ou prova da sífilis materna é [que seria] indispensável à conduta de diagnóstico no filho” (REVISTA MÉDICA DO PARANÁ, 1948, p. 97).

Segundo as conclusões da *Segunda Conferência de Defesa Contra a Sífilis*, em circulação na Revista Médica do Paraná (1948, p. 97), a posição prevalente era que: “[...] as crianças nascidas de mães suspeitas ou infectadas, submetidas ou não a tratamento, devem ser mantidas sob vigilância até prova de estarem ou não infectadas”. Afirmando que o fator para que as crianças tivessem sífilis congênita seria o contágio por meio da mãe sifilítica, os médicos publicavam:

A frequência da sífilis congênita depende, em última instância, dos três seguintes fatores:

- 1º Da frequência da sífilis na gestante;
 - 2º Da percentagem e correção com que as gestantes sífilíticas recebem tratamento pré-natal;
 - 3º Da proporção de filhos vivos nascidos das mulheres sífilíticas não tratadas e insuficientemente tratadas.
- (REVISTA MÉDICA DO PARANÁ, 1948, p. 97).

Segundo divulgação na Revista Médica do Paraná (1948, p. 97), na dúvida se a mãe teria ou não sífilis e se teria ou não realizado tratamento, “todas as crianças ao nascer devem ser submetidas à rotina de diagnóstico de sífilis congênita”. Essa prática, conforme as conclusões da *Segunda Conferência Nacional de Defesa Contra a Sífilis*, mas também na visão dos médicos puericultores Affonso Gardini e Nelson Jardim, do Departamento Nacional da Criança, deveria ser implementada em todos os postos de Higiene Pré-Natal e Infantil do país. Nesses locais as gestantes seriam “fichadas” e, em tais fichas, entre os aspectos contemplados estariam os “antecedentes pessoais” com indagações a respeito “das doenças anteriores, especialmente sífilis”. Entre os diversos exames que seriam realizados, estavam os das “reações sorológicas e sinais clínicos de sífilis” (REVISTA MÉDICA DO PARANÁ, 1949b, p. 290). Os postos de Higiene Pré-Natal e Infantil teriam “[...] uma finalidade assistencial preventiva e outra educacional, por meio de conselhos e noções de puericultura às mães [...]” (REVISTA MÉDICA DO PARANÁ, 1949b, p. 289).

Considerando que as resoluções da *Segunda Conferência Nacional de Defesa Contra a Sífilis* indicavam a dominância da noção da doença como uma enfermidade congênita e que, portanto, não seria transmitida do pai para a criança, mas da mãe ao filho durante a gestação, os médicos intensificariam a defesa da educação da mulher grávida e seu atendimento no pré-natal usando o argumento da alta mortalidade infantil devido à sífilis.

No Paraná, o doutor Emílio de Leão de Mattos Sounis defendia a realização sistemática do Teste de Wasserman como uma medida necessária para o tratamento da mulher gestante: “[...] as gestantes com R.W positiva abortam com frequência e quando se dá a fixação do ovo o futuro ser é um condenado a trazer no mundo os estigmas evidentes de uma *lues* congênita”. E prosseguia: “[...] em mais de trinta % dos natimortos, a sífilis figura como responsável, conforme nossas observações”. O médico também defendia que qualquer sintoma apresentado pelo recém-nascido, inclusive alimentar, poderia ser decorrente da sífilis e, embora o tratamento e a educação voltados para as gestantes fossem necessários para combater várias enfermidades que concorriam para a mortalidade infantil (como a diarreia), essa prática educativa não seria suficiente para acabar com o “perigo congênito” (REVISTA MÉDICA DO PARANÁ, 1949b, p. 346).

O doutor afirmava que seriam necessárias outras armas na luta contra a sífilis congênita, tal como o exame pré-nupcial (REVISTA MÉDICA DO PARANÁ, 1949b, p. 346). No entanto, mesmo defendendo este exame que tantas discussões motivaram nos anos 1940 e em décadas anteriores, Sounis não utilizou como argumento a boa constituição da raça ou seu aperfeiçoamento eugênico. Conforme ressaltou Mota (2012, p. 241), no pós-Segunda Guerra Mundial a eugenia “[...] teria sido enterrada como um dispositivo a ser execrado e suas teorias tidas como cientificamente falsas e sem mais nenhuma vinculação com os novos tempos [...]”. Mas, segundo este historiador, embora perdendo seu *status* e base científica, a utilização de proposições de cunho eugênico permaneceu significativa no pensamento brasileiro, principalmente entre os médicos (MOTA, 2012, p. 241-242)¹⁵.

¹⁵ Importante lembrar que no contexto do pós-Guerra a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco) realizou, entre 1949 e 1951, debates científicos sobre o conceito de raça, na tentativa de fazer avançar uma agenda contra o racismo. Foram produzidas duas declarações sobre esta questão, em 1950 e 1951. No entanto, conforme escreveram Maio e

Foi nesse contexto de alguma divergência, mas cada vez maior concordância sobre a tese congênita de transmissão da *lues* que, para comemorar o Dia Antivenéreo, celebrado pela comunidade médica em 22 de setembro¹⁶, o médico José Iria D'Abbadia realizou palestra na Rádio Clube Paranaense abordando a sífilis. Dois dias depois, o jornal *Diário da Tarde* (1948, p. 2), reproduziu as considerações do médico, dentre as quais afirmava: “[...] No caso da sífilis, o mal em sua fúria transmissora percorrerá célebre, a via placentária, atingindo o ente querido em sua vida fetal [...]” (DIÁRIO DA TARDE, 1948, p. 2).

Difundindo a tese que a doença poderia ser transmitida para a prole congenitamente, D'Abbadia defendia a educação para combater a doença. O médico tinha como alvo “a juventude” e não se furtava de utilizar expressões como “ação das leis”, “fiscalização” e “progresso racial” para motivar seus ouvintes, denotando a permanência de noções eugênicas em sua argumentação. Difundidas pelas ondas do rádio e também por um impresso diário, essas palavras reverberavam entre a população, em um primeiro momento aquela letrada e com condições econômicas para comprar um rádio ou o jornal – entretanto, o universo populacional que ouvia a transmissão realizada pelo rádio ou os comentários sobre um artigo de jornal era muito mais amplo (DIÁRIO DA TARDE, 1948, p. 2).

Anos depois, em 1954, artigo anônimo intitulado “Se V. não sabe aprenda – Sífilis”, publicado no *Diário da Tarde*, com seu título impositivo, afirmava:

Santos (2010, p. 156), desde os primeiros encontros, “[...] as tendências progressistas dos participantes da discussão acerca do conceito de raça não foram suficientes para produzir um discurso consensual radicalmente antideterminista ao longo da reunião sob a chancela da Unesco”.

¹⁶ O Dia Antivenéreo foi instituído nacionalmente, em 1947, entre os membros da Liga Brasileira de Higiene Mental e o Círculo Brasileiro de Educação Sexual, que apelavam para neste dia toda comunidade médica do país, em todos os povoados, vilas e cidades, por meio da imprensa, cooperassem com a “causa antivenérea” (O DIA, 1947, p. 2).

A sífilis não é somente causa de morte, mas de sofrimento. [...] Mas o pior é que sejam pessoas inocentes, desprevenidas que venham a ser as maiores vítimas da doença: os filhos dos sífilíticos. Desde o aborto, a natimortalidade, a debilidade, a debilidade congênita, orgânica e mental até estigmas, sinais de degenerescências.

[Aos] noivos, aos que pretendem constituir família – nunca é demais insistir nesse ponto – uma grande responsabilidade na transmissão da sífilis congênita [...] Todo candidato ao casamento, homem ou mulher, principalmente mulher [...] Porque, no homem a própria sífilis adquirida deixa de ser transmissível depois de certo tempo e independentemente de tratamento médico [...] Mas a mulher não: a sífilis materna é quase sempre transmissível ao filho, ainda que se trate de sífilis congênita [...]. Com recursos de que dispõe a medicina moderna, capaz de jugular rápida e seguramente a infecção sífilítica, se não foi possível evita-la, só os inocentes e os ignorantes, se expõem as suas consequências e, o que é mais grave, cometem o erro imperdoável de lega-la á sua descendência. (DIÁRIO DA TARDE, 1954, p. 5).

Depois de fazer um breve arrolar das nefastas consequências pessoais que a sífilis poderia trazer aos seus portadores, o autor do texto procurava convencer os leitores do periódico que haveria algo ainda pior: as vítimas inocentes desta terrível moléstia, “os filhos dos sífilíticos”. Mas, neste texto, que alertava sobre a responsabilidade de homens e mulheres realizarem exames com o intuito de prevenir a transmissão à prole de “sinais de degenerescências” (que aqui não estão relacionadas à questão racial), é possível perceber como nos debates médicos em meados dos anos 1950, à mulher gestante era conferido o principal papel na transmissão da sífilis congênita.

Mesmo com a descoberta da eficácia da penicilina no tratamento da *lues*, em 1943, e o seu emprego na sífilis congênita, os médicos não deixaram de defender, tal como na 2ª Jornada Brasileira de Puericultura e Pediatria, ocorrida em Curitiba em

outubro de 1948, o incentivo a “[...] obras médico higiênicas de Proteção à Maternidade e campanha educativa neste sentido” (REVISTA MÉDICA DO PARANÁ, 1949b, p. 378). Afinal, pelo menos uma coisa era certa entre os médicos no final dos anos 1940: a penicilina não era “milagrosa” (ROSS, 2017). A nova droga não seria capaz de evitar, sem um tratamento indicado por um médico e seguido corretamente pelo paciente, os terríveis desdobramentos da sífilis no organismo dos indivíduos; tampouco conseguiria restaurar a saúde dos nascidos com má-formações causadas pela sífilis congênita já que, embora combatesse a *treponema*, não restituiria a saúde em locais nos quais a bactéria já tivesse destruído órgãos e tecidos. Assim, embora tivesse fornecido meios para tratar a sífilis de maneira mais eficaz, o uso da penicilina, mesmo prescrito e acompanhado pelo médico, não poderia prescindir de uma educação para evitar a doença ou os seus nefastos desdobramentos.

Considerações finais

Pelo menos até 1950, a sífilis continuou, especialmente em sua forma congênita, como uma preocupação central dos médicos o que concorreu, conforme observado no Paraná, para que os médicos enfatizassem a necessidade da educação das mulheres, especialmente as grávidas, para que fizessem exames e, se necessário, realizassem o tratamento gestacional com o objetivo de evitar o nascimento de bebês com a doença.

Mas, se no início dos anos 1950 circulava a ideia da responsabilidade primordial da mulher gestante como meio de combater a *lues*, a esta noção foi conjugada a constatação que “[...] a sífilis está hoje difundida em todas as partes do mundo. A própria condição social não é fator de menor incidência, salvo quando ela se associa a educação sanitária” (DIÁRIO DA TARDE, 1954, p. 5).

Neste sentido, em meados do século XX, mesmo enfatizando a educação da mulher com o intuito de prevenir a

transmissão por via congênita à prole e com a descoberta da eficácia da penicilina no tratamento da doença, a sífilis continuou sendo considerada pelos médicos como um mal que poderia acometer a todos e, por isso, a responsabilidade pelo seu combate deveria ser de todas as pessoas: de qualquer indivíduo que contraísse ou transmitisse a doença por falta de cuidados, das pessoas que não procurassem tratamento orientado pelos médicos, dos pais que não alertassem seus filhos para prevenção e possibilidades de tratamento da doença, da mulher infectada que transmitisse a *lues* para a criança, ou do homem sifilítico que, ao contaminar a mulher, contribuiria para infectar a descendência. A educação continuava como a principal forma de liquidar a doença.

Referências

A NOTÍCIA. [s. l.], 4 abr. 1909, p. 2.

ANAIS DA PRIMEIRA CONFERÊNCIA NACIONAL DE DEFESA CONTRA A SÍFILIS. 2 vol. Rio de Janeiro: Impr. Nacional, 1941.

ANAIS DA SEGUNDA CONFERÊNCIA NACIONAL DE DEFESA CONTRA A SÍFILIS. São Paulo, 1948.

ARCHIVOS PARANAENSES DE MEDICINA, Curitiba, p. 112, out./nov. 1923a.

_____. p. 388, dez. 1923b.

AVELLEIRA; J. C; BOTTINO, G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, v. 81, n. 2, p. 111-126, 2006.

BATISTA, R. dos S. *Como se saneia a Bahia: a sífilis e um projeto político sanitário nacional em tempos de federalismo*. 2015. 231 f. Tese (Doutorado em História) – Programa de

Pós-Graduação em História, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015.

BERTUCCI, L. M. Forjar o povo, construir a nação: ciência médica e saúde pública no Brasil. In: CARBÓ, R. *et al.* (Coord.) *La integración del territorio en una idea de Estado, México y Brasil, 1821-1946*. Ciudad de México: IG/UNAM; Instituto Mora, 2007. p. 141-161.

BRASIL. Lei nº 378, 13 de janeiro de 1937. Dá nova organização ao Ministério da Educação e Saúde Pública. *Diário Oficial da União*, Seção 1, 15 jan. 1937, p. 1210 (Publicação Original). Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1930-1939/lei-378-13-janeiro-1937-398059-publicacaooriginal-1-pl.html>>. Acesso em: 10 ago. 2016.

BRAZIL-MEDICO, 1º de junho de 1900, p. 187.

CAMPOS, C. E. A. As origens da rede de serviços de atenção básica no Brasil: o Sistema Distrital de Administração Sanitária. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 877-906, jul./set. 2007.

CARRARA, S. *Tributo a Vênus: A luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

CAVALCANTE, E. D. de A. *A sífilis em Cuiabá: saber médico, profilaxia e discurso moral (1870-1890)*. 2003. 168 f. Dissertação (Mestrado em História) – Programa de Pós-Graduação em História, Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, 2003.

CORBIN, A. L'heredossyphilis ou l'impossible redemption. Contribution à l'histoire de l'hérédité morbide. *Romantisme*, v. 11, n. 31, p. 131-50. 1981.

COSTA, D. F. A. C da. *Entre ideias e ações: lepra, medicina e políticas públicas de saúde no Brasil (1894-1934)*. 2007. 410 f. Tese (Doutorado em História) – Programa de Pós-Graduação em História, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2007.

DIÁRIO DA TARDE. Curitiba, 16 dez. 1901, p. 1.

_____. Curitiba, 3 dez. 1903, p. 1.

_____. Curitiba, 3 mar. 1905, p. 2.

_____. Curitiba, 17 fev. 1906, p. 2.

_____. Curitiba, 5 jun. 1908a, p. 2.

_____. Curitiba, 9 jun. 1908b, p. 2.

_____. Curitiba, 22 maio 1939a, p. 5.

_____. Curitiba, 23 maio 1939b, p. 1-5.

_____. Curitiba, 12 out. 1939c, p. 2.

_____. Curitiba, 26 dez. 1940, p. 1.

_____. Curitiba, 2 dez. 1943, p. 1.

_____. Curitiba, 9 mar. 1944, p. 5.

_____. Curitiba, 10 jan. 1946.

_____. Curitiba, 18 set. 1947, p. 4.

_____. Curitiba, 24 set. 1948, p. 2.

_____. Curitiba, 7 jan. 1949, p. 1.

_____. Curitiba, 3 dez. 1951, p. 5.

_____. Curitiba, 25 jan. 1954, p. 5.

FONSECA, C. M. O. *A Saúde da Criança na Política Social do Primeiro Governo Vargas*. 1993. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/phsys/v3n2/04.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2016.

FREIRE, M. M. de L. *Mulheres, mães e médicos: discurso maternalista em revistas femininas (Rio de Janeiro e São Paulo, na década de 20)*. 2006. 336 f. Tese (Doutorado em História das

Ciências e da Saúde) – Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2006.

GAZETA DO POVO. Curitiba, 7 out. 1944.

HOCHMAN, G. A saúde pública em tempos de Capanema: continuidades e inovações In: GOMES, A. de C. (Org.). *Capanema: o ministro e seu ministério*. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2000. p. 133-139.

HOCHMAN, G. Reformas, instituições e políticas de saúde no Brasil (1930-1945). *Educar*, Curitiba, n. 25, p. 127-141, 2005.

LIMA, N.; HOCHMAN, G. Condenado pela raça, absolvido pela medicina: o Brasil descoberto pelo movimento sanitário da Primeira República. In: MAIO, M. C.; SANTOS, R. V. (Org.). *Raça, ciência e sociedade*. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz, 1996. p. 23-40.

MAIO, M. C.; SANTOS, R. V. Cientificismo e antirracismo no Pós-2ª Guerra Mundial: uma análise das primeiras Declarações sobre Raça da Unesco. In: _____.; _____. (Org.). *Raça como questão: história, ciência e identidades no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010. p. 145-170.

MARQUES, V. R. B. A espécie em risco: Sífilis em Curitiba nos anos 1920. In: NASCIMENTO, D. R. do; CARVALHO, D. M. de. (Org.). *Uma história brasileira das doenças*. Brasília: Ed. Paralelo, 2004. p. 285-294.

MARQUES, V. R. B. *A medicalização da raça: médicos, educadores e discurso eugênico*. Campinas: Editora da Unicamp, 1994.

MOTA, A. Quem tem medo da eugenia? Permanências discursivas de uma prática inacabada. In: MONTEIRO, Y. N; CARNEIRO, M. L. T. (Org.). *As doenças e os medos sociais*. São Paulo: Fasp/Unifesp, 2012. p. 219-249.

MOTA, A.; SCHRAIBER, L. B. A infância da gente paulista: eugenia e discurso médico nos anos de 1930-1940. In: _____.; _____. (Org.). *Infância e saúde: perspectivas históricas*. São Paulo: Hucitec; Fapesp, 2009. p. 194-233.

O DIA. Curitiba, 11 jun. 1923a, p. 1.

_____. Curitiba, 11 set. 1923b, p. 1.

_____. Curitiba, 20 set. 1923c, p. 2.

_____. Curitiba, 19 dez. 1923d, p. 5.

_____. Curitiba, 21 dez. 1923e, p. 5.

_____. Curitiba, 5 out. 1924, p. 5.

_____. Curitiba, 1 abr. 1928, p. 3.

_____. Curitiba, 5 jan. 1938a, p. 7.

_____. Curitiba, 14 jan. 1938b, p. 1.

O ESTADO. Curitiba, 25 dez. 1936.

OBREGÓN, D. Médicos, prostitución y enfermedades venéreas en Colombia (1886-1951). *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 9 supl., p. 161-186, 2002.

PARASCANDOLA, J. *Sex, sin and science: a history of syphilis in America*. Santa Barbara, USA: Praeger Publishers, 2008.

QUÉTEL, C. *Le mal de Naples – histoire de la syphilis*. Paris: Seguers, 1986.

REVISTA DE MEDICINA. 1916-1950. Disponível em: <<http://www.obrasraras.usp.br>>. Acesso em: 10 maio 2015.

_____. São Paulo, v. 37, n. 208, p. 248-252, 1953.

REVISTA MÉDICA DO PARANÁ. Curitiba, jun. 1946, p. 118.

_____. Curitiba, mar./abr. 1948, p. 96-97.

_____. Curitiba, mar./abr. 1949a, p. 149.

_____. Curitiba, jul./ago. 1949b, p. 257-378.

RODRIGUES, J. dos S. *Postos de puericultura – Fundação O Dia: educação das mães, saúde dos filhos* (Curitiba 1940-1942). 2013. 165 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2013.

ROSS, S. *Sífilis, o mal de todos: tema médico-científico nacional. Discussões e práticas educativas no Paraná na primeira metade do século XX*. 2017. 253 f. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2017.

SCHWARCZ, L. M. *O espetáculo das raças. Cientistas, instituições e questão racial no Brasil, 1870-1930*. São Paulo: Companhia das Letras, 1993.

STEPAN, N. L. Eugenia no Brasil, 1917-1940. In: HOCHMAN, G.; ARMUS, D. (Org.) *Cuidar, controlar, curar*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2004. p. 331-391.

STERN, I. *Educação sexual, a campanha anti-venérea – Curitiba – 1920-1923*. Online [s. d.]. Disponível em: <http://alb.com.br/arquivo-morto/edicoes_anteriores/anais14/Cse08.html>. Acesso em 20/10/2013.

VIEIRA, G. F. *A Ação do Departamento Nacional da Criança Estado Novo: Educação, Saúde e Assistência*. 2003. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2003.

Uma experiência curricular na Faculdade de Medicina da USP: o Curso Experimental de Medicina

PATRÍCIA TEIXEIRA TAVANO
MARIA ISABEL DE ALMEIDA

Introdução

No panorama convencional da Educação Médica, a concepção biomédica de pensamento e ação se alia à lógica tradicional de pensar/fazer educação e se reflete em uma organização disciplinar dos currículos tornando-se modelos que se naturalizaram para a formação dos profissionais médicos (OLIVEIRA; KOIFMANN, 2004; SILVA, 2004; FEUERWERKER, 2002; LAMPERT, 2002; ALMEIDA, 2001).

A concepção biomédica vincula, estreitamente, o fazer médico à prática clínica de coleta de sintomas e busca de intervenções sobre esses sintomas, no sentido de eliminar o processo de falha do sistema corporal humano, carecendo do emprego de todas as tecnologias diagnósticas e de conhecimento aprimorado para a análise dos dados gerados, limitando a capacidade de compreensão do ser humano como um indivíduo, que possui matizes sociais, psicológicas, emocionais, e reduzindo-o a uma entidade biológica (CUTOLO, 2006; KOIFMAN, 2001; CAMARGO JR, 1997). Esta é a forma de pensar e agir naturalizada na modernidade, e que embasa as propostas curriculares para os cursos de medicina, cursos estes que estruturam os conhecimentos necessários para sua formação em conteúdos delimitados pelo espaço hierárquico das disciplinas desde finais

do século XIX, quando se disseminou a proposta de educação em massa, substituindo o ensino geral por um ensino de especialidades fragmentado com predefinições globais sobre o quê ensinar (GOODSON, 2008).

A Faculdade de Medicina da USP (FMUSP), enquanto exemplo de formação médica, alinhava seu curso a esta proposição biomédica, hospitalocêntrica, tecnológica, especializada (TAVANO, 2015); entretanto, assim como em outros países, a década de 1960 aprofundou os debates acerca desta formação oferecida, que fragmentava o ensino e o atendimento, e transformava os indivíduos em portadores de doenças a serem eliminadas. Dentro da FMUSP um movimento de proposição de revisão curricular avançou e diversos catedráticos e assistentes participaram destas discussões, mas o núcleo duro era formado por Antônio de Barros Ulhôa Cintra, Alípio Correa Neto, Isaias Raw, Alberto Carvalho da Silva, Eduardo Marcondes e Guilherme Rodrigues da Silva (MACHADO, 2012). As discussões ganharam força a partir de 1964, para em 1966 ser apresentado à Congregação da Faculdade a proposta de criação de um novo curso¹, chamado Curso Experimental de Medicina.

O Curso Experimental de Medicina (CEM) formou oito turmas entre os anos de 1968 e 1975, e implicou uma situação *sui generis* no campo do currículo médico, pois foi oferecido concomitante ao outro curso de formação médica da FMUSP, que passou a ser designado Curso Tradicional de Medicina. Um curso não substituiu o outro, um curso não retirou o outro. Ao contrário, estabeleceu-se uma coexistência ímpar, visto que duas concepções de educação, de profissionalidade e de currículo foram levadas ao convívio e experimentalismo, dividindo alguns espaços e professores.

Porquanto o currículo seja um produto “[...] implicado em relações de poder [que] transmite visões sociais particulares e interessadas, [e] produz identidades individuais e sociais”

¹ Cf. Ata da Congregação da FMUSP de 17 de novembro de 1966, v. 7, p. 161v.

(MOREIRA; SILVA, 2011, p. 14), o oferecimento de dois cursos médicos em um mesmo espaço-tempo institucional acirra as disputas pelos territórios curriculares, em constante tentativa de demonstrar a superioridade de um em relação ao outro e de cooptar maior quantidade de defensores através do processo de aculturação e construção das identidades que os currículos operam. Por isso a situação é *sui generis*, porque currículos são territórios de poder e não planejam dividir seus territórios, mas sim ampliá-los e consolidá-los.

A oportunidade para proposição do CEM à Faculdade de Medicina é encontrada no cruzamento de duas demandas políticas importantes da década de 1960: a crise dos excedentes (BRAGHINI, 2014; CUNHA, 2007), gerando recorrentes e persistentes pressões governamentais pelo aumento de vagas no ensino superior² e a necessidade urgente da Faculdade ocupar a Cidade Universitária, integrando-se de fato à universidade, e evitando que outra unidade da USP porventura lá instalasse um curso médico³. Aproveitando essas pressões e acrescentando a necessidade de se acompanhar o movimento reformista da educação médica mundial (GUIMARÃES, 2009; CUNHA, 2007; IOCHIDA, 2004; ADELSTEIN; RAMOS, 1994; BARZANSKY, 1992), o grupo de proponentes encontra o espaço-tempo adequado para propor e conseguir aprovar seu experimento.

Objetivos e ideias fundantes do Curso Experimental

O Curso Experimental nasceu da intenção reformista do ensino médico como uma experiência educacional: “O projeto de criação de um curso experimental tem 3 motivações: 1º

² Cf. Atas da Congregação da FMUSP de 14 de dezembro de 1960, p. 131; de 11 de dezembro de 1961, p. 198-200; de 19 de março de 1964, p. 21-21v; de 17 de novembro de 1966, p. 161; de 10 de janeiro de 1967, p. 170.

³ Cf. Ata da Congregação da FMUSP de 04 de julho de 1962, p. 214-215; de 27 de dezembro de 1967, p. 219v.

terço: aumento do nº de vagas [...] 2º terzo é tentar um curso diferente que não sabemos se vai ser melhor ou pior [...] 3º terzo é ir para o ‘campus’ da Cidade Universitária”⁴.

Tratava-se de “um curso experimental”, ou seja, de um experimento que visava a cumprir com três expectativas, uma delas a oportunidade de se testar novas formas de organização curricular e metodologias de ensino médico. Não saber se será melhor ou pior é parte da perspectiva do teste, da experiência. É preciso colocar em avaliação para saber o que é melhor, se o currículo tradicional, que já colhia os louros da formação de qualidade, ou um currículo diferente, alinhado a novas expectativas educacionais e não apenas técnico-biomédicas.

Nessa perspectiva, o CEM traz concepções distintas do Curso Tradicional, como a busca pela integração da medicina clínica com a medicina social “desde os primeiros anos do curso médico” (RAW, 1994, p. 134). Mesmo que não excludentes, a medicina clínica era a forma habitual de conceber o ato médico através de seu potencial curativo; já a medicina social, comunitária, parte da perspectiva da compreensão do homem como um ser social, o que oportunizava “[...] o desenvolvimento de uma mentalidade médica global, pela valorização (no planejamento do ensino do primeiro ao quinto ano) das áreas gerais em relação às especializadas e do indivíduo como um todo psicossomático em relação à parte doente” (MARCONDES, 1975, p. 175).

Expressando a necessidade de desenvolver nos estudantes a compreensão de uma medicina ampla, com entendimento do ser humano para além de sua doença, como um ser psicossomático, advertindo que o atendimento dado a este indivíduo deve ser integral e não designado por uma especialidade enferma. Esta integração da concepção de ser humano e de ato médico também reflete em uma revisão das fronteiras disciplinares: “O curso não poderia ser dividido em disciplinas artificiais, que

⁴ Declaração de Eduardo Marcondes à Congregação da FMUSP. Cf. Ata da Congregação da FMUSP de 11 de julho de 1967, p. 196v-197.

não contemplavam o contínuo entre o que eram as oito cadeiras do curso tradicional, e a ciência biomédica desenvolvia” (RAW, 1994, p. 134).

As disciplinas devem se reorganizar de forma menos artificial e contínua, em uma composição mais harmônica entre as questões da clínica e das ciências biomédicas.

Quando você tem o curso chamado tradicional você tá tão estruturado que as pessoas ali já não interagem. Cada um faz a sua parte, e o pressuposto é que, somadas as partes lá no final você, tem uma formação. No curso experimental, houve essa tentativa de integração entre as matérias, pra que elas tivessem um maior rendimento, digamos. Entre as chamadas disciplinas básicas com as de clínicas e com patologias. Então, anatomia patológica, fisiopatologia, como fisiologia com farmacologia, tal, mas também com clínica, com semiologia, e evoluindo pra essa junção da clínica com a epidemiologia.⁵

Outro aspecto importante era a busca por proporcionar ao aluno uma formação prática antecipada que incluísse não apenas o hospital, mas também os postos de saúde – cenário de prática que não estava contemplado no Curso Tradicional – pois se esperava que este formando fosse capaz de atuar em diversos cenários e níveis de atendimento.

Era indispensável integrar medicina clínica e social desde os primeiros anos do curso médico [...]. O ensino médico exige não apenas um hospital terciário, mas o contato do aluno com o paciente não-hospitalizado [sic] e com a realidade da medicina no dia-dia. Para isto deve utilizar também um hospital que serve a uma

⁵ Depoimento de antigo aluno da 3ª Turma do CEM para Tavano (2015, p. 159). Todos os relatos estão transcritos sem correções a fim de manter a fidelidade à ideia expressa pelos entrevistados; portanto, quaisquer desvios da norma padrão devem ser desconsiderados.

comunidade e não aos casos “interessantes” do País, onde o aluno não é mão-de-obra [*sic*] mas estudante, e um posto de saúde. (RAW, 1994, p. 134-135).

A compreensão do ser humano deve ser integral, no seu todo, valorizando os diversos níveis de atendimento e especialidades, oportunizando o aprendizado do atendimento a indivíduos doentes, hospitalizados, mas também ao “paciente em pé”, ou seja, aos indivíduos que acorrem ao sistema de saúde para atendimentos pontuais e simples, que não exigem internação mas exigem atenção. Isso proporcionaria ao aluno o desenvolvimento do pensamento global que permita essa compreensão do ser humano integral e a atuação generalista ou especialista.

Nessa perspectiva, constrói-se uma atuação consciente e comprometida com a saúde do paciente, seja curativa seja preventiva, mas também com a saúde das comunidades, assim como se desenvolve o senso crítico e a capacidade de se reciclar e renovar, refletindo em um profissional com habilidade para a atuação em cenários distintos. Nesse sentido, os cenários de prática deste formando se ampliam, pois a integração da medicina social ao cotidiano formador pede a vivência além do hospital, incorporando os postos de saúde e a comunidade, ampliando a visão de atendimento do nível mais terciário oferecido nos hospitais para incorporar os níveis primário e secundário.

A intenção era formar um médico generalista com bastante base pra atuar em qualquer ramo, mas que tivesse condição de atuar em qualquer ponto. Seria um generalista bem formado, com a visão mais ampla e bem estruturada possível do que é a prática da medicina e do que é o doente. Então eles deram muita importância pra relação médico-paciente, deram uma importância pra aprofundamento experimental mesmo no sentido de que os nossos cursos se desenvolveram com muita prática, muita aula prática, em quase todas as especialidades. Quer dizer, tinha muita prática de laboratório,

depois na fase mais profissionalizante muita prática de ambulatorios fora do hospital, além de atendimento normal no hospital-escola.⁶

Vários cenários, vários níveis de atenção contemplados, a inserção da medicina comunitária, preventiva e a recuperação do médico generalista. Estas inovações nas perspectivas formadoras refletiram também nos papéis que professores e alunos cumpriam no Curso. Os alunos são proativos, corresponsáveis, os professores são estimuladores, tutores. Os alunos deveriam “[...] aprender a aprender, o que não se logra em aulas teóricas ou repetindo experiências estereotipadas, mas nos livros e revistas, na biblioteca e nos laboratórios em contato com pesquisadores ativos” (RAW, 1994, p. 134).

Chamando o aluno à responsabilidade de “aprender a aprender”, em uma perspectiva de que ele seja capaz de reciclar e renovar seus próprios conhecimentos, imputando-lhe um papel ativo, participativo, comprometido com o percurso de sua própria aprendizagem, sendo fundamental que ele seja submetido a experiências diversas e estimulantes, e não à repetição de conteúdos, e levado ao contato com pesquisadores que possam colaborar neste estímulo, assim como com livros e revistas:

Não se recomenda a aula teórica expositiva. O aprendizado teórico se faz pela leitura, por parte dos alunos, de textos que lhe são recomendáveis ou fornecidos. Estimula-se a realização do seminário para cobrir os aspectos mais importantes da matéria, nos quais, os alunos em pequenos grupos, discutem entre si e com o professor e sob a orientação deste, assuntos previamente estudados. Recomenda-se ao professor a adoção de uma atitude não diretiva durante as discussões; cabe-lhe o papel de modera-la evitando, entretanto, dirimir as

⁶ Depoimento de antigo aluno da 1ª Turma do CEM para Tavano (2015, p. 173).

dúvidas surgidas sempre que pressentir que elas poderão ser esclarecidas pelos próprios alunos no decorrer da discussão⁷.

Uma vez que o aluno deve “aprender a aprender”, ao professor é colocado o desafio de norteá-lo, de estar disponível e próximo de modo a orientá-lo nesse processo, ao mesmo tempo em que aprende a trabalhar com a diversidade da formação de outrem como um complemento à sua própria e desenvolve seu senso crítico e habilidades de relacionamento e pesquisa.

Os alunos passavam por um período de estudo com itens selecionados para essa finalidade, seguido por uma discussão sobre aqueles temas. A ideia era que o professor interviesse o menos possível para que tudo surgisse dos próprios alunos, e que eles aprendessem a argumentar um com o outro e a aceitar outro argumento que não de autoridade, que é do professor.⁸

O aluno do experimental tinha uma vivência de questionar, de discutir “é assim mesmo? Que evidências existem mostrando que é assim”. Eram tipos de perguntas que nos nossos seminários apareciam. Então, numa discussão se você afirmasse alguma coisa, ele sempre questionava “professor, mas como é que você chegou nisso? Que experimentos, dados experimentais permitiram que se chegasse a isso?”⁹

A substituição de aulas teóricas no estilo tradicional, conteudista e expositiva por metodologias ativas causa um deslocamento e diluição de poder, pois as decisões, os percursos, os trajetos, as conclusões e discussões não emanam do poder

⁷ Programas e Horários do Curso Experimental de Medicina para o 2º ano. 1970. p. 3. Acervo da Assessoria Técnica Acadêmica da FMUSP.

⁸ Depoimento de antigo professor de Bioquímica do CEM para Tavano (2015, p. 134).

⁹ Depoimento de antigo professor de Farmacologia do CEM para Tavano (2015, p. 134).

da autoridade constituída no saber acumulado que o professor representa, mas emana dos livros, das conversas, das pesquisas, das relações. Ainda que o professor exerça o poder da seleção primeira, o controle dele sobre o selecionado é mais tênue, pois no processo de procura desenvolvido pelo aluno as seleções se vão revisando, redirecionando, ressignificando. Destitui-se o professor de sua “cátedra” e instala-se o professor em sua “tutelariedade”. Ao lado e igualmente, destitui-se o aluno da “receptividade passiva” e o imbuí da “construção ativa”.

Organização curricular do Curso Experimental de Medicina

Com uma proposta de compreensão do indivíduo integral, de atuação em diversos cenários, e pautando-se na participação ativa de alunos e professores, o Curso Experimental ganha dinamismo distinto construído nas interações dos alunos/professores/cenários. A diversidade é tônica recorrente, seja na concepção metodológica, seja nas possibilidades de atuação, tanto na perspectiva de admitir uma formação generalista e ampla que permitiria a imediata atuação profissional, quanto na perspectiva de preparação para uma atuação mais concentrada e especializada em algum aspecto. De qualquer forma, a pedra de toque recai na formação do aluno para esta atuação diversa a partir do desenvolvimento da potencialidade de pensamento crítico e integrado, respeitado a concepção de “ser humano” e não de “doente”, o que pede uma organização curricular condizente, ao que o Experimental busca concretizar a partir de cinco pontos de apoio:

- 1) Curso introdutório geral; 2) Integração vertical no estudo de sistemas e aparelhos; 3) Ênfase no ensino de medicina de ambulatório em centro de saúde, precedido de disciplinas conexas indispensáveis; 4) Ênfase no ensino de clínica médica no treinamento hospitalar; e 5) Regime de internato em dois anos, rotativo no

quinto ano (último ano curricular) e eletivo no sexto (internato propriamente dito). (MARCONDES, 1975, p. 175).

Estas cinco etapas se sucedem e vão compondo o quadro para que o estudante tenha a perspectiva da integração e ação médica no âmbito comunitário e geral, como pode ser sistematizado na representação da matriz curricular do Curso (Quadro 1).

O curso básico ocupava o primeiro, o segundo e parte do terceiro semestre do Curso, proporcionando a este aluno um conhecimento básico essencial para o acompanhamento do curso médico, conhecimento este tanto morfofuncional quanto psicossocial:

- 1) Contribuir para a adaptação do aluno recém-saído do curso médio aos métodos de ensino próprios da universidade e ao ambiente universitário;
- 2) Oferecer aos alunos os ensinamentos biológicos básicos fundamentais e gerais necessários à compreensão dos fenômenos morfológicos, funcionais, patológicos e fisiopatológicos dos diferentes sistemas e aparelhos do corpo humano;
- 3) Oferecer aos alunos os ensinamentos psicossociais básicos fundamentais e gerais necessários à compreensão dos fenômenos da conduta humana, individual e coletiva. (MARCONDES, 1975, p. 178).

Reconhece-se a necessidade de introdução do aluno ao mundo universitário através de um momento inicial de aculturação, ao mesmo tempo em que se sanariam possíveis desequilíbrios de conhecimentos pregressos, incorporando um grupo de conteúdos básicos e fundantes do conhecimento biológico que será crucial para o acompanhamento do conhecimento do corpo humano. A aculturação não é apenas metodológica, mas paradigmática, visto que esse ciclo básico se dispõe a promover a apropriação pelos alunos de métodos de ensino-aprendizado universitários, mas também se propõe a introduzi-los na filosofia do Curso Experimental de Medicina que versa na integração do ser humano.

Quadro 1 – Representação da Matriz do Curso Experimental de Medicina

Representação da Matriz do Curso Experimental de Medicina			
Semestre	Etapas	Conteúdos (Disciplinas ou Conjuntos)	C/H
I/II	CURSO BÁSICO	Bioquímica; Imunologia Geral; Microbiologia Geral; Anatomia Geral; Matemática; Citologia, Histologia e Embriologia Gerais; Fisiologia Geral; Farmacologia Geral; Métodos Quantitativos; Ciências Sociais Aplicadas; Psicologia Médica; Patologia Geral.	1545h
III	BLOCOS	Sistema Locomotor; Sistema Nervoso; Aparelho Digestivo; Aparelho Cardiorrespiratório; Aparelho Renal; Sistema Endócrino, Nutrição e Aparelho Reprodutor Feminino; Sistema Hematopoiético.	1980h
IV / V			
VI	CURSO PRÉ-CLÍNICO	Semiologia; Medicina Tropical (Parasitologia Clínica, Microbiologia Clínica, Imunologia Clínica, Clínica de Doenças Infecciosas e Parasitárias); Medicina Preventiva (Método Epidemiológico, Bases Demográficas de Atenção Médica, Estrutura de Atenção Médica, Introdução à Medicina Preventiva, Genética Médica).	645h
VII / VIII	CURSO CLÍNICO	Medicina Clínica I e II (Clínica Médica, Radiologia); Medicina Comunitária I e II (Atenção aos Adultos, Pediatria, Obstetrícia, Ginecologia, Psiquiatria); Oftalmologia; Otorrinolaringologia; Introdução à Cirurgia; Medicina Legal, Social e do Trabalho e Ética Médica.	1440h
IX / X	INTERNATO ROTATIVO	Cirurgia (Aparelho Digestivo, Sistema Vascular, Cirurgia Torácica, Pronto Socorro de Cirurgia, Pronto Socorro de Traumatologia); Obstetrícia e Pediatria Neonatal; Clínica Médica; Moléstias Infecciosas e Parasitárias; Dermatologia; Pediatria; Neurologia; Psiquiatria.	2160h
XI / XII	INTERNATO ELETIVO	Opção em Nível Institucional; Opção em Nível de Área Profissional Geral Clínica ou Cirúrgica.	2160h

O curso básico volta-se para a iniciação à formação do pensamento médico e compõe, ao lado de conhecimentos biomédicos categorizados como gerais, uma outra generalidade, esta dada por conteúdos ausentes na grade do Curso Tradicional de Medicina, a Matemática e as Ciências Sociais, onde o aluno vai sendo conduzido para a forma de pensamento médico esperada, em que ele tem uma visão ampla das bases científicas da profissão.

A importância dada a Bioquímica nesta primeira etapa é patente ao destinar 19% do período a esta disciplina, como pode ser observado no Gráfico 1, que se justificaria com base na não retomada dela de forma mais aprofundada nos outros anos, o que acontecerá com as disciplinas “gerais”. Entretanto, Ciências Sociais Aplicadas e Matemática, também não são retomadas e contam com destinação de tempo bastante menor (somadas não atingem a porcentagem de Bioquímica) o que pode reforçar a dimensão técnica-formadora: apesar da proposta de formação mais ampla e integrada, os conteúdos formadores técnicos ainda têm a prerrogativa de importância sobre os conteúdos socioformadores.

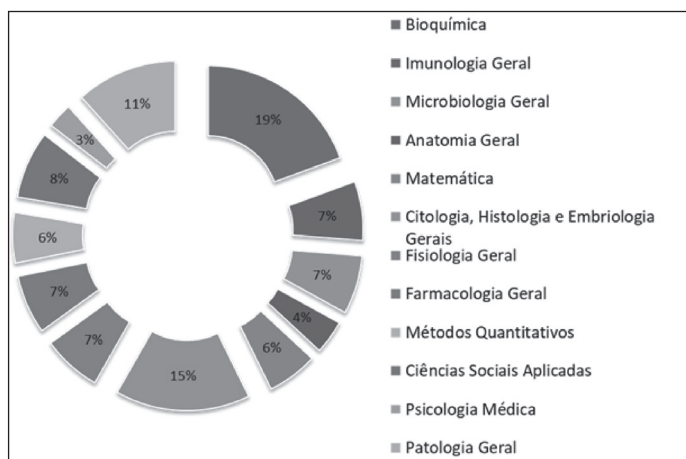


Gráfico 1 – Curso básico – proporção ocupada pelos conteúdos

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Todavia, a ocupação por Bioquímica de parte expressiva da grade curricular também está vinculada ao seu potencial aculturador, que representa, em suas seleções, o fundamento do Curso Experimental de Medicina. Esta disciplina é a que coloca o aluno dentro da filosofia do Curso, apresentando uma metodologia participativa distinta objetivamente construída para proporcionar ao aluno a imersão na proposta Experimental, logo à entrada do aluno no Curso:

A bioquímica estava muito bem organizada, muito bem focalizada no sentido do Experimental, de maneira que todo o treino que os alunos precisavam ter, de fazer seminário, até de postura num seminário, não se intimidar num seminário, eles já tinham na bioquímica no primeiro semestre. Então eles vinham muito bem treinados pra gente e eram alunos que não tinham problema de dizer “olha professor, será que é isso, não é isso?”, “o professor tá dizendo, mas será que é assim mesmo?” Sabe? A gente discutia cientificamente e até profissionalmente eu diria, e até ele podia discordar de você, mas de uma maneira profissional, acadêmica, madura.¹⁰

Após este período de aculturação com aquisição de conhecimentos essenciais e basais, o curso se organizava em uma estrutura chamada de “Blocos”, onde, sob um tema sistêmico os conteúdos das diversas disciplinas se apresentariam:

- 1) Oferecer aos alunos os aspectos essenciais dos diferentes sistemas e aparelhos, de forma harmônica e integrada, entendido que o benefício maior reside no conhecimento global do sistema e não no conhecimento em profundidade de algumas das partes componentes;
- 2) Desenvolver no aluno a capacidade de diferenciar o normal do patológico, estimulando nele o raciocínio integral em referência a cada um dos sistemas e aparelhos;

¹⁰ Depoimento de antigo professor de Farmacologia do CEM para Tavano (2015, p. 210).

- 3) Através do ensino acadêmico, por meio de seminários, e do ensino prático, através de experiências nas quais o aluno participa pessoalmente, criar condições de estímulo à leitura, ao raciocínio, ao diálogo com docentes e com colegas. (MARCONDES, 1975, p. 180).

Partindo de uma base uniformizadora e formativa, a segunda etapa retoma a necessidade de se manter o conhecimento em um nível geral, essencial e fundamental para a ação futura, mantendo-se a dimensão do todo do corpo humano. Para isso, propõe-se a reorganização dos conteúdos dos diversos campos disciplinares a partir de aglomerados funcionais – os sistemas e aparelhos – e não dos territórios disciplinares. Em um total de sete blocos, designados Sistema Locomotor; Sistema Nervoso; Aparelho Digestivo; Aparelho Cardiorrespiratório; Aparelho Renal; Sistema Endócrino, Nutrição e Aparelho Reprodutor Feminino; e Sistema Hematopoiético, os conteúdos se vão sucedendo visando a um conhecimento global e integrado dos sistemas e aparelhos, à diferenciação do normal e do patológico e ao estímulo ao raciocínio e à leitura, enfatizando os aspectos fisiológicos e fisiopatológicos, sem prejuízo dos morfológicos.

Os Blocos são organizados a partir da chave sistêmica e captam, de cada disciplina, “[...] os aspectos morfofuncionais normais e patológicos de acordo com a sequência: A) Anatomia; B) Histologia e Embriologia; C) Fisiologia, Farmacologia e Fisiopatologia; D) Patologia”¹¹, incorporando, sempre que possível, a dimensão prática-aplicada junto aos serviços de atendimento:

O bloco ia das áreas básicas que se continuaria até a semiologia. Então, seria começar um conteúdo, por exemplo, sistema locomotor ou sistema osteoarticular, envolvendo todos os acessórios musculares, partindo

¹¹ Programas e Horários do Curso Experimental de Medicina para o 2º ano. 1970. p. 1. Acervo da Assessoria Técnica Acadêmica da FMUSP. Grifos no original.

da anatomia. Então se daria o curso de anatomia do aparelho locomotor. Logo em seguida, histologia, quer dizer, interrompe anatomia, continua com aparelho locomotor na histologia. Depois, a histologia do sistema locomotor. Farmacologia, enfim! Todas as áreas básicas que circulassem em torno dos aparelhos, e chegando até à semiologia. Inclusive patologia. Todas as áreas básicas seriam integradas neste direcionamento. Quer dizer, faz sistema locomotor todo, depois sistema digestório todo, indo até semiologia. E, enfim, esgotando todos os sistemas. É claro que a parte clínica seria executada num outro contexto, mas até pelo menos a semiologia se usava esse sistema¹².

Na etapa dos Blocos, observa-se (Gráfico 2) uma distribuição mais igualitária e mais derivada das quantidades de conteúdos tradicionalmente atribuídos aos sistemas, exceto pelo Sistema Locomotor. Este sistema é habitualmente muito morfológico e pouco fisiológico, incluindo ossos, articulações e músculos, o que poderia justificar a carga horária menor em comparação ao Tradicional, uma vez que o Curso Experimental de Medicina se volta com mais força para os aspectos fisiológicos e fisiopatológicos dos sistemas e aparelhos.

Ao organizar os conteúdos a partir de temas e não dos territórios disciplinares, o Curso Experimental de Medicina repensa a fragmentação do conhecimento, uma vez que o que determinará a presença dos conteúdos é o sistema a ser ofertado e não a disciplina. Isso leva a uma integração chamada de vertical, porque o aluno caminha através das disciplinas captando porções dela e imediatamente relacionando-as a porções correspondentes de outras disciplinas. Contudo, a fragmentação do ser humano não é revisada completamente, uma vez que continua a divisão do corpo em unidades funcionais clássicas, e esses sistemas serão integrados pelos alunos.

¹² Depoimento de antigo professor de Anatomia do CEM para Tavano (2015, p. 194).

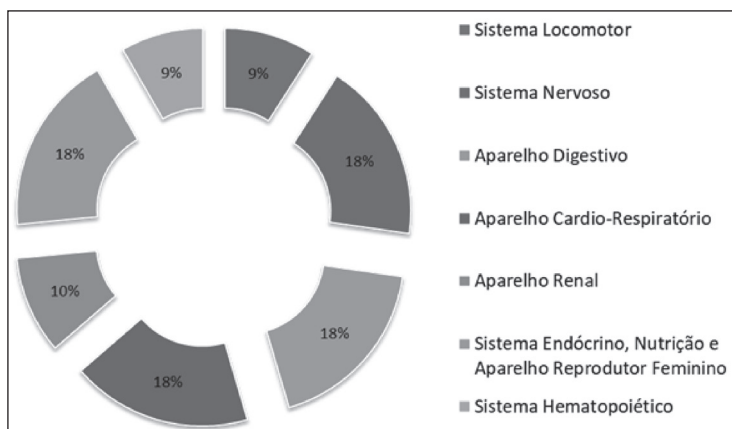


Gráfico 2 – “Blocos” – proporção ocupada pelos conteúdos

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Como indica o antigo professor supracitado, as disciplinas são suspensas ao encerrar o conteúdo determinado, assim, se o bloco é de Sistema Locomotor, as disciplinas falarão apenas e tão somente sobre Locomotor, obrigando a um reordenamento da atividade docente, que deve comparecer no exato momento e se ajustar a esse momento, mas também a um reordenamento da forma de pensar e agir em relação às outras disciplinas, pois não cabem repetições. A partir do momento que o bloco faz com que os conteúdos das diversas disciplinas estejam colocados justapostos em tempo, não há justificção para que um professor retome conteúdos em sua disciplina que seriam de outra, obrigando ao reconhecimento da capacidade formadora do outro e também à articulação entre os professores, fragilizando as fronteiras disciplinares ao permitir ao outro o atributo de coformador de sua especialidade e de capaz de estabelecer seleções que se entrecem com as próprias, trabalhando coletivamente. As fronteiras disciplinares são parcialmente rompidas, parcialmente mantidas, como se fossem estabelecidos poros, pontos de contato e negociação que permitiriam que os territórios disciplinares se mesclassem ao

menos nestas fronteiras. Esses poros permeiam a estrutura organizacional do Curso Experimental de Medicina, fazendo-o se afastar do Curso Tradicional de Medicina e buscar significados e representatividades próprias.

Cumprida a etapa dos blocos integrados, o Curso avança para a preparação do aluno para a prática na prática tendo como fundamento a medicina ambulatorial, coletiva e preventiva. Assim, o designado Curso Pré-clínico é pensado com base em Semiologia, Medicina Tropical e Medicina Preventiva, e se busca instaurar os fundamentos para a clínica, a capacitação para a discussão de problemas médicos, proporcionar noções de administração em saúde e a preparação para a medicina na comunidade:

- 1) Ministrar conhecimentos fundamentais de bacteriologia, imunologia e parasitologia aplicados à clínica de doenças infecciosas e parasitárias, complementados por informações básicas de epidemiologia clínica, profilaxia e terapêutica das doenças mais importantes do setor;
- 2) Capacitar o estudante a interpretar resultados de problemas médicos em grupos populacionais e apresentar os temas mais importantes de demografia;
- 3) Oferecer ao aluno a oportunidade de adquirir noções fundamentais, não só do ponto de vista conceitual, mas também como referência aos conhecimentos básicos que o futuro médico deve ter no campo da organização dos programas e da administração dos serviços de saúde;
- 4) Apresentar ao aluno os conceitos fundamentais de medicina preventiva, visando principalmente a seu preparo para o estágio clínico em medicina comunitária. (MARCONDES, 1975, p. 182-183).

Novamente, sob a chave de organização de dois grandes temas – a Medicina Preventiva e a Medicina Tropical, acompanhadas de uma disciplina formadora específica mas fundamentadora e integradora – a Semiologia, diversas disciplinas são chamadas a compor o ciclo. A Bacteriologia, a Imunologia, a

Parasitologia, a Epidemiologia são chamadas a contribuir com seus conteúdos e conhecimentos voltados para, e incorporados sob, o tema da Preventiva e das Doenças Tropicais. Reforça-se o poder aculturador do currículo proposto ao Curso Experimental de Medicina, primeiramente por meio da integração, depois pelo foco preventivo e coletivo.

Desta base, inicia-se a quarta etapa, o Curso Clínico. Nele, o aluno aprende a importância da clínica médica para sua formação e atuação junto aos serviços de saúde com objetivos contudentes na consolidação da proposta do Curso Experimental de Medicina:

- 1) Formar e treinar o aluno em atenção médica, como um dos componentes fundamentais de um programa global de saúde;
- 2) Oferecer ao aluno a oportunidade de sintetizar e aplicar os conhecimentos e métodos desenvolvidos nas disciplinas básicas, bem como a de ampliar o seu adestramento clínico, mediante a participação em atividades que abrangem todos os tipos de ações que visam a manter e restabelecer saúde, bem como a prevenir doenças e mortalidade prematura;
- 3) Treinar o aluno em problemas médicos de pequeno risco;
- 4) Oferecer ao aluno a oportunidade de valorizar os aspectos ambientais na gênese dos problemas médicos, com ênfase na organização familiar;
- 5) Oferecer ao aluno a oportunidade de encarar o paciente como uma entidade psicossomática indivisível, mediante um treinamento simultâneo em medicina preventiva, pediatria, obstetrícia e psiquiatria. (MARCONDES, 1975, p. 184-185).

Aqui o Curso Experimental de Medicina se mostra todo, sendo importante retomarmos cada um dos objetivos listados. O primeiro objetivo explicita a dimensão coletiva do atendimento em saúde, posicionando o atendimento médico como componente fundamental, mas esclarecendo que ele é um dos e não o único, ou seja, o fazer médico pode

não ser redimensionado, mas tem de compreender e aceitar a presença de outros fazeres que compõem a necessidade de atendimento da população. Este objetivo conjuga com o quarto, que incorpora a visão ampliada dos fatores causadores de doenças, e ao quinto, que oportuniza a compreensão do paciente como ser indivisível: uma pedra de toque do Curso Experimental de Medicina. No segundo e no terceiro objetivos, estes conceitos são reforçados e direcionados para a prevenção e atendimento médico das doenças de pequeno risco, pontuando o foco do Curso, que são textualmente explicitados no quinto objetivo, ao indicar o treinamento privilegiado em Medicina Preventiva, Pediatria, Obstetrícia e Psiquiatria. Note-se também que o apelo para a prática, para a aplicabilidade de conhecimentos e estabelecimento de conexões básico-clínica são verbalizados no objetivo dois, e que termos como “treinar o aluno” e “adestramento clínico” são fortes indicadores da vertente prática-aplicada que se busca do desenvolvimento de habilidades concretas. A etapa de Curso Clínico é o centro das intenções formadoras do Curso Experimental de Medicina, explicitando essa posição em seus objetivos e em sua matriz curricular.

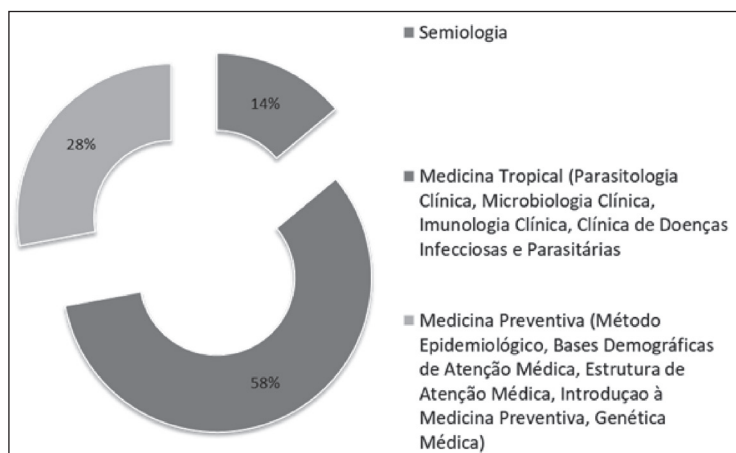


Gráfico 3 – Curso Pré-Clínico – proporção ocupada pelos conteúdos

Fonte: Elaborado pelas autoras.

A preparação para a clínica é contundente com a proposta de formação integrada, geral, voltada para a prevenção e atuação na comunidade local. A inter-relação de fragmentação das fronteiras disciplinares dos “Blocos” se segue também no curso pré-clínico, e no clínico, onde os conteúdos também têm de conversar e compor; entretanto, agora se alimentam de outras disciplinas. Ao invés de encontrarmos na grade curricular as diferentes clínicas, como no Curso Tradicional de Medicina, o Curso Experimental de Medicina traz essas clínicas albergadas já constituindo os grandes eixos, possível de perceber pelas cargas horárias propostas a cada conjunto: Clínica Médica e Medicina Comunitária ocupam praticamente todo o quarto ano do curso, com 720h (50% da carga horária) e 480h (34%), respectivamente, contrapondo a 240h (16%) destinadas aos outros quatro conjuntos, como pode ser observado no Gráfico 4.

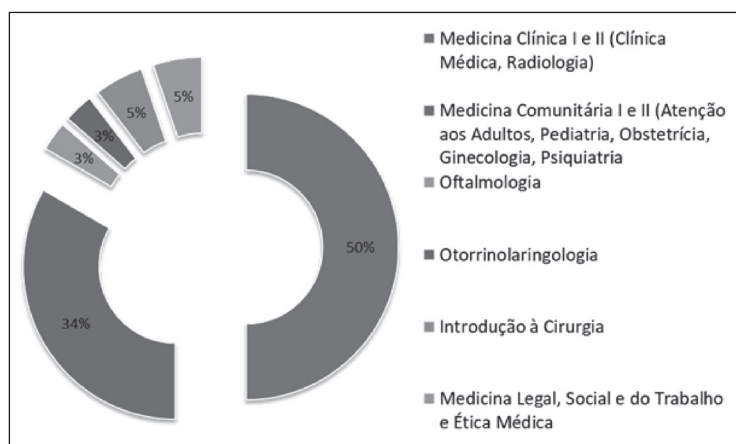


Gráfico 4 – Curso Clínico – proporção ocupada pelos conteúdos
Fonte: Elaborado pelas autoras.

O curso pré-clínico se estabelece sobre a Medicina Preventiva e a Medicina Tropical, indicando que a preparação para a atuação na clínica será mediada por estes conteúdos, já que seu fundamento é a exata base para a ação médica. O que se

reflete na coerência do curso clínico, fundamentado em Clínica Geral (Clínica Médica), a Pediatria, a Ginecologia e Obstetrícia e a Psiquiatria, quatro áreas de atuação e inserção da prática médica claramente privilegiadas na proposta do Curso Experimental de Medicina, não apenas como concepção formadora mas também como destinação de importância a partir das seleções que são realizadas e expressadas na grade curricular. E estas quatro áreas se reforçam no internato rotativo.

Observa-se que até o quarto ano, pouco da Cirurgia é disponibilizado aos alunos: apenas 5% da carga horária. Isso será recuperado apenas no quinto ano, já no internato rotativo (Gráfico 5), de forma prática e aplicada, sendo esta a maior carga horária do ano (720h, equivalendo a 34%). No entanto, Clínica Médica – que já foi oferecida em grande quantidade de tempo nos anos anteriores – permanece com carga horária expressiva (360h, 17%).

A parte cirúrgica do experimental era muito desprestigiada até o final do quarto ano. O Experimental era um curso que tinha lá como objetivo a formação de médico generalista, clínico, e pra você ter uma ideia, a primeira coisa de cirurgia que a gente tinha era no segundo semestre do quarto ano. Nós não tínhamos nenhuma especialidade cirúrgica, diferente do tradicional, e eu me lembro que essa disciplina do final do quarto ano chamava “introdução à cirurgia”. Na verdade, era técnica cirúrgica. Só que na visão inicial do experimental, o quinto e o sexto seriam, quer dizer, teriam uma carga cirúrgica pra compensar o que não tinha tido no começo¹³.

Considerando que “[...] o currículo não é constituído de conhecimentos válidos, mas de conhecimentos considerados socialmente válidos” (SILVA, 2011, p. 8), a mensagem que nos fica para o Curso é da preponderância de importância da

¹³ Depoimento de antigo aluno da 8ª turma do CEM para Tavano (2015, p. 200).

clínica médica, da Pediatria, da Ginecologia e Obstetrícia e da Psiquiatria como meios e fins da formação do aluno no Curso Experimental de Medicina, compatível à perspectiva de atuação geral e comunitária do projeto original.

O Experimental não objetiva formar profissionais para os campos de atuação específicos, e sim dar aos alunos um leque de opções para que eles possam escolher, o que se reforça com o sexto ano de internato eletivo, onde os estudantes escolhem entre a opção de clínica e de cirurgia, supondo que ambos os campos foram suficientemente demonstrados aos alunos para uma escolha consciente. Ao lado disso, o Experimental não está preocupado em reforçar a tradição cirúrgica da Faculdade de Medicina – mesmo tendo como um dos idealizadores Alípio Correa Neto, cirurgião reconhecido – e busca trilhar um caminho de ofertas de oportunidades aos alunos, e possivelmente entendia a cirurgia como uma prática e não uma teoria, acomodando-a quase integralmente no momento de prática formadora da especialidade, prescindindo de teoria preparatória, como a clínica médica.

A quinta e última etapa do Curso era composta pelos dois últimos anos reservados ao internato, o treinamento em serviço. No quinto ano o internato é rotativo, e o aluno passa obrigatoriamente pelas diversas clínicas, agora com uma maior ênfase na cirurgia, o que permite a esse aluno o conhecimento e o treinamento na diversidade: “Desenvolver o desembaraço do aluno frente ao paciente e a suas habilidades psicomotoras, assim como aumentar sua vivência clínica, sua experiência em situações de emergência” (MARCONDES, 1975, p. 186-187).

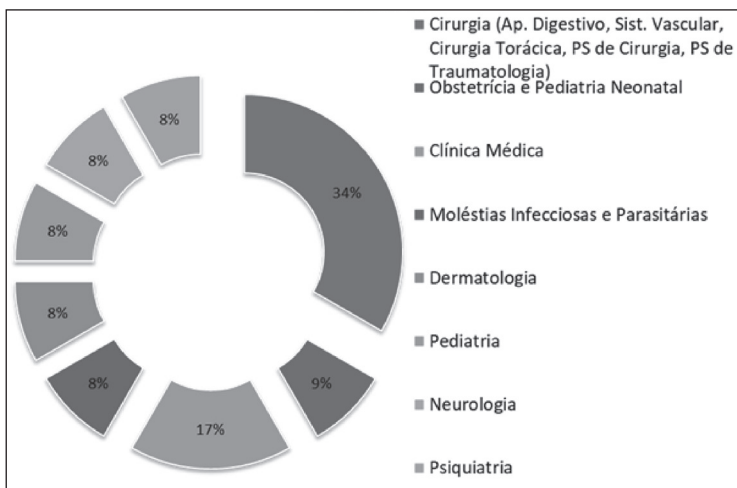


Gráfico 5 – Interno Rotativo – proporção ocupada pelos conteúdos
Fonte: Elaborado pelas autoras.

A tônica prática-aplicada do Curso não é suficiente para construir no estudante as potencialidades totais, e ao chegar nesta fase, o aluno tem de “desenvolver o desembaraço”, ou seja, ele já tem condição de atuar mas precisa melhorar e treinar mais; assim, submetê-lo a um período de clínica estrito, por meio do qual ele possa acompanhar as rotinas clínicas dos diversos setores de atendimento médico, é visto como essencial no desenvolvimento técnico e psicomotor do aluno. No quinto ano, o aluno frequenta todas as áreas com supervisão direta, mas sem poder escolher; porém, no sexto ano, o internato será escolha do aluno, a fim de que este recupere seus conhecimentos em Clínica Geral, Cirurgia Geral ou Pesquisa Médica, e expresse suas motivações pessoais quanto à prática médica e aprimore seus conhecimentos:

- 1) Recuperação – nem todos os alunos têm igual percepção do currículo proposto pela instituição. Inúmeros fatores, ligados ao aluno ou à instituição, impedem que tais ou quais disciplinas possam atingir seus objetivos, o que pode prejudicar a formação de um grupo de alunos.

O internato eletivo é o momento adequado para o aluno recuperar-se em tal ou qual setor;

- 2) Motivação – nos primeiros cinco anos do curso o aluno não é considerado como indivíduo, em termos de motivações pessoais em relação ao ensino. O programa é massificante, no sentido de que é igual para todos. Contudo, cada aluno tem estímulos próprios que o levam a buscar oportunidades adicionais de ensino, e o internato eletivo se presta ao atendimento desses estímulos;
- 3) Profissionalização – nas áreas clínicas gerais o internato eletivo pode oferecer condições necessárias e suficientes para um preparo adequado ao exercício da profissão após a formatura, em nível geral, sem a necessidade de um treinamento adicional de pós-graduação em regime de residência. (MARCONDES, 1975, p. 186-187).

Momento para recuperar os conhecimentos e aprofundá-los, momento de buscar as próprias aptidões e também se aperfeiçoar, assim é visto o período do internato eletivo no sexto ano, que alça novamente o aluno ao papel de corresponsável por seu curso. A escolha é do aluno a partir do caminho formativo desenvolvido durante a graduação e de suas perspectivas de atuação pós-formado, reconhecendo-se a necessidade de tornar o aluno um indivíduo, comprometido com a coletividade, mas que tem aspirações distintas.

O internato eletivo pontua ainda o desejo do Curso Experimental de Medicina de oferecer um curso geral, básico, suficientemente completo para que o egresso possa sair e ser incorporado no mercado de trabalho de imediato, e oferece duas opções: em nível institucional, aos alunos desejosos de seguir carreira mais voltada à pesquisa; em nível profissional geral, contando com as grandes áreas de clínica e cirurgia; no caso de escolha pela área clínica, o desmembramento em diversas áreas da clínica médica permitia ao aluno maior profissionalização para a ação pós-formado, pretensamente sem a necessidade de haver treinamento adicional.

Algumas considerações

Com base em expectativas educacionais reformistas, que comungavam com uma tendência da sociedade em buscar melhorias da sua saúde e não apenas a cura de doenças, o Experimental traz em sua concepção a orientação para um profissional médico com base generalista-preventivista sólida a partir da qual seria possível atuar em atenção primária ou buscar a especialidade.

Para alcançar essa proposição, o CEM é pensado amplamente, incluindo relações, cenários e metodologias diferentes das empregadas no Curso Tradicional, constituindo um pacote formador que pretendia compor, ao final, o profissional diferente, que se fundamentasse em uma dimensão de integração intrincada e permeada por condições físicas, filosóficas, educacionais e emocionais, que dariam a base de sustentação para uma formação abrangente, onde não apenas se estimularia o olhar para outras possibilidades de fazer médico, mas também o pensamento crítico e a raciocínio clínico independente.

O Curso Experimental de Medicina provoca uma ruptura no estado corrente da Faculdade de Medicina, sedimentado em tradições e convencionalismos, tanto no percurso formador quanto nas relações estabelecidas, ao implementar um novo estado onde as relações humanas, assim como as relações com o conhecimento, são redimensionadas. O Curso abala as relações do poder constituído na Faculdade de Medicina ao instaurar uma nova forma de relacionamento, entre professores-alunos e entre alunos-conhecimento, para além de apontar para inadaptabilidade desta Faculdade às necessidades prementes da população, através da formação de um médico precocemente especializado e voltado ao fazer hospitalocêntrico.

Pensado como uma experiência, a intenção seria extrapolar a experiência para a incorporação dos resultados ao cotidiano formador da Faculdade; para isso, seria necessário ter não apenas uma matriz curricular diferenciada mas também espaços e relações de poder que se remodelassem e reconstruíssem, o que não aconteceu efetivamente.

Apesar da organização distinta dos conteúdos, visando à integração vertical, o Experimental não supera completamente o paradigma da hierarquização básico-clínico na organização geral proposta, uma vez que o curso inicia com uma introdução geral, segue para conteúdos básicos, avança para conteúdos clínicos e, então, à prática hospitalar, mantendo a convicção da necessidade de formação pregressa, de informações que se vão complexificando e somando até atingir o ponto de poder ser aplicada, posicionando os internatos – a prática profissionalizante – nos últimos anos, em uma organização que se assemelha à do Curso Tradicional de Medicina que também traz um curso organizado do básico para o clínico, com as disciplinas se complexificando até chegar ao estágio profissionalizante nos últimos anos.

O Curso Experimental de Medicina não supera o paradigma básico-clínico, mas reduz a distância entre os dois. Ao ultrapassar a precedência da teoria completa e absoluta para que a prática exista, com a justaposição dos conteúdos básicos e pré-clínicos sob os sistemas corporais, o Curso demonstra que é possível formar médicos a partir de uma concepção integrada: se no primeiro ano não é possível aproximar o aluno da clínica, pois este ainda é imaturo e carece de base, é possível expor o estudante, gradativa e controladamente, a experiências de clínica a partir do segundo ano. Ao fazer isso, ao aluno se abre um universo de possibilidades de práticas e ações médicas distintas e distintivas que se vão somando, para que, ao final, quando chegar ao internato, ele já terá sido submetido a situações de aprendizado que o aproximaram deste momento, permitindo a aplicação e o aprofundamento dos conhecimentos teórico-práticos e não apenas dos conhecimentos teóricos.

Também superará, com isso, outro grande paradigma que é a preponderância dos territórios disciplinares, ao permeabilizar as fronteiras entre as disciplinas e obrigar as comunidades disciplinares a trabalharem em conjunto, reduzindo a fragmentação de conteúdos, antes estanques e circunscritos às aspirações de uma comunidade fechada, agora submetida às necessidades formadora do profissional.

O Curso Experimental de Medicina da Faculdade de Medicina da USP teve vida curta e não passou por uma avaliação comparativa a seu congênere Tradicional; entretanto, mostrou-se uma experiência valiosa no campo da formação de médicos e dos estudos curriculares.

Referências

ADELSTEIN, S. J.; RAMOS, M. S. Searching. In: TOSTESON, D. C.; ADELSTEIN, S. J.; CARVER, S. T. *New pathways to medical education: Learning to Learn at Harvard Medical School*. Massachusetts: Library of Congress. 1994. p. 13-29.

ALMEIDA, M. J. de. A educação médica e as atuais propostas de mudança: alguns antecedentes históricos. *Rev. Bras. Educ. Med.*, v. 25, n. 2, p. 42-52. 2001.

BARZANSKY, B. The growth and divergence of the basic Science. In: _____.; GEVITZ, N. (Ed.). *Beyond Flexner: Medical Education in the Twentieth Century*. Chicago: British Library, 1992.

BRAGHINI, K. M. Z. A história dos estudantes “excedentes” nos anos 1960: a superlotação das universidades e um “torvelinho de situações improvisadas”. *Educar em Revista*, n. 51, p. 123-144, 2014.

CAMARGO JR., K. R. A biomedicina. *Physis*, v. 7, n. 1, p. 45-68, 1997.

CUNHA, L. A. *A universidade reformanda: o golpe de 1964 e a modernização do ensino superior*. 2. ed. São Paulo: Unesp, 2007.

CUTOLO, L. R. A. Modelo Biomédico, reforma sanitária e a educação pediátrica. *Arq. Catar. de Med.*, v. 35, n. 4, p. 16-24, 2006.

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. *Atas da Congregação da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo*. v. 6, dez. 1958/fev. 1964.

_____. *Atas da Congregação da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo*. v. 7, mar. 1965/mar. 1969.

_____. *Programas de curso aprovados pela Congregação da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo*. 1938-1939; 1948; 1950-1955. Acervo da Assessoria Técnica Acadêmica da Faculdade de Medicina da USP.

FEUERWERKER, L. C. M. *Mudança na educação médica: os casos de Londrina e Marília*. São Paulo: Hucitec; Londrina: Rede Unida; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica. 2002.

GOODSON, I. F. *As políticas de currículo e de escolarização: abordagens históricas*. Petrópolis: Vozes, 2008.

GUIMARÃES, M. R. C. *Os catedráticos de clínica médica e as propostas de reforma do ensino médico no Brasil nas décadas de 1950 e 1960*. 2009. 234 f. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz, Casa de Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

IOCHIDA, L. C. Metodologias problematizadoras no ensino em saúde. In: BATISTA, N. A.; BATISTA, S. H. S. da S. (Org.). *Docência em saúde: temas e experiências*. São Paulo: Editora Senac, 2004. p. 153-166.

KOIFMAN, L. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 8, n. 1, p. 48-70, 2001.

LAMPERT, J. B. *Tendências de mudanças na formação médica no Brasil*. 2002. 219 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Casa de Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

MACHADO, M. M. *Curso Experimental de Medicina*. 44 p. 2012. Acervo do Museu Histórico da Faculdade de Medicina da USP “Carlos da Silva Lacaz”.

MARCONDES, E. O curso experimental de medicina da Universidade de São Paulo. *Educación médica y salud*, v. 9, n. 2, p. 172-195, 1975.

MOREIRA, A. F. B.; SILVA, T. T. da. Sociologia e teoria crítica do currículo: uma introdução. In: _____.; _____. *Currículo, cultura e sociedade*. 12. ed. São Paulo: Cortez, 2011. p. 13-47.

OLIVEIRA, G. S.; KOIFMANN, L. Integralidade do currículo de medicina. In: MARINS, J. J. N.; REGO, S.; LAMPERT, J. B.; ARAÚJO, J. G. C. de (Org.). *Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades*. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 143-164.

RAW, I. Reformulação do ensino médico: Faculdade de Medicina e a USP. *Revista USP*, n. 20, p. 131-137, 1994.

SILVA, I. F. da. Dicotomia básico-profissional no ensino superior em saúde: dilemas e perspectivas. In: BATISTA, N. A.; BATISTA, S. H. S. da S. (Org.). *Docência em saúde: temas e experiências*. São Paulo: Editora Senac, 2004. p. 135-152.

SILVA, T. T. da. Apresentação. In: GOODSON, I. F. *Currículo: teoria e história*. 11. ed. Petrópolis: Vozes, 2011. p. 7-13.

TAVANO, P. T. *Tramas da tessitura curricular: o Curso Experimental de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (1968–1975)*. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

Raça e racismo na formação em saúde: do conceito à práxis¹

MÔNICA MENDES GONÇALVES
MARIA CRISTINA DA COSTA MARQUES
LIA VAINER SCHUCMAN

A raça e racismo na formação em saúde

Para Fields (1982, p. 24), no limiar da emancipação americana, “[...] a raça tornou-se o meio ideológico pelo qual as pessoas levantavam e apreendiam questões básicas sobre poder e dominação, soberania e cidadania, justiça e direitos”. No Brasil da transição dos séculos XIX para o XX ela emergiu como uma questão republicana, de projeto de Estado, pautada nas noções de cidadania, civilidade e progresso. O vislumbamento da República trouxe um ideário progressista e desenvolvimentista dentro do qual o alargamento da noção de cidadania caminhava em consonância com um projeto racializado e eugênico de identidade nacional (HOCHMAN, 1993, 1998).

Partimos de perspectiva social para construir o entendimento de raça e afirmá-la, situando-a enquanto categoria das ciências sociais e humanas². Falamos da raça, portanto,

¹ Este artigo foi escrito a partir de resultados e discussões extraídos da pesquisa que resultou na dissertação de mestrado intitulada “Raça e Saúde: Concepções, Antíteses e Antinomia na Atenção Básica” (2017), defendida na Faculdade de Saúde Pública da USP. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública da USP, Parecer Número 1.885.662.

² Diferentes campos de conhecimento têm feito contribuições importantes ao debate da raça e seu entendimento, entre os quais podemos citar a

enquanto construção social. Neste trabalho, raça refere-se ao conjunto de formulações acerca dos fenótipos dos sujeitos: as crenças, os pensamentos, as ideias e os estereótipos relacionados a certo conjunto aparente de características físicas dos sujeitos. Precisamente em relação ao negro, a raça opera a partir de um trabalho ativo e sistemático que produziu uma suposta identidade do negro caracterizada pelo descontrole, baixaza, bestialidade, preguiça, agressividade, não civilidade.³

O Brasil não é berço originário das ideias de raça e supremacia racial; porém, foi considerado um local frutífero para o amplo desenvolvimento delas e do estudo sobre as mesmas. Configurado no imaginário europeu como um lugar repleto de excentricidades por sua composição natural, geográfica e racial (especialmente esta última), para esses pensadores nosso país era a prova cabal e irrefutável de suas teorias: atrasado, doente, pouco civilizado e composto por uma população híbrida e mestiça⁴ como jamais se havia tecido em qualquer lugar do mundo.

Antropologia, a Sociologia e a Psicologia Social. Neste trabalho, de base interdisciplinar, o conceito de raça vem emprestado da Sociologia, com ampla tradição no debate e parcialmente responsável pela virada na compreensão da raça de categoria biológica a social. Destacamos as contribuições do Sociólogo Antônio Sérgio A. Guimarães, cujos conceitos e perspectivas estão destacados neste trabalho.

³ A passagem pela história de Sara Baartman, a Vênus Hotentote, é um ponto de partida esclarecedor e simbólico para o raciocínio que se pretende estabelecer. O nome Hotentote, que foi imputado aos Khoikhoi (uma das civilizações africanas, da qual Sara fazia parte) pejorativamente em função do estranhamento do colonizador ao estabelecer contato com a língua desse povo, considerada bizarra, primitiva e pouco humanizada. Os encontros entre os povos europeus e africanos foram marcados, desde as interações mais iniciais, por uma perspectiva eurocêntrica preconceituosa e colonizadora (KOSSOY; CARNEIRO, 2002). A língua, as vestimentas, os traços físicos, os hábitos, os ritos culturais e as normas sociais, assim vistos, seriam símbolos de um povo fronteiriço entre o animal e o homem. Esses elementos foram utilizados de forma caricatural na construção de uma representação pejorativa dessas civilizações, representação que, de fato, se cristalizou no imaginário europeu no século XIX (STROTHER, 1999).

⁴ Aqui, cabe destacar que o termo mestiço tem um lugar na história e no desenvolvimento epistemológico dos estudos sobre a raça. Hoje, pouco utilizado

Aqui poderiam ser observados, analisados e inferidos com infalibilidade incomparável os fenômenos concernentes às raças, como a hierarquia entre elas e os efeitos deletérios da miscigenação⁵. O país em suas possibilidades de desenvolvimento e avanço vai ser avaliado sob a prerrogativa de o negro ser um componente orgânico de seu tecido social-racial (DIALLO, 2006; HOCHMAN; LIMA, 2004).

As ideias sobre inferioridade racial chegam ao Brasil e aqui se espriam mais tarde, comparando-se seu momento de grande difusão na Europa e outras partes da América, especialmente do Norte e Central. Há uma troca de conhecimentos entre nossos cientistas, intelectuais, universidades nacionais e as estrangeiras – majoritariamente europeias – que influenciou a entrada dessas teorias em nosso país. Na pretensão de se criar um conhecimento sistematizado sobre os brasileiros produzidos por brasileiros, os pensadores daqui são convocados a comporem uma classe científica voltada a nossas especificidades (SCHWARCZ, 1993).

Convocados a interpretar a materialidade da raça, não se furtam de fazê-lo. Schwarcz (1993) descreve que as faculdades de medicina foram pioneiras nesse processo junto a Museus e Institutos, os quais acabaram por desempenhar o papel de grandes receptáculos dessas teorias, reformuladas conforme nossas demandas particulares impunham. Saúde Pública e Medicina (tal qual as disciplinas que a elas se conjugam) são

e destituído de sentido a partir da superação da ideia de raça pura, está sendo usado por remeter ao momento em que nomeava sujeitos concebidos a partir de relações inter-raciais, ou seja, de processos de miscigenação.

⁵ No período, o Brasil foi visitado por diversos desses estudiosos. Assim como Goubineau, Agassiz esteve em expedição no Brasil, produziu um acervo com mais de 200 fotos de negras e negros, categorizando-os em “tipos”, a fim de comprovar, através dos estudos e das fotos, não só a inferioridade dos negros, mas a degenerescência a que conduzia a miscigenação. Sobre essas fotos e sua função político-ideológica, ler “As Fotos Secretas do Professor Agassiz”, material extraído a partir de uma exposição de parte desse acervo que se mantivera oculto do grande público.

áreas em que a distinção racialista de nossa história se acentua: utilizando os referenciais de seu tempo – voltados à ontologização do negro a partir da *essencialização* dos desdobramentos de sua trajetória histórica e social, sob uma lógica reversa de causalidade – esse conjunto de pensadores afirma a inferioridade do negro apoiando-se em certos aspectos objetivos da ordem social – e, ao mesmo tempo, reiterando esses aspectos⁶. Logo, essas áreas participam ativamente da (re)formulação do pensamento racial.

Mais que produzir pensamentos, esses intelectuais atribuíram a si a possibilidade de regenerar um povo degenerado por natureza, cuja única esperança (para alguns, remota; para outros, impossível; para outros, ainda, a única plausível) seria submeter-se àquilo que o conhecimento técnico

⁶ Ainda que findada a escravidão – e, conforme argumentado, em alguma medida por isso – um pensamento escravocrata e racista se introduziu fortemente entre as elites, os intelectuais, os meios científicos e a sociedade civil brasileiros: a ruptura com o sistema formal de espoliação da força de trabalho negra não se fez acompanhar de um avanço civilizatório, persistindo as ideias de inferioridade, indolência, “selvagismo”, incivilidade, degeneração e impropriedade para o trabalho remunerado associadas aos negros, e a dúvida insistente quanto a seu *status* de cidadão e ou mesmo de sua capacidade de ocupar ou exercer essa posição (MACHADO, 2010; MOURA, 2014). Seguindo o mesmo raciocínio, Theodoro (2013) argumenta que o fim da escravidão não se fez acompanhar do fim do racismo, ao contrário, este ganhou novos formatos e tornou a raça o elemento central da desigualdade brasileira. A forma própria como o processo de abolição decorre no Brasil, lenta, gradativa, objetivando a tutela permanente dos sujeitos e corpos negros, em que havia brechas para a utilização de mecanismos perversos para obtenção da liberdade ou alforria, também permite compreender certos nuances desse processo (MACHADO, 2010). Mesmo antes da formalização da abolição – que para muitos estudiosos foi uma operação que se deu exclusivamente no campo jurídico-legal – temos o despontamento de uma classe negra devedora, incluindo ex-escravos e filhos de escravos, tantos deles alforriados que, em busca de liberdade para si ou para membros da família, recorrendo às possibilidades dadas naquele contexto – algumas legalmente sustentadas, como a alforria – encontram como destino o endividamento (ARIZA, 2012). Portanto, falar da instauração da República é falar da mais péssima e precária condição concreta a que o negro está submetido.

oferecido por essas disciplinas, amparadas pelo Higienismo e pela Eugenia, poderiam oferecer (HOCHMAN; LIMA, 2004; SCHWARCZ, 1993; STEPAN, 2005). É esse o contexto em que surge um pensamento racial eugenista mais sistematizado, tipicamente brasileiro, que abarca as ideias sobre eugenia ao redor do globo, porém as reformula diante de demandas e especificidades nacionais⁷.

Segundo esses pensadores, se as doenças tinham como pretexto a raça em um país composto por uma população racial diversa e miscigenada, a solução passava pela raça a partir do emprego de tecnologias e saberes disponibilizados pela Saúde Pública e pela Medicina (SCHWARCZ, 1993; HOCHMAN; LIMA, 1996). Propunha-se que medidas de ordem social, apenas, independentemente de princípios biológicos, seriam ineficazes e não resolutivas: era necessário que às ações de higiene se incorporassem medidas de melhoramento biológico-racial.

Ainda que o sanitarismo tivesse uma vertente bastante representativa que não considerasse a raça como um impedimento ao progresso, advogando pelo entendimento da doença como causa dos impedimentos ao desejado avanço civilizatório, isso não foi suficiente para barrar o progresso de teorias raciais no campo da saúde⁸ (HOCHMAN; LIMA, 1996). A discussão em torno da raça é constitutiva do conhecimento científico naquele momento, assim como balizadora dos modos como as intervenções são pensadas e os serviços de saúde constituídos. Portanto, a ciência, em seu caráter eugenista, é constitutiva do ordenamento dos serviços e das políticas de saúde, tendo

⁷ Especificamente nas áreas médicas, falamos da síntese entre os pensamentos de Renato Khel, Arnaldo Vieira de Carvalho, Edgar Ronquette-Pinto, Pacheco e Silva, entre muitos outros (SCHWARCZ, 1993). Embora houvesse diferenças entre eles, especialmente no que concerne aos modos de se solucionar a problemática apercebida, partiam da tese comum que a problemática em saúde ainda estava localizada da raça.

⁸ Conforme defendem alguns pesquisadores, a entrada da eugenia no aparato de Estado através do campo da Saúde Pública foi lógica dado seu apelo nacionalista e civilizatório, congruente ao ideário nacional republicano, o qual foi bastante reforçado pelo envolvimento do Brasil na Primeira Guerra (SANTOS, 2004).

afetado além desse campo⁹. Nesse sentido, a raça não apenas esteve fortemente presente e atuante na formação médica e em saúde como também se constitui um dos pilares sobre o qual esses campos se levantaram.

Mota (2003) aponta que a Medicina foi responsável por uma produção intelectual que consolidou o pensamento racial, servindo-se de base científica que lhe garantiu sustentação e credibilidade¹⁰. Portanto, segundo o autor, a Medicina contribuiu – como corporação ainda em processo de afirmação – motivada especialmente pela construção de um projeto de poder e hegemonia, para o fortalecimento dos médicos enquanto categoria profissional e de certas especialidades. Sobre isso, ele evidencia:

A implantação do ensino médico, do atendimento à saúde e das formas de produção de conhecimento na área fazem parte da feição mais ampla com base na qual, entre o fim do século XIX e início do XX, configurou-se em uma determinada sociedade, e não outra. (MOTA, 2003, p. 13).

A importância de compreender a Medicina está ainda no fato de esta disciplina, conforme nos lembra Ianni (2004), dar

⁹ Portanto, esses campos de conhecimento ajudam a cristalizar pensamentos e interpretações racistas sobre os fenômenos, contribuindo – a partir da intensa participação da Saúde na configuração do Estado – na institucionalização do racismo no limiar da República. As políticas de Imigração, a Lei de Terras, políticas de segurança, a organização espacial das cidades são todos exemplos de outros campos em que o caráter racista e eugênico do Estado se manifestou em políticas ou medidas cujo desdobramento, não sem intenção, é a promoção de espaços de poder e supremacia brancos.

¹⁰ Além disso, retroativamente, também se utilizou desse pensamento, pois as ações de higiene incorporaram medidas de melhoramento biológico-racial da população, visando à eliminação da raça negra – “a terceira raça”, mais degenerada entre todas, símbolo de um homem irrecuperável – se valendo de ações que abrangiam não somente a intervenção nos espaços (públicos ou privados), mas também nos corpos individuais (MOTA, 2003).

a tônica de todas as profissões da saúde que, a reboque desta primeira, herdaram categorias a partir das quais são pensados o homem e os processos de saúde.

Logo, a educação médica e em saúde estiveram fortemente presentes, ativas e atuantes nos processos que envolveram a construção, difusão e cristalização de um pensamento racializado e racista, participando da inscrição do racismo na estrutura social. Antes raça e racismo se manifestavam na formação em saúde sob os princípios da eugenia, por meio de um discurso racialista explícito que visava a práticas discriminatórias que a saúde pretendeu institucionalizar e estatizar. É o decorrer da História, movimento regido intermitentemente, marcado por rupturas e permanências (FARGE, 2011), que nos faz indagar de que forma a raça hoje é abordada nas formações em saúde. Passado um século, como hoje ela é trabalhada nas grades curriculares, nos espaços de formação continuada, nas formações em serviço e especializações ou dentro das equipes de saúde? Diante da impossibilidade de responder a essa indagação em totalidade, aqui vamos apresentar apontamentos a partir das concepções e percepções que profissionais de saúde atuantes na esfera da Atenção Básica trazem em relação ao que seja a raça e como ela opera no campo da saúde¹¹. E, na mesma medida, tentaremos entender também o racismo, ordem em que a raça se apoia à revelia do tensionamento da sua existência e da constatação das ambivalências inerentes a essa categoria e fato social (GUIMARÃES, 1999).

¹¹ Todos os dados foram extraídos do discurso da amostra da pesquisa já mencionada. A amostra foi composta por 11 profissionais de saúde: sete profissionais médicos, um enfermeiro, um nutricionista e um assistente social. Os trechos das falas foram transcritos sem correções objetivando manter a fidelidade à opinião dos entrevistados; portanto, quaisquer desvios à norma padrão devem ser desconsiderados.

O que aprenderam os profissionais sobre a raça? Os descaminhos da formação

Embora comprovadamente falacioso do ponto de vista biológico e incomprovado do ponto de vista genético, os desdobramentos dessa categoria na sociedade são reais, apontando que, enquanto ideologia, ela segue altamente eficaz: diferenciando sujeitos, (re)produzindo e justificando desigualdades, reforçando estereótipos e privilégios (GUIMARÃES, 1999).

Ainda que assistamos ao avanço dos movimentos negros e das pautas por eles disputadas, processo que afetou o campo¹² e as formações em saúde, essa população é um contingente representativo na Saúde Coletiva, na Saúde Pública e no SUS, sobretudo pelas condições de saúde que expressa: os negros ocupam os piores índices nos indicadores de saúde (BRASIL, 2005; PAIXÃO *et al.*, 2010). Esse dado, emblema das discrepâncias nas condições de vida e, portanto, do perfil de adoecimento, mortalidade e acesso à saúde entre brancos e negros, apontam inequivocamente que a raça se constitui um fator estruturante das iniquidades em saúde, tal qual acontece além desse campo (BATISTA, 2002; LOPES, 2004; HERINGER, 2010; THEODORO, 2013). Evidenciam, sobretudo, que os muitos mecanismos que sustentam a continuidade do racismo, da estrutura racializada e das diversas manifestações de discriminação e segregação racial no e do Brasil seguem vigentes e operam – como era de se esperar – também no campo da saúde (BRASIL, 2015)¹³.

¹² Falamos aqui da adoção da categoria raça nos serviços e Sistemas de Informação em Saúde, medida que possibilitou a sistematização das desigualdades e iniquidades raciais entre negros e brancos no campo da saúde. A implementação da Política de Assistência à Saúde Integral da População Negra é outro fator bastante importante, sobretudo por partir do reconhecimento por parte do Estado do racismo na nossa sociedade e de um posicionamento político ante a esse fato na área da saúde.

¹³ Segundo o Boletim Epidemiológico da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, divulgado em 2015, que analisou indicadores de vigilância em saúde conforme a variável raça-cor a partir de dados colhidos de

Ademais, esse progresso que marca a entrada do debate racial na saúde – fortemente debruçado pelo olhar epidemiológico (LAGUARDIA, 2004, 2007) – não foi acompanhado da discussão aprofundada e sistemática acerca do que seja a raça, sobretudo enquanto categoria epistemológica. Sob a privação de discussões que pudessem oferecer um modelo conceitual que fundamentasse um conjunto de ações políticas em saúde (LOPES, 2005; LAGUARDIA, 2007; MUNIZ, 2010; SANTOS *et al.*, 2012), a saúde é um dos campos em que o uso da raça se revela como categoria fantasmática: sempre referida, sem nunca ser mencionado o que a substantia. Seguem algumas respostas à pergunta “Na sua formação, a raça foi abordada de alguma forma?”:

“De maneira nenhuma, em momento nenhum, essa questão ela foi tocada. É... Inclusive essa questão que a gente trabalha no dia a dia, assim, com essa dificuldade, e várias outras questões; então, as questões de gênero, é... Também, absolutamente não foram abordadas. Então você chega sem preparo nenhum, né? Você vai aprendendo um pouco com a experiência com outros colegas, e do que você vai aprendendo, você vai lendo algumas coisas, mas ensino, não tem nada formal, não tem formação formal nenhuma pra isso”. (Lucas, grifo meu).¹⁴

“Olha... É... Não me aparece muito. Então acho que esses espaços da questão de raça, preconceito, elas não eram tão abordados na graduação, acho que nem no aprimoramento isso vai aparecendo [...]”.

2000 a 2012 e 2013, o perfil de mortalidade da população negra segue pouco alterado, sendo que as principais causas podem ser categorizadas como evitáveis. Aponta igualmente que a raça opera como barreira ao acesso e segue dificultando o exercício pleno do direito a saúde pela população negra (BRASIL, 2015).

¹⁴ Todos os nomes atribuídos aos profissionais são fictícios. Os destaques nas falas dos entrevistados ao longo do texto, em negrito ou sublinhado, são destaques feitos pela autora.

- Formal, acadêmica...
- É, não, não isso". (Pedro).

Vejamos outras respostas para a mesma pergunta:

*"A sensação que eu tenho é que **curricularmente, não. Mas aí, outros cenários, no diretório acadêmico a gente sempre discutia alguma coisa nesse sentido, em reunião de conselho gestor das unidades, na própria relação com as pessoas. Então, ah... Curricularmente eu não me lembro de uma discussão clara sobre a questão da raça. Não me recordo, por mais que seja uma coisa que eu estudei por fora, que eu tive outros contatos; mas, eu não me lembro mesmo de uma discussão clara sobre esse tema**". (Caio).*

*"Não. Depende. [...] Eu sempre acho que não, mas [...] eu lembrei que em **algumas pouquíssimas aulas da faculdade, não aula, mas às vezes até discussão de caso, o professor falar 'mas não, vamos optar por essa medição pra esse paciente porque ele é negro; então, tem uma maior chance de algumas doenças, por exemplo, hipertensão de difícil controle, o risco cardiovascular aumentado'**. Então, eu lembro disso, **Isso aconteceu, mas bastante pontual, nenhuma outra coisa. Na residência a mesma coisa, da mesma questão do risco cardiovascular, é... Só, que eu me lembre. Talvez tenha discutido gestante, questão de gestantes negras terem um risco maior pra pré-eclâmpsia; então, pra gente ficar um pouco mais atento, isso na residência eu acredito que sim**". (Beatriz).*

"Não. Acho que só assim na prevalência de algumas doenças, anemia falciforme, hipertensão resistente, mas só dessa forma, quando era ligada à patologia. A questão da raça mesmo, na formação médica. Na formação da saúde coletiva eu acho que ampliou o olhar; mas, de verdade, eu não me lembro de na formação ter tido uma discussão assim específica de raça". (Lúcia).

“Na faculdade nunca, na faculdade era, sei lá, doenças mais prevalentes na... Sei lá [...] Mas abordada na minha formação como aula... Não. Não. Quando a gente trabalhava questões de gênero, aparecia, assim, nesse sentido ‘ah, consulta com a mulher negra mais curta’, algumas questões nesse sentido [...]. Não, não tinha uma disciplina disso, mas pelo menos a gente passou [durante a residência] por [...] um ambulatório de violência contra a mulher e a gente trabalhava muito essa questão de raça e gênero, porque a gente entendia que a violência era diferente. Não era uma coisa que a gente parava e estudava, isso... Isso só me aconteceu, não foi na minha formação acadêmica, mas foram em estudos muito mais da questão na [Casa de Parto], [...] o quanto a violência obstétrica é muito maior pras mulheres negras, isso eu notava na faculdade, ninguém falava [...]. E a questão da violência obstétrica porque a B. [familiar] é uma mulher negra [...] e recentemente a gente vem conversando disso [...]. É... Não tive isso como formação”. (Nádia).

As falas mostram um padrão emblemático em relação à ausência de um debate conceitual e institucionalmente comprometido sobre raça nas formações em saúde. A fala de Gustavo reitera esse vazio:

“Isso [como a Medicina e a Saúde Pública podem contribuir para melhorar as condições de vida das pessoas negras] não é ensinado na faculdade de Medicina, isso não é ensinado na residência, a gente não tem aula de preconceito. É... Eu acho que a Medicina tem um acesso muito grande, a gente alcança muita gente, mas essas questões raciais ou questões de preconceito, quase a impressão que tem é que foge do escopo da medicina [...]”. (Gustavo).

Apenas duas profissionais afirmaram categoricamente terem participado de espaços formais-institucionais de formação

em saúde onde a raça foi abordada. Seguem, respectivamente, as falas que relatam suas experiências:

*“Sim... Sim. Eu... Na formação, é, na faculdade, a gente teve uma, chama **disciplina eletiva**. Nessa disciplina eletiva – acho que era de 30 ou 40 horas no máximo –, as professoras **abordavam principalmente as doenças relacionadas especificamente à raça negra [...]**. Então, na formação, eu **acho que isso contribuiu muito porque eu nem sabia até então que havia doenças específicas**. Então, ajudou bastante. E **na prefeitura eles também disponibilizaram** e eu refiz esse curso, mas esse da prefeitura **foi só um dia inteiro**, foi um de 8 horas, que eles apresentaram pra gente a política que você comentou aqui... A... Política pra população negra... Política Integrativa, né?”. (Catarina).*

“Na minha formação de graduação, não. No mestrado, foi [...]. No mestrado teve uma disciplina optativa que eu escolhi fazer de perspectiva de raça e saúde. Que é uma disciplina optativa pequena, acho que era dois ou três créditos tal [...]”. (Cristina).

Elas seguem descrevendo:

*“[...] Aí a gente ficou **um dia todo**, [...] nesse dia eles também **falaram especificamente na verdade mais sobre as doenças, não sobre... A população negra em si e as suas particularidades**. Uma coisa que eu achei interessante, nesse dia que a gente foi fazer lá na prefeitura **essa capacitação...**”. (Catarina).*

*“Foi muito interessante, foi com dois especialistas, se não me engano, especialistas nisso, e eles **abordavam bastante as iniquidades em saúde, as dificuldades da população negra numa série de coisas, com acesso, até com preconceito, com uma série de coisas, com a ausência de políticas adequadas redução das iniquidades, a política que existe com pouca aplicação na***

prática, e uma série de exemplos; eles levavam pessoas que tinham, permeando na rede, pra gente ter expectativa, uma compreensão do que é uma pessoa sofrer o racismo". (Cristina).

Entre elas, Catarina fala claramente que o foco foram as doenças que afetam as pessoas negras, e não o que ela seja ou o que as homogenize: a raça. Mesmo na memória bastante rica e vívida trazida por Cristina sobre temas que tangenciaram a disciplina de saúde da população negra, nada sinaliza que se tenha discutido o que seja raça. Ao que parece, portanto, nenhum dos entrevistados teve contato com a raça dentro de esteio teórico, mesmo nos espaços formais e institucionais de formação em saúde. A análise discursiva das falas dos profissionais mostra que não há parâmetro claramente delimitado sobre o que se fala e se descreve ao usar esta categoria. São falas emblemáticas sobre o debate acerca da saúde da população negra, que apontam uma contradição enigmática no campo: a possibilidade de se discutir saúde da população negra e até mesmo racismo prescindindo de uma definição de raça – ou população.

Esse dado mostra que as universidades e os espaços programáticos de educação em saúde não tem sido capazes de fomentar uma discussão qualificada acerca da raça enquanto categoria epistemológica neste campo. A fala de Caio é um exemplo. Depois de salientar não se lembrar de discussões sobre a raça na sua formação acadêmica, traz uma memória de como ela aparecia:

*“Tinha bastante, é... Uma discussão de atenção integral, né? **Determinante social de processo saúde doença, que aí entra uma pitadinha.***

– Que que é essa pitadinha?

*– Ah... **Não tem como você discutir atenção integral sem discutir a pessoa como um todo e a raça entra como... Entra como uma dessas questões. Aí, no determinante social da saúde, a questão de raça também entra como uma discussão. Mas, muito mais como uma***

discussão deste grande tema, de atenção integral, olhar integral e determinantes do que ‘vamos discutir raça’, mais nesse sentido”. (Caio).

Caio usa a palavra “pitadinha” para descrever sua percepção da entrada da raça na sua formação. A escolha semântica descreve a entrada irrisória e insípida do tema na saúde. E, enquanto analogia culinária-gastronômica, mostra como a raça deve se portar enquanto ingrediente no caldeirão dos processos-espacos de reflexão em saúde no SUS: de forma tão tímida que, ao fim, se torne quase imperceptível. Quando Caio diz que “não tem como” não discutir a raça, ele nos mostra certa compulsoriedade e automatismo com que a raça é debatida na sua visão, inserida não necessariamente como proposta crítica e reflexiva.

Para além de pensarmos se a raça foi ou não abordada e em que contextos, é preciso questionar: quando ela aparece, de que forma é abordada? Que possibilidades de significação sobre a raça aparecem e de que forma ela é apropriada pelos sujeitos a partir dessas experiências concretas? Diante do vazio em debater ou mencionar seus significados históricos, temporais e geográficos, e – sobretudo – seu caráter radicalmente social, evidenciado por um conjunto de falas que apontam um conhecimento nulo ou pouco aprofundado dessa categoria dentro de uma matriz de pensamento, surgem dois dados bastante significativos.

Primeiramente, os poucos debates acerca da raça nos espacos de saúde se desenvolvem sob uma perspectiva biologicista racialista. Nos espacos formais, a discussão parece acontecer, prioritariamente, em torno de noções biológicas¹⁵, mais especificamente, das doenças atribuídas à raça (negra) – e, de novo, não do entendimento de raça propriamente, orientando um entendimento sobre raça por parte destes profissionais dentro dessa perspectiva.

¹⁵ Essa afirmação, tomada a partir das falas dos entrevistados e da subsequente análise discursiva dos conteúdos – portanto, referente a essa amostra – vai ser mais bem desenvolvida no último capítulo deste trabalho.

Esse dado, enquanto registro discursivo dos profissionais, permite observar na educação em saúde a inscrição de um discurso epidemiológico sobre diferentes perfis de adoecimento decorrentes de padrões biológicos raciais constitutivos característicos. A análise das falas diz que, enquanto matriz hegemônica, a raça aparece como condição biológica na Atenção Básica: como conjunto de doenças ocasionadas por características biológicas que diferem entre negros e brancos, criando padrões de adoecimento que resultam dessa diferenciação.

Como matriz hegemônica circulante, referencia e dá ancoragem a sentidos pessoais sobre a raça. Esses sentidos são partilhados pelos profissionais da saúde e permeiam sua práxis. Segue parte da entrevista com Cristina e Catarina, que fazem um percurso discursivo consoante ao entendimento da raça e seus impactos na saúde como questões engendradas no biológico-genético:

“– Você entende que existem diferenças biológicas; essas doenças, é um dado epidemiológico, né?...

– Mas acredito que sim. É, um dado epidemiológico. Falam a carga genética, além da anemia falciforme, hipertensão. Sim, sim...

– Como é que você entende essa diferença de saúde dos negros? Como é esse dado biológico?

– Não sei se é ao longo da história. É uma coisa que você me fez pensar demais hoje, viu, Mônica...

– Que bom!

– Porque geneticamente, biologicamente falando, existem diferenças mesmo, né, do branco e do negro: a estrutura óssea, a estrutura física. Então, acredito que tudo isso contribui pra hipertensão. Agora, falando da anemia falciforme, é uma carga genética. Então, acredito que isso também tenha a ver com a população negra. Agora, falando da hipertensão, né, a própria estrutura física é diferente mesmo. Talvez... Não vou saber te falar o porquê da hipertensão, mas que a estrutura física é diferente, é: os negros são mais fortes, a estrutura óssea é mais firme; os brancos têm estrutura óssea

mais leve, o branco tem estrutura óssea mais leve, o negro tem estrutura óssea mais pesada. Por isso que os negros vão melhor na corrida e os brancos vão melhor na natação, porque é mais leve, o osso é mais forte, né? Então, a estrutura física é diferente mesmo. Mas eu não sei te dizer por que que dá mais hipertensão agora não... Me fugiu. Eu devo saber, né?”. (Catarina).

*“– De modo geral – então pensando um pouquinho no trabalho – no conjunto de usuários, pacientes, **você acredita que os pacientes negros tenham problemas de saúde semelhantes ou diferentes dos apresentados pelos usuários brancos?***

*– **Tem semelhantes e tem diferentes, né?***

– A que você atribui essas semelhanças e essas diferenças?

*– As semelhanças provavelmente ao contexto, né? Eles estão inseridos no mesmo contexto de comunidade. **E as diferenças eu acho que podem ser sociais, né, em termos dos prejuízos que a população negra sofreu ao longo da construção social do Brasil e até da raça negra, que em termos de saúde, tem algumas particularidades em relação a algumas doenças.***

– Que particularidades são essas? Fala um pouquinho sobre isso.

*– **Tem a ver com a conformação das artérias, com a conformação muscular, com algumas doenças que são mais ou menos prevalentes. Então, você tem muito mais doenças hemolíticas, as falciformes, na população negra, muito mais doenças crônicas que tem a ver com o sistema cardiovascular, né? Tem muito mais chances de ter risco cardiovascular aumentado, muito mais chance de evento cardiovascular, às vezes até mais morbidades das doenças cardiovasculares, com mais sequelas que deixam aí numa situação mais vulnerável”.** (Cristina).*

Atente-se que, na fala de Catarina, a associação entre a genética e a “população negra” mostra o entendimento

tautológico da dinâmica entre raça e doença como assunto da biologia – que, por sua vez, remete ao inato. O mesmo pode ser extraído do discurso de Cristina. Sua fala traz o entendimento explícito da raça como questão biológica ao associar de forma imediata as particularidades dos negros a “conformação das artérias, conformação muscular”, que resultam em um conjunto de doenças também específicas dos negros. Para ela, é a biologia particular do negro que o torna vulnerável. É exatamente neste ponto que podemos ver mais claramente como essa visão sobre as questões de saúde da população negra acabam por repor a raça a partir de marcos biológicos, remetendo às próprias formações raciais presentes na passagem nos séculos XIX ao XX.

Em segundo lugar, colocam-se diante desse vazio conceitual-epistemológico as formulações dos profissionais sobre esse tema forjadas a partir de experiências concretas em “outros cenários” que não a saúde. Todos trouxeram “pitadinhas” que mostram estarem, em alguma medida, próximos do tema raça em seu cotidiano, no trabalho em saúde ou não. O relato de Otávio sobre sua experiência extra-acadêmica com a raça, consoante ao de Nádia, é o que mais chama atenção:

“– Diz pra mim uma coisa, Otávio, na sua formação, a raça – formação nessa perspectiva longitudinal e ampliada aí – foi abordada de alguma forma?

– Olha, no meu caso, em termos gerais, eu tenho muita interface desse assunto com a área de estudos judaicos, embora os judeus não sejam raça, né? Mas – eu sou judeu, não sejamos uma raça – mas sempre fomos tratados como tal, como tais, inclusive até muito mal tratados como tais. Então, de alguma forma, esse tema passou. É um tema que acompanha a minha vida ao longo do tempo (risos)”. (Otávio).

Vejamos, também, a complementação da fala de Pedro sobre a raça ter sido abordada em sua formação:

*“[...] A minha questão da **minha questão de identidade**, ela passa por um processo de transformação. [...] Eu tenho um nome do meio [...], que é um belo de um nome eurocêntrico suíço, mas meu pai é negro. E tava dentro de uma cultura branca, eurocêntrica, apesar do meu cabelo crescer pra cima. E, nessa questão [...], é que eu fui começar a procurar algumas outras identidades. Acho que isso vai aparecendo nos últimos três, quatro anos. E aí eu vou me identificando mais, vou tendo contato. E aí **isso acaba vindo por uma formação paralela dentro de uma formação de vida, não tanto dentro de uma formação acadêmica...**”. (Pedro).*

A fala de Nádia mostra um engajamento no tema similar ao de Otávio e Pedro, ao afirmar que a convivência familiar com uma mulher negra tem trazido a discussão para sua vida: falamos da entrada da raça por uma via pessoal, afetiva. Nesse sentido, mesmo os que não puderam fruir de cursos, palestras, aulas e atividades institucionais de formação, citam trocas de experiências, espaços de partilha, vivências com amigos de faculdade ou colegas de profissão em que a raça era tema, assim como na vida familiar ou no ambiente de trabalho, em espaços políticos ou na observação distraída e assistemática do mundo. Isso evidencia o que já é amplamente identificado e afirmado pelos negros: a raça está em todo lugar, a todo tempo. É nesses espaços, sobretudo, que tem se criado, desenvolvido e problematizado o conceito de raça e outros que a tangenciam.

Daí temos outra proposição: as discussões e aprendizagens informais parecem concorrer *pari passu* com as formais, mostrando-se tão relevantes ou mais. Dessa forma, não sabendo formalmente o que seja raça, todos a experienciam e significam essas experiências a partir de referenciais próprios. E se utilizam desse conhecimento, de senso comum, que trazem como conteúdo nas entrevistas, para aplicá-lo ao seu cotidiano na saúde.

Como agem os profissionais acerca da raça? As vicissitudes da atuação

Não queremos com isso desqualificar o conhecimento de senso-comum, importante norteador das relações sociais e da vida cotidiana. O que questionamos é sua suficiência, especialmente em relação a um grupo de profissionais de saúde que não pode prescindir de certos conceitos, na medida em que se utiliza deles na sua prática profissional. Nesse sentido, retomamos com a seguinte fala de Gustavo:

“Mas eu tenho muita dificuldade de avaliar aonde que ainda tem preconceito, como que tem, como que a gente trabalharia com isso. Às vezes eu acho que isso foge bastante do meu escopo mesmo. Enquanto médico, eu atendo as pessoas [...], eu não tenho a impressão de que eu faça alguma distinção disso”. (Gustavo).

Gustavo nega enxergar o racismo no campo da saúde. Ao argumentar que compreender a dinâmica racial foge de seu escopo, ele se desresponsabiliza, como se pensar raça não fosse uma tarefa que lhe coubesse. Portanto, além de ‘eu já faço a minha parte’, outro conteúdo discursivo implícito nesse trecho diz ‘olhar a raça não faz parte da parte que me cabe’. Vejamos outro relato:

“Eu, inclusive, você sabe que eu tenho uma coisa muito louca – uma vez já me falaram sobre isso, que eu não devia fazer isso, mas eu me neguei. Tem alguns formulários que vem pra preencher raça, né? Eu preencho humana.

– Hum, fala mais!

– Porque eu acho que é complicado, eu acho que o formulário não tem que fazer isso, classificar as pessoas por raça. [...] Pode ser que na questão médico paciente se desenvolva alguma questão de saúde, mas alguns formulários de raça eu não preencho ou eu preencho humana.

– Quase num ato de rebeldia, Otávio? (risos)

– É, porque isso me lembra medicina na época nazista. Aquelas coisas de é ariano, meio ariano, polaco. Acho isso muito complicado. Pra mim, isso é uma coisa que me é difícil fazer, não me sinto bem fazendo isso”.
(Otávio).

Essa fala transcrita revela a perspectiva autocentrada com que o profissional branco se enxerga. Otávio mostra enxergar a raça à luz de sua própria lógica, à medida de sua própria experiência. Ele diz que a raça sempre atravessou a sua vida (o que certamente é inquestionável) sem nunca tê-la estudado na perspectiva nos negros no Brasil. O caráter autocentrado da relação que Otávio estabelece com a raça e o racismo¹⁶ fica ratificado pelas escolhas lexicais, em que faz uso massivo da primeira pessoa: “eu acho complicado”, “eu acho que não devia fazer isso”, “isso me lembra”, “pra mim, é difícil fazer”, “não me sinto bem”. Otávio burla a norma de preenchimento da categoria raça/cor, ignorando que seja fruto de árduas disputas encampadas pelos movimentos negros; compara os sistemas de classificação racial em saúde a medidas racistas da Alemanha nazista. Não há problema em Otávio desconhecer as origens políticas dessa medida: a branquitude se coloca no convencimento, na crença de que seus referenciais sejam suficientes para compreendê-la. Branquitude refere-se às formações identitárias brancas nas sociedades, que orientadas pelo racismo contra o negro, conferem a brancura um lugar imaginário positivado, ofertando aos brancos a construção de uma autoimagem identificada com a ideia de superioridade e a possibilidade de inviabilizar sua

¹⁶ Não posso deixar de mencionar o sofrimento que percebi nas falas de Otávio ao abordar o tema da raça. Embora entenda e afirme que o prisma através do qual olha a raça seja o da branquitude, sobretudo por ser considerado branco no Brasil, ele certamente carrega vivamente o sofrimento de pertencer a um grupo historicamente marcado por processos de racialização, humilhação e exclusão, sentimento que com certeza também determina seu discurso. Assim, a fala de Otávio abre a possibilidade de pensar na construção da branquitude em dupla consciência.

racialidade. A identidade racial – branca – dos profissionais mostra-se relevante e reverbera ativamente em seu olhar e fazer na assistência em saúde. Vejamos agora o relato de Catarina:

“Quando ele falou que não conseguia dormir, começou com uma insônia, e... E aí falou que, como se sentia muito insatisfeito, infeliz com a vida, falou que se sentia que não fazia sentido viver. Começou com essas queixas pra médica. Aí, ele começou a fazer uso de depressivos. Aí, uma vez ele voltou com a gente falando que tava, que tinha feito uso de muitas drogas, muitas drogas no mesmo dia. No mesmo dia, ela falou que experimentou a maconha, cocaína, heroína e né... Foi o que ele falou pra gente. Aí, nesse mesmo dia, ele se sentiu muito mal. O coração dele disparou muito, e ele se sentiu muito mal. Aí, nesse dia mesmo, a gente já começou a perceber os primeiros sintomas de uma possível tentativa de suicídio. E, depois dessa, só foram agravando. A gente falava pra ele ir pro CAPS Ad, o álcool e drogas falava ‘ele não tem perfil de CAPS Ad, porque foi uma vez’; e ele também falava, sentia que não tinha perfil de CAPS Ad, já que ele usou uma única vez; então, ele não era usuário. O CAPS Adulto falava que não ia atender porque, como foi um episódio de uma overdose; então, tinha que ser Ad. Então, um mandava pro outro, que acabava na estratégia, a gente não tinha suporte pra atender um caso grave assim, de um jovem, né, 18 anos, com risco de suicídio. Eu sei que a coisa foi nisso: um jogando pro outro, um jogando pro outro, até quando ele realmente... É... Cometeu, né. [...] Quando a gente discutia, sempre terminava na mesma questão. É... a psiquiatra sempre pedia uma intervenção, sempre pedia intervenção do CAPS Ad, porque ela falava ‘olha, Catarina., ele falava pra você que foi a única vez que ele usou, que foi quanto ele quis acabar com a própria vida, mas na verdade ele é um usuário, porque mesmo assim ele sabe onde vende, ele sabe onde tem, ele sabe onde procurar. Essa crise pode vir mais vezes do que quando ele relata pra você. Então, ele é usuário. Então, ele tem que ser

tratado no CAPS Ad, e isso a gente não pode fazer nada com o NASF. Então, a gente ficava só nisso de CAPS, CAPS, CAPS, CAPS. A gente travou um pouco. **Não chegava a conclusão nenhuma de investigar família**, de tentar ir atrás do genograma, a gente, tipo... É uma família que não, que realmente a gente... **Não deu certo. Ela nunca atendeu ele, nunca nem quis atender, só no matriciamento, já dispensava o caso. Então, tinha que ter atendido, saber se realmente era uma coisa pontual, se era mais vezes, se fosse mais vezes, acho que...** Eu acredito que todo psiquiatra tem suporte pra tratar álcool e drogas, né? **Ela sempre falava que ‘ele é usuário? Não vou atender, não atendo usuário. Não atendo usuário, só saúde, só outros problemas psíquicos’[...]. Então, aí a psicóloga falou assim...**Que ela começou com uns papos. Eu não lembro quais foram as palavras dela, **mas ela começou com um papo assim:** que era comum a psicóloga, às vezes, se envolver com o paciente, porque aprofunda muito no problema **do paciente e o paciente é muito sedutor**, foi isso mesmo que ela usou, foi essa palavra. **Então, ela usou essa palavra, sedutor. E aí ela não quis mais atender ele. E, depois de um tempo, ela nunca mais atendeu ele depois desse dia. Atendeu ela e eu, e ela nunca mais atendeu ele. Aí começou com uns papos aí de mandar pro CAPS, CAPS, CAPS, CAPS, e nunca mais atendeu ele**”. (Catarina).

O relato de Catarina evidencia um caso de discriminação, em que o direito à assistência em saúde é negado por uma série de arranjos e escolhas institucionais. Chamam atenção dois elementos discursivos: primeiro, a leitura do homem negro como um homem sedutor; segundo, a presunção da inidoneidade da queixa e do relato trazido pelo paciente. São proposições que remetem a imagem do homem negro hipersexualizado, “malandro”, ao imaginário do homem negro como perigo, alusões que encontram sua origem na colonização, onde se deram os primeiros e mais vis investimentos do branco

europeu na invenção do negro africano como tipo, e do homem negro africano como sexualidade, brutalidade e imoralidade (STROTHER, 1999).

Outro dado a mencionar, este de fundamental importância, é a presença de argumento técnico-teórico que fundamenta a prática discriminatória subjacente à conduta em saúde. É ao que assistimos de forma explícita no relato de Catarina. Ele aponta a complexidade de pensar racismo nesse campo, pois o conteúdo que orienta a discriminação pode estar lógica e conceitualmente fundamentado, o que acaba por atuar como ocultação da raça e, por conseguinte, da consideração dela como fator decisivo no acolhimento e na assistência prestada a esses usuários. Nesse sentido, a ocultação da raça nas formações em saúde tem fomentado a utilização de um discurso tecnicista que fomenta práticas racistas à medida que auxilia a ocultação e, consequentemente, a conservação delas.

Segue o importante relato de Lúcia quando questionada se o tratamento oferecido a um paciente teria sido diferente caso ele fosse branco, resguardadas as outras mesmas condições:

“[...] Em cinco meses que a gente acompanha ele, ele já tá em recuperação da cirurgia de hérnia, que, tipo assim, é uma cirurgia que demora, que eu tenho pacientes esperando há mais de dois anos na rede, esperando na fila de espera da cirurgia. E eu acho que ele ganhou a empatia por ser branco, por ser cantor, estar em situação de rua e as pessoas ‘nossa, mas como?’ [...] Acho que a gente foi cuidando disso, também a gente fez movimentos de discutir com a supervisão pra tentar articular esse cuidado, tudo isso. É, talvez até a nossa empatia ele ganhou, né?. Enfim, mas é um caso que eu falo assim: ‘gente, o V. ele é tipo... Ele é um caso fora da curva’, e eu acho que talvez, assim, o fato de ele ser branco tenha também facilitado isso, nos movimentos das pessoas que entraram nesse cuidado e ajudaram. O próprio cirurgião que marcou a cirurgia não botou na fila de espera e marcou a cirurgia rápido

assim, né? Acho que ele conseguiu mobilizar, ele também é uma pessoa muito carismática, assim, sabe? Acho que ele conseguiu mobilizar muita gente. Mas eu acho que o fato de ele ser branco facilita, com certeza”. (Lúcia).

O fato de a raça não ser sequer nomeada não significa que ela não esteja presente. Ainda que o racismo trate de ideia preconceituosa ou atitude discriminatória que remeta à raça de maneira central, isso não implica, nem poderia no país da democracia racial, menção direta a ela (GUIMARÃES, 2009). Lembremos que o silêncio e o negacionismo são os escudos discursivos sob os quais o racismo preserva sua eficiência e eficácia. O relato de Catarina mostra que a discriminação racial às vezes opera pela ausência de ação, pela omissão. Neste último, segundo Bento (2014) é a branquitude, mais precisamente na dimensão dos “pactos narcísicos” (p. 45) que preserva, responsáveis por um sentimento de “indignação narcísica” (p. 29) entre os brancos, que opera em favor da eficácia do racismo: trata-se da expressão mais radical do caráter siléptico do racismo e de seu funcionamento nas instituições de saúde.

Algumas considerações

O silêncio em torno da raça nas formações em saúde não significa que ela não seja abordada em absoluto, não apareça de forma assistemática ou não seja um assunto – às vezes, até recorrente – na rotina dos entrevistados. Não ser abordada de um determinado lugar não significa que não seja abordada. Os relatos aqui apontam que a visão biologicista e/ou personalista a partir da qual esta categoria vem sendo abordada como forma de preencher as lacunas em torno dela podem, à revelia de intenções contrárias, reforçar estereótipos e práticas discriminatórias ou racistas.

Aqui, entendemos que o biológico, assim como as questões de saúde que afetam a população negra e a diferenciam

em termos de doença – ou ainda a constituição genética desses sujeitos e suas manifestações – estão diretamente relacionadas à natureza social do homem. É precisamente nesse momento que se faz necessário retomar a noção de racismo como organizador social: se os quadros de saúde estão associados à organização social, que é balizada pela noção de raça, então estão relacionados ao racismo. Veja que a perspectiva aqui defendida não corresponde a tornar os aspectos biológicos, “naturais”, como depositários do social (IANNI, 2004). Trata-se de implicar-se radicalmente com os pressupostos Sócio-Históricos no que diz respeito ao entendimento da natureza humana como social (VIGOTSKI, 2007). A doença e a própria dimensão biológica de cada um, nesse sentido, estão submetidas à ordem social, que nada mais é do que reflexo e expressão singular em nível individual do corpo do caráter universal social, gregário do homem.

Se as ideias que permeiam a formação em saúde estão capturadas em torno de noções essencialistas, racialistas e racistas, certamente o racismo segue sendo um balizador das formações em saúde, o que se refirma pela práxis desses profissionais frente a seus pacientes e pelo curso que esses pacientes fazem em seus serviços e fora deles. Hoje é através do silêncio em relação à raça e do lugar desta categoria nos espaços de formação em saúde que ela e o racismo se materializam neste campo, apontando uma crítica e autocrítica falhas dentro dessa esfera. É assim que, esteja a raça presente ou ausente, explícita ou oculta, o racismo mostra-se sempre presente como balizador da prática em saúde.

Não ter uma concepção nominalista de raça não significa que não existam concepções a respeito dela. Não ter uma concepção de raça não impede a ação discriminatória. E mesmo defender uma postura antirracista não garante a prática unilateralmente desracializada, sobretudo antirracista. Terminamos em acordo com Guimarães (2009, p. 22) quando diz acreditar que “[...] somente uma definição nominalista de raça seja capaz de evitar o paradoxo de empregar-se de modo crítico (científico) uma noção cuja principal razão de ser é justificar

uma ordem acrítica (ideológica)”. Trata-se de garantir na formação em saúde de sensibilização, sensibilização como conhecimento orientado à prática, como recurso teórico que permita refletir, afetar-se e deslocar-se epistemologicamente. Trata-se, principalmente, de comprometer-se com a saúde enquanto direito universal, de assegurar o princípio da equidade, de garantir ações em saúde verdadeiramente ética e politicamente comprometidas com o combate ao racismo – sistema cuja vigência impede qualquer possibilidade de pensar a fruição da saúde, como vivência subjetiva ou como direito. Mais do que nunca, é preciso lutar por concepções e práticas antirracistas no campo e nas formações em saúde.

Referências

BENTO, M. A. S. Branquitude e Branqueamento no Brasil. In: _____.; CARONE, I. *Psicologia Social do Racismo: Estudos sobre Branquitude e Branqueamento no Brasil*. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS nº 992, de 13 de maio de 2009. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, 14 maio 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992_13_05_2009.html>. Acesso em: 10 maio 2016.

DIALLO A. C. What should we do with the Negro? The Rise of Scientific Racism during the Pre-Civil War Era. In: _____. *More Approximate to the Animal*. African Resistance and the Scientific War against Black Humanity in Mid-Nineteenth Century America, PHD. Wahsington University, 2006. p. 91-136.

FARGE, A. *Lugares para a História*. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2011.

FIELDS, B. J. Ideology and Race in America History. In: KOUSSER, J.; MCPHERSON, M.; JAMES, M. *Region, Race and Reconstruction*. New York: Oxford University Press, 1982.

GUIMARÃES, A. S. A. *Racismo e Antirracismo no Brasil*. 3. ed. São Paulo: Editora 34, 2009.

HOCHMAN, G. Quando a Saúde se Torna Pública: Formação do Estado e Políticas de Saúde no Brasil. In: _____. *A Era do Saneamento: as Bases da Política de Saúde Pública no Brasil*. São Paulo, Hucitec-ANPOCS, 1998. p. 19-46.

_____. Regulando os Efeitos da Interdependência: Sobre as Relações entre Saúde Pública e Construção do Estado (Brasil 1910-1930). *Estudos Históricos*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 11, p. 40-61, 1993.

_____.; LIMA, N. T. Condenado pela Raça, Absolvido pela Medicina: O Brasil Descoberto Pelo Movimento Sanitarista da Primeira República. In: MAIO, M. C.; SANTOS, R. V. (Org.). *Raça, Ciência e Sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

_____.; _____. “Pouca Saúde e Muita Saúde”: Sanitarismo, Interpretações do País e Ciências Sociais. In: _____.; ARMUS, D. (Org.). *Cuidar, Controlar Curar: Ensaio sobre Saúde e Doença na América Latina e Caribe*. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2004. p. 493-533.

IANNI, A. M. Z. *Fronteiras do Biológico e do Social na Saúde*. Um Estudo sobre a Epidemiologia no Brasil – 1990/2002. 2004. 148 f. Tese (Doutorado em Ciência Ambiental) – Programa de Pós-Graduação em Ciência Ambiental, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

LAGUARDIA, J. O. O Uso da Variável “Raça” na Pesquisa em Saúde. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 197-234, jul. 2004.

_____. Raça e Epidemiologia: Estratégias para Construção de Diferenças Biológicas. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 253-261, mar. 2007.

LOPES, F. Experiências Desiguais ao Nascer, Viver, Adoecer e Morrer: Tópicos em Saúde da População Negra no Brasil. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA, 1., 18-20 ago. 2004, Brasília. *Anais...* Brasília, 2004.

_____. Para além das Barreiras dos Números: Desigualdades Raciais em Saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1595-1601, set./out. 2005.

MAZIE, H. *Sex, Sickness and Slavery*. Illness in the Antebellum South. Urbana, University of Illinois Press, 2014. p. 13-42.

MOTA, A. *Quem é Bom já Nasce Feito*: Sanitarismo e Eugenia no Brasil. Rio de Janeiro: DP&A, 2003.

MUNIZ, J. O. Sobre o uso da variável raça-cor em estudos quantitativos. *Revista de Sociologia e Política*, v. 18, p. 277-291, 2010.

PAIXÃO, M. *et al. Relatório Anual das Desigualdades Raciais no Brasil*. Rio de Janeiro: Garamond, 2010.

REIS, J. C. *Nouvelle Histoire e o Tempo Histórico*. Introdução. 2. ed. São Paulo: Ana Blume, 2008.

SCHWARCZ, L. M. *O Espetáculo das Raças*: Cientistas, Instituições e Questão Racial no Brasil – 1870-1930. São Paulo: Cia das Letras, 1993.

STROTHER, S. Z. Displays of the Body Hottentot. In: LINDFORS, B. (Ed.). *Africans on Stage*. Studies in Ethnological Show Business. Bloomington: Indiana University Press, 1999. p. 1-61.

VIGOTSKI, L. S. *A Formação Social da Mente*. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

Assistência escolar, higienismo e eugenia: as práticas de Noêmia Cruz no Grupo Escolar Rural de Butantan (1930-1940)

ARIADNE LOPES ECAR
DIANA GONÇALVES VIDAL

Desde o fim do século XIX existiam no Brasil debates sobre a “vocação agrícola” sendo veiculados, sobretudo, pelo Estado de São Paulo. Sua capital mostrava-se como símbolo de modernização, principalmente por meio da ampla urbanização em áreas centrais. Em seu entorno havia terras rurais que abasteciam a cidade (LANGENBUCH, 1971), manifestando a convivência imprescindível entre citadino e caipira ou, como afirma André Mota (2010), a relação entre produção e consumo constitutiva do pensamento dicotômico da elite oligárquica paulista.

De acordo com Marcos Silva (2013), houve, particularmente em São Paulo, uma disseminação de teorias biológicas que viam o “[...] urbano como a causa da ‘degenerescência’ humana, justificando, de um lado, a defesa de um programa ruralista para o país e, de outro, uma ação contundente de disciplinamento das populações pobres da cidade” (SILVA, 2013, p. 116), tendo em vista sua transformação e a contenção do perigo urbano, particularmente evidente na década de 1910, tanto na eclosão das greves quanto na disseminação da epidemia da gripe espanhola.

A intervenção nas zonas urbana e rural que os anos 1920 e 1930 testemunharam unia preceitos da medicina higiênica e eugênica e da educação. Esta nova ciência, a eugenia, procurava realizar aperfeiçoamento geracional. Com foco na prevenção de doenças como a sífilis, a tuberculose e o alcoolismo,

pretendia aumentar a produtividade do trabalhador na cidade e no campo, evitando a degenerescência da raça e promovendo o aperfeiçoamento da prole. Associava-se à higiene que, também com dimensão preventiva, visava a assegurar a saúde da população pela ingestão de alimentos adequados e adoção de hábitos saudáveis. Particularmente, em auxílio a esta última, a escola foi chamada a atuar, não apenas com a introdução de disciplinas, como cursos de puericultura, e de atividades como o pelotão de saúde; mas, com a realização de inquéritos e extensão de seu raio de influência às famílias.

No entrecruzamento das discussões sobre as relações rural e urbana e no seio da cruzada higiênica empreendida pela escola, emerge a experiência de ensino rural realizada no Grupo Escolar Rural de Butantan (GERB) por Noêmia Saraiva de Mattos Cruz na cidade de São Paulo, sobre a qual discutiremos neste artigo. Concordamos com André Mota (2010, p. 19), quando afirma que as ações da educadora tinham “[...] cunho higienista e eugênico colocando em andamento seu projeto pedagógico capaz de afirmar uma vocação ruralista do Brasil”.

Sem descuidar do ensino do conteúdo oficial do Estado de São Paulo, Noêmia Cruz desenvolveu um conjunto de atividades rurais como apicultura, avicultura, cunicultura, sericicultura, horticultura, jardinagem, pomicultura e silvicultura, a partir da criação de um Clube Agrícola frequentado por alunos e alunas da escola primária. Concomitantemente, envolveu-se em iniciativas assistencialistas visando à promoção da saúde do escolar e de sua família, bem como a prevenção de doenças.

Para dar visibilidade ao trabalho efetuado no GERB, o texto foi organizado em duas partes. Inicialmente, abordaremos a assistência escolar no âmbito das instituições auxiliares de ensino, escrutinando as ações relativas à distribuição de sopa e ao combate à verminose, dentre outras. A seguir, nós nos deteremos na produção de alimentos por alunos e alunas do Clube agrícola e no ensino de hábitos alimentares saudáveis por parte da professora.

Antes, entretanto, é preciso esclarecer que desde 1908 o Instituto Butantan já possuía uma escola isolada mista para

crianças e adultos em suas dependências. Em 1926, a escola passou ao modelo agrupado e a denominar-se Grupo Escolar de Butantan e somente em 1933 foi ruralizada a título de experiência pelo Decreto nº 6.047. A professora Noêmia Cruz foi convidada oficialmente a implementar o ensino rural no GERB em 1932, em 1935 assumiu a direção da escola permanecendo na instituição até 1943.

Assistência escolar como instituição auxiliar de ensino

Em 1933, a Diretoria de Ensino do Estado de São Paulo aprovou o Código de Educação. O item “Serviço de Obras sociais escolares, peri-escolares e post-escolares” no capítulo XII, tinha por objetivo, em seu art. 139, normatizar a reorganização da “[...] escola em bases de comunidade social de trabalho em cooperação sua articulação com meio social por todas as medidas que tendem a estender seu raio de ação educativa e a tornar estreita a colaboração entre a escola, a família, e as obras instituições sociais” (SÃO PAULO, 1933, [s. p.]). A intervenção social era uma forma de garantir a frequência, bem como evitar a evasão escolar.

De acordo com Rosa Fátima de Souza (2011), as instituições auxiliares do ensino foram apontadas como elementos basilares contributivos de realização da função social da educação. As instituições auxiliares do ensino mais comuns e relacionadas no *Anuário de Ensino do Estado de São Paulo* (1935-1936) eram: instituições de ação educativa geral (biblioteca infantil, jornal infantil, cinema educativo, orfeão infantil); instituições de educação agrícola (jardim escolar, horta escolar, clube agrícola, criação de animais); instituições de educação econômica (cooperativa, banco escolar); instituições de ação social (Associação de Pais e Mestres, Associação de Amigos da Escola); e instituições de assistência (caixa escolar, assistência alimentar, assistência dentária, assistência médica, assistência higiênica).

Mesmo com diversos incentivos para que as instituições auxiliares se desenvolvessem, de acordo com Souza (2011), as de caráter assistencial foram as que tiveram maior êxito, tendo em vista a escassez material das escolas e as condições socioeconômicas dos alunos. Das instituições auxiliares de ensino destacadas no *Anuário de Ensino do Estado de São Paulo*, o Grupo Escolar Rural de Butantan possuía caixa escolar, jornal infantil, jardim e horta escolares, clube agrícola, criação de animais, cooperativa, canto orfeônico, Associação de Mães e assistência alimentar (CRUZ, 1936).



Figura 1 – Alunas e aluno do Grupo Escolar de Butantan tomando sopa.

Fonte: Núcleo de Documentação do Instituto Butantan (1937).

De acordo com o *Anuário de Ensino do Estado de São Paulo* (1935-1936), diretores de grupos escolares da Capital reuniram-se na sede do Serviço de Hygiene e Educação Sanitária Escolar, em 26 de maio de 1933, para discutirem ações conjuntas em favor da nutrição de escolares.

De então, para cá, nada menos de 25 escolas organizaram a distribuição das refeições aos seus alunos,

favorecendo com isso, 2.815 crianças, e tendo distribuído, até 31 de julho, 49.788 refeições. [...] Cada director dá ao problema uma solução pessoal, compatível com as possibilidades e condições do estabelecimento. Mas o ponto de vista de todos é o mesmo: regularizar o estado de nutrição da criança. Uns fornecem alimento de maneira restrita, só os de necessidade urgente; outros à larga, a todos que o desejam, seja mediante contribuição, seja gratuitamente. Uns fornecem leite; a maioria sópa. (ANUÁRIO DO ENSINO DO ESTADO DE SÃO PAULO, 1935-1936, p. 160).

Por meio de um inquérito feito em 1936 verificou-se que 35 grupos escolares forneciam sopa, 146 davam lanche às crianças pobres, 19 ofereciam copo de leite ou café com leite.

Dos estabelecimentos que responderam ao inquérito, 2 iniciaram a assistência alimentar em 1919; 3 em 1920; 6 em 1921; 2 em 1922; 3 em 1923; 1 em 1924; 4 em 1925; 3 em 1926; 4 em 1927; 6 em 1928; 6 em 1929; 6 em 1930; 13 em 1931; 17 em 1932; 8 em 1933; 12 em 1934; 31 em 1935; 56 em 1936; (18 não informaram). (ANUÁRIO DO ENSINO DO ESTADO DE SÃO PAULO, 1935-1936, p. 161).

Não constatamos quando o Grupo Escolar Rural de Butantan passou a servir sopa, mas talvez tenha sido no final de 1934, pois uma das fotografias pertencentes ao Acervo Grupo Escolar Rural, do Núcleo de Documentação do Instituto Butantan, mostrava alguns alunos construindo a carvoeira, e na legenda constava a data de setembro daquele ano. Noêmia Cruz¹ fez referência à sopa em seu livro (1936), no capítulo “Desenvolvendo o espírito de iniciativa dos meninos”².

¹ Nos trechos extraídos da obra de 1936 de Noêmia Cruz, foi mantida a grafia da época; por isso, quais desvios à norma padrão devem ser desconsiderados.

² As atividades rurais eram realizadas por meninos e meninas da escola, como visto nas fotografias do Núcleo de Documentação do Instituto Butantan, a



Figura 2 – Alunos construindo uma carvoeira.

Fonte: Núcleo de Documentação do Instituto Butantan (1934).

Segundo Noêmia Cruz, mediante as sobras da horta, alunos e alunas propuseram fazer sopa, ao que a professora sugeriu a montagem de um fogareiro. “E assim foi. Depois das explicações que lhes dei, arranjaram uma lata vazia de querosene, 4 tijolos, reboque, pedaços de arcos velhos de barris e fabricaram, finalmente, o fogareiro, que ficou mesmo bem feito” (CRUZ, 1936, p. 155-156). As crianças se dispuseram a cozinhar no dia seguinte com o carvão que trariam de casa; porém, Noêmia Cruz as desafiou a fazerem o produto.

Alguns, os mais afoitos, logo se propuseram a dar início ao trabalho. Deixei-os discutir os métodos e processos que deveriam ser usados na fabricação e escolher livremente,

despeito de Noêmia Cruz (1936) utilizar somente o substantivo masculino em seu livro. Na construção do fogareiro e da carvoeira, especificamente, ocorreu apenas a ação dos meninos, o que justifica o uso do substantivo masculino nos próximos parágrafos.

entre si, os mais entendidos para chefes “carvoeiros”. Reunidos, por todos os meninos, muitos tócos e pedaços de madeira e seguindo as instruções dos pequenos chefes, construíram a carvoeira, à sua vontade, sem a minha interferência. (CRUZ, 1936, p. 156, grifos da autora).

A ação dos alunos não foi promissora. No processo, a madeira transformou-se em cinzas. Noêmia Cruz aproveitou o momento para dizer que a falta de orientação e estudos pode trazer prejuízos às iniciativas, e os instou a buscarem conselhos com os pais sobre técnicas de produção de carvão. “Mas, como eles, não conseguissem obter a fórmula técnica desejada, tive eu mesma de arranjá-la, pois tinha sido a autora da ideia e era necessário dar aos meninos um exemplo de constância e resistência” (CRUZ, 1936, p. 157).

A orientação sobre o modo correto de fazer o carvão partiu de Frederico Carlos Hoehne, chefe da seção de botânica do Instituto Biológico, por solicitação da professora. Uma nova tentativa de carvoeira foi feita e o objetivo alcançado, imediatamente os alunos quiseram utilizar o carvão, mas não tinham fósforos. Desse modo, a professora mandou “[...] que juntassem no fogareiro gravetos e folhas secas e, com uma lente de aumento que eu tinha na classe, captando os raios solares, consegui fazer-lhes a vontade, acendendo o fogo sem fósforos, sob a ruidosa alegria da criança” (CRUZ, 1936, p. 158).

A prática pedagógica de Noêmia Cruz estava calcada no desafio e na persistência, que segundo ela, eram características do progresso. Em sua visão, o indivíduo residente no campo era resistente à inovação quando lhe ofereciam a “[...] teoria ou ciência pura. Mas converte-se em imitador fiel e discípulo submisso quando vê unidos o exemplo e a teoria e quando se lhe apresentam resultados palpáveis e fatos visíveis” (CRUZ, 1936, p. 160). Nesse processo, de acordo com a professora, a criança tinha o papel fundamental de “[...] um verdadeiro fio condutor de uma constante corrente de ideias e sentimentos, que vai do coração da escola ao coração do lar doméstico” (CRUZ, 1936, p. 160).

O lucro das vendas das hortaliças e afins proporcionou a compra de tecidos para o uniforme. Esse era um dos propósitos registrados no Relatório do Clube Agrícola de 1934-1935 (NÚCLEO DE DOCUMENTAÇÃO DO INSTITUTO BUTANTAN, 1934, 1935). O uniforme deveria ser usado pelas crianças em festas, reuniões, feiras e passeios dos sócios do Clube. Negociar as hortaliças era uma forma de suprir algumas necessidades da escola que poderiam não ser contempladas pela administração estadual de ensino.



Figura 3 – Noêmia Cruz e alunos. Aula de horticultura.

Fonte: Núcleo de Documentação do Instituto Butantan (1936).

De meados da década de 1930 a 1942, Noêmia Cruz levou adiante sua proposta pedagógica de ensino rural associando-a à assistência escolar. No Oitavo Congresso Brasileiro de Educação, organizado pela Associação Brasileira de Educação em 1942, a professora apresentou duas teses.

Na primeira, Noêmia Cruz abordou o tema *A educação rural nas zonas rurais comuns* (1944, p. 169), e defendeu o ensino rural como uma pedagogia rural com vistas a cultivar

o “amor” e o “respeito” dos alunos pela natureza e a formar o futuro cidadão nacional. A professora analisava a escola rural como “evada de preconceito urbanista” (p. 169); para ela as “escolas da cidade” eram implantadas ou “enxertadas à força” em núcleos rurais. Ao dissertar sobre a escola rural, Cruz considerava que a instituição era possuidora de uma “grande missão”, privilegiada pelo contato com a natureza, que permitia o desenvolvimento do “método experimental” prática importante para o exercício das “[...] faculdades e aptidões necessárias à disciplina da ação, que é a grande edificadora da civilização dos povos” (p. 169). E segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE):

Com efeito, a disciplina da ação, essa disciplina, formadora do caráter, tem nas práticas agrícolas a forma mais simpática, adequada e proveitosa, a forma mais completa de se educar a criança, pois corresponde à sua cultura integral, sob o estímulo poderoso das necessidades espirituais, físicas e normais. Cultura integral, sim, – porque as práticas agrícolas, além de exercitarem a inteligência colocando em atividade a atenção, a observação, o raciocínio – dando lugar à comparação e ao julgamento, estabelecendo a experiência, desenvolvem uma cultura física no melhor dos ambientes: em pleno sol e ao ar livre. Desenvolvem uma cultura moral, que fortifica o espírito de ordem, o hábito de observação, a reflexão, a prudência, a previsão, a vontade firme, a energia, a afeição ao trabalho – valores estes que emergem da luta consciente do homem com a natureza e que infundem um respeito infinito pela obra criadora, inimitável de Deus. (1944, p. 170).

Esse saber da ação, da experiência, remetia-se à escola ativa, um movimento “[...] com significados múltiplos e distintas apropriações constituídas no entrelaçamento de três vertentes: a pedagógica, a ideológica e a política” (VIDAL, 2013, p. 581). Havia disputas em torno da melhor forma de educar

entre católicos, liberais, anarquistas, comunistas e também os ruralistas pedagógicos. Ideologicamente, a escola rural era vista como uma forma de transformar a sociedade. Na acepção de Noêmia Cruz, era do campo que saíam os líderes do Brasil. E no que tange à política, seus argumentos convergiam para apresentar o ensino rural como uma alternativa para a sociedade brasileira.

A professora julgava que o camponês, a despeito de sua “superior inteligência”, necessitava de preparo para que seu trabalho não fosse improdutivo. Ela não partilhava das proposições que pretendiam transformar o ensino primário em técnico ou profissionalizante, pois assim seria uma “pseudoescola de agricultura”, ou seja, para ela o ensino rural deveria ser transmitido de forma experimental e prática.

Noêmia Cruz concluiu a tese com algumas diretrizes para a educação primária fundamental na zona rural: fazer com que a vida no campo fosse agradável, influenciar a região na qual se situava funcionando como centro de difusão cultural, preparar o professor rural “para exercer essa missão”, criar escolas normais rurais com ênfase em agricultura e em enfermagem e fazê-las promotoras do progresso, melhorar a remuneração do professor e dar assistência médica sanitária, moral e pedagógica ao habitante da zona rural.

A segunda tese apresentada por Noêmia Cruz, dizia respeito à *Frequência regular à escola – O problema da deserção escolar – A assistência aos alunos – Transporte – Internatos e semi-internatos*, eixo do Oitavo Congresso Brasileiro de Educação que tratava sobre questões de permanência de alunos e alunas nas escolas tendo como foco central a frequência como “um problema social” (IBGE, 1944, p. 379).

As soluções apresentadas pelos participantes do eixo foram a aproximação entre escola e família, incentivo à criação de associações de pais e mestres ou a visitação de professores nos lares, assistência alimentar e assistência à saúde de alunos e alunas e dos pais, criação de internatos e semi-internatos, como uma forma de economia nos traslados, e a preparação específica do professor e da professora.

Dentro desse tema Noêmia Cruz abordou a *Assistência aos alunos – assistência sanitária*, levantando questões de engenharia sanitária e assuntos médicos. Sua experiência a fez concluir que o problema do Brasil passava pela insuficiência de educação escolar e de saneamento. Noêmia Cruz relatou sua participação em eventos realizados em São Paulo, Minas Gerais e Bahia, dos quais constatou três grandes problemas enfrentados pela população rural: falta de saúde, de instrução e de recursos econômicos, reiterando sua visão acerca do

[...] homem do campo, pobre vítima do impaludismo, do amarelão, do tracoma, da sífilis, do alcoolismo, carregando, por êsses vastos sertões sem fim, a sua cruz de desesperança e pessimismo, tem o direito de encontrar na escolinha rural um oásis, um remédio para o seu sofrimento, uma guia para a sua cegueira, um guia amigo para o ajudar na sua caminhada humilde, cheia de tropeços e de dificuldades que podem ser vencidos. (IBGE, 1944, p. 401).

A proposição de Noêmia Cruz pretendia melhorar as condições de saúde e higiene nas zonas rurais. A seu ver uma educação primária atrelada à assistência higiênica poderia contribuir com o progresso da lavoura. Acreditava também que deveria ser feita uma reforma nos programas de ensino visando às necessidades do campo. A esse respeito dizia que: “O saneamento e a escola devem ser a pedra de toque da escola do campo. A escola primária deve ser a primeira e a maior escola de higiene de um país” (IBGE, 1944, p. 401).

A exposição oral feita pela professora teve por finalidade apontar a escola como um centro de irradiação dos preceitos de higiene entre as famílias, “sarando por completo” toda a sociedade. Ela tratou de sua experiência no Grupo Escolar Rural de Butantan e nas escolas rurais de Minas Gerais, nas quais desenvolveu um programa de higiene prática e implementação de noções de higiene rural nas classes de 4º grau, com os seguintes temas:

O lar rural, a privada rural, fossas sanitárias, simples, perdidas, com vaso e sifão ou séptica etc. O calçado e a privada como meios de profilaxia das verminoses e outras moléstias. Remoção de detritos e lixos; remoção das águas servidas; remoção das camas e excrementos dos animais. Estrumeiras rústicas. Plataformas cobertas. Desinfecção das habitações, das fezes e das pessoas em casos de moléstias contagiosas. Desinfecção dos abrigos de animais de criação. Destruição dos pequenos animais e insetos nocivos. A água potável – A água dos charcos, dos lagos, dos riachos e dos rios, água das fontes, dos poços, água das chuvas. Correção das águas: arejamento, temperatura. Filtração natural – Filtração mecânica. As moléstias contagiosas; meios preventivos e de combate. Primeiros socorros em casos de acidentes etc. acresce para a secção feminina: noções de puericultura, prelecionadas pelas suas respectivas professoras, e confecção de roupinhas para recém-nascidos. Aos alunos interessados são fornecidas plantas de privadas, portáteis, de fácil construção e baixo preço. (IBGE, 1944, p. 402).

Não se pode perder de vista que as atividades de Noêmia Cruz eram desenvolvidas dentro do Instituto Butantan, uma instituição de pesquisa que atuava na disseminação da saúde pública, desenvolvendo vacinas e soros para a população paulista, principalmente. Cabe pontuar também que, naquele momento, a escola era vista como dispositivo higiênico e os alunos, como vetores da saúde na família.

Tendo em vista que uma das funções do professor e da professora rural era ser um higienista/enfermeiro(a), como ela afirmava, e, sobretudo, diante das discussões acerca do higienismo na época (ROCHA, 2011; VEIGA, 2004), Noêmia Cruz relatou ter empreendido uma campanha de combate à verminose na escola, inclusive contra o amarelão, entre março e abril de 1942, apoiada pelo Serviço de Saúde Escolar. Segundo a professora, os resultados foram benéficos, colhidos em pouco tempo.

Uma aluna, Lourdes Nunes, de 12 anos, sofrendo de agudo estrabismo, dias depois da 2ª dose de vermífugo, melhorou tanto dêsse defeito visual, que a todos causou surpresa.

Uma infeliz criança, de 6 anos apenas, eliminou de uma vez 73 ascaris, sem contar os oxiúros e ancilóstomos. Era impressionante o aspecto de debilidade física dessa criança.

A aluna Emérta Duarte, de 11 anos, premiada em 1941 no concurso de robustez escolar não era portadora de vermes intestinais...

O interessante menino de oito anos, Olídio Calixto, do primeiro grau, trouxe com grande insistência, para tomar também a sua dose de vermífugo a sua velha mãe. E contou-me ela: Meu filho insistiu muito para que eu viesse com êle, dizendo-me: – Na escola me ensinaram que todos em casa devem se tratar; um só não vale, pois pega outra vez a doença dos outros... Vamos, mamãe, venha comigo tomar o remédio.

A professora D. Irma Soares, do 1º grau, hoje veio me alegrar com êste valioso depoimento: – “D. Noêmia, tenho notado que de uns quinze dias para cá, a minha classe está melhorando muito. As crianças estão mais vivas, mais diligentes e com vontade de estudar. Por que será?” E eu, contente, pensei: será o resultado do combate à verminose? (IBGE, 1944, p. 403).

Em inquérito realizado em janeiro de 1942³, Noêmia Cruz efetuou um levantamento da renda das famílias de alunos e alunas da escola, apurando que se fixava em torno de 250 a 400\$⁴. A baixa renda, de acordo com a educadora, não proporcionava meios às famílias de suprir suas necessidades básicas,

³ Não foi possível localizar este documento no Núcleo de Documentação do Instituto Butantan.

⁴ Para efeito de comparação de valores, uma assinatura anual do jornal *Correio Paulistano* era 65\$000 e a semestral de 35\$000 (CORREIO PAULISTANO, 1942, p. 6).

podendo levar à falta de higiene e de condições sanitárias apropriadas e ao comprometimento do desempenho escolar dos alunos, como evidenciado no depoimento da professora Irma Soares citado anteriormente.

Mudar a alimentação e contribuir para a riqueza da pátria

Uma das primeiras realizações do Clube Agrícola no amanho da terra foi plantar “ervas medicinais caseiras”⁵ no terreno da escola e sugerir que o mesmo ato fosse feito por alunos e alunas em suas casas. O Clube parece não ter tido problemas com ferramentas para o plantio no terreno da escola, por causa da Seção Agrícola do Instituto Butantan. As mudas das ervas eram levadas pelas crianças e elas as trocavam entre si. “E assim, conseguimos, em cada casa, uma farmacinha barata e fácil” (RELATÓRIO DO CLUBE AGRÍCOLA, 1933, 1934, p. 3). A partir da contribuição de alunos e alunas, Noêmia Cruz explicava as utilidades das plantas medicinais e seus modos de cultivo.

Os estudantes também receberam sementes de feijão chumbinho, feijão de Goiás, milho catete, milho de pipoca, soja amarela, sementes de melão mexicano, abóbora, pepino, melancia, girassol gigante, mudas de alface e couve, além de seis enxadas “velhas” oferta da Seção Agrícola do Instituto Butantan. Eles tiveram que recorrer a empréstimos de outros instrumentos com suas famílias antes de iniciar o cultivo das plantas. Começaram extinguindo um capinzal e ervas daninhas; em seguida, fizeram adubação orgânica e química e organizaram os canteiros, momentos em que a professora aproveitou para ministrar aulas de geometria e aritmética.

⁵ De acordo com o Relatório do Clube Agrícola (NÚCLEO DE DOCUMENTAÇÃO DO INSTITUTO BUTANTAN, 1933, 1934, p. 4), as ervas plantadas foram as seguintes: “Hortelã, poejo, erva-cidreira, capim santo, macelinha, erva-doce, erva de Santa Maria, bálsamo, sabugueiro, arruda, carqueja, urucum, carobinha, erva cidreira de árvore, agrião, losna, erva terrestre, erva tostão, mastruço, inhame, guaco, quebra pedra, pariparoba etc.”.

Das hortaliças plantadas realizaram duas colheitas de alfaces e rabanetes, produtos aproveitados para rechear o pão servido de lanche para as crianças. Colheram ainda abóbora, abobrinha, acelga, agrião, alho, almeirão, amendoim, aveia, batata, berinjela, brócolis, cebola, cenoura, centeio, cevada, chicória, condimentos, couve, couve-rabano, ervilha, fava, mandioca, melancia, milho, mostarda, nabiça, nabo, pepino, pimentão, repolho, rúcula, salsão, tomate e trigo. De acordo com o Relatório do Clube Agrícola (1933, 1934, p. 6): “De todas essas atividades rurais, quer sejam criação, quer sejam plantação, D. Noêmia nos dá sempre muitas explicações”.

Noêmia Cruz se referiu à horta como “garantia da boa alimentação no lar rural” (1936, p. 82). Ela continuou sua explanação, dizendo que: “O homem precisa comer vegetais para ser forte, saudável, bonito e ficar preparado para amar a vida e ser, ao mesmo tempo, um elemento de valor real para a sua família, para a sua pátria, para a humanidade, enfim” (CRUZ, 1936, p. 82). Para a professora, o “caboclo” deveria mudar a alimentação insuficiente e pobre, para ser sadio, animado, nutrido e assim contribuir com a “grandeza da pátria” (CRUZ, 1936, p. 82). Em sua visão, “[...] o Ensino Rural, nas escolas primárias, pôde modificar o homem de amanhã, ajudando a integrá-lo na sua própria terra – a dádiva mais surpreendente que aos homens foi dado possuir no mundo – o Brasil” (CRUZ, 1936, p. 82).

De acordo com Jaime Rodrigues (2007), entre as décadas de 1920 e 1950, passaram a ser veiculados em São Paulo cursos técnicos e práticas profissionais de higiene e saúde públicas a respeito da alimentação popular. Para o autor, as ações do Instituto de Higiene redundaram em pesquisas e projetos de políticas públicas concernentes às questões alimentares. No entanto, antes mesmo da criação do primeiro curso de Educadores Sanitários (1925), profissionais responsáveis por fazer intervenções higiênicas nas escolas, Almeida Júnior publicou sua *Cartilha de Higiene para uso nas escolas primárias*, em 1923. Nela, o médico-educador tratava dos alimentos considerados próprios para as crianças, e alertava contra o uso do

álcool na infância tratando os pais como criminosos por oferecerem destilados aos filhos.

Almeida Júnior (1936)⁶ defendia, ainda, que a boa alimentação era composta por verduras, frutas, leites e derivados, arroz, feijão, pães, milho, carne e ovos.

A prática pedagógica de Noêmia Cruz dialogou com as medidas higiênicas alimentares veiculadas nas décadas de 1920 e 1930, porém com ênfase na produção do Clube Agrícola. Desse modo, a educadora levava adiante “[...] seu plano de ensino ruralizado e para que as crianças se familiarizassem com o uso de hortaliças na alimentação diária” (CRUZ, 1936, p. 83). A horticultura, para a professora melhoraria o cardápio da mesa do pobre “[...] e principalmente, do trabalhador e do operário – tão necessitados de legumes crus, frutas frescas, vegetais variados para sua saúde” (CRUZ, 1936, p. 83).

Além de alimentos, alunos e alunas cultivavam flores e plantas ornamentais. De algumas sementes, faziam experiências de energia e germinação. Dos germens às plantas crescidas, durante todo o processo a professora enfatizava a observação e a pesquisa baseada nos livros. “A miúdo, folheavam os tratados especializados, que eu lhes punha nas mãos, sobre a época do plantio, ciclo vegetativo, nome de plantas e modo de cultivá-las, as moléstias e pragas que apareciam e, enfim, todos os delicados problemas referentes ao caso” (CRUZ, 1936, p. 87). Na prática da Escola Ativa, o livro tinha o papel de “depositário da cultura universal [e] passava a ser visto como fonte de experiência” (VIDAL, 2001). A leitura funcionava como propulsora da “educação intelectual” da criança, desse modo, de acordo com o pensamento da época,

[...] hábitos higiênicos velariam por um corpo perfeito, mas somente a leitura e o estudo possibilitariam o desenvolvimento do pensamento racional e científico solicitado pela nova era: a emersão do trabalhador

⁶ Rodrigues (2007) consultou o primeiro exemplar da cartilha publicado em 1923. O livro consultado por mim refere-se à 15ª edição com data de 1936.

capacitado e da elite meritocrática, necessária à modernização da sociedade brasileira. (VIDAL, 2001, p. 201).

A produção dos alunos e alunas servia para consumo próprio e para venda. O dinheiro também era revertido para a compra de ferramentas, sementes, madeiras, brinquedos, e o restante utilizado em passeios e excursões. Eles, ainda, vendiam o que produziam em suas casas.

Além das hortaliças, o Clube Agrícola cultivava trigo e milho. O cultivo de trigo foi feito em uma parte do terreno da escola a partir de maio de 1934. Noêmia Cruz, em seu livro, relatou a importância do cereal para a alimentação do brasileiro e se ressentia da importação que o país fazia do grão. Ela aproveitou a época da semeadura do trigo e fez “[...] várias preleções sobre o valor nutritivo dêsse e de outros cereais, procurando intensificar na escola a propaganda da boa alimentação e indicando a necessidade da cultura dos cereais pelo homem do campo” (CRUZ, 1936, p. 150). De igual modo, Noêmia Cruz explicou o valor nutricional do milho na alimentação. Segundo a educadora, as crianças copiaram receitas de pratos feitos com milho e levaram para casa. A professora contou aos alunos e alunas sobre um estudo realizado na Fazenda Modelo de Piracicaba sobre a nutrição dos italianos e dos brasileiros concluindo que os autóctones utilizavam em menor escala o milho “[...] produto tão brasileiro e tão útil na alimentação. Será, talvez, uma questão de educação doméstica, dentre tantas outras, de que a Escola Primária Rural pode ir se incumbindo [...]” (CRUZ, 1936, p. 151).

A maior parte das atividades do Clube estava ligada à produção de proteínas animais (aves, coelhos), proteína vegetal (soja), carboidratos (arroz, feijão e milho) e vitaminas (pela horticultura e pomicultura).

Considerações finais

A proposta de Noêmia Cruz abrangia a natureza “para nos tornarmos completamente independentes e emancipados”;

o educar a partir de um “patriotismo novo, forte e sadio” (CRUZ, 1936, p. 7) e, ainda, o saneamento da população rural, incentivando o cuidado pessoal, inclusive quando relacionado à alimentação. Ao conteúdo do ensino primário estipulado pela Diretoria de Ensino, assim, juntavam-se lições de higiene e ações eugênicas configurando “práticas híbridas” (VIDAL, 2009) desenvolvidas no interior da escola.

Na visão da educadora, “[...] a educação rural converte a criança em um investigador da própria experiência, mediante um processo lógico que vai da observação, à abstração e à generalização” (CRUZ, 1936, p. 16). Para ela, a escola rural deveria “despertar na criança o culto pela Natureza e o amor profundo pela Terra” (CRUZ, 1936, p. 15), e também o “[...] mais vivo interesse pelo estudo da sua região, da sua natureza, do seu clima, da sua produção e do seu solo” (CRUZ, 1936, p. 17), pois sem a agricultura não haveria subsistência. “Dela depende a grandeza econômica de nossa pátria e, sem dúvida, a solução dos mais difíceis problemas nacionais” (CRUZ, 1936, p. 13). Nesse sentido, para Noêmia Cruz, a escola primária rural faria

[...] uma verdadeira reforma na mentalidade do nosso povo e a sua ação benéfica, começando pelo esquecido sertanejo de agora, atingirá todos os setores da vida do país, dando-lhe, justamente, o que lhe falta para segurança do nosso futuro e da grandeza do Brasil. Como educadora brasileira, compreendo assim o problema nacional e desejando trabalhar pelo bem de nossa pátria e pela felicidade do povo brasileiro, tenho posto minha dedicação sincera a serviço duma causa que julgo patriótica e de largos benefícios para a nacionalidade. (CRUZ, 1936, p. 8).

De acordo com a educadora, a criança deveria se sentir integrada em sua região, a fim de criar vínculo com a terra e não almejar “engrossar as massas humanas de operários e desocupados das cidades” (CRUZ, 1936, p. 17). A formação desses novos contingentes deveria ser feita pela professora primária. A ela

[...] compete incutir nas crianças os hábitos sadios, o desejo de combater, tenazmente, as verminoses, a sífilis, o amarelão, a tuberculose. É à professora primária que competem os ensinamentos de uma alimentação racional e sadia; noções verdadeiras de puericultura, de higiene e de enfermagem. (CRUZ, 1936, p. 18).

A perspectiva de Noêmia Cruz sobre o trabalho da professora rural, apresentada em seu livro, era a narrativa de sua própria experiência no Clube Agrícola do GERB e imputava ao professor e à professora do ensino primário, a responsabilidade de agir em campos diversos à docência.

Ao analisar os esforços para a disseminação do ensino rural no Brasil, H. Bassi, em matéria publicada no jornal *Correio Paulistano*, em 28 de dezembro de 1937, considerou o Grupo Escolar Rural de Butantan como um caso microscópico “frente ao problema nacional, e que por isso não merecia aqueles louvores”. Na correlação que estabelecia entre contenção do êxodo do campo e propagação do ensino rural, o trabalho desenvolvido na escola primária paulista, emergia para o autor, como excepcional e isolado, de pouca utilidade para reverter a atração exercida sobre as populações rurais pelas zonas urbanas. Com a lente ajustada para o macro, Bassi não reconhecia a potencialidade daquela experiência.

No entanto, ao reajustar as lentes e aproximarmo-nos do micro, aquilo que parecia desprezível despontou como rico disparador da compreensão de práticas de ensino rural e de iniciativas higiênicas e eugênicas realizadas pela escola primária nos anos 1930. Partindo assim de “um caso microscópico”, o Grupo Escolar Rural de Butantan e da prática de Noêmia Saraiva de Mattos Cruz, pudemos esmiuçar os contornos de uma história da escola, retraçada nos fazeres cotidianos e imersa nas tensões sociais e nas disputas dos campos educacional e médico.

Referências

ALMEIDA JÚNIOR, A. F. de. *Cartilha de Higiene para uso nas escolas primárias*. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1936.

ANUÁRIO DO ENSINO DO ESTADO DE SÃO PAULO. 1935-1936. Disponível em: <http://www.arquivoestado.sp.gov.br/site/acervo/repositorio_digital/anuarios_ensino>. Acesso em: 5 maio 2013.

CORREIO PAULISTANO. 28 dez. 1937. Disponível em: <http://memoria.bn.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=090972_08&PagFis=22064&Pesq=>>. Acesso em: 15 fev. 2017.

_____. 8 jan. 1942. Disponível em: <http://memoria.bn.br/DocReader/docreader.aspx?bib=090972_09&pasta=ano%20194&pesq=>>. Acesso em: 16 jan. 2017.

CRUZ, N. S. de M. *Educação Rural: Uma aplicação do ensino rural na escola primária Grupo Escolar de Butantan*, S. Paulo. Rio de Janeiro: Saber é Poder Editores, 1936.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Anais do Oitavo Congresso Brasileiro de Educação*. Rio de Janeiro, 1944.

LANGENBUCH, J. R. *A estruturação da grande São Paulo – Estudo de geografia urbana*. Instituto Brasileiro de Geografia. Departamento de Documentação e Divulgação Geográfica e Cartográfica, 1971.

MOTA, A. Higienizando a raça pelas mãos da educação ruralista: o caso do Grupo Escolar Rural do Butantan em 1930. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 14, n. 32, p. 9-22, jan./mar. 2010.

NÚCLEO DE DOCUMENTAÇÃO DO INSTITUTO BUTANTAN. Acervo Grupo Escolar Rural. *Relatório do Clube Agrícola*. São Paulo, 1933.

_____. _____. _____. São Paulo, 1934.

_____. _____. _____. São Paulo, 1935.

_____. _____. _____. São Paulo, 1936.

_____. _____. _____. São Paulo, 1937.

ROCHA, H. H. P. Alfabetização, saneamento e regeneração nas iniciativas de difusão da escola primária em São Paulo. *Pro-Posições*, v. 22, p. 151-172, 2011.

RODRIGUES, J. Alimentação popular em São Paulo (1920 a 1950) – políticas públicas, discursos técnicos e práticas profissionais. *Anais do Museu Paulista*. São Paulo, v. 15, n. 2, p. 221-255, jul./dez. 2007.

SÃO PAULO. Secretaria do Estado de São Paulo. *Código de Educação*. São Paulo, 1933.

SILVA, M. V. da. A eugenia e o cenário antiurbano no Brasil. In: MOTA, André; MARINHO, Maria Gabriela S. M. C. (Org.). *Eugenia e história: Ciência, educação e regionalidades*. São Paulo: USP, Faculdade de Medicina: UFABC, Universidade Federal do ABC: CD.G Casa de Soluções e Editora, 2013. p. 115-132.

SOUZA, R. F. de. Fernando de Azevedo e a reconstrução do sistema educacional do Estado de São Paulo em 1933: sentidos e alcances de um projeto de reforma. In: MIGUEL, M. E. B.; VIDAL, D. G.; ARAUJO, J. C. S. (Org.). *Reformas Educacionais: as manifestações da Escola Nova no Brasil (1920-1946)*. Uberlândia, Campinas: EDUFU, Autores Associados, 2011. p. 337-362.

VEIGA, C. G. Manifesto dos pioneiros de 1932: O direito biológico à educação e a invenção de uma nova hierarquia social. In: XAVIER, M. do C. (Org.). *Manifesto dos pioneiros da educação: Um legado educacional em debate*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004.

VIDAL, D. G. 80 anos do Manifesto dos Pioneiros da Educação Nova: questões para debate. *Educação e Pesquisa*, v. 1, p. 1-12, 2013.

_____. No interior da sala de aula: Ensaio sobre cultura e práticas escolares. *Currículo sem fronteiras*, v. 9, n. 1, p. 25-41, jan./jun. 2009.

_____. *O Exercício Disciplinado do Olhar: livros, leituras e práticas de formação docente do Instituto de Educação do Distrito Federal (1932-1937)*. Bragança Paulista: Editora da Universidade São Francisco, 2001.

Extensão como práxis do ensino e da pesquisa na perspectiva dos direitos humanos: reflexões a partir da experiência com o ensino em medicina¹

LILIA BLIMA SCHRAIBER

Introdução: a extensão e o ensino em medicina

Comparativamente a muitas formações profissionais em distintos ramos do conhecimento cujo aprendizado liga-se mais ao domínio teórico, o aluno de medicina trilha um caminho muito diverso. Sua formação é eminentemente prática; apenas se completa se uma grande parte de seu aprendizado se der “junto ao leito do paciente”, ou seja, já praticando os conhecimentos, sob supervisão docente. A noção de que todo aprendizado deve não apenas contemplar, mas nascer de experiências práticas, não é algo recente em medicina. Em razão do pragmatismo que cerca essa profissão desde seu nascimento moderno (FREIDSON, 1970), ao final do século XVIII e ao longo do XIX, a medicina busca cada vez mais nuclear o ensino nessa esfera da prática, da intervenção direta sobre pacientes. Essa busca, inclusive, tem produzido propostas de inovação pedagógica que objetivam inserir o ensino prático o mais precocemente possível na formação do aluno.

¹ Exposição oral proferida em mesa redonda no “III Seminário do Núcleo dos Direitos: Universidade responsável: educação dos direitos e a construção da cidadania”, promovido pela Pró-Reitoria de Cultura e Extensão da USP, São Paulo – Cidade Universitária, em 4 de dezembro de 2015.

Foi essa perspectiva que fez nascer uma profissão cuja experiência de produção de conhecimentos e de atuação foi centrada na atividade hospitalar, tal como ocorreu ao início da Modernidade com a transformação das antigas hospedarias da Idade Média no hospital moderno, que, então, passou a constituir um instrumento terapêutico (FOUCAULT, 1977). É dessa mesma origem a proposição de “hospitais-escola” sempre acoplados às escolas médicas (SCHRAIBER, 1989), ou seja, não há, na medicina, um ensino das ciências biomédicas em separado, mas sempre em conexão com a prática hospitalar, uma vez que o ensino da profissão em medicina é centrado em: aprender pela prática; praticar pela ciência e conhecer (produzir ciência) pelo hospital.

Por isso mesmo, no caso da medicina, a noção de “extensão” deve ser pensada cuidadosamente, pois se já há um ensino extensionista ligado à experiência hospitalar do hospital-escola, devendo, sem dúvida, responder pelas oportunidades de praticar junto ao paciente, a extensão não pode ficar restrita apenas nem ao hospital-escola, nem a esse tipo de oportunidade relacionada à prática hospitalar.

Vamos aqui considerar, por razões que brevemente serão exploradas, que a extensão deve ir além do hospital, para constituir de fato uma práxis na perspectiva de um aprendizado sobre a sociedade, sua cultura e os direitos humanos. Essa proposição baseia-se na seguinte assertiva: o hospital é o espaço em que o social está medicalizado. Para se conhecer o adoecimento e experimentar o restabelecimento do doente nas situações em que ambos se dão na vida cotidiana, é preciso buscar o que está fora do leito hospitalar. Falamos aqui de situações em contextos não controlados, tal qual o hospital e suas enfermarias, contextos que não sejam isolados e predeterminados, mas, sim, socialmente territorializados, isto é, geopoliticamente dinâmicos como a vida em sociedade.

A extensão como contato com a sociedade e outros universos culturais distinto da medicina: um pouco sobre a medicalização do social

Segundo Schraiber (1989), será com a modernidade que a medicina e sua escola tornam-se científicas e seu hospital-escola, um “laboratório”, o que ocorrerá para a medicina ocidental como um todo, na estruturação das escolas e seu hospital proposta pela Reforma Flexner, dos anos 1920-1930. Ao aprofundar essa estruturação mais científica, o saber em medicina foi se estabelecendo como conhecimento sobre a “patologia mais complexa” do caso “raro” ou o caso incomum, sob o paradigma de que o estudo do patologicamente complexo, que também é o mais raro, engloba e permite o aprendizado dos casos mais simples e também mais comuns.

Sem fazer uma distinção entre o conhecimento técnico-científico e a produção de assistência em serviços, esse referencial, ainda presente na medicina, não diferencia saber científico de saber prático ou condições de produção científica, no ambiente escolar, das condições de tratamento no ambiente social. Em contestações mais recentes desse referencial, surge o argumento de que o que é patologicamente difícil pode ser assistencialmente mais simples do ponto de vista do controle da situação e, ao revés, o que é patologicamente simples pode constituir uma assistência complexa (SCHRAIBER; MENDES-GONÇALVES, 1996), por conta da dinamicidade da vida social para a qual os pacientes retornam após sua hospitalização, ou da qual nunca se isolam, nos casos das doenças mais simples que prescindem de internação.

O hospital-laboratório, portanto, deliberadamente “filtra”, para a pesquisa e para o ensino, os casos mais complexos, os que demandam mais tecnologia material em termos diagnósticos e também terapêuticos, assim como disciplina e controla todo o ambiente em que esse caso será manipulado e onde a aprendizagem se dará. Desse modo, a medicina também cria

certa definição de “boa prática” e “boa assistência”, as quais correspondem a esses mesmos filtros relativamente à complexidade do que ocorre cotidianamente na vida social. Além disso, ao responder aos interesses e às motivações da pesquisa científica, no hospital-escola as internações não ocorrem apenas com base nos doentes que procuram o serviço, tal como ocorre com serviços de saúde de modo geral. No hospital-escola, também as linhas de pesquisa dos professores e pesquisadores da escola médica regulam as vagas a serem ofertadas, e, assim, o perfil dos casos internados não corresponde à dinâmica dos adoecimentos da população.

Durante toda a primeira metade do século XX, centrada em uma prática de cura de doenças agudas e hospitalizáveis, desenvolve-se a concepção da intervenção eficaz como aquela correspondente a essa prática, que é de “cura e tecnologicamente armada”. Essa realidade, porém, mudará na segunda metade desse mesmo século, com o envelhecimento da população e a transição epidemiológica para as doenças crônicas e degenerativas. Nessa passagem, encontram-se outros adoecimentos, outros pacientes. Uma “medicina da prevenção e do controle” predominará sobre a de cura, instaurada no período anterior (SCHRAIBER, 2008). No entanto, a experiência médica, a produção do conhecimento e o aprendizado ainda se locam substancialmente no interior do hospital.

Por isso mesmo, a cultura profissional e assistencial em saúde ainda persiste com a noção de boa prática associada àquela competência da cura terapêutica tecnologicamente armada, ou a cultura do êxito técnico (AYRES, 2004). E para essa cultura, por exemplo, sempre deve haver uma intervenção, isto é, o profissional é instado a sempre fazer algo, mesmo que mínimo, tal como prescrever uma medicação. Por isso também as ações de prevenção serão pensadas dentro dessa referência da medicalização, em que comportamentos que podem evitar adoecimentos, tais como mudanças na cultura alimentar, no sedentarismo, na realização da sexualidade etc. são pensadas como transformações individuais e individualizadas cada qual

e que serão conquistadas mais rapidamente se contarem com auxílio da intervenção especializada do médico e de uma medicação.

Em mesma direção de sentido, bons serviços a serem prestados à população são aqueles da pronta medicalização, em atuação marcada por uma neutralidade ético-política como ideologia ocupacional, isto é, os profissionais devem tratar sempre a todos do mesmo modo, correspondendo a uma intervenção sobre o corpo orgânico em seus problemas estritamente biomédicos. Isso representa uma aproximação em que os doentes são, pelos diversos filtros mencionados já desde a hospitalização do caso, depurados de social e cultural, e até mesmo de suas subjetividades. É essa neutralização política que conforma, no ideário profissional, a conduta correta diante dos casos (DONNANGELO, 1976; SCHRAIBER, 1989, 2008). Os direitos dos pacientes, portanto, serão interpretados segundo esse referencial como direito ao acesso a essa modalidade de boa prática e bons serviços, e não a outras formas assistenciais.

Questões ligadas à maior vulnerabilidade no adoecimento e na assistência médico-sanitária decorrentes de situações sociais particulares, por exemplo, pacientes portadores de alguma deficiência, física ou mental, ou pacientes com uso abusivo de álcool e outras drogas, ou mesmo questões da desigualdade de gênero ou étnico-raciais e que implicam desigualdades em saúde, são vistas pelos profissionais por um duplo estranhamento: não são tidas como inclusivas nessa esfera da neutralidade ético-política dos corpos e, assim, estariam fora do escopo profissional; e quando implicam em formas assistenciais diversas daquela que lhes é familiar, na neutralidade ético-política de atuação, tais como em políticas de ações afirmativas dos direitos, buscando corrigir as desigualdades de base, essas ações são vistas como distorções da igualdade dos corpos, privilégios de alguns doentes.

Assim sendo, questões de desigualdades sociais que passam os adoecimentos e a assistência médica seriam, antes, ou problemas de políticas sociais governamentais, relativos a

benefícios sociais a serem realizados por uma assistência social e não realizados no interior de suas intervenções técnico-científicas, ou, ainda, desigualdades a serem corrigidas pelo sistema judiciário, ou até mesmo por gestores dos serviços de saúde, que aí atuam como representantes da política pública ou dos governos e não por suas competências estritamente técnico-científicas na medicina ou na saúde pública.

Já os portadores de doenças crônicas, se estão efetivamente dentro do escopo profissional, constituem um imenso desafio a esse mesmo escopo, por representarem situações médicas muito distintas da experiência profissional consolidada desde a medicina da modernidade.

Estamos, assim, diante de uma visão muito peculiar dos direitos, uma vez que tratar em medicina significa, ainda hoje, afastar-se de um posicionamento ético-político quanto às desigualdades sociais de toda ordem (SCHRAIBER, 2012). Tratar significa identificar uma lesão nas estruturas do corpo-organismo, dentro do pensamento da clínica anatomopatológica originada na modernidade. A esse tratamento pronto e agudo, portanto, pouco se pode identificar um cuidado, aquela ação que representa um interesse pelo outro, uma atenção responsável para com as diversas necessidades desse outro como sujeito da sociedade e não apenas as de reparação de seu corpo-organismo. E isso requer mais observação na assistência, muita reflexão para decisões clínicas na prática profissional, aceitação dos sofrimentos funcionais mesmo sem lesões, e lidar com aqueles quadros mórbidos de longa duração, como os adoecimentos de caráter crônico. Para tanto, o profissional deve estar ciente que requer acompanhar o caso, que muitas vezes terá que retornar com as mesmas ou outras queixas e sintomatologias, compreendendo a diferença grande entre “curar” e “controlar” adoecimentos. E deve estar ciente, ainda, que para cuidados dessa natureza se faz absolutamente necessário contar com o próprio apoio do paciente em seu cuidado, levando-se em conta sua cultura, suas possibilidades socioeconômicas e seu modo de ser sujeito na vida em sociedade.

Onde, então, podemos encontrar espaços em que esse tipo de experiência possa ser oferecida aos alunos? Espaços em que o paciente é um sujeito com suas crenças, preferências, valores e emoções; com seus usos do corpo no trabalho, na vida pública e na vida privada. E, assim, se manterá ao longo da assistência. Esses espaços estão fora do hospital e suas enfermarias, com o meio ambiente controlado, higienizado, com a alimentação controlada e comandada por terceiros, assim como sua higiene pessoal, e até eventuais momentos de lazer.

Quais experiências em atividades de extensão e cultura podem oferecer bases para tal?

As reformas da medicina e seu ensino da segunda metade do século XX: medicina comunitária e a atenção primária como novas experiências médicas

Duas ondas de reforma da medicina e das escolas médicas ocorrem na segunda metade do século XX: são elas a medicina integral e a medicina comunitária (SCHRAIBER, 1989). A primeira que originalmente surge nos anos 1940-1950 e no Brasil nos anos 1955-1960, preocupa-se com o fracionamento do ato médico a partir do surgimento e rápido crescimento das especialidades, deixando o médico de ocupar-se do “paciente como um todo”. Seu impacto será nas escolas médicas, onde passa a se estruturar como uma nova disciplina do currículo médico, a “medicina preventiva”. Assim, o movimento por uma medicina mais holística, mais “integral”, desdobra-se no preventivismo. Caberia a essa disciplina recompor o que a medicina fragmentou, embora mantendo como sua base referencial para explicar e compreender o adoecimento o mesmo paradigma do pensamento clínico que formulou a doença enquanto uma lesão anatomopatológica e a intervenção sobre o caso clínico individual.

Por isso mesmo, embora tenha se armado internamente de uma composição de saberes interdisciplinares, chamando em seu socorro a demografia, a estatística, a psicologia e a

antropologia, a medicina preventiva terminou por trabalhar no saber específico que formulou – a epidemiologia – com a abordagem da população como conjunto de individuais, e não coletivos-sociais, e com a cultura ou as emoções como objetos das ciências da conduta, tomando a psicologia e a antropologia apenas como tais, isto é, conhecimentos sobre os comportamentos individuais. Em suma, em sua base manteve a criação extraordinária da medicina moderna em sua medicalização do social: a soberania do caso clínico-individual.

A segunda onda de reforma, formulada nos anos 1960 e chegando ao Brasil ao final desse período, criou a “medicina comunitária”. Esse movimento, aceitando todas as formulações do preventivismo, expande seu âmbito de ação para além do ato médico e agrega como problema os aumentos crescentes dos custos da assistência médica, com a consequente exclusão do acesso aos serviços médicos, de importantes segmentos da população. Passa a formular uma intervenção em termos da cobertura da assistência à população, iniciando a questão que se tornará, nos anos 1980, o centro do debate no país: um sistema de saúde capaz de combater a desigualdade em termos do direito à saúde.

A medicina comunitária pensa uma assistência de base territorial, realizada em pequenas unidades ambulatoriais, os centros de saúde ou as unidades básicas de saúde, provedoras de uma “atenção primária em saúde”, à qual serão adscritos grupos populacionais. Estes, ou já formam certas “comunidades”, em especial nas regiões mais rurais e pequenas cidades, ou serão tornados nessa condição, isto é, certo número de habitantes em seus bairros passam a ser “uma comunidade”. Tais unidades comporão, para um futuro sistema, sua porta de entrada, significando um nível próprio de atenção e uma atenção que se comunicará com aquela hospitalar.

Quando surgiu nos anos 1950-1960, esse movimento da medicina comunitária não só representava uma alternativa à assistência hospitalar, em termos de formas assistenciais, e, sobretudo, em termos dos custos da assistência, mas também

propôs ações que se dão diretamente nessas “comunidades”. Estas serão ações de educação sanitária e de visita domiciliar, que levaram os tratamentos e as prevenções para o interior dos grupos populacionais a que atendiam. O conjunto das atividades de ensino, intraunidade de saúde e na comunidade, foi dito e concebido como um ensino “extramuros”, porque para fora do âmbito hospitalar, nessa experiência da medicina comunitária, que proliferou em diversos programas em muitas das regiões do país, ao longo dos anos 1970-1980.

No entanto, no caso brasileiro, com o nascimento de um novo campo que foi chamado “Saúde Coletiva” e gestado ao longo dos anos 1970, nem o preventivismo, nem a medicina comunitária seguiram exatamente o rumo previsto em suas formulações originais. Ao longo dos anos 1980, a Saúde Coletiva empenhou-se em uma reforma do sistema de saúde e da medicina (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998; PAIM, 2008), pretendendo dar subsídios a uma articulação entre a saúde pública e a assistência médica, fomentar a participação mais democrática no sistema de saúde, quer em termos do debate de suas normas e organização ou financiamento, quer na relação médico-paciente ou dos usuários com sua unidade de saúde, e, ainda, construir uma visão crítica da própria medicalização do social. Para esta última, por via de uma interdisciplinaridade com as ciências humanas e sociais e com importante presença do pensamento filosófico, destacando-se os referenciais marxistas, no primeiro caso, e da epistemologia histórica de Canquilha e da teoria do agir comunicativo de Habermas, no segundo, esse pensamento crítico buscou formas alternativas de abordar o adoecimento e a produção de cuidados, produzindo novos olhares para os “determinantes sociais” do adoecimento e cunhando a noção de uma “atenção integral à saúde”. E nessa direção, o aprendizado no interior desse espaço territorializado constituiu uma melhor possibilidade de experiência.

Assim, as escolas médicas brasileiras, por via do preventivismo que adotam, por seus departamentos de medicina preventiva ou já denominados de saúde coletiva ou, ainda,

medicina social, passarão, via de regra em composição com outros departamentos – clínica médica, moléstias infecciosas, pediatria e outros – a constituir cada qual o seu programa de medicina comunitária. Essa modalidade de situação extensio-nista desenvolve-se, ao longo dos últimos 20 anos, expandindo cada vez mais sua base territorial e tornando mais complexas suas formas e seus serviços assistenciais.

Não obstante, se a base territorial já introduzia elementos novos na experiência de pesquisa e de formação relativamente à prática hospitalar, ainda seria necessário aproveitar esse espaço para fazer com que as ações da prática clínica e as ações em saúde pública compatíveis ao caso individual diferissem das adotadas no hospital, criando-se modalidades de intervenções assistenciais com capacidade de lidar mais integralmente com as necessidades individuais e coletivas, implicando novo modo de aproximação do próprio caso individual, o que tem sido alvo de muitos estudos no âmbito da Saúde Coletiva. Somente assim essa oportunidade de prática constituirá para os alunos uma nova extensão, pois uma extensão que se dispõe como um “fa-zer pensar” relativamente aos conhecimentos tradicionais da Clínica e da Saúde Pública, na forma de um pensamento mais integrador ou compreensivo, com nova construção de “valores e atuações profissionais” (SCHRAIBER; MENDES-GONÇALVES, 1996). Tal oportunidade se afigura porque o aluno e o profissional também estarão diante de desafios assistenciais diversos do hospital-escola: o paciente ou o usuário territorializado; o usuário não mais paciente, e em dois sentidos – o que procura a atenção sendo saudável; e o que é um novo doente, mais ativo e participante de seu próprio cuidado. Essa oportunidade traria um pensar desencadeado pela presença de um “outro”: o outro que não o pensado pela medicina e saúde pública tradicionais; o outro que não o corpo patológico; o outro que não se dispõe apenas sujeitado na relação com o profissional, mas como “portador de direitos”.

Temos, no entanto, um importante desafio em tal situação. De um lado, temos de permear as práticas de saúde pela dimensão ético-política dos direitos, sem perder de vista as

necessidades de intervenção que os indivíduos e a sociedade demandam do campo da Saúde. De outro lado, ao mesmo tempo, as práticas propostas não podem “se perder”, enquanto valor e virtude profissional, nessas mesmas necessidades de intervenção, perdendo a oportunidade desse “fazer pensar” mais integral ou compreensivo. Esse é um importante alerta, pois um desvio de percurso, retornando às tradicionais atuações medicalizadas, efetivamente pode ocorrer, em razão da grande familiaridade para com estas atuações, e seu reconhecimento, quer entre profissionais, quer para a população usuária dos serviços de saúde, de que, até certo ponto e para determinadas situações, a atuação tradicional é dotada de eficácia técnica. Se isso ocorrer, perdendo-se a oportunidade de formular novas atuações, mesmo a extensão praticada nas unidades básicas de saúde voltará a representar, como experiência para os alunos, os mesmos referenciais medicalizadores, apenas exercidos, agora, em outro espaço de prática.

Referências

AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, v. 13, n. 3, p. 16-29, 2004.

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

FOUCAULT, M. *O Nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1977.

FREIDSON, E. *Profession of Medicine*. A study of the sociology of applied knowledge. New York: Dodd; Mead and Company Inc., 1970.

PAIM, J. S. *Reforma Sanitária Brasileira*: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

_____.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde Coletiva: uma “nova” saúde pública ou campo aberto a novos paradigmas? *Rev. Saúde Pública*, v. 32, n. 4, p. 299-316, 1998.

SCHRAIBER, L. B. *Educação médica e capitalismo*. Um estudo das relações educação e prática médica na ordem social capitalista. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO, 1989.

_____. *O médico e suas interações: a crise dos vínculos de confiança*. São Paulo: Hucitec, 2008.

_____. Necessidades de saúde, políticas públicas e gênero: a perspectiva das práticas profissionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 10, p. 2635-2644, 2012.

_____.; MENDES-GONÇALVES, R. B.. 1996. Necessidades de Saúde e Atenção Primária In: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. (Org.). *Saúde do Adulto: Programas e Ações na Unidade Básica*. 2. ed. São Paulo: HUCITEC e FMUSP/PROGRED, 1996. p. 29-47.

A formação dos profissionais de saúde para a integralidade do cuidado e a prática interprofissional

MARINA PEDUZZI

JAQUELINE ALCÂNTARA MARCELINO DA SILVA

VALÉRIA MARLI LEONELLO

Introdução

A reflexão sobre a formação dos profissionais de saúde, no país, remete a sua interface com as práticas de atenção à saúde, visto o reconhecimento de que saúde e educação constituem práticas sociais articuladas, com relações recíprocas (PINTO; ESPERIDIÃO; SILVA, 2013; PEDUZZI, 2013), ou sistemas interdependentes (FRENK *et al.*, 2010).

Considerar saúde e educação, ou mais especificamente saúde e formação profissional, como práticas sociais, significa reconhecer que ambas se constituem historicamente de forma articulada. A formação profissional e a atenção à saúde têm características comuns, como a medicalização do processo saúde doença e a predominante concepção e abordagem biomédica das necessidades de saúde.

Assim, as mudanças precisam ser analisadas considerando as estreitas interfaces entre ambas as práticas e, nesse sentido, a presente reflexão coloca como perspectiva ou horizonte almejado para a formação dos profissionais de saúde a integralidade do cuidado e a prática interprofissional colaborativa orientada pelas necessidades de saúde dos usuários e da população do território.

A reflexão aqui apresentada aborda três aspectos. No primeiro, apresenta a educação interprofissional como um movimento em curso, há mais de três décadas, em algumas regiões, Reino Unido, Europa, Canadá e Estados Unidos da América (BARR *et al.*, 2005; FREETH *et al.*, 2005; REEVES *et al.*, 2008) que, a partir de 2010, é colocada em nível global como um projeto que contribui para a qualidade da formação profissional e do sistema de atenção à saúde (FRENK *et al.*, 2010; WHO, 2010).

Destaca-se que o cuidado ancorado na concepção e prática da integralidade da saúde requer que os profissionais e serviços se desloquem da ação isolada e fragmentada para o trabalho em equipe e a prática interprofissional. Esta se refere à necessidade de as equipes alcançarem articulação não somente entre seus próprios membros mas também entre as diversas equipes do serviço e entre os serviços da rede. Isto significa que a integralidade do cuidado requer que toda prática profissional seja efetivamente interprofissional e colaborativa. Não basta que diferentes profissionais atuem lado a lado no mesmo turno atendendo aos mesmos usuários, é preciso que tenham efetividade, ou seja, que produzam bons resultados no que se refere às necessidades de saúde dos usuários. A educação interprofissional busca promover aprendizado para o trabalho em equipe e prática colaborativa centrada no usuário (BATISTA, 2012; PEDUZZI *et al.*, 2013).

A seguir, é apresentado um panorama da formação profissional em saúde no contexto das políticas educacionais que, em consonância com a estreita interface educação e saúde, contempla políticas do Ministério da Educação e da Saúde, em especial da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). Cabe destacar que no processo de construção e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), desde a década de 1980, a formação profissional sempre esteve presente nos debates que encontraram confluência nas conferências nacionais de saúde e de recursos humanos, bem como nos textos referentes à esfera jurídico-normativa do SUS (DIAS; LIMA; TEIXEIRA, 2013).

Na terceira parte são apresentadas propostas indutoras de mudança na formação em saúde, na perspectiva aqui tematizada, que acompanham o SUS, desde os anos 1980 até algumas mais recentes. Dentre estas são destacadas aquelas que, ancoradas na abordagem interprofissional e interdisciplinar, têm potência para promover a formação profissional orientada para a integralidade do cuidado e o trabalho em equipe com integração e colaboração entre os profissionais de diferentes áreas.

Prática e educação interprofissional para a integralidade do cuidado

A integralidade é um princípio constitucional que deveria ordenar a formação em saúde no Brasil. Originada com a reforma sanitária brasileira, a integralidade se refere à articulação das ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde em todos os níveis de complexidade do SUS. O referido sentido da integralidade é o foco das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Saúde (DCN) em consonância com os princípios e diretrizes do SUS.

Neste enfoque, a formação em saúde depende de estratégias articuladas entre o Ministério da Saúde e de Educação considerando a realidade das práticas de saúde e a conjuntura social, política, econômica e cultural do país. As DCN representam um marco legal da articulação entre saúde e educação em prol de mudanças na formação em saúde, pois se fundamenta na Constituição Federal, na Lei nº 8.080/90 e em um intenso debate com apoio de documentos da Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde e Rede Unida.

Apesar das DCN preconizarem a atuação em equipe multiprofissional e interdisciplinar na perspectiva da integralidade e a qualidade da comunicação com a equipe usuários/família/comunidade, atualmente a formação em saúde é predominantemente uniprofissional, baseada no ensino por disciplinas e na racionalidade biomédica, com destaque para a flexinização

(ALMEIDA FILHO, 2010). O paradigma biomédico é marcado pela ênfase na abordagem da doença que corresponde a uma parte das necessidades de saúde dos usuários/população, assim o estudante organiza o cuidado a partir dos sistemas orgânicos do corpo e não pela escuta e interação. Essa formação conduz à profissionalização e especialização precoces, fragmentação das práticas de saúde, utilização excessiva de tecnologias de diagnóstico, forte presença da ciência e da disciplinarização. Consequentemente, os estudantes priorizam a prática profissional da sua área sem valorizarem o reconhecimento da complementaridade dos papéis e das perspectivas dos diferentes profissionais do cuidado em saúde (TEIXEIRA; COELHO; ROCHA, 2013; FEUERWERKER; CAPOZZOLO, 2013; KHALILI *et al.*, 2013; MORAES; MANZINI, 2006; CECCIM; CARVALHO, 2005; REEVES *et al.*, 2008; BARR *et al.*, 2005).

Na mesma direção da formação, também o modelo hegemônico de atenção à saúde é curativo, mecanicista, procedimento centrado, hospitalocêntrico e superespecializado (PAIM, 2002; CAMPOS, 2003; AYRES, 2009a). Em busca de suprir o descompasso entre as propostas de mudança na formação e nas práticas de saúde a integralidade é indicada como princípio ordenador da formação dos trabalhadores da saúde mediante a articulação entre saúde, educação e trabalho, que expressa a direção ético-política da formação, do compromisso com a vida e com a saúde como direito de cidadania (CECCIM; FEUERWERKER, 2004a; PINHEIRO; CECCIM, 2005; GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010a; FEUERWERKER; CAPOZZOLO, 2013;).

A centralidade da formação na perspectiva da integralidade considerando a determinação social do processo saúde-doença contribui para o desenvolvimento de saberes e práticas que superem a fragmentação do ensino tradicional e ações biomédicas centradas em procedimentos. Nesse sentido, para avançar na formação em saúde orientada pela integralidade é necessário investir em estratégias pedagógicas participativas e na educação permanente em saúde (EPS) para promover o deslocamento de práticas centradas na identidade profissional

modelo de cada área, para dar lugar à construção compartilhada do saber interprofissional em espaços de problematização das práticas de saúde (PINHEIRO; CECCIM, 2005; CECCIM; FEUERWERKER, 2004a; GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010a).

O ensino para integralidade retoma o conceito de quadrilátero do ensino em saúde desenvolvido na proposta da EPS por Ceccim e Feuerwerker (2004b). O quadrilátero da EPS como política nacional para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores da saúde propõe a articulação entre atenção, gestão, formação e participação social para constituir uma rede de ensino e aprendizagem no contexto de trabalho do SUS.

É interessante observar que a concepção do quadrilátero dialoga com a abordagem colocada inicialmente sobre o reconhecimento da articulação das práticas de saúde e educação e a interdependência dos sistemas de educação e saúde, tanto pela perspectiva da teoria dos sistemas (FRENK *et al.*, 2010) como pela concepção de campo de Bourdieu (QUINTANA *et al.*, 2011).

O reconhecimento da relação recíproca entre formação profissional e modelo de atenção à saúde se amplia no contexto do setor saúde nas últimas duas décadas, dada a ocorrência de marcantes mudanças no perfil de morbidade e mortalidade da população com destaque para os aspectos relacionados ao envelhecimento, aumento de doenças crônicas, insatisfação dos usuários, baixo impacto das práticas sobre os indicadores de saúde e mortalidade por doenças que podem ser prevenidas e curadas (MENDES, 2011; FRENK *et al.*, 2010).

Esse cenário, no que diz respeito especificamente à formação profissional, requer por parte do mercado de trabalho um novo perfil profissional de trabalhadores da saúde, preparados para a prática interativa pautada na colaboração interprofissional para a efetividade do cuidado ao paciente (REEVES *et al.*, 2008; FRENK *et al.*, 2010; PINHEIRO; CECCIM, 2005).

Entende-se que um dos componentes para avançar na formação em saúde em prol do trabalho colaborativo em equipe é a educação interprofissional em saúde (EIP)

(ZWAREBSTEIN; GOLDMAN; REEVES, 2009; OLENICK; ALLEN; SMEGO, 2010; MARTÍN-RODRÍGUEZ *et al.*, 2005), concepção recentemente introduzida no debate, no país, que será desenvolvida a seguir (PEDUZZI *et al.*, 2013).

Na literatura sobre o tema, a EIP é definida como o processo de formação que ocorre com a presença de dois ou mais estudantes ou profissionais da saúde de diferentes áreas, que aprendem com, de e sobre cada área para melhorar a colaboração, a interação e a qualidade do cuidado (BARR *et al.*, 2005; WHO, 2010).

Nessa definição, são considerados dois aspectos: a EIP se refere à formação inicial de graduação e a educação permanente dos profissionais já inseridos na rede de atenção à saúde. Também se destaca a aprendizagem compartilhada, na qual o aprendizado sobre a necessidade de articulação das ações e colaboração entre os profissionais ocorre pautado na interação entre estudante de diferentes áreas.

Assim, coloca-se o desafio da mudança de valores, conhecimentos e atitudes que a proposta da EIP busca fortalecer na formação dos profissionais de saúde (ORCHARD *et al.*, 2012, 2010; OLENICK; ALLEN; SMEGO, 2010; WHO, 2010; FRENK *et al.*, 2010; BARR *et al.*, 2005; MCNAIR, 2005; MARTÍN-RODRÍGUEZ *et al.*, 2005). A *Canadian Interprofessional Health Collaborative* (CIHC) considera que a EIP e a prática colaborativa centrada no paciente são elementos-chave para a qualidade do cuidado em equipes de saúde. Por isso, defende que o entendimento das características da prática colaborativa é indispensável para o desenvolvimento curricular e dos profissionais de saúde (ORCHARD *et al.*, 2010).

A colaboração interprofissional pressupõe a interação entre estudantes, profissionais, pacientes, famílias e comunidades por meio de uma relação de parceria, interação com decisões compartilhadas, respeito mútuo e confiança (ORCHARD *et al.*, 2010; MARTÍN-RODRÍGUEZ *et al.*, 2005). Nesse processo a CIHC aponta seis domínios de competências que envolvem conhecimentos, habilidades, atitudes e valores necessários

para realizar julgamentos na prática colaborativa: comunicação interprofissional, cuidado centrado no(a) paciente/usuário/família/comunidade, clarificação de papéis, entendimento compartilhado dos princípios da dinâmica para o trabalho em equipe, liderança colaborativa e resolução de conflitos interprofissionais (ORCHARD *et al.*, 2010).

A socialização dos papéis profissionais durante a formação é necessária para o desenvolvimento de comportamentos e atitudes indispensáveis para a cultura grupal, pois as barreiras estabelecidas entre os membros das equipes enfraquecem os profissionais de saúde e os usuários (ORCHARD *et al.*, 2012; OLENICK; ALLEN; SMEGO 2010; MARTÍN-RODRÍGUEZ *et al.*, 2005). O aprendizado dos papéis profissionais é influenciado pelo *status* de valorização de cada profissão na sociedade assim como suas normas, seus valores e seus comportamentos. A clareza do próprio papel profissional, o conhecimento e a compreensão sobre as habilidades e atitudes de outras profissões contribuem para aumentar a prontidão para a aprendizagem interprofissional (KHALILI *et al.*, 2013).

Segundo Orchard *et al.* (2012), Olenick, Allen e Smego (2010), Zwarenstein *et al.* (2009) e Martín-Rodríguez *et al.* (2005), a prática interprofissional colaborativa requer a parceria entre a equipe de saúde, os profissionais da saúde e os usuários para a tomada de decisão compartilhada sobre as necessidades de saúde no cuidado do paciente.

O cuidado requer a interação intersubjetiva com trocas de saberes técnicos e populares entre os sujeitos envolvidos, usuários e profissionais, em um processo dialógico o mais simétrico possível, que possibilite a participação ativa do usuário mediante a reflexão e negociação sobre o projeto terapêutico (AYRES, 2009b; PINHEIRO; CECCIM, 2005).

Para os estudantes, o desenvolvimento da formação pautada na integralidade busca promover o aprendizado interativo e intersubjetivo necessário nas práticas de saúde orientadas para o cuidado. O cuidado em equipes integradas apresenta-se como uma alternativa à atenção individualizada por

profissional que geralmente não recobre a complexidade dos problemas de saúde dos usuários e população; por isso, a EIP é necessária na formação. Nas equipes integradas, observam-se o reconhecimento da especificidade de cada área e o estímulo à construção de práticas de saúde articuladas (PINHEIRO; CECCIM, 2005) para estabelecer o cuidado centrado nas necessidades do usuário.

Outra abordagem que contempla a integração de diferentes áreas é a proposta da interdisciplinaridade, sendo, contudo, necessário reconhecer as diferenças entre esta e a proposição acima explorada da EIP.

A interdisciplinaridade se refere à articulação na esfera das disciplinas ou áreas de conhecimento. Desde os anos 1960, coloca-se como um projeto de enfrentamento da crise do conhecimento e das ciências perante sua intensa fragmentação (JAPIASSU, 1976; FAZENDA, 1995). Crescentemente há o reconhecimento que a pesquisa de objetos complexos requer abordagem interdisciplinar, bem como a formação profissional está ancorada no contato dos estudantes com diferentes disciplinas que fundamentam os saberes e competências profissionais.

A interprofissionalidade, expressa na educação e prática interprofissional, está relacionada à esfera das práticas profissionais, isto é, ao cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde, cenário de encontro de usuários e da população dos respectivos territórios, trabalhadores e gestores (FURTADO, 2005; PEDUZZI *et al.*, 2013).

Assim, estudantes, professores e profissionais, são também, crescentemente, solicitados a reconhecer as conexões e estabelecer articulações entre dois planos de mediação: das diferentes disciplinas e das áreas profissionais.

A interdisciplinaridade pode se estabelecer no interior de cada área profissional, no ensino de disciplinas que se referem a cada uma delas, e de uma área especializada de conhecimento. Por outro lado, a EIP implica aprendizado compartilhado entre

estudantes de diferentes áreas profissionais, na experiência de um processo comum de aprendizagem, no qual estudantes são estimulados a buscar construir objetivos comuns, tomar decisões compartilhadas, responsabilizar-se e coordenar ações em prol de práticas colaborativas e integradas com o foco no usuário (OLENICK; ALLEN; SMEGO, 2010).

Assim, o cuidado interprofissional na perspectiva da integralidade depende tanto da articulação de ações de saúde como da atenção às necessidades de saúde em rede, e o aprendizado desse cuidado articulado requer a diversificação de cenários de formação também em rede, que proporcionem amplo contato com realidades distintas e interação entre os envolvidos.

O debate e prática da EIP está ancorado no ensino dos profissionais de saúde estruturado de modo a promover e de fato possibilitar a compreensão da integração das ações, da rede de serviços, dos fluxos de acesso, referência e contrarreferência dos usuários (SILVA JUNIOR; PONTES; HENRIQUES, 2005; PINHEIRO; CECCIM, 2005).

Quadro 1 – Possibilidades de mudanças na formação em saúde em prol da integralidade e da prática interprofissional.

- Articulação entre saúde, educação e trabalho
- Compromisso ético-político da formação em saúde
- Ampliação do modelo de atenção à saúde na perspectiva da integralidade com destaque à determinação social do processo saúde-doença
- Diversificação dos cenários de prática e aprendizado
- Estímulo ao ensino integrado entre diferentes áreas
- Prática que integra a interação intersubjetiva entre estudantes, profissionais, usuários/famílias e comunidade
- Espaços de formação interprofissional que promovam o reconhecimento das competências comuns do campo da saúde e da especificidade de cada área
- Formação centrada nas necessidades de saúde e cuidado dos usuários/famílias e comunidade
- Estratégias pedagógicas participativas

Fonte: Elaborada pela autoras.

Panorama da formação em saúde no contexto das políticas educacionais e de formação de recursos humanos em saúde no país

A formação de profissionais de saúde ancorada nos princípios do SUS, com foco no atendimento das necessidades de saúde, na integralidade do cuidado e no trabalho interprofissional precisa ser pensada no contexto das políticas relacionadas à formação que o país vem assumindo nas últimas décadas, em especial, após a promulgação da Lei nº 9.394, 20 de dezembro de 1996 – Lei de Diretrizes e Bases para a Educação (LDB) – (BRASIL, 1996).

Entre outros aspectos, a LDB apresentou uma série de mudanças no sistema educacional, dentre elas, as que afetam o ensino de nível superior, com destaque para a substituição do currículo mínimo por diretrizes curriculares para cada curso de graduação e para a flexibilização e autonomia das instituições de ensino superior (IES) nos aspectos pedagógicos, financeiros e administrativos (BRASIL, 1996).

Segundo Demo (1997), a LDB evidencia um conjunto de avanços e pontos críticos. O primeiro refere-se, em especial, à autonomia das IES no sentido de melhorar e impulsionar a qualidade no ensino superior. O segundo, como consequência do primeiro, refere-se às diferentes formas de utilização dessa lei, a qual poderá ser muitas vezes mal interpretada, subutilizada e/ou utilizada sob a ótica de diferentes interesses e grupos empresariais da área da educação.

Uma das questões importantes derivadas da autonomia defendida pela LDB está no reconhecimento da diversidade de formatos institucionais, possibilitando às IES, além da tradicional organização administrativa (instituições privadas e públicas), a organização acadêmica em universidades, faculdades e centros universitários. Entre outros aspectos, a lei permite a conformação de instituições privadas com finalidade lucrativa, além de estabelecer a possibilidade de que alguns formatos

institucionais estejam mais voltados para o ensino do que para a pesquisa (MARTINS, 2000).

Embora os parâmetros curriculares expressos pelo Ministério da Educação sejam os mesmos para os diferentes formatos acadêmico e administrativo, sabe-se que na prática os diversos formatos institucionais de ensino superior operam de formas bem distintas (BALBACHEVSKY, 2007).

Entre as instituições públicas, há o consenso de que a formação esteja mais próxima às propostas curriculares estabelecidas, embora seja notória a presença de diferenças em vocações e práticas acadêmicas, com instituições mais voltadas para a pesquisa e outras mais focadas no ensino, em especial o de graduação.

Já entre as instituições privadas há aquelas voltadas essencialmente para o ensino em massa, nas quais a obtenção do lucro é o foco institucional e observa-se, também, uma queda na qualidade do ensino, associada à baixa capacidade técnica e insuficiência de recursos materiais, humanos e físicos adequados às necessidades de formação (VIEIRA, *et al.*, 2004). Em geral, são instituições em que o exame de ingresso é praticamente irrelevante como critério de entrada, e o “baixo valor” das mensalidades é o chamariz para o aluno que ingressa.

Entretanto, há no setor privado instituições com tradição na qualidade do ensino oferecido (BALBACHEVSKY, 2007). Em geral, são instituições privadas consideradas de elite, nas quais há uma forte seleção dos alunos feita pelo exame de ingresso (vestibular) e também pelo alto valor da mensalidade cobrada.

Para Morosini, Franco e Segenreich (2011), a diversificação dos formatos acadêmicos têm efeitos estruturais também nos currículos e nas possibilidades de ensino oferecidas nessas instituições, pois extrapola os limites de organização institucional.

Dessa forma, a LDB ao mesmo tempo em que avançou, permitindo o reconhecimento da autonomia e diversificação dos formatos acadêmicos, também permitiu a criação de IES e de cursos com interesses bem distintos, entre eles o de formar o

maior contingente possível pelo menor preço, comprometendo a qualidade na formação acadêmica dos estudantes.

Acompanhando o processo de diversificação das IES, a LDB também propiciou um crescimento acelerado nessa área de ensino, em especial no ensino privado (RISTOFF, 2008). O número de cursos na área de saúde, por exemplo, saltou de 1.800 em 2003, para 3.579 em 2011. No setor privado, em 2003, havia 1.365, e em 2011 o número passou para 2.805 cursos, ou seja, o número de cursos em instituições privadas dobrou em aproximadamente uma década. A rede pública expandiu-se, porém em um ritmo menor que a privada, passando de 435 cursos em instituições públicas em 2003 para 774 em 2011. Portanto, dos 3.579 cursos relacionados à área de saúde, apenas 774 (21,7%) estão em instituições públicas enquanto a grande parte – 2.805 (78,3%) – está em instituições privadas (BRASIL, 2003, 2011a).

O crescimento, embora acelerado, foi marcado pela concentração desigual de oferta de cursos entre as regiões do país, concentrando-se nas regiões sudeste e sul, acompanhando a tendência geral no ensino superior (RISTOFF, 2008). Vieira *et al.* (2004) evidenciam que cursos como os de Medicina, Odontologia e Enfermagem seguiram essa tendência ao longo do período pós-LDB, o que corresponde à igual concentração de profissionais de saúde e serviços nas mesmas regiões. Essa desigualdade espacial decorre mais do desenvolvimento econômico e poder de compra de regiões favorecidas do que propriamente às necessidades de oferta de vagas no ensino superior em regiões menos favorecidas do ponto de vista econômico.

O crescimento acelerado, com ênfase à privatização e geograficamente mal distribuído, não foi acompanhado por um processo de regulação adequado e consistente das instituições e cursos. Com exceção dos cursos de Medicina, Odontologia e Psicologia, que conseguiram criar alguns mecanismos de controle para abertura de novos cursos, por meio da autorização prévia do Conselho Nacional de Saúde os demais cursos, como a Enfermagem, por exemplo, ainda lutam por tal regulação (TEIXEIRA *et al.*, 2013).

No caso da Enfermagem, categoria que engloba o maior contingente da força de trabalho em saúde, a ausência de um processo regulador permitiu, além do crescimento acelerado, privatizante e geograficamente desigual, a criação de modalidades de graduações não presenciais (a distância) (TEIXEIRA *et al.*, 2013).

Já estão em andamento, cursos de graduação integralmente a distância formando profissionais de Enfermagem, o que gera uma preocupação ainda maior na qualidade da formação oferecida, em especial, pelos questionamentos impostos a essa modalidade de ensino, no que se refere à inserção do aluno em campo e na sua interação com as necessidades de saúde e a experiência de vivenciar o atendimento dos usuários e população dentro do Sistema de Saúde (TEIXEIRA *et al.*, 2013).

Teixeira *et al.* (2003) reiteram a necessidade urgente de processos regulatórios para a criação de novos cursos e para intervenção imediata do MEC nos polos de educação a distância, suspendendo o funcionamento dos cursos de graduação em Enfermagem nesta modalidade.

Além da LDB, diferentes programas ministeriais foram implementados na última década, reiterando a política expansionista e privatizante no ensino superior, como o Programa Universidade para Todos (PROUNI), criado em 2004, que garante bolsas integrais ou parciais para alunos de cursos de graduação, com base no critério social (renda *per capita* familiar até três salários) e no desempenho do aluno no Exame Nacional de Ensino Médio (ENEM) (CARVALHO, 2006).

O programa alcançou legitimidade social ao assumir como grupo prioritário os estudantes de ensino médio público que não se consideravam candidatos potenciais para as universidades de pesquisa, pelas barreiras impostas pelos exames de acesso, ou seja, os vestibulares. Para esses estudantes, o PROUNI criou uma possibilidade de ingresso no ensino superior (SEGENREICH; CASTANHEIRA, 2009).

A principal crítica ao Programa é a de que ele pode operar, muitas vezes, como um sistema bancário em benefício da

recuperação financeira de instituições privadas com dívidas, alto grau de desistência e inadimplência, já que as instituições beneficiadas pelo programa são as IES privadas com finalidade lucrativa, que passam a ser submetidas a regras mais flexíveis, com maior ganho relativo na renúncia fiscal, em troca de um número de estudantes beneficiados com as bolsas (CARVALHO, 2006).

A falta de penalizações e a lentidão nas avaliações institucionais facilita atitudes oportunistas de algumas instituições. A despeito da retórica de ascensão social para as classes de menor renda, o programa pode gerar uma ilusão a essa população, uma vez que o ingresso no ensino superior e o diploma podem não garantir uma boa formação e inserção no mundo do trabalho, pois há em cena uma diversidade de instituições de ensino, muitas delas operando com baixa qualidade da formação acadêmica (CARVALHO, 2006).

Em contraponto ao PROUNI que ampliou as vagas no ensino superior privado, para o ensino superior público o MEC lançou, em 2007, o Programa de Reestruturação das Universidades Federais (REUNI), com o objetivo de melhorar as condições para acesso e permanência na educação superior, com incremento nos recursos humanos e físicos nas universidades federais (BRASIL, 2007a). A meta pretendida pelo REUNI é de elevar para 90% a taxa de conclusão média dos cursos de graduação presenciais e elevar para 18 a relação de estudantes de graduação em cursos presenciais por professor em um período de cinco anos após a instituição do plano.

Segundo a proposta ministerial, o Programa não é apenas uma estratégia para expansão da oferta, como parte da política de democratização e expansão do ensino superior. Trata-se também de uma ampla reforma do sistema público estatal de ensino superior, já que cada universidade que adere ao programa necessita cumprir um conjunto de diretrizes como redução de taxas de evasão, ocupação das vagas ociosas, reorganização de cursos etc. (BRASIL, 2007a).

O Programa precisa ser analisado com cautela, principalmente, com relação ao provimento adequado de recursos

orçamentários que garantam o cumprimento das metas estabelecidas, o que não vêm ocorrendo de forma satisfatória, a exemplo da última greve de docentes das universidades federais, ocorrida em 2012 e que teve adesão de 98% das instituições (LEDA; MANCEBO, 2009).

Com o intuito de regular e ordenar a formação de recursos humanos em saúde, o Ministério da Saúde (MS), há mais de duas décadas, vem participando de forma mais ativa desse cenário, no qual se insere com maior expressão a partir da criação em 2003 da Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGETS) (DIAS; LIMA; TEIXEIRA, 2013).

As ações da SGETS são desenvolvidas por meio de dois eixos: o relacionado ao mundo da formação e o relacionado ao mundo do trabalho. O primeiro é realizado pelo Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), responsável pela definição e pelo desenvolvimento de políticas relacionadas à formação de pessoal da saúde, tanto no nível superior como no nível técnico-profissional. O segundo é responsabilidade do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS) considerando que a participação do trabalhador é fundamental para a efetividade e eficiência do Sistema Único de Saúde.

Dentre as propostas e ações desenvolvidas pelas SGETS nos dois eixos, podem ser citadas a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2004, 2007b), o fortalecimento das Escolas Técnicas do SUS (ETSUS), o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (Pet-Saúde) o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE), o Projeto de Profissionalização dos Profissionais de Saúde (PROFAPS), o Programa Nacional de Bolsas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde, o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), entre outros. Destacam-se neste artigo: Pró-Saúde, Pet-Saúde, PROFAE e PROFAPS.

Instituído pela Portaria nº 2.101, de 3 de novembro de 2005, em parceria com o Ministério da Educação e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), o Pró-Saúde tem como objetivo promover a integração das instituições de ensino aos serviços de saúde, com a finalidade de reorientar a formação profissional por meio de uma abordagem integral do processo saúde-doença, enfocando o SUS, a Atenção Básica e a Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2007c).

O Programa teve duas fases, sendo lançado um edital em 2005 e outro em 2007. Na primeira fase, contemplou projetos de três áreas da saúde: Enfermagem, Medicina e Odontologia. Na segunda fase, foi ampliado para as 14 áreas da saúde. O processo iniciou-se com o encaminhamento de propostas de cada área para a comissão de avaliação do programa, que tomou como base critérios relacionados à formação do profissional, com ênfase na Atenção Básica e na possibilidade de articulação entre IES e serviços de saúde (BRASIL, 2011b).

Os projetos aprovados receberam auxílio financeiro do Ministério da Saúde, assim como os municípios nos quais se localizam os serviços de saúde que se articulam as IES. O acompanhamento do processo foi feito pelo Ministério da Saúde e OPAS nos três anos de apoio financeiro aos projetos das diferentes áreas selecionadas (BRASIL, 2011b). Em 2011, 379 cursos de graduação participavam do Programa, 70 (21%) dos quais na área de Enfermagem, que apresentava o maior número de cursos participantes (HADDAD, 2011).

Em 2008, por meio da Portaria Interministerial nº 1.802, foi instituído o Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET-Saúde) que, tal como o Pró-Saúde se caracteriza como política indutora de mudanças da formação profissional na perspectiva do fortalecimento da articulação ensino/serviço/comunidade e envolve profissionais da rede de serviços de saúde como preceptores, estudantes e docentes de IES ou Universidades (BRASIL, 2008).

As atividades decorrentes do PET-Saúde têm possibilitado que os estudantes atuem nos serviços de atenção básica

mais precocemente e de forma mais articulada às equipes de saúde da família, representando oportunidade para contato e aprendizado sobre trabalho em equipe e prática colaborativa.

Também merecem destaque projetos de educação técnica-profissional voltados à formação de trabalhadores de saúde de nível médio como o PROFAB, que no período de 1999 a 2005 qualificou mais de 250 mil trabalhadores de enfermagem de nível técnico que trabalhavam nos serviços sem habilitação profissional necessária para o exercício de sua profissão (MALIK, 2010), e o PROFAPS (2009-2013), que teve como inspiração o PROFAB, ampliando a qualificação a outros profissionais de saúde, como agentes comunitários de saúde, técnico em prótese dentária e técnico em radiologia, outros.

Publicação recente sobre a trajetória da política nacional de reorientação do ensino superior profissional traça uma linha do tempo que mostra a continuidade dos eixos norteadores dos projetos, a valorização das instâncias decisórias do SUS e a aproximação com o processo de descentralização da política nacional de saúde (DIAS; LIMA; TEIXEIRA, 2013). Contudo, o mesmo estudo mostra que, no que tange à integralidade e à prática interprofissional, não se observa continuidade, visto que o projeto UNI (Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde: União a Comunidade) colocava a multiprofissionalidade como objeto da política, mas o PROMED (Programa Nacional de Incentivos a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina), que é implantado a seguir, em 2002, foi restrito a medicina. O Pró-Saúde I, 2005 e 2006, volta à concepção multiprofissional, abarcando três cursos da saúde, mas ainda restrito a Medicina, Enfermagem e Odontologia e somente o Pró-Saúde II, 2007 a 2010, amplia o leque abarcando os cursos das 14 áreas da saúde.

Além disso, é notória ainda a dificuldade de articulação entre MS e MEC, principalmente, no que se refere ao desenvolvimento de políticas articuladas e que possam efetivamente promover mudanças na formação e atenção à saúde. A exemplo da falta de regulação de novos cursos de graduação em saúde,

com forte impacto na qualidade da formação e, portanto, na assistência à saúde da população.

Além disso, é preciso pensar também que o maior contingente de profissionais de saúde não são os de nível superior, e sim os de nível técnico profissional (auxiliar e técnico), setor que também vem se expandindo fortemente. Vieira e Chinelli (2013) sinalizam que a oferta de cursos no ensino profissional em saúde tem crescido predominantemente, no ensino privado, em um ritmo mais acelerado que o crescimento da área profissional geral.

Cabe ressaltar que, embora alguns programas ministeriais – como o PROFAPS e o PROFAE – tenham assumido o desafio de reduzir o déficit de formação profissional, esse conjunto de profissionais têm tido condições de formação e de trabalho negligenciadas pelas políticas públicas, o que, sem dúvida, é um aspecto preocupante, pois são os profissionais que estão na “linha de frente” na assistência à saúde no país (VIEIRA; CHINELLI, 2013).

Em síntese, pensar a formação para integralidade do cuidado em saúde e a prática interprofissional implica discutir os modelos de formação e suas potencialidades no contexto de políticas educacionais, atualmente pautadas no crescimento acelerado, desordenado e privatizante do ensino superior e do ensino técnico profissional, e sua relação (ou falta de) com as políticas de formação de recursos humanos na área de saúde.

Esse cenário faz surgir uma série de questionamentos a respeito do(s) rumo(s) da formação para a integralidade do cuidado e para o trabalho interprofissional no país, dentre eles: é possível fazer a formação em saúde com essa intencionalidade em um sistema diversificado, com formatos acadêmicos e administrativos tão distintos que operam com lógicas e interesses tão diferentes? Se sim, como seria formar profissionais de saúde com base na integralidade da atenção e no trabalho interprofissional, se em muitos casos, os alunos só vão a campo para o aprendizado teórico-prático, no último ano de seu curso de graduação? Sendo, então, a única oportunidade de reconhecerem, negociarem e

executarem ações de saúde orientadas às necessidades de saúde de usuários e população do território?

Tais questionamentos são necessários para resgatar o debate da formação em saúde, conforme defendidos e sustentados desde o início da constituição do SUS. Nesse sentido, merecem destaque as propostas indutoras de formação desenvolvidas pelo Ministério da Saúde nas últimas décadas que mostraram potência para superação do modelo hegemônico: uniprofissional, disciplinar, “conteudista”, com ênfase à privatização, concentração geográfica e sem regulação.

Potencialidades e alcance de propostas indutoras para mudanças na formação em saúde

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) aponta a necessidade de mudanças na formação de recursos humanos em saúde desde os anos 1960. Na década de 1980, diferentes iniciativas de formação foram desenvolvidas em prol de mudanças curriculares com destaque para a rede integração-docente-assistencial (IDA) na América Latina que enfatizou a atenção integral e ensino multiprofissional com integração entre o sistema de formação e os serviços de saúde (FEUERWERKER; SENA, 2002; ALMEIDA; FEUERWERKER; LLANOS, 1999).

Em consonância com a reforma sanitária brasileira, os Programa UNI mobilizaram reformas curriculares em prol da saúde pública preventivista e integração ensino-serviço-comunidade orientada para a saúde comunitária participativa com estratégias de ensino crítico-reflexivas pautadas na problematização da realidade. A articulação dos projetos UNI e do movimento IDA culminou com a estruturação da Rede Unida que se constituiu como um ator social no processo de mudança da formação que propunha: ultrapassar a profissão, os departamentos, instituir a interdisciplinaridade, a multiprofissionalidade, a atenção integral, dar lugar aos usuários com a organização comunitária para participação social e ampliar a interação

com o sistema de saúde (CECCIM; CARVALHO, 2005; FEUERWERKER; SENA, 2002; ALMEIDA; FEUERWERKER; LLANOS, 1999).

O projeto UNI teve como desdobramento mudanças curriculares em algumas universidades do país que adotaram a proposta de currículos integrados interdisciplinares e metodologias ativas do processo ensino-aprendizagem (FEUERWERKER; SENA, 2002). A Faculdade de Medicina de Marília (Famema), participou do projeto UNI a partir de 1992 e na defesa da articulação ensino, serviço comunidade em um processo de construção curricular permanente, adotou a aprendizagem baseada em problemas (ABP), como metodologia de ensino ancorada no construtivismo, cujo processo é centrado no estudante e o professor atua como facilitador. Com o intuito de promover a mudança curricular, a Famema também investiu na capacitação docente, por reconhecer a importância de associar a ressignificação das concepções de ensino-aprendizagem, assim como das práticas pedagógicas de professores e estudantes considerando as necessidades dos estudantes. Na mesma direção da mudança curricular realizada na Famema, em 1998 o curso de Medicina do Centro de Ciências de Saúde da Universidade Estadual de Londrina (UEL) também implantou a ABP (MORAES; MANZINI, 2006).

A articulação do MS com o ME por meio da SGTES, a partir de 2003, propiciou o desenvolvimento de propostas de aproximação das instituições formadoras SUS, tais como: Polos de Educação Permanente em Saúde, Projeto de Vivências e Estágios na Realidade do SUS (VERSUS), AprenderSUS, PROMED, EnsinaSUS, Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área da Saúde (FNEPAS), Telessaúde, Universidade Aberta do SUS (UNASUS), Pró-Saúde e Pet-Saúde, os dois últimos já referidos anteriormente.

Esses programas e projetos constituíram-se como política pública indutora de mudança na formação dos profissionais de saúde. Dentre eles, destaca-se o AprenderSUS que implantou o Curso de Especialização em Ativação de Processos de

Mudança na Formação Superior de Profissionais de Saúde, em uma parceria da SGTES com a Rede Unida e a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz), devido à relevância do reconhecimento de que as mudanças na formação dependem, em grande medida, da mudança dos educadores envolvidos no processo (GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010b).

González e Almeida (2010b) realizaram um estudo sobre as dificuldades para a implantação de mudanças na formação em instituições em que atuavam os egressos do curso de ativadores, que se entende serem comuns, em parte, às demais universidades do país. Identificaram dificuldades estruturais das universidades e nos serviços de saúde relacionadas à falta de espaço físico para os estudantes, dificuldades metodológicas com destaque para a necessidade de ressignificação da relação professor-estudantes, necessidades de processos de ensino e avaliação com estímulo à construção coletiva do saber com participação ativa dos estudantes e estímulo à reflexão crítica. Também destacaram como obstáculos: a articulação ensino-serviço, a falta de apoio institucional, a baixa valorização dos profissionais dos serviços e a descontinuidade das políticas de saúde locais.

Entre as mais recentes iniciativas de mudanças na formação em cursos de graduação em saúde com estímulo do Pró-Saúde e REUNI, destacam-se a Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) Baixada Santista, a Universidade Federal da Bahia (UFBA), a Universidade Estadual de São Paulo (UNESP – *campi* Botucatu) e os cursos de graduação em Saúde Coletiva.

A UNIFESP – *campi* Baixada Santista implantou, a partir de 2006, os cursos de graduação em Educação Física, Fisioterapia, Nutrição, Psicologia e Terapia Ocupacional com uma proposta curricular interprofissional que propicia a formação articulada entre diferentes áreas com ênfase nas propostas das DCN (BATISTA, 2012; FEUERWERKER; CAPOZZOLO, 2013).

A UFBA introduziu uma reestruturação do modelo de formação com os cursos de Bacharelado Interdisciplinar (BI) em 2006, nas áreas de Artes, Humanidades, Ciência e Tecnologia

em Saúde, também com apoio do REUNI. O BI consiste no primeiro ciclo de formação não profissionalizante universitária, cujos princípios norteadores são autonomia, flexibilidade, articulação interdisciplinar, atualização, e inclusão das três culturas dos campos artístico, humanístico e científico sem subordinação à fragmentação característica dos núcleos profissionais (TEIXEIRA; COELHO; ROCHA, 2013).

A reorientação da formação em saúde estimulou a criação de cursos de graduação em saúde coletiva, implantados nas cinco regiões do Brasil, como um desdobramento do REUNI, da LDB e das DCN com significativo apoio da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) para priorizar a formação de profissionais de saúde orientados para as demandas do SUS e mudanças das práticas de saúde (BELISÁRIO *et al.*, 2013).

A UNESP – *campi* Botucatu desenvolve um programa de Integração Universidade Saúde Comunidade (IUSC), desde 2003, como programa interdisciplinar e, a partir de 2007, como disciplina curricular com atividades na comunidade e em territórios de Unidades Básicas de Saúde (UBS) (ROMANHOLI; CYRINO, 2012).

Outras universidades públicas do país realizam esforços de mudança da formação dos profissionais de saúde, em particular em prol do estímulo à educação e à prática interprofissional, embora com estratégias de interação entre ensino-serviço-comunidade mais restritas, à medida que constituem um módulo ou programa específico, oferecido em um semestre ou em ano de disciplinas curriculares. Nesse sentido, predominam as atividades extracurriculares em projetos de extensão, do PET-Saúde e da residência multiprofissional com ênfase na Estratégia de Saúde da Família. Barreto *et al.* (2011) relatam uma experiência em um programa de extensão na Liga de Saúde da Família em Fortaleza, Ceará, com destaque para o estímulo à colaboração interprofissional entre estudantes de seis diferentes cursos de graduação em saúde que tem como desdobramento a compreensão dos papéis profissionais (BARRETO *et al.*, 2011).

Mesmo as estratégias pontuais configuram espaços potentes para promover o aprendizado para prática interprofissional e trabalho em equipe de saúde, visto que permitem experiências de reconhecimento das diferentes áreas profissionais e, com isso, a compreensão das especificidades de cada uma, das competências comuns do campo da saúde e das competências para articulação entre as áreas em prol de atenção colaborativa às necessidades de saúde dos usuários (comunicação interprofissional, entendimento compartilhado dos princípios da dinâmica para o trabalho em equipe, cuidado centrado no usuário, clarificação de papéis e resolução de conflitos).

As propostas indutoras mencionadas representam uma parcela das iniciativas brasileiras em prol de mudanças na formação em saúde que foram publicadas. Sabe-se que muitas universidades implantaram propostas de currículos integrados após a promulgação das DCN e dos incentivos realizados pelo Pró-Saúde e REUNI; contudo, acredita-se que o alcance dessas experiências é restrito, pois se concentram nas universidades públicas do país que representam centros de excelência em ensino e pesquisa que possibilitam a formação de um pequeno contingente de profissionais de saúde, quando comparadas ao ensino superior em instituições privadas.

As reflexões aqui apresentadas revelam que o SUS possui recursos estratégicos para intervir na formação em saúde em prol das necessidades de saúde dos usuários, com ênfase na mudança do modelo de formação e de atenção à saúde na perspectiva da integralidade e prática interprofissional. Entretanto, cabe destacar, como assinalado anteriormente, que as políticas indutoras tiveram adesão e repercussão em cenários circunscritos e específicos do ensino superior público, o que assinala para limitações quanto à potencialidade de mudanças efetivas na formação em saúde, no país. Assim, no cenário apresentado, deve-se reconhecer que há avanços e desafios a superar.

Retomando as perguntas colocadas anteriormente, um dos grandes desafios se refere a criar possibilidade de mudança da formação que contemplem formatos acadêmicos distintos,

em especial entre as instituições de ensino públicas e privadas, que operam com lógicas diferentes e com expressivo predomínio dos cursos no ensino privado, que abarca 78,3% do total. A isso se acrescenta a desigual distribuição geográfica dos cursos, concentrados nas mesmas regiões onde se concentram os profissionais e serviços, sudeste e sul. Este cenário evidencia a necessidade de ampliar a articulação entre MS e ME para o planejamento e a implementação de ações coordenadas que possam contemplar um número crescente de instituições de ensino públicas e privadas, bem como os cursos das 14 áreas da saúde, para o enfrentamento das questões relacionadas à regulação e qualidade da formação dos profissionais e da atenção à saúde.

Também cabe destacar o desafio de articulação da formação de profissionais de nível superior e técnico profissional, pois a integralidade do cuidado e da prática interprofissional decorre da articulação das ações executadas por trabalhadores de ambos os níveis de escolaridade e profissionalização. Sabe-se que a educação técnica-profissional tem menor destaque nos debates sobre o tema e tal como ocorreu na reflexão aqui apresentada, tem menos visibilidade, o que em si constitui um problema a ser enfrentado para qualificar a formação e a atenção à saúde.

Assim, reconhecem-se vários desafios para a mudança da formação profissional cujo enfrentamento requer a construção de consensos tanto em torno da integralidade da saúde e do cuidado, como da correlata formação interprofissional e interdisciplinar.

Referências

ALMEIDA FILHO, N. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. *Cad. Saúde Pública*, v. 26, n. 12, p. 2234-2249, 2010.

ALMEIDA M. J.; FEUERWERKER L; LLANOS M. *A educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de*

um movimento de mudança. Tomo 1: um olhar analítico. São Paulo: Hucitec, 1999.

AYRES, J. R. C. M. *Cuidado, trabalho e interação nas práticas de saúde*. Rio de Janeiro: Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ ABRASCO, 2009a.

_____. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. *Saúde e Sociedade*, v. 18, Supl, p. 1-23, 2009b.

BALBACHEVSKY E. Carreira e contexto institucional no sistema de ensino superior brasileiro. *Sociologias*, v. 9, n. 17, p. 158-188, 2007.

BARR, H. *et al. Effective interprofessional education: arguments, assumption & evidence*. London: Blackwell; CAIPE, 2005.

BARRETO, I. C. H. C. *et al.* O desenvolvimento da prática de colaboração interprofissional na graduação em saúde: estudo do caso da Liga de Saúde da Família em Fortaleza (Ceará, Brasil). *Interface*, v. 15, n. 36, p. 199-212, 2011.

BATISTA, N. A. Educação interprofissional em saúde: concepções e práticas. *Caderno FNEPAS*, v. 2, p. 25-28, jan. 2012.

BELISÁRIO, A. S. *et al.* Implantação do curso de graduação em saúde coletiva: a visão dos coordenadores. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 6, p. 1625-1634, 2013.

BRASIL. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 23 dez. 1996. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Lei/L13005.htm>. Acesso em: 29 jun. 2013.

_____. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. *Sinopse da educação superior de 2003: Dados Gerais dos Cursos de Graduação Presenciais e a Distância*,

por Categoria Administrativa das IES. 2003. Disponível em: <<http://portal.inep.gov.br/superior-censosuperior-sinopse>>. Acesso em: 27 jun. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 198/GM de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 13 fev. 2004. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf>>. Acesso em: 29 jun. 2013.

_____. Decreto nº 6.096, de 24 de abril de 2007. Institui o Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais – REUNI. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 25 abr. 2007a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6096.htm>. Acesso em: 28 jun. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.996/GM de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da política nacional de educação permanente em saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 20 ago. 2007b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html>. Acesso em: 29 jun. 2013.

_____. _____. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial. Brasília: Ministério da Saúde, 2007c. Disponível em: <http://prosaude.org/rel/pro_saude1.pdf>. Acesso em: 29 jun. 2013.

_____. _____. Portaria interministerial nº 1.802, de 26 de agosto de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF,

27 ago. 2008. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/gm/2008/pri1802_26_08_2008.html>. Acesso em: 29 jun. 2013.

_____. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. *Sinopse da educação superior* de 2011: Dados Gerais dos Cursos de Graduação Presenciais e a Distância, por Categoria Administrativa das IES. 2011a. Disponível em: <<http://portal.inep.gov.br/superior-censosuperior-sinopse>>. Acesso em: 29 jun. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Pró-Saúde: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em: <<http://www.prosaude.org/noticias/sem2011Pro/index.php>>. Acesso em: 30 jun. 2013.

CAMPOS, G. W. S. *Saúde paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2003.

CARVALHO, C. H. A. O PROUNI no governo Lula e o jogo político em torno do acesso ao ensino superior. *Educ. Soc.*, v. 27, n. 96, p. 979-1000, 2006.

CECCIM, R. B.; CARVALHO, Y. M. Ensino da saúde como projeto da integralidade: educação dos profissionais de saúde no SUS. In: PINHEIRO, R.; CECCIM R. B.; MATTOS, R. A. *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro: IMES/ UERJ, CEPESQ, ABRASCO, 2005. p. 69- 92.

_____.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, n. 5, 1400-1410, 2004a.

_____.; _____. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. *Rev. Saúde Coletiva*, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004b.

DEMO, P. *A nova LDB: ranços e avanços*. Campinas: Papirus, 1997.

DIAS, H. S.; LIMA, L. D.; TEIXEIRA, M. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 18, n. 6, p. 1613-1624, 2013.

FAZENDA, I. C. A. *Interdisciplinaridade história, teoria e pesquisa*. Campinas: Papirus, 1995.

FEUERWERKER, L. C. M.; CAPOZZOLO, A. A. Mudanças na formação dos profissionais de saúde: alguns referenciais de partida do eixo Trabalho em Saúde. In: CAPOZZOLO, A. A.; Casetto, S. J.; HENZ, A. O. (Org.). *Clínica comum: itinerários de uma formação em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 35-68.

_____.; SENA, R. R. Contribuição ao movimento de mudança na formação profissional em saúde: uma avaliação das experiências UNI. *Interface*, v. 6, n. 10, p. 37-50, 2002.

FREETH, D. *et al.* *Effective interprofessional education: development, delivery & evaluation*. Oxford: Blackwell Publishing, 2005.

FRENK, J. *et al.* Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an independent world. *The Lancet*, n. 376, p. 1923-1957, 2010.

FURTADO, J. P. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. *Interface*, v. 11, n. 22, p. 239-255, 2007.

GONZÁLEZ, A. D.; ALMEIDA, M. J. Integralidade da saúde – norteando mudanças na graduação dos novos profissionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n. 3, p. 757-762, 2010a.

_____.; _____. Ativação de Mudanças na Formação Superior em Saúde: Dificuldades e Estratégias. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 34, n. 2, p. 238-246, 2010b.

HADDAD, A. E. A enfermagem e a política nacional de formação dos profissionais de saúde para o SUS. *Rev. Esc. Enferm. USP*, v. 45, p. 1803-1809, 2011.

JAPIASSU, H. *Interdisciplinaridade: a patologia do saber*. Rio de Janeiro: Imago; 1976.

KHALILI, H. *et al.* An interprofessional socialization framework for developing an interprofessional identity among health professions students. *J Interprof Care*. [Epub ahead of print], jun. 18, 2013.

LEDA, D. B.; MANCEBO, D. REUNI: heteronomia e precarização da universidade e do trabalho docente. *Educação & Realidade*, v. 34, n. 1, p. 49-64, 2009.

MALIK, A. M. (Coord.): O PROFAE e a formação de profissionais de nível técnico para o Sistema Único de Saúde no Brasil: Uma avaliação de resultados. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE, 19-21 jul. 2010, Brasília, *Anais...* Brasília, 2010.

MARTÍN-RODRÍGUEZ L. *et al.* The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies. *Journal of Interprofessional Care*, Supl., p. 132-147, 2005.

MARTINS, C. B. O ensino superior brasileiro nos anos 90. *São Paulo Perspec.*, v. 14, n.1, p. 41-60, 2000.

MCNAIR, R. P. The case for educating health care students in professionalism as the core content of interprofessional education. *Medical Education*, n. 39, p. 456-464, 2005.

MENDES, E. V. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MORAES, M. A. A.; MANZINI, E. J. Concepções sobre a Aprendizagem Baseada em Problemas: um Estudo de Caso na Famema. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 30, n. 3, p. 125-135, 2006.

MOROSINI, M. C.; FRANCO, M. E. P.; SEGENREICH, S. C. D. A Expansão da Educação Superior no Brasil pós LDB/96: Organização institucional e acadêmica. *Inter-Ação*, v. 36, n. 1, p. 119-140, jan./jun. 2011.

OLENICK, M.; ALLEN, L. R.; SMEGO, J. R. R. A. Interprofessional education: a concept analysis. *Advances in Medical Education and Practice*, v. 1, p. 75-84, 2010.

ORCHARD, C. *et al.* *A national interprofessional competence framework*. Vancouver: Canadian Interprofessional Health Collaborative, 2010.

_____. Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale (AITCS): Development and Testing of the Instrument. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, v. 32, n. 1, p. 58-67, 2012.

PAIM, J. S. *Saúde: política e reforma sanitária*. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva/Centro de Estudo e Projeto em Saúde; 2002.

PEDUZZI, M. Trabalho e educação na saúde: ampliação da abordagem de recursos humanos. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v. 18, n. 6, p. 1539-1541, 2013.

_____. *et al.* Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 47, n. 4, p. 977-983, 2013.

PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B. Experiência, formação, conhecimento e cuidado: articulando conceitos, percepções e sensações, para efetivar o ensino em integralidade. In: _____.; _____.; MATTOS, R. A. *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro: IMES; UERJ; Cepesq; Abrasco, 2005. p. 13-35.

PINTO, I. C. M.; ESPERIDIÃO, M. A.; SILVA, I. V. *et al.* Trabalho e educação em saúde no Brasil: tendências da produção científica entre 1990-2010. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v. 18, n. 6, p. 1525-1534, 2013.

QUINTANA, P. E. B. *et al.* *Micraciones profesionales LA-EU oportunidades para el desarrollo compartido: planificación de recursos humanos en salud*. Granada: Entorno Gráfico, 2011.

REEVES, S. *et al.* Interprofessional education: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Review*, issue 1, 2008.

RISTOFF, D. Educação superior no Brasil – 10 anos pós LDB, da expansão à democratização. In: BITTAR, M., OLIVEIRA, J.F., MOROSINI, M. (Org.). *Educação superior no Brasil – 10 anos pós-LDB*. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2008 (Coleção Inep 70 anos, v. 2).

ROMANHOLI, R. M. Z.; CYRINO, E. G. A visita domiciliar na formação de médicos: da concepção ao desafio do fazer. *Interface*, v. 16, n. 42, p. 693-705, 2012.

SEGENREICH, S. C. D.; CASTANHEIRA, A. M. Expansão, privatização e diferenciação da educação superior no Brasil pós-LDBEN/96: evidências e tendências. *Ensaio: aval. pol. públ. educ.*, v. 17, n. 62, p. 55-86, jan./mar. 2009.

SILVA JUNIOR, A. G.; PONTES, A. L. M.; HENRIQUES, R. L. M. O cuidado como categoria analítica no ensino baseado na integralidade. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro: IMES/ UERJ, CEPESQ, ABRASCO, 2005. p. 93-110.

TEIXEIRA, C. F. S.; COELHO, M. T. A. D.; ROCHA, M. N. D. Bacharelado interdisciplinar: uma proposta inovadora na educação superior em saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 6, p. 1635-1646, 2013.

TEIXEIRA, E. *et al.* Panorama dos cursos de Graduação em Enfermagem no Brasil na década das Diretrizes Curriculares Nacionais. *Rev. Bras. Enferm.*, v. 66, n. esp., p. 102-110, 2003.

VIEIRA, A. L. S. *et al.* Tendências do sistema educativo no Brasil: medicina, enfermagem e odontologia. In: BARROS, A. F. R. (Org.). *Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análise*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 183-202.

VIEIRA, M.; CHINELLI, F. Relação contemporânea entre trabalho, qualificação e reconhecimento: repercussões sobre os trabalhadores técnicos do SUS. *Ciênc. Saúde coletiva*, v. 18, n. 6, p. 1591-1600, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice*. Geneva: WHO, 2010.

ZWAREBSTEIN, M.; GOLDMAN, J.; REEVES, S. Interprofessional collaboration; effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Review*, issue 3, 2009.

É possível, nos dias atuais, formar médicos com mais humanismo?

IZABEL CRISTINA RIOS

Introdução

Um fato que chama a atenção de uma pessoa mais atenta quando, durante certo tempo, dentro de um hospital observa o comportamento dos profissionais que ali trabalham todos os dias é como, com frequência, eles acabam minimizando certos afetos desse ambiente, inclusive a ponto de fazer com que tão logo apareçam sejam prontamente tamponados. Parece estranho que em um campo profissional tão pleno de manifestações anímicas das pessoas diante de situações de forte impacto na vida, como as questões da dor, do sofrimento, da morte, da potência do ato médico quando da cura, e o seu revés nos casos sem prognóstico, seja também um campo de tão fortes resistências ao contato mais reflexivo sobre o viver em suas muitas dimensões humanas. Mesmo considerando que o distanciamento afetivo possa ser visto como um recurso psicológico de defesa contra o excesso de sentimentos que inviabilizariam o trabalho em saúde, estudos e evidências do cotidiano têm mostrado que o desinteresse em compreender esse campo de sensibilidade e as questões humanísticas que a ele se referem dificulta e, às vezes, até mesmo inviabiliza o bom cuidado em saúde.

Voltando um pouco no tempo, na tentativa de compreender melhor como se desenha tal ambiente de assistência na área da saúde (que será também o principal ambiente do ensino superior das profissões que nela atuam) verificamos

fatos que talvez iluminem nossa busca por entender como chegamos a tal situação e quem sabe como podemos começar a tentar mudá-la.

Até aproximadamente a década de 1940, a prática médica exigia conhecimentos de medicina e disponibilidade para estar ao lado do paciente. A relação médico-paciente era mais próxima e atenciosa (e nesse sentido mais humana), pois havendo poucos recursos diagnósticos e terapêuticos, a presença do médico e o comportamento compreensivo era quase um imperativo técnico do ofício (SCHRAIBER, 2008, p. 254).

Na contemporaneidade, esse cenário de prática sofreu mudanças radicais que começaram na época moderna, no chamado “modelo biomédico da atenção” (HAFFERTY; FRANKS, 1994, p. 861-871). Nesse modelo, que explica o ser humano estritamente pelo biológico, ciências naturais e tecnologia, há pouco espaço para a intersubjetividade como experiência de troca, testemunho e reconhecimento entre as pessoas dentro de um domínio linguístico comum (GADAMER, 2002).

A diminuição da intersubjetividade na prática médica e a valorização excessiva dos recursos tecnológicos provocaram críticas já nos movimentos de reforma pela Medicina Integral, iniciados nos Estados Unidos (DONNANGELO; PEREIRA, 1979). O distanciamento do médico na relação com o paciente teria como uma de suas causas a formação centrada em disciplinas biomédicas, ensino por acumulação, e insuficiente desenvolvimento ético do ser médico em um treinamento pouco atento às questões humanas envolvidas na assistência à saúde.

Para melhorar a formação humanística do médico, na década de 1960, incluiu-se no currículo da graduação em Medicina as disciplinas de “humanidades médicas” (BRODY, 2009). Essas disciplinas, atualmente, trazem à formação médica outros aportes para compreender a condição humana e desenvolver ética, empatia e habilidades de comunicação, adensando contribuições das Ciências Humanas e Sociais, Ciências do Comportamento, Artes e Filosofia ao campo teórico e prático da medicina (BRODY, 2009; ERIKSSON; HELGESSON; HÖGLUND, 2007; RIDER; KEEFER, 2006; CASSEL, 2007).

Estudos mostram que ensino de ética e habilidades de comunicação melhoram a qualidade da relação médico-paciente (ERIKSSON; HELGESSON; HÖGLUND 2007; CALDICOTT; DANIS, 2009); entretanto, não basta conhecer princípios ou mesmo técnicas para se construir possibilidades interativas. Outros estudos mostram que aspectos da subjetividade do médico determinam comportamentos na sua atuação profissional (WRIGHT; CARRESE, 2001; HUNDERT; DOUGLAS-STEELE; BICKEL, 1996) que vêm ao encontro ou contra tais possibilidades. Esses aspectos da subjetividade fazem parte da identidade profissional que se constrói durante a formação médica por meio da observação do modo de ser e da conduta dos professores nas salas de aula, nos laboratórios e, principalmente, em atuação clínica com os pacientes (RIOS, 2010). Pela observação, o aluno aprende o jeito de ser médico, e constrói sua identidade profissional, mais tecnicista ou mais humanista, assimilando significados da cultura médica que se agregam ao seu repertório anterior. Esse processo se dá por elaboração psíquica (LAPLANCHE; PONTALIS, 1988, p. 707) de identificação com atributos, propriedades, aspectos totais ou parciais de vivências intersubjetivas nos cenários de ensino-aprendizagem que se investem de sentido particular para o aluno.

A cultura médica carrega consigo uma tradição manifesta em valores, crenças, comportamentos que compõem uma poderosa matriz de construção de subjetividade da qual os estudantes saem médicos, e à qual os médicos constantemente retornam durante sua vida profissional. Em vários aspectos a cultura médica reflete a cultura de seu tempo em estreita interdependência, reforçando ou esmaecendo muitos de seus significados.

Estendendo a análise das dificuldades nas relações humanas na prática médica para outros contextos sociais no mundo contemporâneo, percebemos que não se trata de um problema circunscrito ao campo da medicina e seu ensino, mas um traço marcante do funcionamento da sociedade atual (COSTA, 2004; BIRMAN, 2001). Na cultura pós-moderna, estão presentes elementos simbólicos que refletidos na cultura médica erguem

barreiras à intersubjetividade e reduzem a existência humana à objetividade estrita dos fatos. Tais elementos, por sua natureza abstrata, seriam menos evidentes, mas não menos importantes para a constituição da identidade médica e para o exercício da profissão, em especial na conduta ética e na capacidade de empatia e comunicação.

A cultura contemporânea e sua repercussão na cultura médica

A Contemporaneidade é vista por certos autores como um desmontar e radicalizar pelo excesso as conquistas da modernidade (AUGÉ, 2005; GIDDENS, 2002; LIPOVETSKY, 2004; LYOTARD, 2002; HOBBSBAWM, 1995). O que caracteriza a época atual não seria o fim da Modernidade, mas o excesso que deforma as ideias que deram origem à Modernidade. Esse período apresenta-se à história como um tempo de grande desenvolvimento científico e tecnológico e profundas mudanças no comportamento das pessoas, particularmente o enfraquecimento da dimensão coletiva em favor do individualismo e a invasão do espaço público pelo eu.

O individualismo da época moderna, na contemporaneidade ganha forma de narcisismo: pessoas mais voltadas para si mesmas e suas realizações pessoais, dirigindo pouco interesse legítimo pelo outro, em relações superficiais de caráter instrumental e utilitário. Comportamentos como culto ao corpo e à imagem, competitividade exagerada, consumismo voraz, revelam (e reforçam) a supremacia do eu.

Para Habermas (1989), o uso instrumental das relações humanas diminui o agir ético e comunicativo que está na base do entendimento mútuo que permite consensos, acordos ou ao menos o respeito à diversidade entre sujeitos. Na formação do médico (SCHRAIBER, 2008; RIOS, 2010), podemos usar esse argumento para pensar a transformação do encontro clínico em um agir tecnicista que se inicia já no encontro de professores

e alunos – momento do ensino-aprendizagem das competências técnicas e comportamentos para o cuidado do paciente.

A esses aspectos culturais da contemporaneidade, soma-se a utilização dos meios tecnológicos como potências da interação. A tecnologia exerce fascínio não só nos médicos e estudantes mas na sociedade como um todo, dentro de uma cultura que sustenta a dicotomia Ciência e Humanismo e supervaloriza as tecnologias. Na educação, reforça-se a transmissão do conhecimento, da informação e da dimensão tecnológica, deixando para trás a formação humanística e científica no que se refere ao exercício crítico e reflexivo do pensar sobre a realidade.

Por outro lado, a cultura médica mantém traços peculiares que têm origem na sua tradição, tais como: 1) o aprendizado por pressão, acúmulo e sofrimento que caracteriza a passagem ritualística da profissão; 2) a estrutura hierárquica da corporação (baseada não só no saber, altamente valorizado entre médicos, mas também no poder dos lugares estabelecidos); 3) a aliança fraterna que une médicos; 4) a escolha da profissão por razões altruísticas, fato surpreendente em tempos de enfraquecimento da solidariedade.

Há tempos, na Educação Médica, estuda-se o ambiente escolar e sua participação na formação médica. A estes, acrescento meus estudos (RIOS, 2010) mais especificamente voltados à produção de subjetividades nas escolas médicas, que direta ou indiretamente reforçam dificuldades nas interações entre as pessoas no seu cotidiano. Tais estudos utilizam modelos qualitativos (DENZIN; LINCOLN, 2000; GEERTZ, 1978; MINAYO, 1994) e têm como interesse compreender fenômenos das subjetividades entrelaçados no universo escolar a partir de narrativas de alunos e professores de escolas médicas brasileiras.

Narrativas sobre o ambiente na escola médica

Nas narrativas de professores e alunos, percebemos como certos aspectos das subjetividades, que hoje são bastante

discutidos na literatura da Educação Médica a propósito da humanização das práticas de saúde no ambiente de ensino, tomam forma concreta na vida das pessoas, aproximando reflexões teóricas e manifestações vívidas. Imagens, percepções de si mesmo, expressões afetivas, histórias da vida, comportamentos e, sobre tudo isso, o reiterado trabalho interpretativo permite a compreensão de vários modos de ser e fazer nas escolas médicas. Entre estes, destacamos três grandes temas que caracterizam a cultura contemporânea e que se entrelaçam diretamente com a produção de subjetividades na formação médica e as possibilidades interativas na prática clínica: o eu, a tecnologia e a intersubjetividade.

Eu e o outro

O eu como um fim em si mesmo e o investimento na autoidentidade, aspectos centrais do que aqui estamos denominando de Cultura do Narcisismo, aparecem no discurso de alunos e professores.

A crença na superioridade intelectual, social, ou de qualquer natureza aparece várias vezes em suas narrativas. Em um tempo precoce da vida, na adolescência, a passagem por uma seleção extremamente competitiva para o ingresso na faculdade, exigindo o sacrifício de horas de lazer, do convívio com amigos, e de muitas experiências próprias de uma época da vida que seria de descobertas, teria como produto compensatório não só o ingresso em um dos cursos mais disputados no vestibular como também a satisfação narcísica do reconhecimento social de sua capacidade de competir e ganhar (aliás, satisfação muito justa!). Essa satisfação, que logo se transforma em sentimento de superioridade, vai se exacerbando ao longo da formação pelo acréscimo de outros tantos significados mais particulares ao imaginário cultural do mundo dos médicos tais como: o apelo incessante ao esforço para obter vitórias em competições esportivas, a disputa por notas altas nas avaliações que se valem apenas de provas de conhecimentos (que nem sempre

correspondem a um bom aprendizado de habilidades e atitudes), a plethora de atividades extracurriculares e a valoração da capacidade de fazer muitas coisas ao mesmo tempo, a cobrança por certa resistência/negação às suas próprias fragilidades/sensibilidade. Tais elementos ganham valor simbólico e podem estar na origem da crença na autossuficiência, e nos comportamentos que revelam competitividade exacerbada e desconsideração pelo outro, como claramente aparece nas falas de professores e alunos, às vezes como crítica a tais comportamentos, às vezes como justificativa. Percebemos que as dificuldades para a intersubjetividade começariam por esse comportamento típico da cultura narcísica na contemporaneidade, matizado no cotidiano da escola médica.

Nesse cotidiano, o professor de medicina é uma figura central nas escolas que adotam o modelo tradicional de ensino (FREIRE, 1996). Em geral, ele é um médico que transmite seus conhecimentos aos alunos sem ter preparo didático-pedagógico formal para atuar como educador, atuando de forma independente nos diversos cenários de ensino. A noção que têm de ensino-aprendizagem vem da sua própria experiência como estudante (FREIRE, 1996), na qual o professor é o sujeito da ação e o aluno, o receptor passivo dos conteúdos. O professor tem grande poder e o exerce de acordo com sua personalidade, em uma escala que vai da empatia e respeito ao aluno à tirania e humilhação. Geralmente apreciam ser professor. Alguns pelo ato narcísico, outros pela possibilidade de aprender com o aluno ou desenvolver suas próprias potencialidades.

Entre estudantes de medicina, a caracterização de grupo, feita por eles mesmos, é bastante rigorosa e severa, confirmando teses mais gerais encontrada na literatura sobre o narcisismo nos tempos atuais, mas também demonstrando a grande capacidade intelectual e honestidade moral desses alunos para encarar realidades agradáveis ou não de se ver. Eles apontam como graves problemas do grupo: vaidade, individualismo, pouca disposição para atuar em grupo, preconceitos raciais, machismo, distanciamento emocional e pouco envolvimento

com o outro, fechamento em si mesmo, forte ambição econômica e de projeção social, competitividade, excessos em relação ao corpo principalmente pelo uso de álcool, pouca capacidade de aprofundamento reflexivo e superficialidade crítica, consumismo, baixa autocritica e dificuldade em pedir ajuda devido ao sentimento de autossuficiência, pouca experiência de vida e imaturidade. Características fortemente presentes na sociedade contemporânea como um todo, diga-se de passagem.

Ainda assim, os alunos são capazes de responder de forma madura quando em ambientes e situações que o exijam, como pudemos acompanhar em suas narrativas.

No exame das questões da alteridade, o outro como diferente é colocado em lugares bem distintos do eu, que o mantém como sujeito ou o reduz a objeto, começando na relação professor-aluno e chegando à relação médico-paciente.

O modelo de ensino centrado no professor não oferece um verdadeiro lugar de sujeito para o aluno, este colocado como objeto que, na melhor das hipóteses ou pelo menos na mais inofensiva, permite ao professor, narcisicamente, exibir seu saber. Por exemplo, há situações em que a hierarquia aparece na relação do professor com o aluno, mostrando-lhe que a diferença de lugares não se sustenta na diferença de saberes, mas na diferença de poderes. Essa postura, ainda presente no modo de atuar de alguns mestres reforça não só o ensino pelo constrangimento, medo e humilhação, mas a legitimidade de se produzir tais sentimentos no outro por uma “justa causa”.

A dessubjetivação do outro, tratado como alguém desprovido de desejo, autonomia e sem o pleno exercício de direitos e deveres, ocorre em diversas situações.

Situação mais contundente é aquela em que o médico se comporta tal como herdado de outras épocas na medicina quando tinha poder para fazer o que quisesse com os doentes, reduzidos ao uso instrumental como uma peça anatômica ou de demonstração. Essa prática de transmissão do saber médico é ainda comum em serviços-escola nos quais há forte tradição hierárquica e disciplinar. Para alguns alunos, tais atitudes para

com o paciente podem ser interpretadas como de desprezo pela pessoa e são consideradas constrangedoras, traumáticas e “inesquecíveis”. Mas para outros seria uma situação esperada e natural, decorrente do funcionamento de um hospital e das contingências do ensino.

A tecnologia

O modelo de atenção à saúde centrado nas ciências biomédicas e na tecnologia alcançou resultados no combate às doenças e nas possibilidades diagnósticas e terapêuticas tão impactantes e surpreendentes que seriam impensáveis em outras épocas históricas. Ao mesmo tempo, modulou formas de relação entre as pessoas que despersonalizou tanto médicos quanto pacientes. A atenção centrada na doença e no organismo, a fragmentação e aprofundamento do olhar sobre a parte descolada do todo, a limpeza emocional dos aspectos subjetivos que fazem parte dos processos de adoecimento e cura, todos esses fatores associados ao número excessivo de atendimentos que diariamente se realiza dentro de um modelo de organização do trabalho semelhante ao modelo fabril, levaram à perda da noção da totalidade existencial das pessoas envolvidas, sejam elas médicos ou pacientes. É importante ressaltar que, nesse contexto, não só o paciente perdeu seu lugar de sujeito mas também o médico, ambos reduzidos a peças da engenharia organizacional.

Uma das decorrências do modelo biomédico, que pelas características citadas, não atende às demandas de caráter mais subjetivo, se manifesta no retorno repetitivo dos pacientes cujos problemas de saúde não se resolvem pela abordagem tecnicista. Esses pacientes repetidamente voltam aos serviços com queixas que, mesmo quando localizadas no corpo, precisam ser abordadas em uma perspectiva de compreensão que ultrapasse o corpo-máquina do modelo biomédico e alcance as dimensões de sua singularidade humana (GOOD, 1994).

Nas narrativas de professores e alunos mais críticos, faz-se a reflexão de que, na prática, utiliza-se muita tecnologia por

razões que vão além da sua indicação precisa e adequada. Afirmam que a tecnologia é necessária, mas também é usada de forma excessiva, porque os médicos dela necessitam para encurtar sua atuação com o paciente, ou porque o paciente não se sente bem tratado quando não a obtém, ou, ainda, porque – acostumados a uma clínica menos investigativa pelo raciocínio – se acomodou um jeito de fazer mais rápido e socialmente amparado, em que as perguntas não são respondidas pela semiologia, mas pelos exames laboratoriais. Com isso, reduz-se o contato intersubjetivo, no qual, por meio de recursos, como a escuta qualificada, a empatia, a comunicação efetiva, a construção de vínculos, é possível compreender o outro e promover a humanização do atendimento.

Muitos desses recursos oriundos do campo das humanidades, e que, em parte, também são técnicos, para muitos médicos e estudantes de medicina ainda não são percebidos como tais, principalmente pelos médicos mais velhos. Por exemplo: em relação à comunicação efetiva, observamos que para alguns pode ser entendida como um recurso para o diagnóstico e tratamento, enquanto para outros seria um dever moral do médico, ou um ato de generosidade para o alívio e conforto do paciente, ou até mesmo uma forma de fazer a “política de boas maneiras” que ajuda o médico na sua defesa ao lidar com problemas na relação médico-paciente e família, principalmente quando nada dá certo.

O uso da mentira ao paciente sobre seu estado, seu prognóstico e outras perguntas difíceis que exigiriam mais tempo de conversa, mais disponibilidade interna e preparo emocional do médico para sua abordagem, são comportamentos considerados frequentes e que dividem opiniões entre alunos e professores. Para alguns alunos, seria uma prática desumana e abjeta; para outros, os fins justificariam os meios quando o que se almeja é o “bem” do paciente, mesmo que esse “bem” seja definido unilateralmente pelo profissional da saúde em questão.

Essas insuficiências do modelo biomédico para responder a muitas questões e demandas mais complexas no terreno

do humano referentes à saúde, sobretudo diante dos graves problemas organizacionais e político-sociais da assistência médica no Brasil, surpreendentemente não são facilmente percebidas por professores e alunos como fatores que dificultam a humanização da assistência à saúde. Mesmo quando reconhecem que o pouco interesse pelo paciente e a falta de competência para a boa comunicação são contrários às boas práticas em medicina, dificilmente associam ao fato de que os modelos de atenção e organização dos processos de trabalho hegemônicos estão na base contextual desse estado de coisas.

A interatividade

O terceiro quadro temático organizado a partir das narrativas de alunos e professores a propósito do ambiente escolar e suas implicações nas relações humanas nos cenários de ensino-aprendizagem, e posteriormente nos cenários de prática da atenção à saúde, refere-se à interatividade propriamente dita.

Reproduzindo a dificuldade narcísica dos tempos atuais em que as diferenças entre as pessoas, em um primeiro momento, causam medo ou desconfiança, a intersubjetividade pode gerar sentimentos incômodos. Por exemplo, na relação médico-paciente, quando o médico entra em contato com o sofrimento do outro, cria-se um campo de tensão e angústia que, se o médico não estiver suficientemente preparado para lidar com os sentimentos dele e do outro, pode ser intenso a ponto de tornar a intersubjetividade insuportável. O preparo para esse contato deve acontecer durante a formação, e parte significativa desse aprendizado acontece na relação professor e aluno.

As relações professor e aluno são fortemente marcadas pelas características de personalidade, comportamento e valores do professor e do aluno. Tal fato merece atenção particular, pois, no âmbito coletivo, coloca para a instituição de ensino a tarefa de definir formalmente diretrizes de conduta ética que deixem bem claro a todos quais são os princípios que devem nortear comportamentos docente e discente no ambiente institucional.

A relação pedagógica é fundamental para a construção da identidade médica e o ensino da relação médico-paciente, sendo que a relação professor-aluno tanto promove quanto elimina possibilidades de experiências intersubjetivas significativas durante a formação médica e nesta o ensino de competência moral e práticas de humanização.

Como apresentado anteriormente neste texto, a centralidade do professor no processo educacional torna a qualidade do processo ensino-aprendizagem muito professor-dependente e reforça no aluno a atitude acomodada e de pouco compromisso com o currículo formal e com a busca ativa do conhecimento. Um dos efeitos adversos que essa situação provoca é que, para muitos alunos, seu sucesso estará mais garantido junto a pessoas e atividades consideradas mais compensadoras para seus interesses profissionais específicos que a formação geral de médico, razão pela qual se mostram muito mais ativos e interessados em investir tempo e dedicação à sua rede social de contatos extracurriculares que à construção do capital intelectual e emocional desejável ao currículo obrigatório da graduação.

Outro aspecto que dificulta a interatividade na relação professor e aluno é que o conteúdo formal de cada disciplina é dado por vários professores e médicos colaboradores, cada qual ministrando sua aula de forma atomizada e quase anônima. Tal fato somado às dificuldades didáticas de vários professores e médicos para estabelecer relações dialógicas e raciocínios compartilhados com os alunos, estes também, em geral, reunidos em grandes grupos, reforça a frieza, o distanciamento, e a dificuldade para qualquer forma mais afetiva e efetiva de interação.

Em grandes salas de aula, ou anfiteatros, não raramente, os alunos se mostram passivos, desinteressados, distraídos. Alunos relatam atitudes de falta de respeito lado a lado: professores que não admitem que o aluno tente se colocar como sujeito dotado de opiniões próprias, e alunos que, quando em ambientes ou com professores mais flexíveis, buscam o enfrentamento com o professor apenas pelo prazer de desautorizá-lo publicamente.

Entretanto, aprender pela dor e pelo medo, tal como um rito de passagem, pode ser visto como prova de força, coragem e persistência que remonta às origens míticas e sagradas da profissão. Nessa perspectiva simbólica, o estudante que tem vocação para ser médico seria capaz de suportar esses e muitos outros desafios de ordem física, psíquica e moral. A entrada à corporação médica se constituiria em um processo quase iniciático, caracterizando a superioridade daqueles que querem essa profissão. A aprovação a esses “métodos” aparece de forma recorrente na narrativa de muitos alunos e professores. Entretanto, e novamente, entre os mais críticos, tais situações são fortemente desaprovadas com o argumento de que revelam comportamentos que não têm qualquer caráter transcendente, mas sim de falta de respeito, falta de educação, maldade e falta de ética profissional.

Em maior grau de intensidade, a quebra de comunicação (LEVINÁS, 2009, p. 302; RICOUER, 1991, p. 432) que destitui o outro do lugar de sujeito e ignora seus direitos como pessoa, passa a ser percebida como atos de violência: são as humilhações ou as degradações do outro, abusos ou assédios. Esse tipo de violência se manifesta no comportamento de professores e alunos na forma de desqualificação uns dos outros, mentira ao paciente, preconceito, racismo, abuso de poder hierárquico, e até mesmo vandalismo. Em todos esses casos, observa-se o traço comum da ruptura da comunicação e o uso da força para impor ao outro o que dele se quer. Alunos contam que outras situações nas quais comportamentos violentos são frequentes se referem às competições esportivas quando, como em uma guerra, sem crítica e sem razão, cometem-se atos de violência física e vandalismo entre grupos rivais, ou nas festas em que é comum o abuso de álcool.

A própria hierarquia, fortemente presente nas instituições da área da saúde e necessária como organização do trabalho pelo conhecimento e experiência, pode se desvirtuar em abuso do poder, quando quem tem poder realiza seus interesses narcísicos independentemente do que seria melhor

para o coletivo. Em uma concepção filosófica contemporânea (HABERMAS, 1989; LEVINÁS, 2009, p. 302), esse estado em que o interesse de poucos prevalece sobre o bem de muitos seria exatamente o oposto da ética. Na observação e relato dos alunos, são narradas cenas e vivências em que profissionais da saúde não só demonstram desconhecer os princípios da humanização da assistência como atuam contra os mesmos, deflagrando situações de violência institucional. Comportamentos violentos permeiam vários espaços institucionais. Podem ser vistos na atitude de pacientes que tentam agredir ou causar dano aos médicos e estudantes de medicina, e também no lado oposto, quando pacientes são humilhados e não reagem, nem procuram os meios institucionais existentes para proteção de sua integridade moral, por medo de perder sua vaga no serviço de saúde, ou mesmo por ignorância de seus direitos e deveres cidadãos.

Por outro lado, as práticas educacionais que permitem o agir comunicativo como, por exemplo, as discussões em pequenos grupos conduzidas por professores aptos ao diálogo, são amplamente reconhecidas pelos alunos como as melhores estratégias de ensino nas escolas médicas. Os professores identificados como os melhores professores, e também melhores médicos na atuação com os pacientes, são os professores mais capazes de criar espaços de intersubjetividade, por meio de recursos técnicos comunicacionais e relacionais, tanto no ensino quanto na assistência, criando condições para uma formação no rumo da humanização (RIOS, 2009, p. 179).

Comentários para iniciar novas narrativas

Aspectos da cultura contemporânea são particularmente importantes na formação humanística do estudante de Medicina e, por isso, devem ser considerados quando se objetiva desenvolver médicos com atitudes coerentes aos princípios da humanização na área da saúde.

A Cultura Narcísica – que reforça sentimentos de especial singularidade e superioridade do eu frente ao outro, e atitudes de individualismo, competitividade, e isolamento, na esfera relacional – ganha contornos que merecem atenção quando se manifesta na forma de difícil aceitação do outro, que vai do estranhamento à sua anulação como sujeito.

Também o tecnicismo e a organização do trabalho comprometem as possibilidades interativas, tanto no ensino quanto na assistência, quando reduzem o tempo do encontro clínico e transformam a conversa em um agir instrumental que opacifica a dimensão ética da relação, corta a comunicação efetiva e, no extremo, desumaniza a atenção.

Embora haja cenários de ensino que, desde o início da graduação, exponham ao aluno a boa técnica e atitude médica, o aprendizado ocorre preferencialmente pelos modelos vividos em cenários de prática, que atuando de forma autônoma, reforçam ou contradizem o que foi ensinado em sala de aula.

Do nosso ponto de vista, é cada vez mais necessário que se estimulem, na escola médica, discussões sobre valores institucionais válidos para todos, na forma de exercício da ética como saber que orienta ações em busca do bem, ou da vida boa, para o indivíduo e a coletividade. A ética seria a capacidade de cada um julgar e decidir a partir de regras e valores definidos no âmbito institucional, por meio de uma boa compreensão desses contextos, do outro e de si mesmo.

Nesse sentido, realizar um processo educacional pela aproximação da educação com a ética pode fazer brotar comportamentos capazes de realizar mudanças institucionais para a qualidade da Educação Médica como um todo. Estamos falando de um fenômeno educacional que requer desenvolvimento pessoal mais que transmissão e memória. Tarefa que não se realiza somente com a preparação técnica, ainda que baseada na excelência tecnológica, pois requer o exercício ético como método para se chegar à dose certa de teoria e prática, racionalidade e sensibilidade. Uma educação que implica amplo desenvolvimento de potencialidades e a construção reflexiva do ser

cada vez mais ciente da natureza das coisas, das pessoas e de si mesmo, capaz de realizar sua própria humanidade.

Referências

AUGÉ, M. *Não Lugares* – Introdução a uma antropologia da supermodernidade. Campinas: Papirus, 2005.

BIRMAN, J. *Mal-estar na atualidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.

BRODY, H. *Defining the medical humanities: three conceptions and three narratives*. *Journal of Medical Humanities*, E-published, 19 nov. 2009.

CALDICOTT, C. V.; DANIS, M. Medical ethics contributes to clinical management: teaching medical students to engage patients as moral agents. *Med. Educ.*, n. 43, p. 283-289, 2009.

CASSEL, E. J. Unanswered questions: Bioethics and human relationships. *The Hasting Center Report*, v. 37, n. 5, p. 20-23, 2007.

COSTA, J. F. *O vestígio e a aura* – Corpo e consumismo na moral do espetáculo. Rio de Janeiro: Garamond, 2004.

DENZIN, N.; LINCOLN, Y. S. *Handbook of qualitative research*. 2nd ed. Thousand Oaks: Sage Pub., 2000.

DONNANGELO, M. C. F.; PEREIRA, L. *Saúde e Sociedade*. São Paulo: Duas Cidades, 1979.

ERIKSSON, S.; HELGESSON, G.; HÖGLUND, A. T. Being, Doing, and Knowing: Developing Ethical Competence in Health Care. *Acad Ethics*, v. 5, n. 2-4, p. 207-226, 2007.

FREIRE, P. *Pedagogia da Liberdade: Ética, Democracia e Coragem Cívica*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1996.

GADAMER, H-G. *O mistério da saúde?* O cuidado da saúde e a arte da Medicina. Lisboa: Ed. 70, 2002.

GEERTZ, C. *Interpretação das Culturas*. Rio de Janeiro: Ed. Zahar, 1978.

GIDDENS, A. *Modernidade e Identidade*. Rio de Janeiro: Ed. Zahar, 2002.

GOOD, B. J. *Medicine, rationality, and experience: an anthropological perspective*. New York: Cambridge University Press, 1994.

HABERMAS, J. *Consciência Moral e Agir Comunicativo*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1989.

HAFFERTY, F. W.; FRANKS, R. The hidden curriculum, ethics teaching, and the structure of medical education. *Academic Medicine*, v. 69, n. 11, p. 861-871, nov. 1994.

HOBSBAWM, E. *A era dos extremos – o breve século XX*. São Paulo: Companhia das Letras: 1995.

HUNDERT, E. M.; DOUGLAS-STEELE, D; BICKEL, J. Context in medical education: the informal ethics curriculum. *Med. Educ*, n. 30, p. 353-364, 1996.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J-B. *Vocabulário de Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes Editora, 1988.

LEVINÁS, E. *Entre nós – Ensaio sobre a alteridade*. Petrópolis: Ed. Vozes, 2009.

LIPOVETSKY, G. *Os tempos hipermodernos*. São Paulo: Barcarrolla, 2004.

LYOTARD, J. F. *A condição pós-moderna*. Rio de Janeiro: Editora José Olympio, 2002.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento*. Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Rio de Janeiro: Hucitec; Abrasco, 1994.

RICOUER, P. *O si-mesmo como um outro*. Campinas: Papirus, 1991.

RIDER, E. A.; KEEFER, C. H. Communication skills competencies: definitions and a teaching toolbox. *Med. Educ.*, n. 40, p. 624-629, 2006.

RIOS, I. C. *Caminhos da humanização na Saúde – prática e reflexão*. São Paulo: Áurea Editora, 2009.

_____. *Subjetividade contemporânea na educação médica: a formação humanística em medicina*. 2010. 319 f. Tese. (Doutorado em Medicina) – Programa de Pós-Graduação em Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo 2010.

SCHRAIBER, L. B. *O médico e suas interações – a crise dos vínculos de confiança*. São Paulo: Hucitec, 2008.

WRIGHT, S. M.; CARRESE, J. A. Which values do attending physicians try to pass on to house officer? *Med. Educ.*, n. 35, p. 941-945, 2001.

O cuidado à saúde da criança na idade escolar na percepção de agentes comunitários de saúde e de profissionais de equipes de saúde da família¹

MARINA LEMOS VILLARDI
ELIANA GOLDFARB CYRINO

Introdução

A atenção à saúde da criança em idade escolar é uma questão bastante discutida, tanto pelo setor da saúde quanto pelo da educação. Entre outros elementos, discute-se a necessidade de órgãos específicos de atendimento à saúde do escolar e ligados à área da Saúde ou da Educação. Trata-se de uma questão polêmica com envolvimento técnico e político (CYRINO; PEREIRA, 1999). Assim, é necessário esclarecer qual a faixa etária considerada escolar, com duas perspectivas de criança em idade escolar: do ponto de vista educacional e da divisão etária da população brasileira.

Como determinação legal (Lei nº 10.172/2001) as crianças de seis anos de idade são incluídas no Ensino Fundamental de nove anos. A opção pela faixa etária dos seis aos 14 para o Ensino Fundamental segue o modelo dos sistemas de ensino (BRASIL, 2004b). A adoção de um ensino obrigatório de nove anos iniciando aos seis anos de idade pode contribuir para uma mudança na estrutura e na cultura escolar, levando a uma

¹ Agência financiadora: CAPES.

escolarização mais construtiva. Para o Ministério da Educação, a inclusão mediante a antecipação do acesso é uma medida contextualizada nas políticas educacionais focalizadas no Ensino Fundamental. O objetivo de um maior número de anos de ensino obrigatório é assegurar a todas as crianças maiores oportunidades de aprender (BRASIL, 2004b).

Segundo a Síntese de Indicadores Sociais (SIS) do IBGE de 2010, a faixa etária dos seis aos 14 anos é denominada como escolar, ou seja, são crianças que frequentam o ensino fundamental. Dessa forma, por base nas informações acima, adotou-se no presente estudo que a criança em idade escolar é aquela que deve ou deveria estar na escola (em processo de escolarização), no Ensino Fundamental, e que possui idade entre seis e 14 anos.

Em relação à atenção à saúde do escolar e às prioridades de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS), observa-se que o sistema prioriza ações dirigidas a grupos populacionais com maior vulnerabilidade, com ações estratégicas específicas. São, assim, prioridades no SUS, entre outros, os seguintes grupos populacionais: gestante, puérpera, recém-nascidos, a criança menor de cinco anos, a criança portadora de deficiência e aquelas egressas de internações (BRASIL, 2004a).

[...] definindo-se as prioridades para a saúde da população infantil local e estabelecendo-se as interfaces necessárias, com a articulação das diversas políticas sociais e iniciativas da comunidade implementadas no município e na área da unidade de saúde, de forma a tornar mais efetivas as intervenções para os diversos problemas demandados pela população. Nesse aspecto, a saúde do escolar (saúde bucal, mental, triagem auditiva e oftalmológica) e a educação infantil (creches, pré-escola) devem estar contempladas. (BRASIL, 2004a, p. 13).

Ayres (2004) e Cyrino e Pereira (1999) destacam a ausência de apreensão dos serviços de saúde às necessidades destes grupos populacionais de escolares. Os autores explicam que a faixa etária escolar dos seis a 14 anos utiliza pouco o serviço

de saúde, pois são poucas as necessidades interpretadas pelos mesmos, não sendo prioridade pela questão da equidade, vulnerabilidade e risco comparado a outras faixas etárias.

Cabe ressaltar nesta questão da falta de mobilização nas ações aos escolares que, segundo Demarzo e Aquilante (2008), os serviços de saúde priorizam atendimento às evidências de maneira biológica e que, por serem estas menores em escolares, não impulsionam ações de caráter preventivo ou de promoção à saúde nesta parcela da sociedade, já que muitos de seus problemas, entre outros, situam-se na esfera psicossocial.

Nesse sentido, as problemáticas de origem pedagógica ou psicossocial enfrentadas pelos escolares se “moldam” no que é oferecido pelos serviços de saúde, ou seja, as reais necessidades são camufladas por demandas aparentes e solucionáveis do ponto de vista biológico, médico. A profundidade das necessidades e as ações direcionadas aos escolares que as incorporem são substituídas por ações pontuais de finalidade restrita ao campo biológico, visível, deixando de considerar as causalidades reais e complexas no cuidado a este grupo populacional.

Entende-se, assim, que a criança em idade escolar não tem sido uma prioridade do setor saúde, pela questão da vulnerabilidade e riscos maiores de outras faixas etárias, entretanto a saúde do escolar precisa estar contemplada nas ações em saúde em decorrência das diversas necessidades que os escolares apresentam.

O Programa Saúde na Escola (PSE) instituído no Brasil em 2007 como uma parceria entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde busca contribuir na formação integral dos estudantes da rede pública de Educação Básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde (BRASIL, 2009). Considera a escola como um rico espaço para ações de promoção da saúde às crianças, propondo-se a desenvolver ações e atividades que visam a ampliar a capacidade de os estudantes interpretarem o cotidiano e atuarem incorporando atitudes adequadas para a melhoria da qualidade de vida (DEMARZO; AQUILANTE, 2008).

A promoção da saúde possui como eixo orientar e informar sobre fatores de riscos para a saúde, promovendo autonomia, fortalecendo o protagonismo e favorecendo a constituição do cidadão crítico, estimulando-o à autonomia e ao controle das suas condições de saúde (BRASIL, 2006).

A educação libertadora tem grande potencial para atingir as finalidades da promoção da saúde no contexto escolar (BRASIL, 2006). Isto porque, segundo Freire (2005), essa perspectiva educacional está pautada na construção coletiva do saber que reflete a realidade vivenciada, servindo de referência para a construção de sujeitos sociais, utilizando a problematização que parte da identificação de uma situação problema para analisá-la criticamente.

Assim, Demarzo e Aquilante (2008) destacam que se espera que os profissionais de saúde e de educação, no desempenho das suas funções promotoras da saúde, estimulem atitudes reflexivas e críticas dos escolares, as quais, para serem efetivas, precisam ser pautadas em uma prática educativa que utilize a problematização de situações concretas e a construção coletiva de soluções.

Segundo Ayres (2004) e Brasil (2009), o trabalho na Atenção Básica e na Estratégia de Saúde da Família (ESF) permitem novos olhares à criança em idade escolar, pois considera os estudantes no contexto de suas relações de vida e história social, priorizando ações de natureza educativa, preventiva ou assistencial, em parceria com as escolas, a fim de produzir práticas positivas sobre a qualidade de vida das crianças.

Nesse sentido, os agentes comunitários de saúde (ACS) apresentam-se com destaque na atenção à saúde do escolar, pois interagem com valores da comunidade de modo a levantar necessidades de saúde em busca de intervenções para qualidade de vida, uma vez que atuam como ponte entre a equipe de saúde e os usuários (BRASIL, 2007; BRAND; ANTUNES; FONTANA, 2010).

Cyrino e Pereira (1999) e Miranda *et al.* (2000) chamam a atenção sobre a falta de preparo das equipes da Atenção Básica à Saúde (ABS) em responder às necessidades do grupo dos

escolares. Conforme destacam Brand, Antunes e Fontana (2010), isso acontece em decorrência de problemas no relacionamento entre a equipe de saúde e a população, como dificuldades em compreender as expressões culturais de cada família que indicam relação com os aspectos sociais que orientam e reforçam todo comportamento humano (OLIVEIRA, 1996).

Os profissionais de saúde, ao trabalharem com famílias, possuem uma imagem idealizada sobre o perfil de composição tradicional e, ao se depararem com outros arranjos, encontram dificuldades para lidar com conflitos de ordem pedagógica, psicossocial ou cultural; assim, acabam por traduzi-las como questões centradas em soluções “biologicistas”, medicalizando questões pedagógicas e/ou sociais, familiares. A medicalização relaciona-se à redução de problemas de ordem social ao encontro da explicação nas doenças nos indivíduos, com a culpabilização dos escolares das classes populares e de suas famílias pelo fracasso na escola, ignorando determinantes sociais, culturais, pedagógicos e políticos das dificuldades de escolarização (PATTO, 1990; CYRINO; PEREIRA, 1999; MIRANDA *et al.*, 2000; DEMARZO; AQUILANTE, 2008; MOYSES; COLLARES, 2010).

Para Moysés e Lima (1983), nas escolas públicas a criança com baixo nível socioeconômico depara-se com seus próprios valores (do seu meio) e os valores da escola (de outra classe social) e esse choque entre valores e concepções de mundo gera tensão, preconceitos e julgamentos vivenciados pelo escolar, e este é considerado o único responsável por seu rendimento escolar.

Esse abismo entre a cultura escolar que advém da cultura dominante e a cultura popular gerada pela herança familiar dos escolares, significa, para Bordieu (2001), a chamada exclusão branda que “disfarça” a exclusão social já presente fora da escola, passando a responsabilizar seus alunos por seu fracasso escolar.

Nesse contexto, Demarzo e Aquilante (2008) defendem que ações restritas ao campo biológico são pouco efetivas em relação à saúde dos escolares, sendo importante a superação de

modelos pontuais que buscam responder às demandas emergenciais, havendo necessidade de articular ações, buscando práticas de assistência, promoção e prevenção a fim de identificar suas necessidades e estruturar maneiras de abordá-la.

Percebe-se que há lacunas para a qualificação da atenção à saúde da criança em idade escolar na ESF e que são justificadas pela tendência à medicalização da criança, além do fato de a ESF mobilizar-se diante de grupos populacionais com risco maior de morbimortalidade e vulnerabilidade (DEMARZO; AQUILANTE, 2008, VILLARDI, 2011).

Em 2012, em busca realizada na Base Virtual em Saúde (BVS), foram encontrados 59 artigos envolvendo criança, atenção básica, saúde escolar e profissionais de saúde. Destes, cinco descrevem sobre práticas em saúde voltadas aos escolares, tais como: acolhimento, práticas de educação em saúde na escola e encaminhamentos da escola aos serviços de saúde. Verificou-se que não são aprofundadas percepções das equipes de saúde que trabalham com este grupo.

Dessa forma, devido à importância do trabalho multiprofissional e do ACS no cenário do cuidado à criança em idade escolar, este estudo tem como objetivo analisar as diferentes percepções entre ACS e os demais profissionais das equipes de saúde da família com nível superior (médicos, enfermeiros e dentistas), sobre escolarização e práticas em saúde voltada aos escolares, das suas diferentes relações de proximidade com a comunidade e seus papéis desempenhados nas equipes de saúde.

Percurso metodológico

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva e interpretativa e a justificativa de se adotar esse tipo de pesquisa está relacionada ao fato de que o pesquisador, a partir da perspectiva dos participantes e das situações encontradas, situa sua interpretação frente aos fenômenos estudados (MINAYO, 1992).

O campo de estudo foi duas Unidades de Saúde da Família da cidade de Botucatu com os profissionais das equipes de saúde. A escolha destas Unidades de Saúde para o desenvolvimento do trabalho foi realizada de acordo com a possibilidade da Secretaria Municipal de Saúde de Botucatu em autorizar a execução da pesquisa em Unidades implantadas na década de 1980, como unidades básicas de saúde, e após 2004, mudadas para USF, além da existência de escola pública do ensino fundamental nas proximidades das USF. O critério para selecionar os sujeitos foi trabalhar há, no mínimo, quatro anos nessas Unidades e ter vínculo com a comunidade.

Dentro destes critérios, enquadraram-se na presente amostra a Unidade 1 J.P., composta por: 5 Agentes Comunitários de Saúde, 2 Enfermeiros, 2 Dentistas, 2 Médicos e a Unidade 2 P.M., composta por: 6 Agentes Comunitários de Saúde, 1 Enfermeiro, 2 Médico, 1 Dentista, totalizando a participação de 21 sujeitos sociais nesta pesquisa. Destaca-se que foi entrevistada toda a equipe das Unidades descritas acima. Com a participação destes sujeitos, realizou-se a saturação das informações.

Como componente do trabalho de campo, adotou-se a técnica da entrevista semiestruturada – que se caracteriza como um conjunto de perguntas em ordem específica sobre: como cada profissional compreende o processo de escolarização; qual sua conduta diante das dificuldades escolares e/ou comportamentos indesejáveis das crianças nas escolas; que visão possui sobre fatores que interferem no processo de ensino/aprendizagem e quais ações desenvolvidas a este grupo. As entrevistas tiveram o tempo médio de 40 minutos para cada profissional.

Os dados das entrevistas foram analisados por meio da Análise de Conteúdo, modalidade temática proposta por Bardin (1979).

Após a transcrição das entrevistas, foi feita a escolha de trechos significativos e uma análise geral delas, articulando-as entre si. Procurou-se estabelecer confrontos entre os diferentes atores sociais envolvidos e destes com os discursos do SUS e da

Estratégia da Saúde da Família, e autores que discutem sobre a composição familiar, a educação libertadora e a medicalização do fracasso escolar.

A busca por articular o conteúdo das entrevistas com o referencial teórico utilizando a Análise de Conteúdo desenvolveu-se em etapas. A primeira etapa consistiu em codificar os relatos das entrevistas (identificar palavras, frases, temas ou conceitos persistentes nos relatos, extrair elementos que chamam a atenção, fatos relevantes). Nesse sentido, através do referencial foram verificadas e selecionadas as informações mais importantes advindas das entrevistas. Após esta etapa, desenvolveu-se a categorização, como resultado da união entre trechos semelhantes das respostas dos participantes, as quais foram agrupadas em temáticas identificadas. A última etapa intensificou as análises das entrevistas, explorando as divergências e convergências das respostas dos participantes e fortalecendo os temas discutidos no estudo. Os resultados foram apresentados por meio de descrição e discussão dos temas. O percurso de análise pretendeu refletir sobre as relações entre a prática dos serviços prestados e a percepção das equipes de saúde sobre o cuidado à saúde do escolar.

Resultados e Discussão

Caracterização dos entrevistados

Em relação ao perfil dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), constatou-se que 10 são do sexo feminino e 1 do sexo masculino; as faixas etárias predominantes são de 20 a 30 anos (6 participantes); sobre o tempo de trabalho com a Estratégia de Saúde da Família em Botucatu, prevalece o tempo de 4 anos (5 participantes). Quanto ao período de escolarização, a maioria destes participantes passou uma fase da infância em sítios. Além disso, de acordo com suas respostas nas entrevistas, os ACS diferenciam as escolas do tempo em que eram crianças

com a escola de hoje em relação à valorização dos esportes que era muito maior anos atrás e, também, ao respeito dos alunos pelos professores que era presente. Todos possuíam o segundo grau completo.

Para os profissionais com Ensino Superior, o perfil em relação ao sexo também demonstrou prevalência do feminino: 7 mulheres, 3 homens. O tempo médio de trabalho na Estratégia da Saúde da Família em Botucatu também foi de 4 anos. A maioria estudou em escolas particulares e destacam o estudo dentro e fora da sala de aula, como provas, trabalhos e passeios oferecidos pela mesma, visita a parques e museus como as maiores lembranças do período escolar, diferentemente dos ACS que destacam os esportes. A diferenciação nas lembranças do período escolar pode estar ligada à questão do predomínio da faixa etária maior neste grupo e a diferenças financeiras e culturais entre eles. Em relação à formação acadêmica, a maioria dos profissionais com nível superior se formou em faculdades públicas do estado de São Paulo e fez pós-graduação em diferentes áreas da saúde, além de alguns deles terem experiência na docência com alunos de Medicina e Enfermagem.

Temáticas identificadas

Tendo como material empírico as respostas das entrevistas, por meio da leitura intensa e apreciação do conteúdo, foi possível identificar quatro temáticas que emergiram das falas dos sujeitos entrevistados: o papel da família no desempenho da criança na escola; as práticas pedagógicas dos professores e a medicalização do fracasso escolar; a intersetorialidade: diálogos entre escola e Unidade de Saúde; a multiprofissionalidade no cuidado à criança em idade escolar.

O papel da família no desempenho da criança na escola

Os Agentes Comunitários de Saúde destacam dentre os fatores que interferem no desempenho da criança na escola a falta de estímulo dos pais. *“Acho que é um pouco do incentivo*

dos pais que não dão muita bola para lição de casa[...] ‘ai’ os pais não participam da vida escolar” (ACS 4 – Bem-te-vi Unidade 1 J. P. – informação verbal)².

Percebe-se que os ACS reduzem a participação dos pais na vida escolar dos filhos somente no momento da lição de casa das crianças, ou seja, quando estes não estão presentes naquele instante, são considerados desinteressados. O motivo para tal opinião pode ser atribuído ao fato de que os pais encontram-se trabalhando e, neste caso, incluem-se as mudanças ocorridas no perfil das famílias onde as mães assumem, também, a tarefa de contribuir com a renda da família.

Tal fato relaciona-se com explicações de Medeiros (2002), pois surgem novos arranjos quanto à composição familiar em razão da rápida mudança cultural nas sociedades, das mudanças de valores com base na igualdade e mudanças nas formas e nos tipos de família.

Somado a isso, segundo Barbosa (2006), as alterações sobre os valores da família que eram consoantes com os do trabalho, em gerações passadas, hoje são contraditórias, visto que o fortalecimento dos laços familiares não é condizente com os comportamentos de competitividade, encontrados no mercado de trabalho.

A ausência de uma família que possa prover apoio material, além da participação nas atividades escolares, também é vista como causadora de comportamentos tidos como indesejáveis, conforme explicam Zucchi *et al.* (2010).

Em seus estudos, do mesmo modo, Lahire (1997) apontou que as culturas familiares das classes populares são acusadas como as grandes vilãs da dificuldade das crianças em aprenderem e permanecerem nas escolas. Porém, o autor defende que essas classes menos favorecidas precisam ser compreendidas nas suas particularidades e diferenças, isto é, existem dissonâncias entre as famílias.

² Trechos foram transcritos sem correções de forma a manter a fidelidade aos relatos dos entrevistados; logo, devem ser desconsiderados quaisquer desvios à norma padrão.

Thin (2006, p. 212) compartilha com opinião semelhante sobre as peculiaridades envolvidas no entendimento sobre famílias populares e escolas e explica que “[...] é preciso levar em conta o fato de que essas relações colocam em jogo maneiras de estar com as crianças, maneiras de examinar as aprendizagens, maneiras de comunicar, ou, ainda, maneiras de regular os comportamentos juvenis ou infantis”.

Zucchi *et al.* (2010) verificaram, ainda, que a ênfase na organização familiar relacionada com comportamentos inadequados e ao baixo desempenho escolar explicam que estes fenômenos estariam centrados apenas no indivíduo ou em sua família.

Para os profissionais com ensino superior, existe explicação em como os pais poderiam estimular seus filhos nesta questão escolar, através de um espaço para a leitura na rotina infantil: *“Acho que primeiro é o estímulo mesmo, em casa. Os pais valorizassem mesmo [...] Estimular a leitura. A criança já é curiosa [...] E permitir um espaço para isso”* (Médico 3 – Tuiuiui Unidade 2 P. M. – informação verbal).

Verifica-se que o destaque nas leituras estimuladas pelos pais em relação à educação do filhos é enfatizada dentre os profissionais com nível socioeconômico favorecido, o que pode refletir a cultura da leitura mais presente nesta esfera social, bem como a importância de uma rotina literária na vida das crianças.

Entretanto, mais uma vez a presença dos pais é verificada como essencial. E estes deveriam procurar fornecer um tempo, dentre suas atividades, para exercer a prática da leitura com os filhos. Porém, observa-se novamente que tal postura é cada vez mais rara nos dias de hoje, principalmente nas famílias das camadas populares, uma vez que o mercado de trabalho exige muito e limita o tempo e o espaço dedicados a esta atividade.

Sobre este fato, as autoras Loureiro e Queiroz (2005) apontam que a percepção de família “falha” aparece com força total nas camadas populares, pois assumem mais a característica da falta de tempo dos pais em dialogarem com seus filhos devido à grande carga de trabalho.

Sobre a valorização da leitura, esta pode ter sido presente na vida do profissional que veio de uma classe social considerada mais favorecida, uma vez que este hábito pode ter tido mais espaço para ser construído em sua formação escolar e acadêmica, além de ser cultivado em seu contexto cultural.

Segundo Oliveira (1996), a constituição do hábito de leitura inicia-se pelo uso do livro para o atendimento de interesses internos, pessoais, além da conscientização de sua importância no desenvolvimento do papel profissional e social do sujeito, atingindo uma posição sólida entre as hierarquias de hábitos. Sobre a manutenção deste comportamento, o autor explica que a vida do profissional sofre a interferência de tudo o que ele ou o meio onde está inserido valoriza, por exemplo, as necessidades, os valores, as atitudes e os interesses.

Logo, percebe-se que o exemplo que a família oferece aos filhos é condição importante para a reprodução de condutas e perspectivas, e este é cultivado com a presença dos pais, segundo a opinião dos participantes. Assim, para os entrevistados, a criança precisa ser despertada e motivada por meio de um posicionamento positivo da família.

Nesse sentido, segundo Coll, Palácios e Marchesi (1995), a função da família envolve a transmissão de aspectos culturais básicos (linguagem, costumes, valores, padrões de comportamento) e também a formação da personalidade das gerações mais novas. Então, no contexto da família e sua relação com a criança em idade escolar, há uma desqualificação evidente, por parte dos profissionais com nível superior, da família que não se enquadra dentro dos moldes tradicionais, pois a disposição dos membros e as funções dos integrantes da família é vista como determinante no aprendizado da criança: *“Quando o escolar tem uma família desestruturada vai encontrar dificuldades, porque isso interfere no desenvolvimento dele, no aprendizado dele”* (Médica 2 – Quero-quero Unidade 1 J. P. – informação verbal).

A expressão “família desestruturada” é considerada a causa das complicações escolares, ou seja, a família é tida como a maior responsável pelo baixo rendimento da criança na escola.

São ignoradas, assim, problemáticas do ensino público e da sociedade e prevalecem conceitos distorcidos sobre a concepção de família e sobre os fatores que interferem na escolarização.

O estereótipo de família perfeita ganha força, entre a classe mais favorecida, uma vez que se considera que as relações sociais sustentam-se neste modelo tradicional e que os padrões que se distanciam destes são os responsáveis pelo rendimento escolar.

Nos estudos de Loureiro e Queiroz (2005) e Zucchi *et al.* (2010), as famílias das classes populares são vistas como dotadas de uma sociabilidade degradante e primitiva quando comparadas às famílias de classe média e alta. As famílias das classes menos favorecidas são consideradas como nocivas às crianças, o que acentua uma visão estereotipada da “família pobre” e a legitimação do modelo de família burgues.

Outro estudo que identificou também diferenças de percepções entre os integrantes das equipes de saúde, com ensino superior ou não, mostra que as origens dos profissionais advindos de outras realidades sociais opostas dos usuários assistidos interferem em seus modos de formular conceitos e na forma de conduzir seus trabalhos no serviço de saúde (FIÚZA *et al.*, 2011).

Verificou-se, nessa categoria, a tendência do posicionamento dos profissionais com nível superior de reduzir as causas da dificuldade de escolarização das crianças focalizando a dinâmica da família como componente essencial. Embora os ACS também tenham se referido à importância da família no desenvolvimento escolar, esta importância se concentrou na presença dos pais no momento das tarefas de casa, sem se estender à composição familiar.

As práticas pedagógicas dos professores e a medicalização do fracasso escolar

Segundo o relato do ACS o professor deve procurar conteúdos e formas de trabalhar com os alunos que despertem o interesse dos mesmos, buscando um ambiente propício à aprendizagem: “Acho que é pouco explorado também o que a

criança gosta de fazer, porque as lições são muitas vezes fora da realidade delas. E isto não favorece a participação na aula” (ACS 4 – Bem-te-vi Unidade 1 J. P. – informação verbal).

Observa-se que os ACS, os quais pertencem às classes populares, defendem a questão da educação popular de qualidade, pois eles esclarecem que as práticas pedagógicas deveriam partir das necessidades de produção do conhecimento da comunidade, aproximando-se das experiências dos sujeitos e fortalecendo as capacidades reflexivas.

Isso se liga à teoria da educação libertadora defendida por Freire (2005) e à teoria crítica social dos conteúdos. A primeira teoria carrega a motivação da aprendizagem, pois se compromete com a libertação e compreende os homens como conscientes do mundo e aptos a problematizarem suas relações com este. Segundo o autor,

[...] se pretendemos a libertação dos homens, não podemos começar por aliená-los ou mantê-los alienados. A libertação autêntica, que é a humanização em processo, não é uma coisa que se deposita nos homens. Não é uma palavra a mais, oca, mitificante. É práxis, que implica a ação e a reflexão dos homens sobre o mundo para transformá-lo. (FREIRE, 2005, p. 77).

Libâneo (1984) apresenta que a pedagogia crítico social dos conteúdos carrega conteúdos culturais apropriados pela humanidade, mas revistos frente às realidades sociais. Tal afirmação pode ser entendida com o trecho a seguir:

Embora se aceite que os conteúdos são realidades exteriores ao aluno, que devem ser assimilados e não simplesmente reinventados, eles não são fechados e refratários às realidades sociais. Não basta que os conteúdos sejam apenas ensinados, é preciso que se liguem à sua significação humana e social. Essa maneira de conceber os conteúdos do saber não estabelece oposição entre cultura erudita e cultura popular, ou espontânea, mas

uma relação de continuidade em que, progressivamente, se passa da experiência imediata e desorganizada ao conhecimento sistematizado. (LIBÂNEO, 1984, p. 40).

Essa pedagogia privilegia a questão dos conteúdos; afinal, Libâneo (1984) considera que os métodos de ensino são subordinados aos conteúdos, pois o objetivo é a obtenção do saber e os métodos precisam beneficiar os interesses dos alunos com os conteúdos.

Os métodos de ensino da pedagogia crítico social dos conteúdos não partem, então, de um saber artificial, depositado a partir de fora, nem do saber espontâneo, mas de uma relação direta com a experiência do aluno, confrontada com o saber trazido de fora. (LIBÂNEO, 1984, p. 40).

Um destaque se faz necessário à última fala dos discursos mencionados sobre as “lições fora da realidade” que não possuem significados às vivências dos alunos, justamente o que Saviani (1993) defende em seus estudos, pois esclarece que a educação tem de ter por objetivo a transformação da sociedade, já que a aquisição do conhecimento não deve ser restrita à finalidade de saber por saber, mas sim à possibilidade de que o conhecimento possa ser uma ferramenta nos processos de transformação e construção de novos conceitos.

Já os profissionais com nível superior de escolaridade possuem pontos de vistas que se aproximam da “medicalização” do processo de escolarização como um reflexo da falta de compromisso dos educadores com sua prática pedagógica e encaminhamentos aos serviços de saúde como rotina de seu dia a dia como professor.

Crianças que as professoras reclamam falam para os pais virem procurar um médico pra tomar remédio, porque a criança não para, porque a criança é agressiva, ou porque ela não presta atenção. Às vezes, ela não presta

atenção porque não está ouvindo nada ou porque não ta enxergado nada. (Médica 1 – Calopsita Unidade 1 J.P – informação verbal).

Nesse trecho da Médica 1, enfatiza-se o mau comportamento da criança com raízes biológicas, mentais e físicas, sem contextualizar os reais motivos deste comportamento em detrimento da valorização corporal, ou seja, evidencia-se o conceito de “dificuldades” individuais do educando, simplificando questões complexas presentes no dia a dia da criança na escola.

A procura por atendimento das crianças em idade escolar nas USF corresponde ao que Souza (2009) expõe em estudos sobre medicalização do rendimento escolar, entendido como mau funcionamento fisiológico que acarreta a dificuldade de aprender, estimulando o mito de que os conhecedores dessa suposta “disfunção” são os profissionais de saúde, o que se torna uma prática comum entre os profissionais da saúde e da educação.

Medicalizar o fracasso escolar é interpretar o desempenho escolar do aluno que contraria aquilo que a instituição espera dele em relação ao comportamento ou ao rendimento como sintoma de uma doença localizada no indivíduo, representa a “biologização” dos conflitos sociais por meio do reductionismo biológico em que a situação de vida dos indivíduos é explicada por características individuais. Assim, a partir dessa visão de mundo, as circunstâncias sociais, políticas, econômicas e históricas terão pouca importância sobre a vida das pessoas (MOYSES; COLLARES, 2010).

A medicalização, nas palavras de Decotelli, Teixeira e Bicalho (2013), constitui não apenas um protocolo de regularidade mas também de produção de vida, de modos de existência. É considerada como um processo bastante presente na sociedade contemporânea, na qual o saber médico se estende às mais diversas áreas relacionadas com o bem-estar humano.

Neste estudo, observa-se também que os profissionais de saúde com nível superior sentem-se pressionados para efetuar ações que se aproximem de resoluções para assim atenderem a outras demandas da população.

A resolutividade dos serviços de saúde, para Halal *et al.* (1994), é uma maneira de avaliar os serviços de saúde a partir dos resultados obtidos do atendimento ao usuário. O conceito de resolutividade relaciona-se à solução dos problemas trazidos ao serviço e à satisfação dos clientes e dos profissionais.

Em estudo de Fiúza *et al.* (2011), foi possível perceber que os profissionais de saúde de USF são capazes de situar em questões sociais, econômicas e políticas, problemas que tradicionalmente seriam interpretados como problemas individuais, ao contrário da postura adotada pelos profissionais com ensino superior. Ou seja, as demandas que chegam aos serviços são vistas como imersas em dinâmicas macroestruturadas, bem como destacam os ACS deste estudo.

O ACS tem visão ampliada sobre o comportamento da criança na escola através do destaque às características próprias da idade: *“As crianças gostam de conversar durante a aula, se distraem fácil, e isso cai o desempenho na sala de aula. Escuto mais isso de queixa dos pais”* (ACS 4 – Bem-te-vi Unidade 1 J. P. – informação verbal).

Supõe-se que a diferenciação de posturas entre os participantes de diferentes posições sociais pode estar ligada ao fato de que os profissionais de saúde com nível superior buscam uma resolutividade em termos quantitativos na esfera biológica, embora haja esforço para a integralidade do cuidado, ao contrário dos ACS que partem do contexto de vida dos sujeitos, através da visita domiciliar desenvolvidas, para compreender a situação de saúde apresentada e os fatores que a influenciam.

Ainda é importante destacar que a fala do participante ACS 4, embora com pontos de vistas diferentes, aproxima-se daquele com nível superior no sentido de que todo comportamento que se distancia do ideal de aluno ainda está relacionado como causa do desempenho escolar, assim sendo, os alunos que apresentam “distorções” em relação aos outros são encaminhados à Unidade de Saúde na tentativa de solucioná-las.

Perez (2010) esclarece que as crianças das camadas populares possuem uma bagagem cultural diferente, com

representações do mundo frutos do seu contexto social e, deste modo, elas se deparam com os padrões idealizados tanto dos professores como dos profissionais de saúde, o que se traduz na dificuldade de estes trabalharem com a diversidade sociocultural, concretizando-se na medicalização.

Conforme reafirma Patto (1990), a sociedade prioriza a capacidade de seguir normas e regras. Desse modo, as crianças que apresentam rendimento indesejado ou ausência de saberes são caracterizadas como fracassadas e, para esta situação, apenas a medicina e áreas afins possuem solução.

Foi possível apreender que os ACS têm opinião crítica em relação aos conteúdos trabalhados na sala de aula, relacionando estes ao cotidiano das crianças bem como à utilidade daquelas informações. Por outro lado, os profissionais com nível superior mencionam a falta de comprometimento dos professores ao trabalhar com os alunos, indicando que encaminham aqueles estudantes que não se enquadram no comportamento da maioria dos colegas. Essas constatações possuem semelhanças do ponto de vista, visto que ambas ilustram que a escola tende a não valorizar o contexto das crianças, não atraindo o interesse e a participação destas.

A intersectorialidade: diálogos entre escola e Unidade de Saúde

A presença da área da saúde na escola aparece nos cursos como aproximação do serviço de saúde com as escolas. No entanto, as percepções se distanciam entre os ACS e os profissionais com nível superior quando os últimos se referem ao trabalho com a saúde centralizada apenas na criança, ou seja, o resultado da promoção da saúde alcançaria apenas a criança inserida na escola: *“Acho que deve ser alguma coisa de parceria da saúde tentando envolver os dois âmbitos educacionais e da saúde em prol de uma melhor integralização da criança que está na escola”* (Médica 4 – Pardal Unidade 2 P. M. – informação verbal).

Já os ACS entrevistados possuem visão ampla do processo de educação em saúde, já que ressaltam que a promoção da saúde no contexto escolar é importante para reduzir demandas e sobrecarga de serviços às USF, pois poderiam ser promovidas condutas de vida que evitariam agravos à saúde dos escolares, prevenindo complicações futuras; afinal,

[...] não sobrecarregaria os serviços, de forma que poderiam prevenir ou detectar fácil alguma dificuldade ou complicação da criança. Se aproximasse a saúde da escola, além de promover, *iria prevenir agravos e diminuir futuramente a demanda por estas complicações na Unidade*. (ACS 2 – Maritaca Unidade 1 J. P. – informação verbal).

Essa visão ampla do ACS 2 de diminuição da sobrecarga da Unidade por meio de trabalhos preventivos com escolares ilustra sua experiência com a organização dos trabalhos na Unidade e seus impactos para a comunidade local, pois expõe o que modificaria para melhorar a questão do excesso de demanda. Sobre esta função ativa, o ACS representa um novo ator político, no cenário da organização e da assistência em saúde, resultado da expansão de cobertura da ESF, a fim de levar à equipe de saúde necessidades da população que permitam ações diretas com uma atenção de qualidade. Dessa forma, o ACS tem um papel importante nas ações de saúde, pois, dentre outras funções, cabe o acolhimento da comunidade e a identificação, a captação e a resolução das demandas de saúde (COSTA, 2013).

Mitre e Gomes (2004), sobre a qualidade da atenção à saúde, enfatizam que é essencial buscar caminhos que promovam a integralidade, de modo que as demandas sejam interpretadas em suas dimensões amplas, socioculturais, reconhecendo que as ações de saúde à criança precisam valorizar suas características como ponto de partida.

Além disso, os ACS compreendem a questão das crianças inseridas na escola como agentes multiplicadores entendida

como relevante sobre os benefícios do ensino da saúde no contexto escolar, pois é permitido que as crianças levem para suas casas e sua comunidade os conteúdos e as reflexões trabalhadas no contexto escolar, como neste exemplo: *“Se existisse essa parceria Unidade – Escola uma coisa responsável, com certeza eles iriam passar para suas casas; e seria muito legal, porque beneficiaria a todos os envolvidos na vida da criança”* (ACS 4 – Bem-te-vi Unidade 1 J. P. – informação verbal).

Segundo experiências do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), as ações de saúde na escola devem procurar pautar-se na formação de agentes multiplicadores para atuarem como interlocutores das questões de saúde junto à sua família e comunidade.

Nesse contexto, enquadram-se o Programa Saúde na Escola (PSE) instituído no Brasil em 2007 entre os setores do Ministério da Educação e da Saúde para contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de Educação Básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde (BRASIL, 2009).

Essa valorização das atividades desenvolvidas na escola pressupõe as participações em ações de educação em saúde de diversas naturezas que mantêm o contato constante do ACS com a comunidade, enriquecendo seu espírito crítico diante das necessidades observadas. Tal afirmação pode ser confirmada em estudos sobre a atuação do ACS que demonstraram que realizam ou participam de atividades de educação em saúde na comunidade, juntamente com o enfermeiro, com outro ACS ou sozinho (SANTOS, 2005).

Os ACS assumem que a realização de atividades intersectoriais é um diálogo desarticulado entre escola e USF, destacando que a falta de responsabilidade desses setores prejudica as finalidades dessa aproximação.

Em análise sobre a valorização profissional dos ACS, em relação ao seu processo de trabalho, Brand, Antunes e Fontana (2010) revelaram que os ACS valorizam equipe e a intersectorialidade para a estruturação adequada das estratégias propostas

pela ESF, podendo ser um fator de dificuldades no cotidiano de trabalho.

Costa *et al.* (2011) colaboram com essa questão, explicando que a parceria estabelecida entre escola e USF ocorre; porém, em sua maioria, apenas no plano burocrático. A ação intersetorial requer, portanto, capacidade de negociação e intermediação de conflitos para a resolução ou enfrentamento do problema na possibilidade de agir que se efetiva nas ações coletivas e se constrói como um processo, conforme acrescenta Campos (2000).

O ACS é direto nas suas conclusões, de modo a enfatizar aspectos que são poucos explorados pelos demais integrantes da ESF que se preocupam em dar explicações técnicas, sem se comprometerem com os reais motivos que travam a execução das ações ao público escolar. É importante citar um exemplo da diferença em abordar tal dificuldade de diálogo intersetorial do ponto de vista de uma enfermeira: *“Eu acho que tem muito que melhorar a questão da intersetorialidade com outros serviços, não só a questão da educação mas com outros serviços: segurança pública de crianças [...]. Este tipo de apoio (estrutura) é necessário”* (Enfermeira 3 – Andorinha Unidade 2 P. M. – informação verbal).

A Enfermeira 3 sinaliza que a questão da intersetorialidade é necessária para a promoção da saúde do escolar, articulando outras áreas com as práticas em saúde para qualificar a atenção. Tal conceito está de acordo com o Ministério da Saúde (2006), onde a intersetorialidade é peça-chave na promoção da saúde identificada como articulação de saberes no planejamento e na realização de ações, com o objetivo de alcançar situações complexas, incluindo vários setores.

Entretanto, ainda analisando este relato, a Enfermeira 3 não se posiciona efetivamente no que causa essa divergência de ações e no que poderia ser modificado para melhorar essa articulação, pois se limita a teorizar as problemáticas.

Na visão de Nascimento e Nascimento (2005), essa postura deve-se ao fato de que a prática da enfermeira no PSF

também tem por finalidade a organização à vigilância da saúde e a programação em saúde, ou seja, envolve práticas direcionadas às atividades de ordem gerenciais que se pautam em atividades administrativas.

Somado a isto, destaca-se que os cargos destinados à área de enfermagem podem ser vistos como oportunidades de inserção em outras carreiras, políticas ou acadêmicas. Assim, o posicionamento em determinadas questões pode ser visto com discrição para não expor conflitos de demandas de saúde ainda maiores, temendo o risco de punições.

Identificou-se que os profissionais com nível superior destacam a intersetorialidade em relação à saúde do escolar necessária para a criança em si, no seu local da escola, em ações que subentende-se limitar-se neste contexto. Entretanto, os ACS possuem visão ampliada dos objetivos dessa intersetorialidade, afirmando que esta tem por finalidade reduzir o fluxo da Unidade e permitir a função de agente multiplicador das crianças além da sala de aula. Apesar disso, são os profissionais com nível superior que esclarecem o porquê da falta da interação entre as áreas da saúde e educação.

A multiprofissionalidade no cuidado à criança em idade escolar

A falta de parcerias entre os próprios integrantes das equipes de saúde da família a fim de garantir o bem-estar da criança em idade escolar está relacionada, segundo um ACS, à questão do tempo dedicado a estes diálogos, de modo a promover maior envolvimento com as questões complexas da comunidade. Nesse sentido, posiciona-se de um modo particular como morador deste cenário de atuação: *“Na verdade, eu não vejo interesse dos profissionais em aproximar estas práticas. Porque o resultado não é agora, já. É uma questão em longo prazo que precisa de muita dedicação, trabalho e vontade de fazer o bem para a comunidade”* (ACS 3 – Pintassilgo Unidade 1 J. P. – informação verbal).

Foram apontadas, como outros fatores que dificultam o trabalho com do cuidado da criança, as divergências de opiniões e de prioridades de atenção entre os profissionais da equipe multiprofissional das USF. A falta de interação entre os membros das equipes de saúde é exemplificada em uma fala da ACS: *“Era uma queixa das professoras relacionada a criar orientação sobre higiene pessoal para as meninas da escola, porque elas não têm educação em casa dos pais. Eu até trouxe essa demanda para a Unidade para a enfermeira; porém, não fluiu [...] Não virou nada”* (ACS 3 – Pintassilgo Unidade 1 J. P. – informação verbal).

Percebe-se que os ACS apresentam mais iniciativa em relação aos demais profissionais na elaboração de práticas à saúde da criança em idade escolar, pois essa aproximação com as necessidades da comunidade gera não somente um olhar crítico diante das dificuldades encontradas como também atitudes para solucioná-las, já que tais ações serão benéficas aos seus filhos, sobrinhos, irmãos e vizinhos.

Sobre esta falta de crédito dos demais profissionais às iniciativas dos ACS, os autores Brand, Antunes e Fontana (2010), desenvolvendo estudos sobre a percepção dos ACS sobre seu papel na equipe de saúde, localizaram que a extrema satisfação destes ocorre quando seu trabalho recebe valorização da equipe e da comunidade local e quando suas orientações surtem efeito na realidade, contribuindo para mudar vários hábitos. Além disso, estudos destes pesquisadores acrescentam que, para os ACS, o trabalho em equipe tem importância singular seja no âmbito das relações humanas ou no âmbito da resolução de problemas.

A baixa interação entre os membros da equipe, deduzida nesta pesquisa de acordo com os relatos dos ACS, acarreta, segundo estudos de Souza, Erdmann e Mochel (2011), práticas fragmentadas que se distanciam do que é preconizado pela integralidade no Sistema Único de Saúde na intenção de reconhecer que a prática de saúde é mais do que silenciar um sofrimento aparente.

Samico *et al.* (2005), pesquisando causas para as dificuldades da presença da criança nas UBS, constatam, bem como

esta pesquisa, o predomínio de fatores também ligados à organização dos serviços, como ausências de ações à criança e dificuldades no atendimento ao grupo infantil.

Observa-se que a falta de orientação aos escolares é entendida como segundo plano dentre as intervenções da UBS e para os profissionais de saúde com nível superior que lá trabalham.

Percebe-se a visão expressiva dos ACS sobre as práticas multiprofissionais desenvolvidas entre profissionais da saúde e educação, destacando-se a falta de diálogo entre os profissionais destas áreas e as diferenças de intenções entre a saúde e educação quando se pensa em planejar ações que envolvam o cuidado destas crianças.

Considerações finais

As divergências de percepções entre os integrantes das equipes de saúde da família ligam-se ao fato que os ACS compõem a classe popular, residem na área de abrangências da USF, possuem maior vínculo com a comunidade e ampla visão sobre suas problemáticas e necessidades. Além disso, essas diferenças de percepções permitem identificar indicadores das dinâmicas sociais e econômicas nas atuações das equipes de saúde em relação à criança em idade escolar.

Defende-se que a atenção à saúde das crianças em idade escolar requer a capacitação e/ou atualização dos profissionais das equipes de saúde da família frente às necessidades delas. Assim, o trabalho multiprofissional desenvolvido nas equipes de saúde precisa ser discutido e organizado, sendo importante que seja valorizado o diálogo com as escolas do território da área de abrangência a fim de que se viabilizem redes de práticas e saberes, ampliando as atuações dos profissionais de saúde para melhorar a qualidade do cuidado a toda a comunidade.

Estudar as dificuldades, facilidades, fragilidades e experiências que circulam as ações oferecidas à criança em idade escolar, dadas as diferenças profissionais e sociais entre os

integrantes das equipes de saúde que influenciam em suas percepções sobre o cuidado, é uma estratégia para favorecer ações reflexivas que qualifiquem as práticas de saúde à criança em idade escolar e valorizem a integração entre os profissionais. A análise de diferentes percepções sobre o cuidado à criança em idade escolar permite uma reflexão sobre a realidade e sobre o trabalho desenvolvido, principalmente no caso de profissionais que têm origens sociais, culturais e econômicas distintas.

É necessário confrontar e estabelecer diferenças entre as percepções sobre a atenção à saúde da criança em idade escolar para compor um panorama das dificuldades e facilidades das práticas em saúde voltada a este grupo populacional a fim de refletir em melhorias nas práticas de saúde.

Com base nestas constatações, sugere-se que se promovam espaços de reflexão da prática das equipes de saúde, para o enfrentamento dos problemas de integração entre a escola e esses profissionais e que envolvam as necessidades da criança em idade escolar, objetivando instigar o questionamento das percepções dos profissionais dessa área e ampliar as possibilidades de ação destes no cuidado à saúde.

Referências

AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, v. 13, n. 3, p. 16-29, 2004.

BARBOSA, M. C. S. *Por amor e por força: rotinas na educação infantil*. Porto Alegre: Artmed, 2006.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1979.

BRAND, C. I.; ANTUNES R. M.; FONTANA, R. T. Satisfações e insatisfações no trabalho do agente comunitário de saúde. *Cogitare Enfermagem*, v. 15, n. 1, p. 40-47, mar. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. Ministério da Educação. Secretaria de educação básica. Departamento de Políticas de Educação Infantil e Ensino Fundamental. Coordenação Geral do Ensino Fundamental. *Ensino Fundamental de nove anos: Orientações Gerais*. Brasília: MEC, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. *Escolas promotoras de saúde: experiências do Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. _____. _____. Departamento de Atenção Básica. *Saúde na escola*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

COLL, C.; PALÁCIOS, J.; MARCHESI, A. A. *Desenvolvimento psicológico e educação*. Vol. 1. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

COSTA, G. D. *et al.* Avaliação da atenção à saúde da criança no contexto da Saúde da Família no município de Teixeira, Minas Gerais (MG, Brasil). *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 16, n. 7, p. 3229-3240, 2011.

COSTA, S. M. *et al.* Agente Comunitário de Saúde: elemento nuclear das ações em saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 18, n. 7, p. 2147-2156, 2013.

CAMPOS, G. W. S. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec, 2000.

CYRINO, E. G.; PEREIRA, M. L. T. Reflexões sobre uma proposta de integração saúde-escola: o projeto saúde e educação de Botucatu, São Paulo. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 15, p. 39-44, 1999.

DECOTELLI, K. M.; TEIXEIRA, L. C.; DE BICALHO, G. A. Droga da Obediência: Medicalização, Infância e Biopoder – Notas Sobre Clínica e Política. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 33, n. 2, p. 446-459, 2013.

DEMARZO, M. M. P.; AQUILANTE, A. G. Saúde escolar e escolas promotoras de saúde. In: _____.; _____. *Programa de atualização em medicina de família e comunidade*. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 9-35.

FIÚZA, T. M. *et al.* Violência, drogadição e processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: conflitos de um grande centro urbano brasileiro. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 6, n. 18, p. 32-39, 2011.

FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido*. 47. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

HALAL, I. S. *et al.* Avaliação da qualidade de assistência primária à saúde em localidade urbana da região sul do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v. 28, n. 2, p. 131-136, 1994.

LAHIRE, B. *Sucesso escolar nos meios populares: as razões do improvável*. São Paulo: Ática, 1997.

MIRANDA, M. I. F. *et al.* Em busca da definição de pautas atuais para o delineamento de estudos sobre a saúde da criança e do adolescente em idade escolar. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 8, n. 6, p. 83-90, 2000.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec; Abrasco, 1992.

MITRE, R. M. A.; GOMES, R. A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 9, p. 147-154, 2004.

NASCIMENTO, M. S.; NASCIMENTO, M. A. A. Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: a interface da

vigilância da saúde *versus* as ações programáticas em saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 10, n. 2, p. 333-345, 2005.

LIBÂNEO, J. C. *Democratização da escola pública, a pedagogia crítico social dos conteúdos*. 9. ed. São Paulo: Loyola, 1984.

LOUREIRO, A. C. A. M.; QUEIROZ, S. S. A concepção de violência segundo atores do cotidiano de uma escola particular: uma análise psicológica. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 25, n. 4, p. 546-557, 2005.

MEDEIROS, M. G. L. Novos Arranjos Familiares: inquietações sociológicas e dificuldades jurídicas. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTUDOS POPULACIONAIS, Ouro Preto. *Anais...* Ouro Preto: ABEP, 2002.

MOYSES, M. A. A.; COLLARES, C. A. L. C. Dislexia e TDAH: uma análise a partir da ciência médica. In: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO (Org.). *Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doença de indivíduos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010. p. 71-110.

OLIVEIRA, M. H. M. A. Funções da leitura para estudantes de graduação. *Psicologia Escolar e Educacional*, v. 1, n. 1, p. 61-68, 1996.

PATTO, M. H. S. *A produção do fracasso escolar: histórias de submissão e rebeldia*. São Paulo: T. Q. Queiroz Editor, 1990.

PEREZ, M. C. A. *Família e escola na educação da criança*: análise das representações presentes em relatos de alunos, pais e professores de uma escola pública de ensino fundamental. 2000. 179 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

SAMICO, I. Atenção à saúde da criança: uma análise do grau de implantação e da satisfação de profissionais e usuários em dois

municípios do estado de Pernambuco, Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 5, supl. 2, p. 229-240, 2005.

SANTOS, L. P. G. S. *A atuação do agente comunitário de saúde em São Bernardo do Campo: possibilidades e limites para a promoção da saúde*. 2005. 128 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

SAVIANI, D. *Educação: do senso comum à consciência filosófica*. 11. ed. Campinas: Autores Associados, 1993.

SIS. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. 2010: *Mulheres mais escolarizadas são mães mais tarde e tem menos filhos*. 2010. Disponível em: <www.ibge.gov.br/home/presidência/notícias>. Acesso em: 4 jan. 2011.

SOUZA, W. C. *Transtorno do déficit de atenção com hiperatividade: um caso clínico ou uma invenção pedagógica*. 2009. 181 f. Tese. (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

SOUSA, F. G. M.; ERDMANN, A. L.; MOCHEL, E. G. Condições limitadoras para a integralidade do cuidado à criança na atenção básica de saúde. *Texto & Contexto – Enfermagem*, v. 20, supl. esp., p. 263-71, 2011.

THIN, D. Para uma análise das relações entre famílias de classes populares e escola. *Revista Brasileira de Educação*, v. 11, n. 32, p. 211-225, maio/ago. 2006.

VILLARDI, M. L. *A Equipe de Saúde da Família e a atenção à saúde do escolar: um desafio social*. 2011. 168 f. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Programa de Pós-Graduação em Medicina, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2011.

ZUCCHI, E. M. *et al.* Estigma e discriminação vividos na escola por crianças e jovens órfãos por Aids. *Educação e Pesquisa*, v. 36, n. 3, p. 719-734, set./dez. 2010.

O adolescente por ele mesmo: problemas e possibilidades de superação

TANIA STOLTZ

MARLENE SCHÜSSLER D'ARÓZ

O presente trabalho insere-se no debate em torno da adolescência, entendendo-a em seu movimento histórico de constituição. Pretende-se dar voz ao adolescente no que se refere às suas interações na família, na escola e no grupo social.

A adolescência é um fenômeno complexo e forjado no contexto sociocultural. Com as mudanças no mundo do trabalho e na divisão das tarefas familiares, têm-se novas interações familiares e, conseqüentemente, um novo adolescente. Longe de considerar somente mudanças biológicas como determinando o início da adolescência, observam-se, cada vez mais, múltiplos processos intrinsecamente relacionados ao contexto social e cultural que marcam esse período (DORN *et al.*, 2003; KEHL, 2004; OZELLA; AGUIAR, 2008). Essas mudanças também se expressam em termos de reestruturação neurológica do cérebro do adolescente (HERCULANO-HOUZEL, 2005).

Compreende-se a adolescência como um fenômeno construído historicamente, um período de vida que não pode ser considerado independentemente do contexto social, cultural ou político no qual o indivíduo está inserido. Por sua vez, a puberdade estaria relacionada diretamente com o desenvolvimento biológico (BOCK, 2004; FROTA, 2007; KAHHALE, 2001; OZELLA; AGUIAR, 2008). (MAIA *et al.*, 2012, p. 152).

A adolescência caracteriza-se por diversas mudanças cognitivas, sociais e emocionais. Segundo Costa (1998, p. 33), a adolescência é o período que segue a infância (mais ou menos dos 12 aos 18 anos), situado entre a puberdade e a mocidade. Dessen (2005), Stratton (2003), Kreppner (2003), Kehl (2004), Poletto e Koller (2011) e Penso *et al.* (2013) falam da construção da identidade a partir das interações que se estabelecem em uma determinada cultura. Estudos sobre as mudanças próprias da adolescência e sobre os valores relacionados à educação familiar e ao processo de socialização dos filhos são cada vez mais frequentes e voltam-se, também, às mudanças nos próprios familiares a partir da interação com o adolescente (PENSO *et al.*, 2013). Gonçalves (2005), analisando o fenômeno da globalização, observa que, diante da fragilidade das instituições, cabe à família e àqueles que são próximos, em um primeiro momento, a regulação da conduta. Mas o que fazer se a família não tem clareza de seu papel? Referindo-se ao desafio da saúde integral à adolescência, Penso *et al.* (2013, p. 544) chama a atenção para o importante papel dos adultos que cercam o adolescente:

Há um olhar hegemônico no âmbito da saúde integral à adolescência, período do desenvolvimento humano que comporta grandes desafios, expressos em mudanças corporais, repercussões psíquicas e sociais que se impõem ao sujeito, geradas pela chegada do adolescente a essa etapa de sua vida. Mesmo sendo uma etapa de vida relativamente curta, o adolescente e seus familiares passam por transformações intensas. Muitas vezes, os pais, com um sentimento de perplexidade frente à imprevisibilidade das demandas de liberdade e de autonomia dos filhos adolescentes, abrem mão de sua autoridade e concedem a eles uma excessiva independência. Aliada à sensação de falta de limites, essa independência pode ser entendida pelo adolescente como abandono, o que agrava mais ainda a situação de conflito intra-familiar (ABERASTURY; KNOBEL, 1989). Cabe aos adultos oferecerem limites aos filhos como se oferece

um presente, uma vez que suportar a violência e a destrutividade do adolescente é oferecer um suporte estruturante para esse sujeito em desenvolvimento, inseguro e desamparado frente às inúmeras transformações com as quais ele se depara (MARTY, 2006).

Neste capítulo objetiva-se discutir, a partir da percepção de adolescentes que vivem com suas famílias de origem e de adolescentes acolhidos em casas-lares¹, que vivem com pais sociais, os principais problemas enfrentados, bem como possibilidades de sua superação.

A família, a escola e o grupo no desenvolvimento do adolescente

A pesquisa aborda as relações do adolescente com a família, a escola e o grupo social. Com relação aos estudos envolvendo a família do adolescente, Weber e Tucunduva (2006) verificaram fatores de risco e de proteção presentes nas interações familiares. A qualidade das interações familiares tem relação com o desempenho acadêmico e social dos adolescentes. Os comportamentos mais solicitados pelos filhos no sentido desta qualidade na interação foram o diálogo, a compreensão dos pais em relação às demandas dos filhos e o investimento de tempo junto aos filhos. Wagner *et al.* (2005) e Watarai e Romanelli (2009) também observam uma correlação entre a saúde familiar e a qualidade da comunicação entre os membros da família.

Galambos, Barker e Almeida (2003), bem como Gonçalves (2005) e Dessen e Braz (2005) indicam que os pais têm uma importante contribuição na vida do adolescente, na forma como ele resolve seus problemas e adquire maior

¹ As casas-lares são chefiadas por pais sociais e representam uma forma de abrigar crianças em situação de vulnerabilidade social.

independência. Um firme controle comportamental, conversas e o acompanhamento do filho traduzem a influência dos pais na forma como o adolescente lida com os seus problemas. Estudos envolvendo práticas parentais e relacionamento com grupos (BROWN *et al.*, 1993; FERGUSON; HORWOOD, 1999; MOURA; WEBER, 2006; KANDEL; RAVEIS; DAVIES, 1991; CASTRO, 2004) indicam que uma rede de apoio estruturada partindo das interações familiares é fator de prevenção a comportamentos de risco relacionados aos grupos sociais. Há um aumento do risco de influências negativas quando existem desvantagens sociais e famílias disfuncionais. Fergusson e Horwood (1999), Habigzang *et al.* (2008) mencionam como fatores importantes: problemas na interação mãe-criança, conflito entre os pais, abuso sexual e pais com histórico de abuso de álcool e drogas. O relacionamento altamente conflituoso entre os pais está relacionado a comportamentos envolvendo delinquência e criminalidade, segundo Moura e Weber (2006).

Claes *et al.* (2005) observam que a qualidade do envolvimento emocional, a tolerância e a orientação dos pais em relação às amizades atuam como prevenção a comportamentos desviantes na adolescência pela influência de grupos. Nessa mesma direção, Gonçalves (2005) aponta o apoio da família como relacionado à realização de projetos de vida do adolescente.

Torres (2008) e Amparo *et al.* (2008) expressam que compreender a adolescência implica analisar a influência da escola na vida do adolescente, visto que este passa várias horas do dia na escola. Felner *et al.* (1995) e Abramovay *et al.* (2002) verificaram que adolescentes em condições socioeconômicas desfavoráveis apresentam mais desvantagens em suas experiências na família e no contexto escolar. Dentre as desvantagens, estão a sujeição à violência e às práticas de violência. Camacho (2001), Liberal *et al.* (2005), Corsaro (2005), Weber e Cunha (2010), Santos *et al.* (2011) observam a prática da violência presente tanto em escolas públicas como em escolas privadas,

variando em especificidades e intensidade. Igualmente, Del Barrio (2006) indica o crescimento da violência entre pares ou de *bullying* nas escolas. Um número expressivo de adolescentes do ensino médio na Espanha indica seus colegas como a causa do medo de ir à escola. Essa situação contrasta com o papel potencialmente benéfico da interação entre pares para o desenvolvimento cognitivo e social.

La violencia está ya incrustada en nuestra forma de ser y de actuar como consecuencia del tipo de socialización que nos ha ido haciendo como somos y actuar como actuamos. Por eso la violencia contra seres inocentes y a menudo indefensos se constata ya en la misma infancia y en el lugar donde en teoría menos podríamos imaginarnos que fuera el lugar de tortura para miles de niños: la escuela. (OVEJERO, 2013, p. 13).

Ovejero (2013) ressalta, ainda, que a violência contra os próprios pares, tão exacerbada hoje em dia em dois dos lugares cotidianamente mais frequentados – a escola e o trabalho, é, em parte, consequência de nossas práticas de educação nos meios de comunicação, na família e, paradoxalmente, na escola.

Por outro lado, a adolescência é frequentemente caracterizada como um período de rebeldia, de indefinição, de humor instável, de crise e do adolescente sendo chamado de “aborrecente”. No entanto, em uma perspectiva culturalista, a adolescência é um fenômeno cultural e não universal, não é um dado da natureza, e sim um fenômeno sociocultural que vem se transformando ao longo do tempo e deveria ser amplamente discutido em todas as esferas sociais.

A discussão de problemas de adolescentes de classes sociais diferenciadas será investigada neste estudo a partir da contribuição da família, da escola e dos grupos sociais para a superação dos problemas por eles identificados.

Método

Esta pesquisa caracteriza-se como qualitativa descritiva e foi conduzida a partir de entrevistas semiestruturadas². Por meio de uma amostra aleatória, foram entrevistados 20 adolescentes entre 12 e 18 anos, dez que convivem com as suas famílias de origem e dez que não convivem com suas famílias, residindo em casas-lares no município de Curitiba, no Estado do Paraná. A análise considerou o levantamento de categorias a partir das regularidades encontradas nas falas dos participantes (FLICK, 2009). Os adolescentes que convivem com suas famílias frequentam escolas particulares e pertencem à classe socioeconômica média alta e alta. Os que não convivem com suas famílias, mas em casas-lares, vivem com pais sociais em uma família substituta e frequentam escolas públicas. Pertencem à classe socioeconômica média baixa e baixa. Os adolescentes que convivem com suas famílias foram entrevistados na saída da escola; os que vivem em casas-lares foram entrevistados no lugar onde moram. A entrevista, com duração média de 30 minutos, foi feita individualmente e em lugar tranquilo. Consistiu em perguntas envolvendo a interação do adolescente com as pessoas no espaço onde mora, sua percepção sobre os problemas enfrentados hoje pelos adolescentes e o que poderia ser feito pela família, pela escola e pelos grupos sociais para auxiliá-lo a superar essas situações. As entrevistas foram gravadas, transcritas e dispostas em planilha descritiva. A análise considerou os dados de cada sujeito individualmente e do conjunto de sujeitos, buscando estabelecer categorias de conteúdo dos principais problemas dos adolescentes e das possibilidades de solução identificadas.

² Não houve correção das falas dos entrevistados que foram citadas; desse modo, quaisquer desvios à norma padrão devem ser desconsiderados.

Resultados e discussão

A amostra é de 20 adolescentes investigados, os quais têm entre 12 e 18 anos, sendo metade do sexo feminino e metade do sexo masculino em cada grupo. Dentre os adolescentes que moram em casas-lares, com pais sociais e frequentam escola pública, 5 deles apontam a interação no ambiente em que moram como satisfatória, sendo 9 os que apontam a frequência de brigas no lugar onde vivem. Estes adolescentes são acolhidos nas casas-lares com outras crianças também abrigadas e moram com os filhos dos pais sociais. Já os que vivem com suas famílias de origem, moram em sua maioria com pai, mãe e irmãos (6), 1 somente com o pai e a mãe, 1 somente com o pai e 1 somente com a mãe. A maioria qualifica o relacionamento na família como bom (7) e médio (2), somente 1 o percebe como ruim. No entanto, 4 dizem que gostariam de mudar o tipo de interação familiar e 5 a deixariam como está. Dentre as justificativas para essa mudança, a mais citada é a necessidade de a família dialogar mais com o adolescente. A maioria dos adolescentes que frequenta escola particular indica o relacionamento satisfatório com todos os membros da família (5), ou qualitativamente melhor com a mãe do que com o pai (4) e 1 adolescente indica melhor relacionamento com os irmãos. Observa-se, assim, a partir da percepção dos adolescentes que estudam em escola particular que foram investigados, uma maior consideração da interação na família como atendendo às expectativas desses adolescentes, sobretudo se considerarmos a reduzida menção a brigas no ambiente familiar. Já entre os adolescentes acolhidos, a menção à presença de brigas, a desrespeito e a discussões é muito mais frequente, embora estejam em um ambiente que, em tese, deveria ser mais adequado do que o de sua família de origem.

Quando se encontra em situação de vulnerabilidade social originada por ação ou omissão da família, sociedade ou Estado, o menor (a criança ou o adolescente) é abrigado como forma de proteção integral e excepcional. Essa medida apenas é

tomada após terem sido esgotadas as demais medidas que mantêm a convivência familiar. O processo de abrigamento tanto pode causar traumas como amenizar as situações vividas na família. São períodos em que a família é substituída por uma instituição que acolhe a criança ou o adolescente. E as casas-lares, chefiadas por pais sociais, representam uma forma de abrigamento de crianças em situação de vulnerabilidade social.

- *Com quem você mora?*
- *Eu moro com a minha tia (mãe social).*
- *Só com a sua tia?*
- *Com a minha tia e o meu tio (pai social).*
- *Você tem irmãos aqui?*
- *Não, só no Acridas (outra casa-lar). Aqui eu só tenho os irmãos acolhidos.*
- *Com quantas crianças você mora aqui*
- *Moro acho com sete.*
- *Como é a interação entre as pessoas onde você mora? Ou a relação entre vocês?*
- *Ah é bom. É boa.*
- *Por quê?*
- *Ah, porque é legal! Ah, porque a tia, ela é boa.*
- *E o tio também. Há brigas?*
- *Sim! De vez em quando, sim.*
- *Que tipo de brigas?*
- *Ah, assim, um xinga o outro.*
- *Daí começa a brigar. Entre vocês?*
- *É! Daí a tia briga com a gente, porque um começa a brigar com o outro. (Cássio, 12 anos, adolescente abrigado – informação verbal).*

- *Waldir, com quem você mora?*
- *Com meus pais e meus irmãos.*
- *Quantos irmãos você tem*
- *Dois.*
- *Mais velhos?*
- *Mais velhos. Meu irmão tem 22 e minha irmã tem 19.*
- *E como é a relação entre vocês na família em geral?*

- É boa.
- E tem brigas?
- Ah, às vezes, mas não muito sérias.
- E, assim, como é a relação entre os seus pais?
- Boa.
- Boa, como?
- Eu quase nunca brigo com eles.
- Ah, então eles são tranquilos... E a relação dos seus irmãos com os seus pais?
- É legal. Não brigam.
- E como é a relação entre seus irmãos?
- Às vezes eles se pegam.
- Eles se pegam, é? Mas, é sério?
- Não.
- Ah, então é tranquilo, tipo briga de irmãos, né...
- E, assim, como é a sua relação com seus irmãos?
- Eu acho ela bem boa.
- Boa? Por que é boa?
- Ah, a gente conversa, sai às vezes. (Waldir, 12 anos, vive com sua família – informação verbal).

A presença de conflitos nas relações familiares não só é inevitável como também é positiva na medida em que auxilia o adolescente a lidar com as dificuldades tornando-se mais seguro, equilibrado e sensato. Por outro lado, quando os conflitos acabam conduzindo ao exercício de diversas formas de violência, inibem os processos de desenvolvimento saudável do adolescente, gerando insegurança, incerteza e desequilíbrios.

Em relação aos problemas enfrentados hoje pelo adolescente foram citados, nos dois grupos, as drogas e a bebida (8 indicações nos adolescentes abrigados e 5 nos adolescentes que vivem com suas famílias) e a violência e vitimização entre pares (3 indicações nos adolescentes que vivem em casas-lares e também 3 nos que convivem com suas famílias de origem). Os adolescentes abrigados também fizeram as seguintes indicações de problemas: o sexo e a prostituição, gravidez na

adolescência e Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) (2); o relacionamento com os pais (1); a dificuldade em fazer amizades (1); o problema de ser obrigado a ir à escola, porque esta não ensina nada (1) e o problema de ser obrigado de ir à igreja (1). Entre os adolescentes que convivem com suas famílias de origem, ainda foram citadas estas situações: o problema da identificação com um grupo, que pode levar a influências positivas ou negativas (2), a gravidez precoce (1); a falta de confiança dos pais nos filhos, porque estes participam de um contexto violento (1); a falta de compreensão dos pais em relação à necessidade dos filhos de namorar, sair, conhecer pessoas e coisas novas (1); a preocupação com futilidades e não atenção aos problemas do mundo (1). É possível perceber nos adolescentes participantes do estudo que, mesmo pertencendo a classes sociais tão diferentes, indicam como principais problemas as drogas e a violência, e as drogas passam a ser ainda mais citadas entre os adolescentes acolhidos. Estes problemas atingem a sociedade como um todo e refletem a reduzida preocupação com a educação. Por outro lado, a elevada desigualdade social no contexto brasileiro gera violência e aumento do crime organizado, que tem no tráfico de drogas, no contrabando de armas e na exploração sexual comercial sua maior expressão (LOPES; STOLTZ, 2002; STOLTZ; LOPES, 2004; STOLTZ; WALGER, 2008). O crime organizado conta com uma rede de proteção que abrange diferentes segmentos da sociedade. É difícil combatê-lo e seus reflexos se expressam em toda a sociedade.

– Em sua opinião, quais os problemas que o adolescente enfrenta hoje?

– As drogas e o sexo.

– Por quê?

– Ah, porque hoje os adolescentes usam muita droga. E isso só faz mal. Então, eu acho que as drogas deveriam ser proibidas todas, porque você sabe que existem as ilícitas e as lícitas. Todas deveriam ser proibidas.

– E o sexo?

– Ah, pelas doenças, as DSTs. E pelas meninas novas que hoje em dia têm filhos e não conseguem criar e nem

sabem o que fazer com as crianças. (Orlando, 14 anos, adolescente abrigado – informação verbal).

– Em sua opinião, quais os principais problemas que o adolescente enfrenta hoje?

– As drogas, a prostituição. Ah, tem vários problemas, mas esses são os piores.

– Por quê?

– Porque, assim, hoje o adolescente não quer nada com nada e fica usando drogas. Já as meninas não se valorizam mais. Que nem a minha mãe fala: que não é mais como antigamente, que se tinha vergonha de pegar na mão. Hoje é tudo livre, daí as meninas vão se perdendo. (Francine, 17 anos, adolescente abrigada – informação verbal).

– Em sua opinião, quais os problemas que o adolescente enfrenta hoje?

– O adolescente ta procurando se identificar com um grupo [...] depende que rumo toma, pode ser pra bom e pode ser pro mal. Depende da pessoa quando ela começa a andar com alguém que usa drogas. (Marcos, 16 anos, vive com sua família – informação verbal).

– Em sua opinião, quais os problemas que o adolescente enfrenta hoje?

– As drogas. Os adolescentes têm ligação com a internet, tecnologia. Assim, eles acabam conhecendo mais pessoas e podem acontecer problemas como conhecer alguém que vai te oferecer outras coisas. [...] Porque hoje tem muito adolescente que mexe com drogas. E droga é problema com certeza, porque o adolescente, quando começa a usar drogas, não tem dinheiro pra comprar. Aí começa a roubar, a matar... Pra conseguir dinheiro e comprar mais. Então, as drogas são o principal problema. (Rodrigo, 12 anos, vive com os pais – informação verbal).

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde – OMS (2009), a violência é um dos principais problemas de

saúde pública da atualidade. Morrem todo o ano mais de um milhão de pessoas por causa violenta. A situação é especialmente dramática considerando que são os adolescentes que mais matam e os que mais morrem (MINAYO, 2005). E os adolescentes

[...] sofrem os efeitos das formas estruturais de violência, que comprometem o seu futuro e impedem a realização de seu potencial criativo; são os mais diretamente acometidos pela falta de qualidade do ensino e pelo despreparo da escola em lidar com práticas violentas como o *bullying* (definido como agressões, humilhações e ridicularização feitas repetidamente), a exclusão, o preconceito. (MELO *et al.*, 2007, p. 90).

Dentre os espaços de exercício da violência, a violência na escola é um problema social grave e que vai além do âmbito da educação e da saúde pública (SANTOS *et al.*; 2011, LIBERAL *et al.*, 2005, PENSO *et al.*, 2013).

A violência presenciada nas escolas tem influência direta do meio social e familiar em que a criança e o adolescente vivem, porém com conseqüências [*sic*] muito mais graves. A escola cria um ambiente de insegurança e medo, que acaba por comprometer não só o desenvolvimento intelectual dos estudantes como também os pressupostos da educação, como o de aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a ser. (LIBERAL *et al.*, 2005, p. 156).

Em estudo buscando verificar a relação entre agressividade na adolescência e punição física grave, Meneghel, Giugliane e Falceto (1998) e Weber, Viezzer e Brandenburg (2004) concluem que a relação é estatisticamente significativa. Isto significa que adolescentes agressivos foram mais punidos que os não agressivos. Estes autores observam maior presença de violência entre adolescentes do sexo masculino, mais velhos, na presença de violência entre irmãos, oriundos de famílias de baixa renda e com educação rígida.

Outros estudos, como o de Bernardy e Oliveira (2010), encontram resultados similares aos obtidos por este estudo. Os principais problemas citados por adolescentes referem-se à violência, à droga e ao tráfico. Para os jovens investigados, o enfrentamento desses problemas tem a família como unidade basilar. Pode-se concluir que se trata de problemas estruturais que atingem a sociedade como um todo.

Como os adolescentes investigados percebem a contribuição da família no enfrentamento dos problemas por eles levantados? A maioria dos adolescentes, nos dois grupos investigados, considera a importância da família (todos os que vivem com suas famílias e 8 dos que não vivem com sua família de origem). A forma de a família estar auxiliando o adolescente refere-se, nos dois grupos, basicamente à indicação do que é certo e do que é errado, ao dar conselhos, dialogar, cuidar (7 indicações entre os adolescentes acolhidos e 9 entre os adolescentes que vivem com suas famílias). Ainda aparecem, mas em menor proporção, o dar mais liberdade, confiar no adolescente (2 entre os acolhidos e 1 entre os que vivem com sua família de origem). O respeito e a sensibilidade para as necessidades do adolescente aparecem com uma indicação em cada grupo.

– O que você acha que a família pode fazer para ajudar a sair dessa situação?

– Ficar de olho na conversa dos adolescentes. Porque se ele começar a mudar muito, a ficar demais na internet, com muitas pessoas estranhas, é bom saber o que ele tá fazendo pra evitar que ele mexa com drogas, ou com alguma outra coisa. [...] não só ficar alerta, mas poder envolver o adolescente em alguma atividade que distraia ele. Música, alguma coisa que ele goste também. [...] Pode ensinar o adolescente a ser responsável. Se ensinar desde pequeno que não deve conversar com estranho, que não deve aceitar tudo que te dão, pra começar a criar na cabeça dele um ser responsável. E, quando ele crescer, já vai saber que não é pra se envolver com esse tipo de coisa. (Rodrigo, 12 anos, vive com sua família – informação verbal).

Kaloustian e Ferrari (2004) veem a família como espaço indispensável para a garantia da sobrevivência e proteção integral de seus membros, independentemente da forma como vêm se estruturando. É a família que trabalha o aporte afetivo e os recursos materiais necessários ao bem-estar de seus membros. É preciso promover políticas de investimento nas famílias, para que, uma vez assistidas, levem seus filhos a não mais usar a rua e outros espaços para viver ou sobreviver. Segundo Rizzini (2006), citada por D'Aroz (2008), as incontáveis dificuldades da família, junto às obrigações de prover as necessidades básicas, geram uma sobrecarga que se expressa na ausência do diálogo, no afastamento do amor, da acolhida e do carinho, levando à frieza e ao distanciamento dos pais em relação aos filhos.

Meneghel, Giugliani e Falceto (1998, p. 334) sugerem que o trabalho com adolescentes em crise deva ser realizado junto à família: “O adolescente com comportamento violento está denunciando alguma coisa, quer seja maus tratos, abuso sexual, solidão, dor. Articulando-se com a família, a escola e a equipe de saúde somam esforços”.

Nas palavras de Gonçalves (2005, p. 5-6),

[...] a família é tudo, repetida por um contingente expressivo de jovens entrevistados, desenha-se a chave da construção de suas subjetividades. O apoio da família, vital para ampliar a chance de realizar os projetos de vida, é praticamente o último reduto de seus sonhos. É um apoio que se traduz na presença – conversar, acompanhar a vida dos jovens, ser companheiro nos momentos difíceis – e também no esteio econômico que permite atravessar a fase da vida em que não podem se sustentar.

No que diz respeito à contribuição da escola no enfrentamento dos problemas levantados pelos adolescentes, observa-se uma nítida diferença entre os dois grupos investigados. A maioria dos adolescentes abrigados não acredita na contribuição da escola para a superação de seus problemas (9).

Já entre os adolescentes que vivem com suas famílias, verifica-se o oposto: 9 observam a contribuição da escola, principalmente ao dar informação, permitir o acesso ao conhecimento e apontar a importância do estudo para a vida (7). Ainda é apontado o trabalho da escola com a disciplina e regras (2 adolescentes citaram) para a superação de seus problemas.

A escola tem que mostrar para os alunos que educação não é só dever, mas é um meio para se socializar. (Marcos, 15 anos, vive com sua família – informação verbal).

Acho que a escola pode orientar os adolescentes e disciplinar eles também. [...] deve ensinar como se comportar nas situações concretas, na vida mesmo. E a escola ensina isso na prática, na convivência com os colegas [...]. (Núbia, 18 anos, vive com sua família – informação verbal).

A visão extremamente negativa dos adolescentes acolhidos em relação à contribuição da escola para a superação de seus problemas leva-nos a pensar no despreparo da escola pública para auxiliar o adolescente em seus problemas e ainda a contribuição da escola para a sua segunda exclusão, visto já terem sido excluídos de sua família de origem. Evidencia-se como uma escola impotente, incapaz de trabalhar com os problemas dos adolescentes acolhidos.

– E, pela escola, pode ser feito algo?

– A escola, ela não faz nada, porque nem aula eles dão direito. Acho que ela poderia fazer mais reuniões com os adolescentes, falar mais sobre o assunto, dar mais informações. (Orlando, 14 anos, adolescente abrigado – informação verbal).

– E, pela escola, pode ser feito algo?

Na escola, não dá pra fazer nada! Ah, porque os alunos levam as drogas para o colégio e ninguém faz nada. As professoras têm medo dos alunos. Eles colocam as

drogas no mucufo da mala, bem escondida, daí ninguém vê mesmo. E, se você dedar, eles ainda mandam bater em você; por isso, que a escola não pode fazer nada. Lá dentro, é ponto de venda de drogas. (Jairo, 15 anos, adolescente abrigado – informação verbal).

As escolas podem desempenhar um papel na orientação sexual, na prevenção ao uso de drogas e de comportamentos violentos, além de poder desenvolver um senso de estabilidade. Hutz e Koller (1996) apontam a necessidade de a escola considerar o modelo de família que é trazido pela criança e pelo adolescente. Em relatório apresentado para a OIT (Organização Internacional do Trabalho) sobre a exploração sexual comercial na tríplice fronteira do Brasil (Brasil, Argentina e Paraguai), Lopes e Stoltz (2002), Stoltz e Lopes (2004) e Almeida (2005) observam a necessidade de um trabalho específico junto às escolas, assegurando também policiamento ostensivo e preventivo para inibir a presença de traficantes e aliciadores. Além disso, sugerem a realização de programas de prevenção e campanhas pontuais na escola sobre prevenção às drogas e exploração sexual comercial.

O direito dos indivíduos ao acesso à educação sexual formal e à discussão a respeito de saúde e sexualidade não deve se restringir às questões de prevenção e saúde sexual, direcionando “decisões certas” – geralmente relacionadas aos padrões sociais desejáveis. Essa educação, orientada por conhecimentos científicos acerca da temática da sexualidade, deve abranger a ludicidade, o prazer, a liberdade de viver a sexualidade (ainda que com responsabilidade) e voltadas à saúde sexual. (MAIA *et al.*, 2012, p. 153).

Quanto ao papel dos grupos sociais para o enfrentamento dos problemas enfrentados pelos adolescentes, verifica-se que a maioria tanto dos adolescentes acolhidos (7) como dos adolescentes que vivem com suas famílias (10) enfatiza a

contribuição do grupo para a superação de suas dificuldades. Essa contribuição se evidencia de maneira diferenciada nos dois grupos. Para os adolescentes acolhidos os grupos sociais são vistos de forma mais assistencialista. Para estes, os grupos sociais são importantes porque agem nas escolas (1); mandam prender (1); arrumam emprego (1); ensinam os pais como educar os filhos (1); prestam informações aos adolescentes (1); dão mais liberdade (1); pagam água e luz (1). Isso pode ser verificado nos seguintes relatos: *“Eles arrumam empregos para os acolhidos, até mesmo quando eles estão aqui. E, depois, se forem bem no emprego, podem até ser contratados”* (Amália, 16 anos, adolescente abrigada); *“Eles ajudam, pois pagam a nossa luz e água”* (Aírton, 16 anos, adolescente abrigado).

Para os adolescentes que vivem com suas famílias, o grupo acaba tendo um papel próximo ao da família, indicando o que é certo e errado, aconselhando. O grupo representa as pessoas nas quais é possível confiar (apontado por 8 adolescentes). No entanto, 5 adolescentes expressam uma visão mais crítica em relação ao grupo, dizendo que, dependendo do grupo, este pode influenciar positiva ou negativamente e que é preciso conhecer diferentes grupos. Esta visão está mais presente nos relatos dos adolescentes mais velhos entrevistados:

Os amigos são as pessoas com quem você pode contar [...] eles passam pelas mesmas coisas que você passa, conhecem os problemas. Eles podem dar ideias de como resolver, ajudar. (Marta, 16 anos, vive com sua família – informação verbal).

É. Eu acho que os amigos sempre podem ajudar aconselhando, porque eles estão sempre juntos. (Walter, 12 anos, vive com sua família – informação verbal).

Pois é, esses grupos, eles começam a falar tudo o que estão fazendo: eu fui à casa do fulano e fiz isso, e fiz aquilo... [...] Então tem que alertar o amigo: ó, as drogas fazem isso, aquilo, tem que tomar cuidado! Porque assim,

hoje em dia, o adolescente confia mais nos amigos do que nos pais, porque eles estão mais ligados com os colegas durante as aulas, conversam mais... Com os pais, nem tanto. Se o colega tiver consciente em aconselhar, aí vai ajudar. Se o colega não quiser que o outro use drogas, fique mal, ele vai falar, e o outro pode até mudar. Mas, se o colega também quer usar, aí vai ser complicado. (Rafael, 12 anos, vive com sua família – informação verbal).

Em estudo que verifica a relação entre suporte familiar e amigos, Helsén, Vollebergh e Meeus (2000) verificaram que a percepção do suporte familiar diminui com o tempo, enquanto o apoio oferecido pelos amigos aumenta. Quanto maior o nível de apoio oferecido pela família, também o suporte do grupo passa a ser elevado e vice-versa. Essa situação é verificada nos dois grupos de adolescentes investigados. Segundo D'Aroz (2008, p. 61), estudos da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco) revelam que, em projetos sociais bem-sucedidos, há a presença do protagonismo juvenil, contrapondo-se à violência e à exclusão social. Ao ocupar o lugar central, o jovem protagonista passa a ser o autor principal, o protagonista da história, o que pode levar a mudanças significativas na sua vida e na de sua família.

Melo *et al.* (2007) lembra que a conquista da possibilidade de socialização conduz o adolescente para além do âmbito da família. “Como se vê, a adolescência é ganho de poder: corporal, sexual, intelectual – significa possibilidade. Essa possibilidade se efetiva, no entanto, única e exclusivamente, com processos de socialização adequados e de qualidade” (MELO *et al.*, 2007, p. 97).

Com referência ao que o adolescente mais precisa, encontramos novamente uma semelhança entre os dois grupos investigados. A maioria dos adolescentes abrigados (4) cita o amor, a compreensão, a atenção e o respeito como o que mais precisa. Essa situação pode ser compreendida a partir das histórias vividas com suas famílias de origem e que determinou o seu acolhimento em uma casa-lar. Dois adolescentes

acolhidos citam, ainda, a necessidade de regras e de responsabilidade; dois outros, o ter mais liberdade e confiança da parte dos que o educam; dois participantes não sabem do que o adolescente mais precisa.

– *Do que o adolescente precisa?*

– *Compreensão, amor e atenção.* (Jairo, 15 anos, adolescente abrigado – informação verbal).

– *Do que precisa o adolescente?*

– *De amor, compreensão, atenção e um tempo para ele, de lazer.* (Olavo, 14 anos, adolescente abrigado – informação verbal).

– *Do que o adolescente precisa?*

– *De mais responsabilidade.* (Waldir, 14 anos, adolescente abrigado – informação verbal).

Entre os adolescentes que vivem com suas famílias, aparece claramente a necessidade de uma referência que indique um caminho, que aponte o que é certo e o que é errado, de educação envolvendo valores e o conhecimento mais elaborado, de conselhos (7). Segundo esses adolescentes, essa é a base para todo o desenvolvimento futuro. Responsabilidade no uso da liberdade e no enfrentamento de seus problemas aparece em 6 adolescentes que vivem com suas famílias e a necessidade de compreensão e diálogo em 3 adolescentes. Pode-se resumir sua posição pela necessidade de regras e de responsabilidade no uso de sua liberdade. O caminho para a conquista desse objetivo está no diálogo e na compreensão, similar ao apontado pelos adolescentes acolhidos. Pode-se observar que os adolescentes que vivem com suas famílias reivindicam mais autonomia do que os adolescentes acolhidos, os quais se percebem como necessitando de mais atenção, amor, compreensão e respeito.

Eu acho que ele precisa de educação (moral e conhecimento), apoio da família, dos amigos, percepção do valor

que ele tem e também esforço, né? Correr atrás do que quer. Orientação também, saber distinguir o que deve fazer, se o que está fazendo é correto e se não tá se prejudicando ou até mesmo alguém[...] Porque muitas vezes os pais, como eu já disse, não conseguem suprir toda a orientação que o adolescente precisa. (Hilda, 15 anos, vive com sua família – informação verbal).

Precisa de mais liberdade, eu acho. Liberdade com limites e regras, porque a gente deve ter responsabilidade e saber o que é certo ou não. Precisa de confiança. (Marcos, 16 anos, vive com sua família – informação verbal).

É possível perceber que os adolescentes que vivem com suas famílias apresentam melhor percepção sobre a sua situação existencial e necessidades próprias. Observa-se que refletiram sobre os aspectos perguntados. Já entre os adolescentes abrigados não se obteve resposta a algumas perguntas e a justificativa dada é a de que não sabiam. Esse fato pode ser compreendido a partir da situação de vulnerabilidade social que determinou a sua saída da família de origem e também do não acesso a uma educação de qualidade – os próprios adolescentes alegam que não aprendem nada na escola. A falta de contato com um conhecimento mais elaborado, que permite o levantamento de outras possibilidades a partir de outras leituras e interpretações da realidade, pode também ser apontada como uma das causas da ausência de aprofundamento nas respostas dos adolescentes abrigados.

Assim, é relevante citar as palavras de Ovejero (2013, p. 11) que descrevem o que é uma escola promotora de saúde:

Existe un alto consenso en que, al menos em las sociedades democráticas, la escuela debe ser un eficaz instrumento de cohesión social y de integración democrática de sus ciudadanos. Por ello, sus funciones no tienen que restringirse a las que están relacionadas com el proceso de enseñanza-aprendizaje, sino que también debe abarcar

otras relacionadas com el proceso de socialización, como las que tienen que ver con el fomento de valores como la tolerancia hacia quienes son diferentes y piensan de forma diferente, contribuyendo con ello a la evitación, o al menos reducción, de las conductas excluyentes, hostiles y violentas y a la facilitación de comportamientos de amistad.

Já em Moura *et al.* (2007, p. 496) encontra-se a proposta de uma pedagogia ecológica e promotora de saúde, sustentada no pensamento de Bachelard e Kuhn.

Inicialmente, a escola pode se despojar de todo o fardo cartesiano e positivista e começar a perceber-se como espaço de humanização e promoção de qualidade de vida. Para tanto, é necessário que a concepção ecológica de educação e de escola tome o lugar da concepção instrumentalizada e mercadológica. A crise em que se encontra a escola já nos autoriza a apontar para essa mudança de paradigma.

Conclusão

Os principais problemas relatados nos dois grupos de adolescentes investigados referem-se às drogas, à bebida e à violência e, ainda, ao sexo e às amizades. Na maioria deles, vê-se a indicação de amor, compreensão por parte dos cuidadores, atenção e respeito como envolvidos na superação desses problemas. Enquanto os adolescentes que vivem com suas famílias apontam a contribuição da família, da escola e do grupo social no enfrentamento desses problemas, os adolescentes acolhidos consideram somente a contribuição da família e do grupo social, e de forma menos expressiva do que os adolescentes que vivem com suas famílias. Os processos de exclusão da sociedade são manifestados mais nitidamente nos adolescentes acolhidos quando se referem à escola que frequentam. Em geral, estes adolescentes não veem sentido na escola e, mais do

que isso, a escola não os representa e é incapacitada para lidar com os problemas mais urgentes presentes na vida deles.

Os problemas levantados nos relatos feitos pelos adolescentes relacionam-se a uma estrutura social e econômica que expressa grande desigualdade social. Nesse sentido, torna-se fundamental o investimento em uma política de geração de renda e emprego, educação de qualidade em tempo integral e ensino profissionalizante voltado aos adolescentes e a suas famílias. O trabalho preventivo nas escolas em torno das necessidades dos adolescentes precisa estar articulado às suas famílias e aos grupos sociais. Verifica-se como urgente a revisão do Projeto-Político-Pedagógico da escola pública, pois é essencial que a escola não se omita diante das reais dificuldades enfrentadas pelos adolescentes.

Conclui-se que, longe de se perceber como independentes, os adolescentes investigados identificam os principais problemas a que estão expostos, apontando para a necessidade de um referencial positivo e de maior responsabilidade de seus cuidadores para com este importante período da vida.

Referências

ABRAMOVAY, M. *et al.* *Juventude, violência e vulnerabilidade social na América Latina: desafios para políticas públicas*. Brasília: Unesco, 2002.

ALMEIDA, A. N. de. O que as famílias fazem à escola... pistas para um debate. *Análise Social*, n. 176, p. 579-593, out. 2005.

AMPARO, D. M. *et al.* A escola e as perspectivas educacionais de jovens em situação de risco. *Psicologia Escolar e Educacional*, v. 12, n. 1, p. 69-88, jun. 2008.

BERNARDY, C. C. F.; OLIVEIRA, M. L. F. O papel das relações familiares na iniciação ao uso de drogas de abuso por jovens institucionalizados. *Revista de Enfermagem da USP*, v. 44, n. 1, p. 11-17, mar. 2010.

BROWN, B. B. *et al.* Parenting practices and peer group affiliation in adolescence. *Child Development*, v. 64, n. 2, p. 467-482, 1993.

CAMACHO, L. M. Y. As sutilezas das faces da violência nas práticas escolares de adolescentes. *Educação e Pesquisa*, v. 27, n. 1, p. 123-140, 2001.

CASTRO, M. G. Políticas públicas por identidades e de ações afirmativas. Acessando gênero e raça, na classe, focalizando juventudes. In: NOVAES, R.; VANNUCHI, P. (Org.). *Juventude e sociedade*. Trabalho, educação, cultura e participação. São Paulo: Instituto de Cidadania; Fundação Perseu Abramo, 2004. p. 275-303.

CLAES, M. *et al.* Parenting, peer orientation, drug use, and antisocial behavior in late adolescence: A cross-national study. *Journal of Youth and Adolescence*, v. 34, n. 5, p. 401-411, 2005.

CORSARO, W. A. *The Sociology of Childhood*. 2. ed. London: Pine Forge Press, 2005.

COSTA, A. C. G. da. *Tempo de crescer – adolescência, cidadania e participação*. Salvador: Odebrecht, 1998.

D'ARÓZ, M. S. *Concepções de cuidado familiar na visão de adolescentes abrigados, das suas famílias e educadores de uma ONG*. 2008. 216 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2008.

DEL BARRIO, C. La exclusión social entre escolares como abuso de poder. In: SCHMIDT, M. A.; STOLTZ, T. *Educação, cidadania e inclusão social*. Curitiba: Aos Quatro Ventos, 2006.

DESSEN, M. A.; BRAZ, M. P. A família e suas inter-relações com o desenvolvimento humano. In: _____.; COSTA JR. A. L. (Org.). *A ciência do desenvolvimento humano: tendências atuais e perspectivas futuras*. Porto Alegre: Artmed, 2005. p. 113-131.

DORN, L. D. *et al.* Developmental markers in adolescence: implications for studies of pubertal processes. *Journal of Youth and Adolescence*, v. 32, n. 5, p. 315-324, 2003.

FELNER, R. D. *et al.* Socioeconomic disadvantage, proximal environmental experience, and socioemotional and affects model. *Child Development*, v. 66, n. 3, p. 774-792, 1995.

FERGUSON, D. M.; HORWOOD, L. J. Prospective childhood predictors of deviant peer affiliations in adolescence. *Journal of child psychology and psychiatry*, v. 40, n. 4, p. 581-592, 1999.

FLICK, U. *Desenho da pesquisa qualitativa*. Porto Alegre: Artmed, 2009.

GALAMBOS, N. L.; BARKER, E. T.; ALMEIDA, D. M. Parents do matter: Trajectories of change in externalizing and internalizing problems in early adolescence. *Child Development*, v. 74, n. 2, p. 578-594, 2003.

GONÇALVES, H. S. Juventude brasileira, entre a tradição e a modernidade. *Tempo Social*, v. 17, n. 2, p. 207-219, nov. 2005.

HABIGZANG, F. L. *et al.* Avaliação psicológica em casos de abuso sexual na infância e adolescência. *Psicologia Reflexão e Crítica*, v. 21, n. 2, p. 338-344, 2008.

HELSEN, M.; VOLLEBERG, W.; MEEUS, W. Social support from parents and friends and emotional problems in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, v. 32, n. 2, p. 367-373, 2000.

HERCULANO-HOUZEL, S. *O cérebro em transformação*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2005.

HUTZ, C. S.; KOLLER, S. H. Questões sobre o desenvolvimento de crianças em situação de rua. *Estudos de Psicologia*, Porto Alegre, v. 2, n. 1, p. 175-195, 1996.

KALOUSTIAN, S. M.; FERRARI, M. *Família brasileira, a base de tudo*. São Paulo: Cortez, 2004.

KANDEL, D. B.; RAVEIS, V. H.; DAVIES, M. Suicidal ideation in adolescence: Depression, substance use, and other risk factors. *Journal of Youth and Adolescence*, v. 20, n. 2, p. 289-309, 1991.

KEHL, M. R. A juventude como sintoma da cultura. In: NOVAES, R.; VANNUCHI, P. (Org.). *Juventude e sociedade*. Trabalho, educação, cultura e participação. São Paulo: Instituto de Cidadania; Fundação Perseu Abramo, 2004. p. 84-114.

KREPPNER, K. Social relations and affective development in the first two years in family contexts. In: VALSINER, J.; CONNOLLY, K. (Org.). *Handbook of developmental psychology*. Londres: Sage, 2003.

LIBERAL, E. F. *et al.* Escola segura. *J. Pediatr.*, v. 81, n. 5, supl. p. 155-163, nov. 2005.

LOPES, J.; STOLTZ, T. *Exploração sexual comercial de crianças e adolescentes, Brasil – Foz do Iguaçu*. [s. l.]: OIT/IPEC, 2002.

MAIA, A. C. B. *et al.* Educação sexual na escola a partir da psicologia histórico-cultural. *Psicologia em Estudo*, v. 17, n. 1, p. 151-156, mar. 2012.

MELO, E. M. *et al.* A violência rompendo interações. As interações superando a violência. *Revista Brasileira de Saúde Materna e Infantil*. Recife, v. 7, n. 1, p. 89-98, jan./mar. 2007.

MENEGHEL, S. N.; GIUGLIANI, E. J.; FALCETO, O. Relações entre violência doméstica e agressividade na adolescência. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 14, n. 2, p. 327-335 abr./jun. 1998.

MINAYO, M. C. S. Violência. Um problema para a saúde dos brasileiros. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília: [s. n.], 2005.

MOURA, J. B. V. S. *et al.* Perspectiva da epistemologia histórica e a escola promotora de saúde. *História ciência. Saúde – Manquinhos*, v. 14, n. 2, p. 489-501, jun. 2007.

MOURA, V. F.; WEBER, L. N. D. *A relação entre comportamento anti-social e a interação familiar em adolescentes de comunidade carente*. 2006. Monografia (Curso de Psicologia) – Departamento de Psicologia, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. *Relatório mundial sobre saúde e violência*. Brasília: OMS, 2009.

OVEJERO, A. El acoso escolar: cuatro décadas de investigación internacional. In: OVEJERO, A.; SMITH, P.; YUBERO, A. (Coord.). *El acoso escolar y su prevención*. Madrid: Biblioteca Nueva, 2013.

OZELLA, S.; AGUIAR, W. M. J. Desmistificando a concepção de adolescência. *Cadernos de Pesquisa*, v. 38, n. 133, p. 97-125, 2008.

PENSO, M. A. *et al.* A relação entre saúde e escola: percepções dos profissionais que trabalham com adolescentes na atenção primária à saúde no Distrito Federal. *Saúde e Sociedade*, v. 22, n. 2, p. 542-553, jun. 2013.

POLETTTO, M.; KOLLER, S. H. Subjective well-being in socially vulnerable children and adolescents. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 24, n. 3, p. 165-173, 2011.

RIZZINI, I. *Acolhendo crianças e adolescentes: experiências de promoção do direito a convivência familiar e comunitária no Brasil*. São Paulo: Cortez, 2006.

SANTOS, F. P. dos A. *et al.* Estratégias de enfrentamento dos dilemas bioéticos gerados pela violência na escola. *Physis*, v. 21, n. 1, p. 267-281, 2011.

STOLTZ, T.; LOPES, J. Exploração sexual comercial de crianças e adolescentes em Foz do Iguaçu e possibilidades de intervenção. *Revista Eletrônica de Ciências da Educação*, v. 1, série 3, p. 1-19, 2004.

_____.; WALGER, A. A. R. Violência contra crianças: exploração e abuso sexual. In: SILVA, P. V.; LOPES, J.; CARVALHO, A. *Por uma escola que proteja: a educação e o enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes*. Ponta Grossa; Ed. UEPG; Curitiba: Ed. UFPR, 2008. p. 161-174.

STRATTON, P. Contemporary families as contests for development. In: VALSINER, J.; CONNOLLY, K (Org.). *Handbook of developmental psychology*. London: Sage, 2003. p. 333-357.

TORRES, S. Z. M. *Adolescências: diferentes contextos, diferentes histórias*. 2008. 183 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2008.

WEBER, L. N. D.; CUNHA, J. *Enfrentamento à violência na escola*. Secretaria do Estado da Educação; Superintendência da Educação; Diretoria de Políticas e Programas Educacionais; Coordenação de Desafios Educacionais Contemporâneos. Curitiba: SEED, 2010.

_____.; TUCUNDUVA, C. Resiliência, medidas protetivas e fatores de risco na interação familiar. In: ENCONTRO BRASILEIRO DE PSICOTERAPIA E MEDICINA COMPORTAMENTAL, 12., Brasília. *Anais...* Brasília: [s. n.], 2006.

_____.; VIEZZER, A. P.; BRANDENBURG, O. J. O uso de palmadas e surras como práticas educativas. *Estudos de Psicologia*, v. 9, n. 2, p. 227-237, maio/ago. 2004.

WAGNER, A. *et al.* Estratégias de comunicação familiar: a perspectiva dos filhos adolescentes. *Psicologia Reflexão e Crítica*, v. 18, n. 2, p. 277-282, 2005.

WATARAI, F.; ROMANELLI, G. Escolarização e trabalho de adolescentes do sexo masculino de camadas populares. In: CUNHA, M. V.; PASIAN, S. R.; ROMANELLI, G. (Org.). *Pesquisas em psicologia*. São Paulo: Vetor, 2009. p. 205-232.

PARTE 2

TENDÊNCIAS HISTORIOGRÁFICAS

Gênero e história das ciências: um panorama sobre a tendência historiográfica

ELIZA TEIXEIRA DE TOLEDO

Introdução

A categoria de análise *gênero* demonstra, cada vez mais, sua proficuidade. Enquanto conceito que se encontra em um território fronteiro com diversos campos de pesquisa, ele é hoje mobilizado por todas as disciplinas de ciências sociais. Como apontam Kalwa, Larguèche e Martykánová (2010, p. 343), após o famoso artigo de Joan Scott *Gênero: uma categoria útil de análise histórica*¹, ele se tornou “uma das mais significantes e problemáticas categorias na historiografia”. De que formas, contudo, essa categoria interagiu com os estudos sociais das ciências e, de maneira mais específica, com a historiografia das ciências?

Entre os trabalhos que recorrem a esse conceito encontramos aqueles que debatem a influência de noções/padrões de gênero na produção de conhecimento científico, trabalhos que ganham cada vez mais visibilidade em âmbito nacional e internacional. Diante desse movimento que se configura como “tendência historiográfica”, promovo aqui um balanço bibliográfico a partir de obras de destaque produzidas nas ciências humanas segundo diferentes recortes e objetos e que já são consideradas referências nesse campo. Procuro, portanto, esboçar um breve panorama da relevância desse aporte teórico também

¹ A publicação do artigo original, em inglês, é de 1986.

para a história das ciências. Para isso, recorrerei a obras que contribuem para a historicização de tais noções e legam especial atenção às reflexões críticas sobre a construção das ciências naturais que assumiram, como bem aponta Maria Margareth Lopes (2006, p. 37), “uma autoridade inigualável nas culturas ocidentais nos últimos séculos”.

Como parte desse levantamento e como exercício fundamental para a compreensão de gênero enquanto campo de estudo historiográfico, trilharemos brevemente a trajetória da elaboração e afirmação dessa categoria analítica. Em um segundo momento, adentraremos algumas pesquisas que nos auxiliam a compreender sua contribuição para os estudos sociais das ciências, sobretudo aqueles que nos permitem pensar a construção de discursos científicos como históricos e atrelados a padrões de gênero vigentes em seu contexto de produção. Esse balanço visa não apenas a dar visibilidade a tais estudos mas também a apontar caminhos possíveis para novas pesquisas na área de gênero e ciências.

O conceito de gênero: história e uso

Para pensarmos o gênero como recurso de análise histórica, inicialmente cabe esclarecer em que momento essa categoria emerge, além de expor alguns trabalhos que nos orientam no sentido de sua utilização. Entre os nomes aos quais iremos recorrer, está o da historiadora norte-americana Joan Scott, figura central não apenas para pensarmos algumas abordagens possíveis a partir dessa categoria, como para compreendermos a sua emersão e estabilização no meio acadêmico.

Ao analisar o processo de construção desse campo de estudos a partir da década de 1960, nos Estados Unidos, Scott atenta para a relação existente, naquele momento, entre ações políticas feministas e as reivindicações acadêmicas no que tangia à necessidade de uma produção historiográfica sobre as mulheres. Esse movimento feminista, ligado às demandas de

Direitos Civis, alertava para desigualdades sociais entre homens e mulheres que eram reproduzidas dentro da academia. Ele reclamava que a escrita da moderna historiografia ocidental, produzida sob a égide de um ideal “universal”, era elaborada por homens brancos, tendo-os também como objeto de pesquisa e produção histórica. Assim, segundo Joan Scott (1992, p. 77), “[...] reivindicar a importância das mulheres na história significa necessariamente ir contra as definições de história e seus agentes estabelecidos “verdadeiros”, ou pelo menos, como reflexões acuradas sobre o que aconteceu (ou teve importância) no passado”.

Ao citar Michel de Certeau, Scott (1992, p. 79) informa que a reivindicação pela criação desse campo trazia à luz “[...] questões de domínio e de objetividade sobre as quais as normas disciplinares são edificadas”. A crítica a uma história estabelecida a partir de uma “inquisição neutra” abriu espaço, em contrapartida, para críticas sobre o caráter “ideológico” com o qual a produção sobre a história das mulheres estaria imbuída. Deparando-se com entraves epistemológicos, diante da defesa de padrões de produção historiográficos consolidados como legítimos e indiscutivelmente “verdadeiros”, a escrita da história das mulheres se afirmava como um campo de experiência separado, ou seja, diferente do que já havia sido produzido. Em fins da década de 1970, embates dentro do movimento político e no interior da disciplina tornaram evidentes as tensões relacionadas à segregação desse campo dentro da produção historiográfica.

A história das mulheres, naquele contexto e diante de seu caráter de complementaridade, mostrava-se carente de construções relacionais. Os estudos de história das mulheres que avançavam na academia revelavam a influência das mulheres na vida pública e que o âmbito privado era também político. Era, assim, necessário “[...] um modo de pensar sobre a diferença e como sua construção definiria as relações entre os indivíduos e os grupos sociais” (SCOTT, 1992, p. 86). A categoria “gênero” surgiu, então, como um suporte para as discussões sobre papéis sociais de homens e mulheres, em contraste com

as conotações físicas do termo “sexo”. O uso de gênero marcaria a compreensão de que o significado de “ser homem” ou “ser mulher” não é determinado pela biologia no momento do nascimento², mas construído socialmente e que “[...] não se pode conceber mulheres, exceto se elas forem definidas em relação aos homens, nem homens, exceto quando eles forem diferenciados das mulheres” (SCOTT, 1992, p. 87). Nesse sentido, as noções de “masculino” e “feminino” seriam fruto de processo histórico, não sendo categorias fixas e imutáveis.

A categoria gênero trazia, ainda, a multiplicidade de significados para “mulheres”, compreendidas por vezes como um bloco unitário. Assim, gênero marcaria as especificidades dentro das relações de um mesmo gênero e de diferentes sistemas de gênero dentro de contextos sociais e culturais distintos (SCOTT, 1992, p. 87). Para a historiadora Londa Schienbinger (2001, p. 45):

“Gênero”, então, denota entendimentos multidimensionais e mutáveis do que significa ser um homem ou uma mulher no interior de um determinado ambiente social. Ele é historicamente contingente e constantemente renegociado em relação a divisões culturais tais como *status*, classe e etnia.

O conceito “gênero” emergiu, enfim, em meio a críticas sobre o “tendencionismo” das pesquisas de história das mulheres, e pela própria limitação desses estudos que, em princípio, davam-se de forma isolada e complementar a uma história oficial. Dessa forma, esse conceito procura “[...] indicar a erudição

² Em artigo publicado na revista CULT, Guacira Lopes Louro afirma que para a filósofa de gênero Judith Butler: “O anúncio ‘é uma menina’ ou ‘é um menino’, feito por um profissional diante da tela de um aparelho de ultrassonografia morfológica, põe em marcha o processo de fazer deste ser um corpo feminino ou masculino [...]. Esse ato, de caráter performativo, inaugura uma sequência de atos que vai constituir alguém como um sujeito de sexo e de gênero” (LOURO, 2013, p. 32).

e a seriedade de um trabalho, pois ‘gênero’ tem uma conotação mais objetiva e neutra do que ‘mulheres’” (SCOTT, 1992, p. 75). Cunhada para a legitimação de estudos feministas na década de 1980, o gênero mostra-se um rico suporte de análise para as relações entre feminino e masculino nas mais diversas áreas do saber.

Quanto à institucionalização dos estudos de gênero no Brasil, Maria Luiza Heilborn e Bila Sorj (1999) apontam especificidades em relação ao contexto dos Estados Unidos. Nesse último, os *feminist* ou *women’s studies* encontraram impulso principalmente na docência, por meio de cursos universitários, enquanto que na conjuntura brasileira as relações entre movimento feminista e academia se dariam de forma distinta. No Brasil, o feminismo contava com um expressivo vulto de acadêmicas que circulavam em âmbito internacional e elaboravam novas questões a partir do recebimento de ideias debatidas fora do país desde o começo do século XX (HEILBORN; SORJ, 1999; PINTO, 2003). Heilborn e Sorj esclarecem que algumas versões da história do feminismo consideram que ele tenha nascido no meio acadêmico e, a partir deste, então, foi se disseminado para fora dos muros das instituições. Ainda para as autoras, “a partir de 1975, muitas das suas ativistas ou simpatizantes já estavam inseridas e trabalhavam nas universidades” (HEILBORN; SORJ, 1999, p. 3).

Assim, se nos Estados Unidos a onda feminista visava à criação de novos espaços nas universidades para o debate de questões relacionadas às mulheres e, posteriormente, ao gênero, no Brasil as acadêmicas procuraram se integrar à dinâmica da comunidade científica nacional mediante a obtenção do reconhecimento do valor científico de suas preocupações intelectuais pelos profissionais das ciências sociais. No processo de legitimação dessa área de estudos no Brasil, é ainda necessário ressaltar o financiamento a pesquisas pela Fundação Ford³,

³ Para Heilborn e Sorj, “[...] a percepção do papel crucial que as mulheres desempenham na modernização das sociedades latino-americanas, especialmente no que diz respeito ao controle populacional, teve grande apelo a partir da

por meio de investimento em pesquisa em instituições como a Fundação Carlos Chagas, que se mostrava em condições de aproveitamento dos recursos a ela ofertados.

Podemos, no entanto, ressaltar uma semelhança em relação aos estudos nos Estados Unidos e Brasil. Também aqui, a partir da década de 1980, o termo mulher começou a dar lugar ao uso de gênero como categoria analítica. Para Heilborn e Sorj: “Em termos cognitivos esta mudança favoreceu a rejeição do determinismo biológico implícito no uso dos termos sexo ou diferença sexual e enfatizou os aspectos relacionais e culturais da construção social do feminino e masculino” (HEILBORN; SORJ, 1999, p. 4). Tal mudança, assim como no contexto norte-americano, favoreceu a aceitação desse campo de pesquisa “[...] na medida em que despolitizou uma problemática que, tendo se originado no movimento feminista, mobilizava pre-conceitos estabelecidos” (HEILBORN; SORJ, 1999, p. 5).

A preocupação com produções que proponham análises de caráter relacional, ainda que não recorressem diretamente à categoria gênero, marca diversas obras a partir da década de 1980. Essa preocupação é vista em trabalhos como o artigo do historiador francês Roger Chartier *Diferenças entre os sexos e a dominação simbólica* (1995), na qual o autor clama para que a história das mulheres não reproduza simplificações da antiga história social, correndo o risco de “investir a diferença entre os sexos de uma força explicativa universal”. Ao invés disso, para o autor, seria necessário “[...] definir a natureza e o assento desta diferença que, mesmo marcando a prática feminina, pode encontrar sua razão em um código de comportamento partilhado pelos dois sexos” (CHARTIER, 1995, p. 40).

Seguindo a linha de problematização das relações de gênero que se ampara em uma análise relacional, Pierre Bourdieu publicou, em 1998, a obra *A Dominação Masculina*, na qual

década de setenta e passou a orientar as políticas de investimento de muitas agências internacionais, entre elas, a Fundação Ford” (HEILBORN; SORJ, 1999, p. 6).

demonstrou, por meio da análise de estruturas simbólicas, o caráter histórico-social da dominação do gênero masculino sobre o feminino. Partindo de uma pesquisa etnográfica da sociedade berbere kabyle⁴ da década de 1960, Bourdieu analisou estruturas objetivas e cognitivas dessa sociedade que, segundo ele, disponibiliza uma imagem ampliada de relações de dominação masculina compartilhadas no ocidente; mas que, naquela sociedade, eram mantidas de maneira bastante inalterada, não parcial e fragmentada, em um paradigma de visão “falocrático” e androcêntrico. Baseando-se nesse estudo, o sociólogo francês procurou problematizar a dominação de gênero que se encontra profundamente instalada na vivência de homens e mulheres, inquestionada porque concebida como natural. Para isso, Bourdieu promoveu o que ele chamou de *historicização da desistoricização* dessas diferenças, ou seja, uma análise que propunha historicizar a construção de estruturas de gênero concebidas como a-históricas.

Ao expor o esquema de pensamento que estrutura a vida da sociedade kabyle (fundamentado em diversas oposições homólogas como alto e baixo, fora e dentro, seco e úmido, direito e curvo, duro e mole), Bourdieu (1998) atestou que essas oposições registradas nos dois gêneros – masculino e feminino, respectivamente – são concebidas como “diferenças de natureza”. Associados a ciclos biológicos e cósmicos, seriam de difícil questionamento, uma vez que parecem ajustadas a divisões preexistentes e consagrariam uma ordem estabelecida. Essas oposições, para Bourdieu, agem na ordem social relegando atividades a cada um dos sexos, como na divisão sexual do trabalho (onde os homens ocupam as assembleias e os mercados, em oposição às mulheres que se ocupam da casa). Assim:

O mundo social constrói o corpo como realidade sexual e como depositário de princípios de visão e de

⁴ Os kabyle são um povo berbère (sendo berbère um conjunto de etnias autóctones do norte da África) que habita o norte da Argélia.

divisão. Esse programa de percepção incorporada se aplica a todas as coisas do mundo, e em primeiro lugar ao corpo, dentro de sua realidade biológica: é ele que constrói a diferença entre os sexos biológicos conforme os princípios de uma visão mítica do mundo [...]. *A diferença biológica entre os sexos, quer dizer, entre os corpos masculino e feminino e, particularmente, a diferença anatômica entre os órgãos sexuais, pode assim aparecer como a justificação natural da diferença socialmente construída entre os gêneros [...]*.⁵ (BOURDIEU, 1998, p. 23-25).

Bourdieu problematizou, dessa forma, a “diferenciação assimétrica” que ordena a relação homens/mulheres justificada pela diferença de seus corpos sexuados e pela qual homens são compreendidos como sujeitos e mulheres como objetos/instrumentos. Essa organização se daria através de *violência simbólica*, termo que “[...] propõe superar a dicotomia entre dominação e consentimento e que atua por meio de uma internalização por parte dos sujeitos, construindo uma dimensão pré-reflexiva, manifesta nas posturas dos corpos socializados” (HEILBORN; SORJ, 1999, p. 17).

A construção dos corpos também como prática discursiva, com as violências simbólicas e materiais que sofrem, com as estratégias de poder nas quais estão inseridos, são preocupações de uma bibliografia que procura perceber a corporeidade fora de uma noção ontológica. Esses trabalhos estão, muitas vezes, em constante diálogo com a temática de sexo/sexualidade, na medida em que buscam problematizar a construção de um binarismo de gênero que se ancora no sexo anatômico e que determina papéis sociais e comportamentos sexuais. Parafraseando Berenice Bento (2009, p. 267), esses trabalhos trariam questionamentos a “uma biologia que já nasce generificada”.

Nessa perspectiva, os trabalhos de Judith Butler possuem papel de destaque no questionamento da separação gênero

⁵ Grifo nosso.

como construto *versus* sexo como dado biológico. A filósofa norte-americana também compreende o conceito de natureza como produção humana, sustentando que o sexo é tão construído quanto o gênero e que, portanto, não se estrutura em uma dimensão puramente anátomo-fisiológica. Para ela:

Se o caráter imutável do sexo é contestável, talvez o próprio construto chamado “sexo” seja tão culturalmente construído quanto o gênero; a rigor, talvez o sexo sempre tenha sido o gênero, de tal forma que a distinção entre sexo e gênero revela-se absolutamente nenhuma. (BUTLER, 2010, p. 25).

Segundo Butler (2010), não há sentido em se definir o gênero como uma interpretação cultural do sexo, significando o sexo como um “dado”, previamente concebido, estabelecido como pré-discursivo. Assim, gênero, para ela, deve também designar “o aparato mesmo da produção mediante o qual os próprios sexos são estabelecidos” (p. 25). Categorias como sexo, gênero e desejo são percebidas pela autora como efeitos de uma formação específica de poder que supõem uma forma de investigação crítica, nominada por Foucault de “genealogia”. Essa forma de inquirição, defendida por Butler, “[...] investiga as apostas políticas, designando como *origem* e *causa* categorias de identidade que, na verdade, são *efeitos* de instituições, práticas e discursos cujos pontos de origem são múltiplos e difusos” (p. 9).

A obra *História da Sexualidade* (1977), de Michel Foucault, é um marco para os estudos sobre a historicidade da sexualidade concebida por ele como um dispositivo⁶ que

⁶ O conceito dispositivo foucaultiano demarca “[...] um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais e filantrópicas. O dispositivo é a rede que se pode estabelecer entre esses elementos” (FOUCAULT, 2013, p. 364). Os dispositivos, como formações de um determinado momento histórico, responderiam, segundo ele, a urgências sociais, como no dispositivo

instaura a ideia de sexo, atribuindo-lhe sentido e finalidade por meio do aparelho anátomo-fisiológico e organizando, a partir dele, condutas e prazeres. No primeiro volume da obra de três tomos – *A Vontade de Saber* –, Foucault defende que, ao contrário do que algumas vertentes alegam, a Idade Moderna não se silenciou sobre o sexo, e que mesmo as proibições e censuras em torno dele seriam táticas de uma colocação discursiva que se multiplica, naquele momento, a partir do dispositivo da sexualidade. Analisar essa propagação e seus efeitos é procurar determinar o funcionamento e as razões do regime de poder-saber-prazer construído em torno da sexualidade humana. Essa investigação deve levar em consideração “[...] o fato de se falar de sexo, quem fala, os lugares e os pontos de vista de que se fala, as instituições que incitam a fazê-lo, que armazenam e difundem o que dele se diz, em suma, o ‘fato discursivo’ global, a ‘colocação do sexo em discurso’” (FOUCAULT, 1985, p. 16).

Nesse sentido, o corpo sexuado (GUIMARÃES, 2011), seria uma construção histórica, produzida por meio de práticas e discursos que, longe de serem simples enunciados, são dispositivos que produzem efeitos na materialidade corpórea. Os discursos sobre a sexualidade são aparatos que instalam, através do sexo, noções normativas que regem as relações humanas a partir de um binarismo de gênero. Nesse corpo, a anatomia sexual parece guardar nela mesma os significados de feminino e masculino. No entanto, ela não é senão interpretada em função de diferenças inferidas entre os dois sexos, diferenças essas que são também construídas e ressignificadas em diferentes contextos históricos.

Em outro grande referencial para as pesquisas de gênero, o já citado artigo *Gênero: uma categoria útil de análise histórica* (1990), também de Joan Scott, a autora defende que o gênero “[...] é um elemento constitutivo das relações sociais fundadas

da loucura para o controle de uma população “incômoda” na era mercantilista. Poderiam ainda ser expostos, como em programas institucionais, ou servir, ao contrário, para mascarar uma “prática que permanece muda” (FOUCAULT, 2013, p. 365).

sobre as diferenças percebidas entre os sexos, e o gênero é a primeira forma de significar as relações de poder” (SCOTT, 1990, p. 14). Ao longo do texto, Scott nos ajuda a compreender a amplitude desse conceito e defende a necessidade de analisarmos sempre a maneira como se opera toda a oposição binária e hierárquica produzida em torno da diferença de gênero, não a aceitando como natural e evidente por si.

Como base constitutiva das relações sociais fundadas sobre essas diferenças, o gênero abrangeria, segundo Scott (1990), quatro elementos. Citando-os brevemente, teríamos os símbolos culturais, que evocam representações simbólicas (tais como Eva e Maria); a política, no que se refere às instituições e organização social; a identidade subjetiva dos indivíduos e, por fim, os conceitos normativos. Interessa-nos, aqui, destacar os conceitos normativos que são “expressos nas doutrinas religiosas, educativas, *científicas*⁷, políticas ou jurídicas”. Tais categorias são alguns dos elementos que comporiam o que a autora define como conceito foucaultiano de poder, “[...] entendido como constelações dispersas de relações desiguais, constituídas pelos discursos nos ‘campos de força sociais’ [...]”, em contraposição a uma noção de poder social unificado (SCOTT, 1990, p. 14).

Certos conceitos normativos são construídos, reformulados e sustentados em uma das esferas de produção de discursos de poder que embasam as relações de gênero: o campo de produção das ciências naturais. Recorro, em seguida, a uma bibliografia produzida a partir do diálogo entre gênero e ciência que nos aponta caminhos possíveis de análise dentro dessa tendência historiográfica.

Gênero e ciência: caminhos possíveis

O surgimento de estudos de gênero e ciência estão inseridos em um contexto de grandes mutações percebidas nas

⁷ Grifo nosso.

quatro últimas décadas em relação aos estudos de história e filosofia das ciências, de uma maneira mais geral, introduzidos pelos *Social Studies of Science*. Essas transformações, segundo Dominique Pestre (2006), ultrapassam questionamentos de ordem filosófica para se aterem aos objetos de análise, sendo a ciência abordada como uma instituição – e não apenas como um saber – e como um conjunto de práticas, mais do que um conjunto conceitual. Essas transformações nos fariam passar do que havia o “[...] costume de chamar de ‘relações estruturais’ ao estudo complexo dos atos humanos em situação, sejam eles cognitivos ou práticos”; nesse sentido, os estudos que nascem em tal contexto mostram-se também interessados na dimensão reflexiva da atividade humana, com destaque a reflexão dos intelectuais (PESTRE, 2006, p. 4). Tais estudos promovem uma visão das práticas científicas que ultrapassam as paredes do laboratório e que passam a ser analisadas em relação a outras diversas atividades sociais, respondendo a objetivos múltiplos, como uma prática híbrida.

A “ciência” – e, com esse termo entre aspas e em minúscula, Pestre (2006) parece nos indicar uma crítica à ciência percebida como entidade autoevidente, possuidora de uma essência que a aparta do mundo social – surge agora dentro de uma leitura que a situa “nas formas materiais e regimes políticos ou produtivos que as fazem existir”. Em resumo, os estudos sobre as ciências que se desenvolveram nas últimas décadas, desnaturalizaram o objeto “ciência”, tido como mutável ao longo do tempo e de um lugar para o outro, como produção parcial, partidária e histórica (PESTRE, 2006, p. 6-7).

Uma grande contribuição dessa nova perspectiva de análise é a crítica a um conceito basilar da noção de ciência como detentora de discursos de verdade⁸: o conceito de *objetividade*

⁸ Sobre o conceito de verdade nos parece aqui pertinente refutar sua compreensão como dado inquestionável. Assim como o fato, a verdade é também produção “deste mundo; ela é produzida nele graças a múltiplas coerções e nele produz efeitos regulamentados de poder”. Cada sociedade possui seu regime de verdade, composto por discursos que ele faz funcionar como

científica. Tal conceito foi desestabilizado por autores como o Peter Galison, Lorraine Daston e Peter Dear, que discutiam, em seus trabalhos,

[...] as complexidades da história da subjetividade científica, evidenciando como o conceito de objetividade, que não é monolítico nem imutável, muito menos atemporal, surgiu enquanto conceito historicamente datado no final do século XVIII, para se estender às ciências naturais somente no meados do XIX, e como resultado da reorganização da profissionalização e internacionalização da vida científica. (LOPES, 2006, p. 45).

A refutação em torno da neutralidade das ciências e sua independência diante do social e de contextos históricos é acompanhada por reflexões em torno daqueles que atuam no fazer ciência, e alguns trabalhos atentam para “a marginalidade, dentro dos lugares legítimos da ciência, de mais da metade da população”: as mulheres (PESTRE, 2006, p. 76). Tais pesquisas não se prendem à exclusão das mulheres nas ciências apenas sob o viés quantitativo⁹, mas rendem importantes análises em torno da razão epistemológica para essa exclusão, compreendendo que a marginalidade da atuação feminina na construção do conhecimento científico institucionalizado gira em torno da compreensão da ciência como um lócus de produção e reprodução de disparidades de gênero. Nessa perspectiva:

verdadeiros, sustentados por aqueles cujo estatuto lhes permite dizer “a verdade” e por mecanismos que distinguem o verdadeiro do falso (FOUCAULT, 2013, p. 52).

⁹ Sobre esse ponto, Dominique Pestre ressalta, para além do problema numérico da inserção das mulheres nas ciências, o problema de questão hierárquica. Nesse sentido: “A presença das mulheres dentro de lugares legítimos da ciência não é mais impensável, não é mais hoje uma afronta à decência ou ao verdadeiro conhecimento. É necessário, pelo contrário, que as mulheres possam estar ao mesmo título que os homens, convém que seu direito seja reconhecido e afirmado – liberado para interpretar a discriminação (sempre efetiva) como devida às chances ainda desiguais de fato” (PESTRE, 2006, p. 78).

Pode-se dizer que os resultados e enunciados de ciências sejam eles mesmos relacionados, que sejam eles marcados pelas diferenças de sexo – a ver que as ciências estejam implicadas, em um sentido ainda mais profundo, de desigualdades de gênero, que elas contribuem ativamente, por seus saberes e sua autoridade, a fundar e refundar essas diferenças, de as naturalizar, na teoria e na prática, na biologia como na medicina, *via* as biotecnologias, assim como dentro das ciências sociais. (PESTRE, 2006, p. 77).

Maria Margareth Lopes (2006, p. 38) ressalta que as reflexões nos últimos anos em torno da sub-representação das mulheres nas ciências adquiriam consistência teórica e empírica por meio de discussões “[...] de como o gênero tem sido um fator significativo na estruturação das instituições e práticas científicas, e como as hierarquias de gênero têm direcionado pesquisas e moldado prioridades e teorias científicas”. Nesse sentido, remetendo à fundação do modelo de ciência que partilhamos hoje, para Londa Shienbinger (1993, p. 205-206):

Desde o Iluminismo, a ciência agitou corações e mentes com sua promessa de uma perspectiva “neutra” e privilegiada, acima das brigas violentas da vida política. Homens e mulheres, igualmente, responderam ao fascínio da ciência: “a promessa de tocar o mundo em seu ser mais íntimo, um toque tornado possível pelo poder do puro pensamento”. O poder da ciência ocidental – sua metodologia e epistemologia – é celebrado por produzir um conhecimento objetivo e universal que transcende as restrições culturais. Com respeito a gênero, raça, e muito mais, entretanto, a ciência não é neutra. Desigualdades de gênero, incorporadas nas instituições de ciência, influenciaram o conhecimento saído destas instituições.

Mas de que forma a ciência contribuiria com a disseminação de diferenciações de gênero que estariam na base da

exclusão feminina do fazer ciência? A crítica da ciência promovida pelas feministas preocupa-se com uma epistemologia que traça a construção histórica de ideologias e práticas científicas paralelamente à recusa de mulheres dentro delas. Se a trajetória dessa exclusão está atrelada à edificação do modelo de ciência moderna, procurar compreendê-la é traçar sua história, investigar a partir de que meios ela se dá.

No cerne desse debate encontramos as pesquisas de Evelyn Fox Keller, nas quais a autora, já na década de 1980, se voltou para os pressupostos sobre os quais a ciência moderna teria sido construída, deixando de fora as mulheres. Assim, ao citar essa autora, Lopes nos dá uma noção da amplitude que os trabalhos de epistemologia da ciência a partir do recorte de gênero alcançaram com os trabalhos de Keller. Neles, o centro de interesse

[...] não era a presença ou ausência das mulheres nas ciências, mas as maneiras pelas quais as imagens tradicionais de gênero puderam (involuntariamente) conformar a própria atividade científica: tratava-se de se interrogar sobre os recursos cognitivos, emocionais e humanos perdidos pela ciência porque tinham a característica de serem etiquetados como “femininos” e por isso sido excluídos. (LOPES, 2006, p. 41).

A própria construção da ciência moderna se daria em bases de distinção de gênero, por exemplo, na mudança do sentido de “intuição” no processo de se pensar o mundo ao fim do século das Luzes. Se anteriormente a intuição era concebida como uma das formas válidas de conhecimento, um rompimento radical entre razão e intuição se dá a partir de então, e essas duas categorias passam a ser concebidas como “opostas e incompatíveis” (PESTRE, 2006, p. 91). A valorização da cognição, da procura instrumental por “fatos”, ocorre com a desvalorização do processo intuitivo como antirracional. Ao mesmo tempo, esse processo está inserido em um movimento de redefinição social entre os sexos, onde o homem é valorizado como

portador de capacidade racional, e a mulher, detentora de capacidade intuitiva – menosprezada como forma não científica de aquisição de conhecimento. Os discursos que naturalizam essas diferenças estão presentes em diversos autores considerados marcos do pensamento contemporâneo ocidental, como Rousseau, Hegel e Auguste Comte, para os quais a intuição era um modo de pensar inerentemente feminino. Tais discursos naturalizam características, consideradas essencialmente masculinas ou femininas, ao ligá-las diretamente ao sexo biológico, na “obsessão do ocidente científico” em encontrar argumentos que fundamentem as diferenças dos sexos. Assim, a questão do lugar das mulheres na ciência¹⁰ dá rapidamente lugar a outra, mais decisiva: a questão da natureza sexuada dos saberes (PESTRE, 2006, p. 79).

Em *Reflections on Gender and Science* (1998), Keller estuda a ligação histórica entre ciência e masculinidade como legado da construção do modelo científico produzido a partir do século XVII e que se dá, concomitantemente, na disjunção entre feminino e ciência. Relacionando características como objetividade e razão à mente masculina, em oposição à subjetividade e sentimento, considerados inerentes à natureza feminina, os “pais fundadores” desse modelo recorriam a uma linguagem de gênero para propor o novo objetivo da ciência. Esse objetivo seria sistematizado pelas metáforas do inglês Francis Bacon

¹⁰ Sobre esse ponto, Pestre ressalta a relevância em se produzir textos que tratem, também, da atuação das mulheres na ciência, sobretudo no que diz respeito à sua presença em esferas de saber não institucionais, quando contribuíram em pesquisas, muitas vezes, fora dos lugares sancionados e reconhecidos como únicos produtores de saber (a exemplo, as universidades). Esses trabalhos de história da atuação feminina “invisível” seriam essenciais para fazer surgir outro tipo de história, não centrada apenas nas instituições oficiais, em uma história “heroica e agonística” (PESTRE, 2006, p. 82). O historiador, enveredando-se nesse percurso, faria “aparecer o extraordinário trabalho de apagamento e de reatribuição que implica a fabricação das memórias dos sábios”. Pesquisas nessa área podem resgatar, por exemplo, a atuação de irmãs e esposas que trabalharam ao lado de homens aos quais foi legada toda a criatividade científica (PESTRE, 2006, p. 81).

(1561-1626), considerado figura central no desenvolvimento da filosofia moderna da ciência, nas quais defende uso de atributos viris para subjugação da natureza aos serviços do homem. Na proposta baconiana, cabe, então, aos homens (cientistas) o poder de dominação desse personagem feminino e passivo e o empreendimento científico, público e impessoal. Às mulheres é legado o trabalho de proteção do pessoal e do privado, em um processo que garantiria, para a autora, “a segurança da autonomia da ciência” (KELLER, 1985, p. 7).

A metáfora central de Bacon – para Keller (1985, p. 48), “a ciência como poder, uma força viril o bastante para penetrar e subjugar a natureza” – deve, no entanto, ser compreendida em um contexto mais amplo de tensão entre papéis femininos e masculinos na sociedade inglesa quando a literatura, as canções e os sermões procuravam difundir repreensões às mulheres para que não se portassem de maneira masculina e, portanto, ofensiva. Depois da Restauração, segundo Keller (1985, p. 63), as “distinções de gênero” começaram a se tornar ainda mais profundas e as mulheres passam a depender cada vez mais financeiramente de seus maridos. Dessa forma, a autora não defende que a revolução científica iniciou ou efetuou distinções de gênero, mas que corroborou a polarização em torno do feminino e masculino – segundo ela demandadas pelo capitalismo industrial. Para a autora:

Em afinidade com, e até mesmo em resposta à crescente divisão entre masculino e feminino, público e privado, trabalho e lar, a ciência moderna optou por uma ainda maior polarização de mente e natureza, razão e sentimento, objetividade e subjetividade; em paralelo com a crescente dessexualização da mulher¹¹, ela

¹¹ Sobre a dessexualização da mulher na Inglaterra, Keller aponta para o processo histórico de domesticação que culminaria na mudança da ideia de mulher como um ser carregado de luxúria instável do século XVII, para o “anjo do lar” do século XIX, quando o ideal de figura feminina seria a mulher casta e dependente, cujo papel era a transmissão de valores às futuras gerações (KELLER, 1985, p. 62).

ofereceu uma concepção da natureza não animada, não santificada e cada vez mais mecanizada. Fazendo isso, a ciência se tornou um agente ativo de mudança. A ideologia da ciência moderna deu ao menos a alguns homens uma nova base para a autoestima e maestria masculinas. Se o conceito de racionalidade e objetividade, e a vontade de dominar a natureza, sustentaram o crescimento de uma visão particular da ciência, eles sustentaram ao mesmo tempo a institucionalização de uma nova forma de masculinidade. Dado o sucesso de uma ciência moderna, definida em oposição a tudo que é feminino, os medos da natureza e da mulher poderiam diminuir. (KELLER, 1985, p. 64).

Nesse sentido, Londa Schiebinger (2001, p. 37) alerta, em *O Feminismo mudou a ciência?* (2001), para que não tenhamos a pretensão de que “[...] as mulheres alegremente tenham êxito em um empreendimento que em suas origens foi estruturado para excluí-las”, propondo que o processo de inclusão se dê a partir de mudanças na cultura, método e conteúdo das ciências. Reforçando seu argumento, ela analisa historicamente esse processo de exclusão, chegando a análises quantitativas e qualitativas da atual inclusão das mulheres nas ciências – com foco nos Estados Unidos e na Europa. Essa historiadora procura, desse modo, debater qual repercussão e quais mudanças as discussões provocadas pelas feministas geraram dentro do meio científico em relação à disparidade de acesso entre mulheres e homens.

Ao abordar o contexto científico europeu de uma maneira mais ampla, Schiebinger (2001) retrocede no tempo para analisar historicamente o lugar das mulheres nas ciências. Na conjuntura dos séculos XVII e XVIII, quando os espaços de produção de ciência não estavam restritos aos laboratórios e à educação universitária¹², alguns homens e mulheres eram,

¹² Para Schiebinger algumas poucas mulheres teriam conseguido lecionar em universidades, primeiramente na Itália, a partir do século XIII. No geral, segundo a autora: “As universidades não foram boas instituições para as

segundo a autora, cientistas assalariados em tempo integral. Não haveria, portanto, uma distinção bem marcada de que as mulheres não poderiam fazer parte desse círculo.

Schiebinger ressalta que algumas mulheres, ainda nos anos iniciais da revolução científica, eram encorajadas a se instruírem sobre ciências, mas tal movimento se dava com aquelas abastadas ou da realeza. Elas procuravam atuar, sobretudo na França, no que a autora denomina “redes nobres” (compostas por patrocinadores, físicos nobres e consumidores ilustres segundo ela), como foi o caso da marquesa de Châtelet¹³. Outras ainda teriam destaque como patrocinadoras de ciência, como a Rainha Cristina da Suécia – que, no entanto, por sua aptidão filosófica, foi acusada de ser hermafrodita (SHIENBINGER, 1991, p. 65-66). Mas o processo que barrou a inclusão dessas mulheres em centros de cultura científica, como a Royal Society¹⁴ de Londres e a Académie Royale des Sciences em Paris¹⁵, fazia com que a relação daquelas que buscavam estudos científicos fosse mediada “através de homens, fossem estes seus maridos, companheiros ou tutores” (KELLER, 1985, p. 66). Marie Curie, apesar do reconhecimento por seus méritos e do recebimento do primeiro Nobel entregue a uma mulher (1903), somente assumiu a cadeira de professora na Sorbonne após a morte de seu marido, Pierre Curie (SHIENBINGER, 1991).

Se nos séculos XVII e XVIII as novas instituições e ideologias limitam a participação das mulheres na prática científica, a crescente profissionalização das ciências as afastaria cada vez mais desses espaços no século XIX. Existiriam para elas duas opções de carreiras científicas: procurar adentrar as universidades ou participar de processo de produção científica no espaço

mulheres. Desde sua fundação no século XII até o início do século XX, as mulheres eram excluídas do estudo” (SCHIEBINGER, 2001, p. 61).

¹³ Gabrielle-Emilie Le Tonnelier de Breteuil (1706-1749), física e matemática francesa.

¹⁴ Instituição da qual Francis Bacon fazia parte, fundada em 1660, em Londres, com o intuito de produzir conhecimento científico.

¹⁵ Criada em 1666, para promover pesquisas científicas e sua aplicação.

familiar a elas legado. A primeira opção seria alcançada pelas mulheres – após reivindicações, e não “naturalmente” – no século XX. Na esfera doméstica, muitas delas trabalharam como “sombras” nas pesquisas de seus maridos, contribuindo sem serem notadas publicamente, como aconteceu com Margareth Huggins, esposa de William Huggins, e Mileva Maric, esposa de Albert Einstein (KELLER, 1985, p. 69-70).

Muitas das dificuldades encaradas pelas mulheres para o acesso não apenas ao trabalho científico, mas profissional de uma forma geral, seriam para Schiebinger fruto da divisão, nas sociedades modernas, entre emprego e lar. Ela explica que:

No século XVII e cada vez mais no XVIII, a sociedade europeia divergiu política e economicamente em duas esferas separadas: a esfera pública do governo e das profissões e a esfera privada da família e do lar. Os homens (da elite e da classe média) encontram seu lugar na esfera pública, enquanto as mulheres dessas classes tornam-se mães recém-habilitadas dentro do lar. (SHIEBINGER, 2001, p. 142).

E se elas reivindicam e passam a ocupar lugares profissionais fora do lar no século XX, a vida doméstica continua a lhes ser vinculada, “[...] em uma sociedade que espera que as mulheres, mais do que os homens, ponham a família à frente da carreira” (SHIEBINGER, 2001, p. 182). Assim, a tentativa de ocupação dos dois espaços – profissional e doméstico – é geradora de tensões pessoais para aquelas que os anseiam, o que inclui a sobrecarga de trabalho.

O modelo de ciência que herdamos – dita racional, objetiva, neutra – promove o afastamento da mulher de suas práticas quando, em seu discurso fundador, considera que ela não está apta ao empreendimento científico. A falta de racionalidade, tão cara a esse empreendimento, seria inata às mulheres; bem como sua inclinação para sensibilidade, intuição e instabilidade registradas em seu sexo. Ao alcançar a possibilidade de “fazer ciência”, Schiebinger relata a discriminação sofrida por

cientistas mulheres ao terem sua capacidade cognitiva subestimada em função de sua fisiologia, como no caso de serem consideradas instáveis em momentos relacionados aos períodos menstruais – alegando-se a presumida tensão pré-menstrual – e durante a maternidade, que provocaria nelas grande instabilidade psicológica (SHIENBINGER, 2001). No processo de requisição dos espaços de ciência, as mulheres são ainda direcionadas pela cultura e educação a se instalarem em disciplinas associadas a características femininas, sobretudo em disciplinas que exigem cuidado com o outro – como a enfermagem (MOREIRA, 1999).

Se a filosofia da ciência moderna legou aos homens, em princípio, a conquista e exploração da natureza, as ciências biomédicas também se construíram a partir desse princípio. Excluídas nesse contexto da prática científica, as mulheres se tornam um importante objeto de análise, sobretudo em relação à sua sexualidade. No trabalho de legitimação da diferença corpórea entre mulheres e homens, alguns campos das ciências tiveram grande relevância, como a biologia, que tem sido “[...] instrumento impositivo de uma lógica argumentativa determinista que tem conferido aos gêneros e às sexualidades significados derivados dessa associação restrita entre sexo, gênero e sexualidade” (FURLANI, 2009, p. 147).

Alguns trabalhos analisam, nesse sentido, a construção de noções cunhadas dentro dos ciências médico-científicas que encontram no corpo de homens e mulheres a justificativa para diferenças de gênero. Entre eles encontramos o estudo sobre gênero e sexo: *Inventando o Sexo – Corpo e gênero dos gregos a Freud* (2001). Nele, Laqueur defende que, a partir de meados do século XVIII, deixam de servir de base explicativa da relação feminino/masculino argumentos transcendentais e costumes anteriormente aceitos, entrando em foco o corpo, especificamente o sexo biológico, para a construção de novas interpretações e justificativas. A relação entre o sexo masculino e feminino, construída a partir de então sobre a noção de “dimorfismo” radical entre os dois, romperia com o “modelo do sexo único”,

em que o corpo sexuado feminino era concebido como a versão imperfeita do homem. Esse modelo teria suas origens na teoria do calor vital legada por Aristóteles e Galeno, na qual os órgãos sexuais femininos seriam os órgãos sexuais masculinos invertidos, por faltar à mulher calor suficiente para exteriorizá-los como o homem (MARTINS, 2004).

Esse padrão de percepção do corpo teria perdurado até o século XVIII, e fora reproduzido em tratados filosóficos e médicos, como na obra *De Humanis Corporis Fabrica* (1543) de Vesalius¹⁶, considerado o primeiro grande tratado moderno de anatomia (LAQUEUR, 2001). Bourdieu, alguns anos antes, havia atentado para as representações anatômicas a partir da noção de oposições, como em relação à visão da vagina como falo invertido encontrado em escritos cirúrgicos da Idade Média¹⁷ em uma ideia que perdurou até a Renascença, quando o homem e a mulher eram ainda percebidos como duas variantes da mesma fisiologia. Recorrendo a Yvonne Knibiehler¹⁸, ele atentou para as mudanças que ocorreram no início do século XIX, quando anatomistas e moralistas procuraram justificar o estatuto social da mulher a partir de seu corpo, fazendo uso de oposições entre exterior e interior, razão e sensibilidade, atividade e passividade, que marcariam respectivamente a conduta de homens e mulheres (BOURDIEU, 1998, p. 29).

Laqueur ressaltou que, mesmo em termos linguísticos, havia no modelo do sexo único uma associação entre o sistema sexual masculino e feminino – como na analogia testículos e ovários – e que a vagina, por exemplo, somente recebeu um nome específico no século XVIII. A partir desse momento, os órgãos reprodutivos passaram a mostrar o “fundamento da diferença incomensurável”, repudiando o isomorfismo de

¹⁶ Andreas Vesalius (1514-1564), anatomista belga que publicou *De humanis corporis fabrica* em 1543.

¹⁷ Em *Corps et Chirurgie à l'apogée du Moyen Âge*, de Marie-Christine Pouchelle. Paris: Flammarion, 1983.

¹⁸ Bourdieu (1998) se refere ao texto dessa historiadora francesa (KNIBIEHLER, 1976) intitulado *Les médecins et la “nature féminine” au temps du Code Civil*.

Aristóteles e Galeno que havia sido transmitido em várias traduções e interpretações, rompendo com a ideia de “diferenças sutis entre os órgãos, fluidos e processos fisiológicos” que refletiriam uma ordem transcendental de perfeição (LAQUEUR, 2001, p. 189). Nesse processo de “descoberta” de diferenças,

[...] é sempre a sexualidade da mulher que está sendo construída; a mulher é a categoria vazia. Só a mulher parece ter ‘gênero’, pois a própria categoria é definida como o aspecto de relações sociais baseadas na diferença entre os sexos, onde o padrão sempre foi o homem. (LAQUEUR, 2001, p. 32).

A produção científica nos séculos XVIII e XIX procurou no corpo feminino as evidências de uma diferença sexual que sustentaria “empiricamente” especificidades inerentes ao seu sexo e, assim, “sua inferioridade biológica sua subordinação política” (MARTINS, 2004, p. 31). Nesse movimento, a biologia – o corpo visto como “estável, não-histórico [*sic*] e sexuado” – foi a base epistêmica para noções de gênero convencionadas pela ordem social (LAQUEUR, 2001, p. 18).

Em *Inventando o sexo*, assim como nos demais textos aqui expostos, encontramos sempre a preocupação com o caráter histórico da produção dos saberes científicos. Como bem postula Laqueur (2001) e como intencionei demonstrar ao longo do texto, tal produção reflete também modelos de gênero elaborados em determinado contexto sócio-político. Tais modelos não são imanes e sim fruto de discussões, respondendo a tensões, conflitos e negociações em torno de papéis de gênero.

Considerações finais

Assim como Kalwa, Larguèche e Martykánová (2010), acredito não haver dúvidas de que o gênero abriu novos questionamentos e transformou interpretações do passado.

Dessa forma, ansiei aqui, de maneira mais específica, recorrer à parte de uma relevante bibliografia que recorre a esse conceito – ou ao estímulo de análise relacional que ele implica – para a historicização de distinções entre feminino e masculino agenciadas dentro das ciências naturais. Não intencionei realizar um estado da arte, mas dar destaque a estudos que discutem a elaboração de discursos e práticas científicos por esse viés, por meio de caminhos como a construção da ciência moderna, a crítica feminista à ciência ou ainda o estudo histórico da construção de diferenças sexuais na biomedicina.

Ainda que grande parte desses trabalhos tenha nas mulheres e/ou no gênero feminino seu principal objeto de estudo, eles abrem também caminho para a desnaturalização de noções historicamente concebidas como masculinas. Aponto, nesse sentido, trabalhos mais recentes com aportes relacionais, como os três volumes de *História do Corpo* organizados por Alain Corbin, Georges Vigarello, Jean-Jacques Courtine (2008), e a seleção de artigos *História do Corpo no Brasil*, organizada por Mary Del Priori e Marcia Amantino (2011), ambos contando com diversos ensaios sobre sexualidade e gênero. Também a coletânea *História da Virilidade* (2013), com textos que analisam sistemas de representações, valores e normas da faculdade – historicamente masculina – cuja dominação sobre as mulheres, segundo Corbin, é apenas um elemento. Os trabalhos presentes nessas publicações, como tantos outros que não pudemos aqui citar, indicam a força das ciências na construção/reelaboração das representações de gênero que são vividas e sentidas de diversas formas em nosso cotidiano.

Recorrer ao gênero é uma das formas de compreender como se organiza a vida em sociedade, como noções culturais são edificadas e políticas são elaboradas. Todos esses aspectos fazem parte da produção daquilo que nomeamos ciências. Promover investigações que considerem também o gênero como elemento que participa da produção dos processos científicos não nos obriga a excluir outros aportes teóricos, e sim, ajuda-nos a ampliar nossa visão histórica. Com o artigo aqui proposto,

procurei esboçar um pequeno recorte dessa ampla temática e estimular essa tendência historiográfica que carece ainda de muitas contribuições.

Referências

BENTO, B. Corpo-projeto. *Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 265-283, jan./abr. 2009.

BOURDIEU, P. *La Domination masculine*. Paris: Éditions du Seuil, 1998.

BUTLER, J. *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2010.

CHARTIER, R. Diferenças entre os sexos e dominação simbólica (nota crítica). *Revista Pagu Fazendo Gênero*, Campinas, n. 4, 37-47, 1995.

CORBIN, A.; VIGARELLO, G.; COURTINE, J.-J. (Org.). *História do Corpo*, 3 vol. São Paulo: Editora Vozes, 2008.

_____.; _____.; _____. *História da Virilidade – A Invenção da Virilidade da Antiguidade Às Luzes; O Triunfo da Virilidade, o Século XIX; A Virilidade Em Crise? Século XX-XXI*. São Paulo: Editora Vozes, 2013.

DEL PRIORI, M.; AMANTINO, M. (Org.). *História do Corpo no Brasil*. São Paulo: Editora UNESP, 2011.

FOUCAULT, M. *História da Sexualidade I: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

FURLANI, J. Representações da mulher e do feminino na mídia impressa brasileira: desconstruindo significados na educação sexual. In: SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO. Superintendência de Educação. Departamento de Diversidades. Núcleo de Gênero e Diversidade Sexual. *Sexualidade*. Curitiba: SEED, 2009. p. 1-7.

GUIMARÃES, T. F. Construção do corpo sexuado: uma reflexão sobre os significados de gênero e de como este se articula com o corpo. *Revista Sociais e Humanas*, v. 24, n. 2, p. 148-161, fev. 2012.

HEILBORN, M. L.; SORJ, B. Estudos de gênero no Brasil. In: MICELI, S. (Org.). *O que ler na ciência social brasileira (1970-1995)*, ANPOCS/CAPES. São Paulo: Sumaré, 1999. p. 183-221.

KALWA, D.; LARGUÈCHE, A.; MARTYKÁNOVÁ, D. Gender History: Some Reflections. In: KLUSÁVOKÁ, L. *et al. Crossing frontiers, resisting identities*, Edizioni Plus. Pisa: Pisa University Press, 2010. p. 343-355.

KELLER, E. F. *Reflections on gender and science*. London: Yale University Press: 1985.

KNIBIEHLER, Y. Les médecins et la “nature féminine” au temps du Code Civil. *Annales*, v. 31, n. 4, p. 824-845, 1976.

LAQUEUR, T. *Inventando o Sexo – Corpo e gênero dos gregos a Freud*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001.

LOPES, M. M. Sobre convenções em torno de argumentos de autoridade. *Cadernos pagu*, Campinas, v. 27, p. 35-61, dez. 2006.

LOURO, G. L. Uma sequência de atos. *Revista CULT*, ano 16, n. 185, p. 31-34, nov. 2013.

MARTINS, A. P. V. *Visões do Feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

MOREIRA, M. C. N. Imagens no espelho de Vênus: mulher, enfermagem e modernidade. *Rev. Latino-am. Enf.*, v. 7, n. 1, p. 55-65, 1999.

PESTRE, D. *Introduction aux Science Studies*. La Découverte, Coll. Repères, 2006.

PINTO, C. R. J. *Uma história do feminismo no Brasil*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2003.

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação e Realidade*, Porto Alegre, v. 16, n. 2, p. 5-22, dez. 1990.

_____. História das mulheres. In: BURKE, Peter. *A escrita da história: novas perspectivas*. São Paulo: UNESP: 1992. p. 63-96.

SCHIEBINGER, L. L. *The Mind Has No Sex?: Women in the Origins of Modern Science*. Cambridge: Harvard University Press, 1991.

_____. *O feminismo mudou a ciência?* Bauru: EDUSC, 2001.

A Guerra também é aqui: Itapetininga x AIDS (1985–1993)

GUSTAVO VARGAS LAPROVITEA BOECHAT

“A metáfora que se constrói em relação às atitudes de uma sociedade para combater uma doença é associada à forma que um dramaturgo escolhe seu tema e organiza sua trama”. (DOLINSKI, 2013, p. 420).

Introdução

Este texto busca comprovar o que o historiador João Dolinsky afirma nesta epígrafe a partir de um estudo de caso sobre as representações sociais historicamente construídas em torno da epidemia de AIDS¹ que ocorreu na cidade de Itapetininga, entre os anos de 1985 e de 1993. Tais visões estão projetadas nos discursos emitidos pela elite local, os quais, por meio dos documentos oficiais e midiáticos, emitiram mensagens e arquitetaram repostas partindo da sua vivência e da sua posição social.

As fontes para o estudo são duas: a primeira, de ordem oficial, são as atas, os requerimentos e os projetos da Câmara Municipal da cidade, que foram produzidos pelas autoridades locais e manifestaram a sua visão sobre a doença. A segunda parte documental se remete à imprensa local, o *Jornal Nossa Terra*, que produziu uma série de representações sociais, por

¹ Do inglês Acquired Immunodeficiency Syndrome, também conhecida na língua portuguesa por Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA).

meio do uso de metáforas, para tentar ilustrar a doença aos seus leitores, o que contribuiu para formar um imaginário itapetiningano sobre a AIDS. Em 1989, o periódico foi lançado pela Editora A Hora de São Miguel, que abrangia uma circulação e noticiário regional e realizou publicações até dezembro de 2005 em Itapetininga/SP. Estabelecido pela Empresa MHM (Marcos, Hélio e Malatesta). Direcionado à elite local, ele trazia em suas publicações semanais notícias sobre o desenvolvimento agrícola da região, com o intuito de potencializar a cidade de Itapetininga como centro agrícola regional do Estado. Apresentava também outros temas, tais como os casos de polícia e a política, a economia e a sociedade do município.

A metodologia utilizada para o debate parte das premissas da História das Representações Sociais. Entendemos o conceito de “representações sociais” como produções do imaginário sobre a estrutura real, que não são discursos neutros, pois possuem uma função ideológica e política do grupo que as elabora e tenta impô-las sobre os outros através dos sistemas de poder vigentes (CHARTIER, 2002, p. 17). Os discursos contidos nas fontes do presente texto são compreendidos como uma arte do dizer, composta por estilos e táticas, que produzem efeitos de sentido e evidências sobre o público-alvo, observáveis por meio da interação com conteúdo apresentado e da forma como ele é transmitido (CERTAU, 2008, p. 154).

Logo, buscaremos fazer uma reconstrução histórica dos discursos produzidos sobre a AIDS pela classe política, pelo médico, pelos sacerdotes cristãos e pela imprensa da cidade de Itapetininga. Tais pronunciamentos são capazes de revelar as suas ideologias e levam mensagens a outras pessoas. As manifestações estão contextualizadas em dois momentos históricos: a de uma crise socioeconômica vivida no município, entre os anos de 1985 e 1989, e um momento de prosperidade desenvolvimentista no local devido a investimentos externos, entre os anos de 1989 e 1993.

As doenças têm história, pois elas são uma experiência subjetiva e estão inseridas em uma complexa realidade

empírica. As práticas de cura, do adoecimento e a experiência com a morte estão ligadas às estruturas sociais, às instituições, às representações e às mentalidades (LE GOFF, 1985, p. 8). Elas são capazes de revelar, a partir das ações humanas, diversos aspectos culturais, sociais, econômicos, psíquicos e políticos de uma sociedade, como veremos mais adiante.

Uma breve história da AIDS nas décadas de 1980 e 1990

Durante a década de 1970, autoridades sanitárias e alguns membros da comunidade médica europeia e estadunidense começaram a desconfiar de que algo referente à saúde da população de seus países parecia estar diferente. As pessoas voltaram a adoecer por doenças que haviam sido erradicadas na década de 1950 devido ao tratamento feito pela penicilina, como a gonorreia e a sífilis (GARRETT, 1995, p. 265). Outras estavam adoecendo por infecções oportunistas que somente se manifestavam quando o corpo se encontrava com uma baixa imunidade, como Sarkoma de Kaposi, candidíase, herpes simples, criptococose no sistema nervoso central, toxoplasmose cerebral e pneumonia causada por *Pneumocysti carinii* (NASCIMENTO, 2005, p. 82).

Os médicos e as autoridades sanitárias destes países começaram a desconfiar que tais infecções não seriam as causas únicas da morbidade ou da mortalidade daqueles homens, mas poderiam ser decorrentes de uma nova entidade clínica que devastava o sistema imunológico do organismo afetado, fragilizando o corpo diante de infecções oportunistas (MARQUES, 2003, p. 39). O adoecimento por ela parecia agir de forma oculta, acobertada por outras enfermidades, de modo que, durante algum período, a humanidade não reconhecia que aquele espectro seria um novo fenômeno histórico. Assim começava a ser escrita a história da AIDS.

A reação social à epidemia de AIDS repetiu comportamentos praticados em torno da “*Peste Bubônica*”; como a

estigmatização e a culpabilização de certos grupos sociais pela transmissão das doenças; estes eram definidos por outros como cometedores de pecados que, por romperem com os comportamentos tradicionais da época, consequentemente, estavam sendo castigados por seus desvios de conduta. Durante a década de 1980, os homossexuais, os bissexuais, os poligâmicos e os usuários de drogas injetáveis foram culpados, pelos grupos conservadores, de transmitirem o HIV. Seguindo os mesmos parâmetros classificatórios, os hemofílicos, os profissionais do sexo, as pessoas casadas com indivíduos portadores do HIV e as crianças que contraíram o vírus por meio da transmissão vertical foram estigmatizados e colocados na marginalidade (MARQUES, 2003, p. 34-35).

Na década de 1990, a AIDS passou a estar cada vez mais presente na agenda das políticas de saúde, econômicas e sociais de diversos países. Ao mesmo tempo, diversas conferências internacionais passaram a debater a doença com um viés mais político, o qual procuraria garantir o acesso ao tratamento da doença e a prevenção à transmissão do HIV. Porém, o sucesso de tais transformações não foi o suficiente para superar os problemas de ordem preconceituosa contra aqueles que por ela adoeciam ou que viviam com o HIV (GALVÃO, 2000, p. 193).

A AIDS no Brasil

Na década de 1980, a AIDS não era a doença de maior preocupação do Governo Federal, pois sua notificação era menor em relação a outras epidemias, como Chagas, Hepatite e Sífilis. Com a diversidade da epidemia, a pressão das Organizações Não Governamentais (ONGs) e a sua difusão no território brasileiro, o Poder Executivo Federal (por meio do Ministério da Saúde), em 1985, fez o seu primeiro pronunciamento e elaborou a primeira resposta frente a AIDS. Foi criado o Plano Nacional de AIDS, dirigido por Lair Guerra, que tinha como objetivo controlar a epidemia, por meio da fiscalização do

sangue e seus derivados, e elaborar campanhas educacionais de prevenção (mesmo que pautadas de um catolicismo conservador e por questões morais) (PARKER, 1990, p. 65; MARQUES, 2003, p. 68; NASCIMENTO, 2005, p. 94-95).

Entretanto, mesmo com as mudanças governamentais nos anos de 1992 e 1994, a História da epidemia da HIV/AIDS no Brasil apresenta transformações significativas. Em 1994, com o empréstimo feito pelo governo brasileiro junto ao Banco Mundial no valor de 160 milhões de dólares, mais os 90 milhões de dólares de contrapartida por parte do Tesouro Nacional, tornou-se possível elaborar um grande projeto, que duraria quatro anos, com o objetivo de realizar a prevenção, o controle, a assistência e o tratamento da doença. Tal projeto era gerido pelo Ministério da Saúde e se tornou o maior e mais visível programa nacional de AIDS em todo o mundo em desenvolvimento. O seu sucesso possibilitou, em 1998, um segundo empréstimo na mesma instituição financeira, no valor de 165 milhões de dólares, com contrapartida de 135 milhões de dólares do governo brasileiro (PARKER; GALVÃO; BESSA, 1999, p. 12). Com a disponibilidade feita pelo Estado do AZT aos portadores do HIV pelo SUS, em 1996, o Brasil tornou-se referência nas políticas públicas de AIDS no mundo, mesmo não superando as dificuldades históricas apresentadas; porém, os empréstimos tiveram exigências e contrapartidas fiscais nas questões sociais por parte da instituição financeira ao país, o que poderia enfraquecer o próprio Sistema Único de Saúde (SCHEFFER, 2012, p. 75-76).

A cidade de Itapetininga no final do século XX

O município de Itapetininga localiza-se no Sul do Estado de São Paulo, há 160 km da Capital, na Bacia do Alto do Paranapanema. Com extensão territorial de 1870 km² é o terceiro maior em extensão do Estado. O município possui um sistema de rodovias que o interliga à Piracicaba, Sorocaba, Campinas,

Curitiba e a outras cidades do sul do País e ao Estado do Mato Grosso. Possui um ramal ferroviário importante que conecta o Sul do País a São Paulo e ao porto de Santos, por meio de uma Rede Ferroviária Federal. Em relação às rodovias, pode-se ter acesso ao Município pela Rodovia Raposo Tavares e Rodovia Castelo Branco. Nas décadas de 1980 e 1990, a sua população era de aproximadamente entre 100 e 110 mil habitantes, respectivamente (FERNANDEZ, 1993, p. 5).

Em relação à realidade política da cidade de Itapetininga nas décadas de 1980 e de 1990, dividiremos em dois momentos políticos: o primeiro é composto pela gestão do prefeito Joaquim Aleixo Machado (PMDB), que ocupou o executivo entre os anos de 1984 a 1988. O segundo é a gestão do prefeito José Carlos Tardelli (PMDB), entre os anos 1989 e 1992. Por mais que ambos fossem do mesmo partido político e defendessem similares interesses da elite local, teria ocorrido entre eles uma diferenciação – esta atribuída pela imprensa paulista, como veremos adiante.

A gestão municipal de Joaquim A. Machado foi representada pela imprensa midiática paulista como um período de uma estagnação do desenvolvimento socioeconômico no município de Itapetininga e por insatisfação popular e política. O jornal *Cruzeiro do Sul* publicou, em fevereiro de 1984, uma reportagem² sobre a situação política entre o prefeito e os seus correligionários políticos, além da distribuição de cargos. O periódico apresenta a situação discutida na segunda sessão da Câmara Municipal da cidade:

A sessão não apresentou destaque maior em relação a projetos de real interesse em Público, mas foi dominada pela saraivada de críticas e reclamações da maior parte dos vereadores do PMDB contra o prefeito Joaquim Aleixo Machado, de seu partido. Nas manifestações e discussões em plenário, houve a cobrança de serviços e

² Editorial intitulado “Itapetininga: Câmara faz críticas à prefeitura”.

melhoramentos públicos, apresentação de reclamações populares nas vilas, protestos contra a ausência de atendimento a pedidos dos vereadores, os novos impostos e as taxas em vigor. (EDITORIAL, 1984).

A gestão municipal do prefeito José Carlos Tardelli estava inserida no contexto histórico de uma prosperidade de modernidade socioeconômica que estaria chegando à cidade de Itapetininga por meio de um investimento produzido pelo Grupo Votorantim na agroindústria da citricultura:

A Região de Itapetininga finalmente vê delinear-se no horizonte o amanhecer de um novo tempo. Um tempo do desenvolvimento no qual muitos não acreditavam, porém pelo qual todos ansiavam. É a hora do progresso. A hora da verdade. (JORNAL NOSSA TERRA, 1989, p. 2).

Em contrapartida àquele ensaio ao desenvolvimento do título do Editorial, a imagem negativa que a cidade possuía recaía principalmente nos seus cidadãos mais carentes, mas não deixava de permear também as preocupações dos formadores de opinião, como o do jornal em análise, que deixam transparecer em seu discurso grande insatisfação com a imagem que faziam da cidade externamente. Esta preocupação excessiva com o fato de a região ser subdesenvolvida e pobre em relação às outras do Estado de São Paulo, pode ser observada também neste outro trecho publicado na segunda quinzena de julho de 1989, pois o autor tem claras intenções de exaltar o passado e o futuro da localidade:

Por muitos e muitos anos ouviu-se dizer que a nossa Região era o “Ramal da Fome”, uma região pobre, subdesenvolvida, esquecida pelos governos e não atrativa pelos investimentos de capital. Nós, que nascemos e vivemos aqui, sabemos o quanto esta imagem contém de inverdade e preconceito. Esta área do Estado já foi

um importante centro financeiro e difusor cultural até meados da década de 30 e é, atualmente, inversamente ao que se diz um “Eldorado” para investidores. Além disso, não se pode esquecer que representamos uma parcela importantíssima da economia paulista. (JORNAL NOSSA TERRA 1989, p. 2).

Para consolidar esta vocação desenvolvimentista, o Editorial supracitado apresenta, ainda, o investimento que a Vinícola Cereser pretendia fazer na cidade vizinha de São Miguel Arcanjo, com a cultura da uva vinífera em larga escala. Além disso, o impulso no setor de laticínios com investimentos de dois empresários paulistas também foi considerável e contribuiu para a formação desta intenção desenvolvimentista, que não ficou restrita à agroindústria, abrangendo simultaneamente a indústria urbana e o setor de serviços.

Uma informação contraditória pode ser verificada na publicação do *Jornal Nossa Terra* na segunda quinzena do mês de fevereiro de 1990³, onde é apresentado um clima de modernidade e progresso creditado à região de Itapetininga, que na realidade vinha sofrendo um intensivo processo de empobrecimento, justificado, segundo o professor de economia da FKB (Faculdades Integradas de Itapetininga) Rubens Carrano, pela comercialização de produtos industrializados de outras localidades. Essa tendência comercial elevou o custo de vida da população, pois os produtos locais não conseguiam sequer acompanhar a inflação. Como consequência, estava havendo “um empobrecimento cada vez maior da nossa Região, principalmente no setor agropecuário” (EDITORIAL, 1990, p. 1).

Acompanhando esse quadro de crise social, o *Nossa Terra* denunciou, entre 28 de junho a 4 de julho de 1993, o calamitoso quadro de saúde local, com o fechamento da Santa Casa de Misericórdia de Itapetininga, por falta de repasse de

³ Editorial denominado como “Transferência de renda empobrece a Região”.

verbas e como reflexo da crise de saúde pública que o país vivia (EDITORIAL, 1993).

As condições de saneamento básico de Itapetininga do final da década de 1980 ao início de 1990 refletiam o estado de saúde da população. A cidade possuía um precário tratamento de esgoto, além da falta de disposição de água encanada para todos os habitantes. A ineficiência no tratamento do lixo e dos resíduos humanos e industriais davam mostras das contradições vividas pelos moradores da cidade naquele momento. Aliás, os esgotos captados nas casas, nas indústrias, nos comércios e nas repartições públicas não recebiam tratamento e eram lançados em dois rios que cortam o município: o Ribeirão do Chá e o Ribeirão dos Cavalos. Outra questão preocupante naquele período era a coleta de resíduos sólidos, a qual era responsabilidade da Prefeitura Municipal. A coleta seletiva de lixo hospitalar era realizada até 1992; porém, a partir de 1993, deixou-se de separar o lixo doméstico do hospitalar, e seu descarte tornou-se comum a ambos, ou seja, independentemente do material descartado, ele receberia o mesmo destino. O local de descarte dos diversos tipos de lixo era conhecido popularmente como “lixão” e se localizava a aproximadamente 12 km de distância do centro da cidade e lá, como não havia drenagem, nem mesmo planejamento ou inspeção, o chorume corria a céu aberto. No local, conviviam seis ou sete famílias que dali tiravam o seu sustento a partir da comercialização de lixo reciclável, de forma que o manuseio de materiais na procura de recicláveis gerava a real possibilidade do contato direto com os lixos hospitalares sem nenhum tratamento ou prevenção específicos (FERNANDEZ, 1993, p. 37).

Foi nesse contexto histórico, entre a prosperidade da modernidade e os problemas de saúde pública, que a epidemia de AIDS chegou à Itapetininga e fez com que a sociedade local tomasse atitude para responder e representar a doença e os seus problemas. Mostraremos, a seguir, as primeiras respostas institucionais promovidas pelo poder público, além das manchetes sobre a chegada da doença na cidade publicadas pelo *Jornal Nossa Terra*.

Os dados disponibilizados são oriundos da Base Integrada Paulista de AIDS (BIPAIDS), com a Cooperação Técnica PEDST/AIDS-SP e Fundação Seade, MS/SVS/Departamento Virais de IST, AIDS e Hepatites. São dados de extrema relevância para a construção deste trabalho, pois revelam, além do número de casos notificados, o ano, a escolaridade, a faixa etária, o sexo, a raça e a categoria de exposição. Conhecer e inter cruzar tais informações possibilita compreender o perfil epidemiológico da cidade, as redes sociais difusoras do HIV para os habitantes e como a realidade histórica local pode deixar certos grupos vulneráveis à transmissão do vírus. A Tabela 1, por exemplo, traz algumas dessas informações, quais sejam, o ano do diagnóstico e a escolaridade dos indivíduos afetados pela doença.

Ao fazermos a leitura da tabela, fica evidente que o maior número de casos concentra-se principalmente na faixa da população com baixa escolaridade, pois, do total de 685 notificações entre os anos de 1987 a 2015, 437 tem somente até o Ensino Fundamental completo, o que caracteriza um perfil epidêmico pauperizado na cidade, se relacionarmos o nível escolar com o poder aquisitivo.

Na Tabela 2, é possível estabelecermos quais são as formas de exposição ao HIV entre os indivíduos da cidade e relacionarmos as maneiras pelas quais o vírus foi transmitido domesticamente. Vejamos:

Tabela 1 – Ano diagnóstico

Ano Diagnóstico	Ano diagnóstico																											Total		
	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013		2014	2015
Analfabeto	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	3	2	1	1	1	0	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	12
1ª a 4ª série incompleta do EF	0	4	1	2	0	3	2	4	5	4	7	7	16	16	10	2	2	4	5	1	1	4	5	3	2	1	0	0	0	111
4ª série completa do EF	0	2	1	2	4	1	11	8	20	14	7	7	9	11	10	12	9	20	14	6	6	10	4	2	6	2	1	0	0	205
5ª a 8ª série incompleta do EF	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	2	0	2	3	1	0	0	14
Ensino fundamental completo	0	0	1	2	4	2	3	2	4	6	3	6	5	7	7	6	4	6	6	6	3	4	4	6	3	2	3	0	0	105
Ensino médio incompleto	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	4
Ensino médio completo	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	3	0	3	2	0	13
Educação superior incompleta	0	0	0	0	0	0	3	0	2	3	4	3	2	3	2	3	1	2	3	1	0	0	1	1	1	2	0	0	0	35
Educação superior completa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	1
Igty/Branco	1	2	0	2	4	7	6	5	2	3	7	8	9	1	5	11	3	7	6	7	5	8	9	5	6	13	15	13	14	184
Total	1	8	3	8	12	13	25	19	35	30	28	31	42	39	36	34	22	40	37	22	16	26	32	21	20	27	27	17	14	685

Fonte: Base Integrada Paulista de AIDS (BIP/AIDS) – Cooperação Técnica PEDST/AIDS-SP e Fundação Seade, MS/SVS/Departamento de Virais de IST, AIDS e Hepatites. Dados preliminares até 30/06/15 (SINAN) e 31/12/13 (Seade), sujeitos a revisão mensal.

Tabela 2 – Categoria de exposição hierarquizada

Ano	Categoria de exposição hierarquizada						Total	
	Homossexual	Bissexual	Heterossexual	UDI	Transfusão	Perinatal	Ignorado	
1987	0	1	0	0	0	0	0	1
1988	0	0	0	1	3	0	0	4
1989	0	0	0	0	2	0	0	1
1990	0	1	0	0	7	0	0	8
1991	3	1	1	1	6	0	0	1
1992	0	1	0	0	6	0	0	6
1993	2	4	5	8	0	2	4	25
1994	2	2	1	9	1	0	4	19
1995	0	1	6	16	0	1	11	35
1996	0	0	10	10	0	1	9	30
1997	3	0	6	11	0	0	8	28
1998	0	0	10	11	0	1	9	31
1999	2	0	20	9	0	0	11	42
2000	2	1	19	9	0	1	7	39
2001	1	1	21	5	0	0	8	36
2002	1	1	15	6	0	0	11	34
2003	0	0	10	6	0	1	5	22
2004	1	1	20	6	0	1	11	40
2005	0	0	13	5	0	1	18	37
2006	1	1	5	0	0	0	15	22
2007	1	0	2	1	0	0	12	16
2008	2	0	3	0	0	0	21	26
2009	1	0	2	3	0	1	25	32
2010	1	0	2	0	0	0	18	21
2011	1	1	7	1	0	0	10	20
2012	0	0	4	0	0	0	23	27
2013	3	0	5	0	0	0	19	27
2014	1	0	2	0	0	0	14	17
2015	1	0	0	0	0	0	13	14
Total	29	17	190	140	1	10	298	685

Fonte: Base Integrada Paulista de AIDS (BIPAIDS) – Cooperação Técnica PEDST/AIDS-SP e Fundação Seade, MS/SVS/Departamento Virais de IST, AIDS e Hepatites. Dados preliminares até 30/06/15 (SINAN) e 31/12/13 (Seade), sujeitos a revisão mensal.

Apesar de no maior número dos casos ter sido ignorada a orientação sexual (298), o que dificulta compreender o perfil epidêmico da AIDS em Itapetininga, podemos notar que as duas principais categorias de exposição remetem ao Heterossexual e à UDI, o que condiz com o Boletim Epidemiológico apresentado pela SEDAE (2010, p. 41). A cidade de Itapetininga era, também, a porta de entrada para o tráfico de drogas oriundas do Paraná e do Paraguai, e centro de distribuição do produto ilícito para toda a região, de forma que a associação da disseminação da doença ao uso de entorpecentes injetáveis é algo confirmador de que essa atividade era uma das rotas sociais que levavam o vírus para a cidade. Apesar disso, temos de levar em consideração que a radiação da transmissão do HIV não vinha apenas dessa rota, mas também sentido capital-interior, ou seja, São Paulo-Sorocaba-Itapetininga, como discutimos na primeira seção.

A AIDS em debate na Câmara Municipal de Itapetininga

O documentado mais antigo encontrado durante a pesquisa de campo é do ano de 1985, o qual é de autoria do vereador José Rubens de Mello Leonel, que apresentou o Requerimento nº 247-85 à Sessão Plenária da Câmara, datada no dia 16 de setembro de 1985, por meio do qual solicitava o exame na população carcerária da cidade, alegando que o programa de prevenção e combate à AIDS no estado de São Paulo vinha se intensificando, que fora notificado sobre dois casos no Complexo Prisional (Presidiário) do Carandiru e que conhecia a realidade da cadeia local de superlotação de 45 presos⁴, segundo o Requerimento nº 247-85, da Câmara de Vereadores de Itapetininga (ITAPETINIGA, 1985b).

Ao recorrermos à Ata da Sessão Plenária da Câmara Municipal de Itapetininga, quando foi posto em questão o

⁴ Quando, na verdade, a capacidade era de 30.

Requerimento nº 247-85, percebemos que o vereador e médico José Maria Gonçalves de Castro Bastos fora contra ele, como declarou e justificou em seu voto:

Apresenta o jovem, dinâmico, talentoso e bem intencionado, Vereador José Rubens de Mello Leonel, requerimento solicitando exames de presidiários de Itapetininga, para AIDS.

Considero precipitada a proposta por vários motivos: Como médico cristão, visito a Cadeia Pública local quinzenalmente, nunca vi ou me foi sugerido nada que lembrasse a AIDS doença.

Tenho minha vida dedicada à Saúde Pública, especialmente à Dermatologia Sanitária, que abrange o controle das Doenças Sexuais Transmissíveis.

Em recente viagem aos Estados Unidos, optei por estudar o que pude a respeito da AIDS.

Aqui já frequentei um Curso de atualização, patrocinado pelo Centro de Estudos do Hospital Albert Einstein. Como supervisor da Área de dermatologia Sanitária (CSC de Sec. Saúde), passei a vida lutando contra ideias falsas e preconceituosas em relação à hanseníase, não poderia agora omitir-me diante da condição preconceituosa que se está formando por deficiência de conhecimento sobre a moléstia, sua história e epidemiologia.

Tenho escritos artigos de divulgação nos quais salientei que não há realidade epidemiológica para pânico.

Já proferi nove palestras para grupos de jovens, neste e em outros municípios, com a finalidade precípua de bem informar, evitar pânico e restringir preconceitos.

Na Cadeira de Epidemiologia do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina de Santo Amaro, onde lecionei vários anos, como Professor Assistente, procurei incutir nos estudantes que a epidemiologia das doenças deve abster-se de alarmismos e informações deturpadas sob pena de fracasso de qualquer investigação epidemiológica.

Segundo tudo que tenho lido em textos científicos, ao contrário do que a mídia procura tirar partido do

sensacionalismo, o problema psico-social [sic] da AIDS está sendo mais grave que a própria moléstia.

O exame clínico de 45 encarcerados sem nenhuma fonte de infecção conhecida é totalmente aleatória. Procurar saber se há promiscuidade homossexual no presídio é tão ingênuo como acreditar que as cegonhas trazem as crianças.

Esperar que possíveis testes para levantamento da população carcerária do Estado inteiro, é utopia diante dos custos e das reais necessidades de tantas frentes de trabalho da medicina social.

Temos dezenas de milhares de tuberculosos, hanseniasos, sífilicos, chagásicos; milhões, e muitos esquistomóticos, parasitismo em metade da população, na qual boa parcela sofre de fome latente. Seria justo desviar enormes recursos para examinar comunidades sem fonte de infecção conhecida, discriminando-as, incutindo-lhes pânico, às vezes injustos?

Lamento ter que intervir nesta propositura do jovem colega, mas S. Excia. está contaminado da neurose coletiva em relação à AIDS porque, conhecendo-o como Vereador de retas intenções, não acredito capaz de ter aproveitado o sensacionalismo do assunto para chamar a atenção para si.

Termino pedindo desculpas aos colegas que se julgam entendidos no assunto, mas com a paz de consciência de que minha adesão à ideia, simples à primeira vista, tem implicações negativas na disseminação do pânico, do preconceito e da segregação. (ITAPETINIGA, 1985a, p. 11-12).

O documento transcrito revela uma gama de questões a serem aqui abordadas. Primeiro, Bastos em seu argumento busca justificar o seu posicionamento a partir de seu *status* social de médico e da sua experiência como professor e no tratamento da hanseníase. Isto remete à busca do poder do discurso que Foucault, em “*O Nascimento da Clínica*”, chamou do “olhar médico” (1977, p. 32), o que pronuncia com toda soberania seu

juízo e seu saber sobre a doença e transmite-os como verdadeiros a outros grupos; no caso em questão, Bastos defende o seu ponto de vista apoiado na sua formação acadêmica, na sua prática profissional e na sua religião.

Outro ponto se refere à localização temporal do fato. O ano de 1985 é importante para a história da AIDS, primeiramente, porque é o momento em que o Governo Federal vem a público reconhecer a doença como um problema de saúde nacional; em segundo lugar, porque é em outubro que ocorre a primeira visita dos profissionais do Programa de AIDS do Estado, Paulo Roberto Teixeira e Maria Eugênia Fernandes, à Casa de Detenção e à Penitenciária do Estado de São Paulo (LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA, 2016, p. 386). Esta visita se constituiu de uma palestra sobre a doença e constatou o diagnóstico em dois detentos, que estavam abandonados em seus leitos, sem qualquer cuidado médico, de higiene ou de enfermagem, segundo os funcionários do Hospital Penitenciário, por não disporem de condições técnicas ou de infraestrutura (LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA, 2016, p. 386). Voltando à nossa pesquisa, pensemos no caso da prisão de Itapetininga, a qual estava operando acima da sua capacidade de lotação, sentindo na pele por seus detentos a realidade das instituições prisionais brasileira, uma situação desta classe social fazia-os mais vulneráveis à transmissão do HIV. Infelizmente, tal questão não passou pelo olhar do médico Bastos ao dar o seu voto.

Outro vestígio que podemos extrair do documento é referente ao que Jane Galvão (2000, p. 165) chamou de “[...] pânico moral, conceito que não foi criado a partir da AIDS, mas foi apropriado por pessoas interessadas em descrever os aspectos sociais relacionados à doença” e que difundiu o preconceito e o pavor na sociedade. Bastos tentou por meio de palestras, conter o pânico entre a população de Itapetininga e rejeitar o sensacionalismo em relação ao evento epidêmico, alertando que o problema “psicossocial” do pânico moral criado pela comunidade era maior do que a doença incutia no indivíduo.

Por fim, o discurso do edil e médico José Bastos esclarece que havia clara prioridade no tratamento de outras doenças, o que refletia a opinião do Ministério da Saúde da época, pois o Brasil vivia sérios problemas de desnutrição por boa parte de sua população, o que a vulnerabilizava os seus corpos para as epidemias citadas na fonte (MARQUES, 2003, p. 61). Também não poderia passar despercebida a relação que o vereador faz da “homossexualidade” com a “promiscuidade”, palavra esta que carrega uma subjetividade negativa de preconceito e que, ligada àquela, discriminaria a população já marginalizada por grupos conservadores.

Em 1993, o Projeto de Lei nº 042-93 da Câmara Municipal de Itapetininga, proposto pelo vereador Heleno de Souza procurava estabelecer a obrigatoriedade de distribuição de preservativos masculinos e cartazes informativos sobre a prevenção da AIDS e da gravidez, como podemos ler a seguir:

A proposta, que ora submetemos à douda apreciação dos senhores Vereadores, visa tonar obrigatória, em Itapetininga, a distribuição de preservativos masculinos por parte dos motéis ou estabelecimentos similares, bem como a prestação de informações sobre as doenças sexualmente transmissíveis e sobre os métodos de contracepção existentes.

Trata-se de medida urgente, pois com o aumento do número de portadores de doenças sexualmente transmissíveis e, principalmente, dos portadores do vírus da AIDS, necessário se faz que os frequentadores desses estabelecimentos recebam orientações adequadas e meios preventivos da transmissão das doenças.

Cabe-nos aqui ressaltar que o número de portadores sadios do vírus da AIDS é bem maior do que o número de pessoas nas quais a doença já se manifestou. Ademais, é bom salientar que os portadores nos quais a doença ainda não evidenciou têm o mesmo potencial de transmissão do vírus. E, esses portadores, não têm como ser identificados na população em geral.

Portanto, nada mais justo que, neste determinado momento, o casal tenha ao seu alcance a proteção do preservativo, que poderá evitar uma gravidez indesejada. (ITAPETINIGA, 1993).

O método para a prevenção da AIDS proposto é constituído pela disposição de preservativos exclusivamente masculinos e de colar cartazes de prevenção de gravidez indesejada, que passa a ideia de que o Projeto de Lei nº 042-93 deixa elencado a qual grupo é direcionada sua ação, no caso aos homens e aos heterossexuais. Intencional ou não, o discurso e o método produziram uma ideia de invisibilidade ou de esquecimento das outras práticas sexuais e das mulheres, o que revela um alcance restrito da campanha, motivado pelas concepções sociais sobre sexualidade e construção de gênero do seu autor.

Ao propor somente a disposição de camisinhas masculinas, parece-nos que as mulheres foram ignoradas no que tange ao exercício da escolha de que tipo de preservativo usar nas relações sexuais e ainda coloca em situação de vulnerabilidade à transmissão de DST entre as homossexuais. O mesmo argumento é válido para entender a situação da comunidade LGTB de Itapetininga, as quais tiveram as suas práticas sexuais e a sua existência ignorada pelo Projeto de Lei nº 042-93, aprovado pelo plenário da Câmara no dia 2 de agosto de 1993. Parecia que a maioria dos vereadores acreditava que os frequentadores dos motéis eram somente compostos por parceiros heterossexuais.

Outro ponto que nos chama a atenção na lei é o que Michel Foucault denomina como “controle do corpo” (1987, p. 83) exercido pelo Estado, o qual estabelece e regulamenta padrões de comportamento dos indivíduos de acordo com os interesses de quem está no poder. Esse domínio reforça uma luta entre o prazer e as normas morais da sexualidade, do casamento e do pudor, estabelece a normalidade para quem está cumprindo as regras e, em contrapartida, marginaliza quem a descumprir. A autoridade sobre o corpo em Itapetininga é captada quando lemos que a Lei nº 042/93, pois apresenta uma tentativa de

regular a prática sexual e a sexualidade dos frequentadores de motéis, estabelecendo o uso obrigatório do preservativo masculino, além de esclarecer qual era a prática sexual aceitável: a heterossexual.

“Alerta Vermelho: a AIDS bate a nossa porta”

O título da manchete de capa do *Jornal Nossa Terra*, publicada em janeiro de 1991 informava que a epidemia de HIV/AIDS chegara à Itapetininga e que havia indivíduos do município diagnosticados com o vírus ou com as consequências da imunodeficiência. Esse título tenta despertar a atenção dos leitores para o “novo mal” que assolaria a população de Itapetininga:

Com mais de mil infectados transmitindo o Vírus da Síndrome Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e cerca de 60 doentes confirmados, Itapetininga figura no triste quadro das cidades com maior incidência da doença. Por causa desses dados, as autoridades de saúde locais desencadearam uma mega campanha [sic] de alerta à população. A informação é a melhor arma e o preconceito, o pior inimigo. Todos são suspeitos de possuírem o vírus. (EDITORIAL, 1991a, p. 1).

Nesse sentido, as informações publicadas na imprensa são o produto do cruzamento das informações médicas e das percepções sociopolíticas e culturais da época. No caso do *Jornal Nossa Terra*, há a concepção de que uma cidade do interior com uma perspectiva de progresso socioeconômico foi abatida por um “mal”, no caso a epidemia de HIV/AIDS, culpando, inclusive, as grandes cidades. Exemplarmente, as primeiras construções de vulnerabilidade da epidemia de HIV/AIDS estavam sendo construídas pela observação de uma série limitada de casos, pelo isolamento das características comuns a esses casos,

a saber: a homossexualidade masculina, o uso da droga por via intravenosa e a origem geográfica. Sobre tal questão, uma reportagem da segunda quinzena de janeiro de 1991⁵ apresentou a opinião do médico e vereador José Bastos:

Viciados em drogas injetáveis são, em Itapetininga, as principais vítimas da doença. Também são consideráveis os casos confirmados entre bissexuais e mesmo em homossexuais. “O que domina no momento é a promiscuidade sexual; pessoas com muitos parceiros, principalmente os jovens, são o público preferencial da AIDS”. De acordo com o médico, a reversão do quadro estaria numa volta dos padrões de sexualidade e comportamento considerados normais. “Sem falso moralismo, é preciso rever costumes. Não diminuiremos o ritmo da epidemia com promiscuidade, com troca de seringa entre os drogados”. (EDITORIAL, 1991c, p. 4).

Notemos que a maneira como a AIDS foi tornada pública e as primeiras medidas preconizadas para o seu enfrentamento não estavam baseadas somente em prescrições médicas que visavam ao controle de uma nova doença, mas também elenaram o fator sociocultural de certos grupos sociais como a serem considerados como fator para a transmissão, já que possuíam comportamentos sociais, “*a priori*, diferentes do normal”, relacionados à opção sexual e pelo ilícito da droga (KALICHMAN, 1993, p. 41). A mídia, nos anos iniciais da epidemia, foi fundamental ao apresentar para a opinião pública a AIDS e, no caso brasileiro, o qual importou o modelo norte-americano de explicação, que era a transmissão sexual do vírus. Essa forma de explicar, procurando os “culpados” que infectaram as vítimas fez surgir o pânico moral, que contribuiu para construir o preconceito e a discriminação às pessoas afetadas pela epidemia, aos poucos confrontada pelos direitos humanos (GALVÃO, 2000, p. 173-174).

⁵ Sob o título “Um poderoso inimigo”.

Para Bertolli Filho (2013, p. 29), as doenças do final do século XX foram apresentadas pela mídia como o “fim apocalíptico da sociedade impura”, o que criou os medos em torno delas e revelou o despreparo das instituições de saúde para lidar com o problema. Ao fazer a leitura dos textos do documento histórico mencionado a seguir, podemos notar que o *Jornal Nossa Terra* produziu as metáforas em torno da AIDS, comparando-a com o líder político iraquiano Saddam Hussein, considerado um importante inimigo dos EUA naquele momento da história, pois os países encontravam-se em conflito bélico. Porém, não param por aí as metáforas militares produzidas pelo periódico, pois este tratou a AIDS como um “poderoso inimigo” e declarou que a “guerra” também era em Itapetininga. O *Jornal Nossa Terra*, na segunda quinzena de janeiro de 1991⁶, vai além, para chamar a atenção do leitor:

Por muito pouco Itapetininga não passou a figurar no *Guinness Book of Records*, aquele livrinho que registra o que há de mais-mais em todo o mundo. Aqui, segundo notícias publicadas em vários jornais honorável *Estado de São Paulo*, havia nada mais nada menos que 8 mil pessoas infectadas pelo vírus da AIDS, o famigerado mal do século. A confirmar-se esse número, mais de 10% da população urbana da Cidade estaria com a doença. Em suma, Itapetininga seria a Sodoma dos anos 90.

Felizmente, a notícia é falsa. Mas ainda é bastante preocupante a situação da Aids por aqui. De acordo com órgãos da Saúde, há 59 casos comprovados da doença na região de Itapetininga e, talvez uns mil indivíduos portadores do vírus. Apesar de muito inferiores aos apontados erroneamente pela imprensa diária, são número preocupantes. E baseados nele foi lançada a campanha “A Guerra também é aqui: Itapetininga x Aids”.

Acredita-se que a arma mais eficaz para combater a doença é a informação. E baseado nisso, os coordenadores da

⁶ Reportagem com o título “A Guerra também é aqui! A aids é o nosso Hussein”.

campanha têm dado entrevistas, divulgando informações e lançado cartazes e folhetos explicativos. A intenção é esclarecer de verdade, jogando abertamente e usando palavras que todos entendem. O uso de metáforas é proibido. Agora, fazer amor só com camisinha. (EDITORIAL, 1991d, p. 5, grifos do autor).

Observa-se que o Jornal ao afirmar que era proibido criar metáforas para se referir a AIDS, ele próprio utiliza-as para descrevê-la, por exemplo, ao denominá-la como o “famigerado mal do século”, ou ao decretar a cidade de Itapetininga como a “Sodoma dos anos 90”. Além de criar as suas metáforas, o Jornal procurou persuadir o comportamento sexual dos seus leitores por meio da generalização do uso dos preservativos, orientando-os que deveriam praticar as suas relações sexuais “só com camisinhas”, o que transparece que o periódico deixou de levar as particularidades individuais das pessoas e colocando-os na mesma situação de vulnerabilidade, contribuindo para espalhar o pânico moral entre a população de Itapetininga.

A história do medo acompanha as novas epidemias; contudo, havia um pânico em torno da epidemia de AIDS em que revelara que as práticas sexuais que possibilitaram a transmissão eram vistas de formas pejorativas e rompiam com comportamentos tradicionais, como o religioso. Sobre um ponto de vista bíblico, em que via a AIDS como uma punição por violação dos códigos divinos, também na segunda quinzena de janeiro de 1991, assim declarou o pastor da Igreja Presbiteriana de Itapetininga Moacyr Cardoso da Silva ao *Jornal Nossa Terra*⁷:

Para o pastor, a AIDS é o “castigo merecido pelo homem por ter rejeitado a Deus e entregue a paixões infames, contrárias à própria natureza”, mas ele fez questão de esclarecer que não é um Deus “ruim”, que tipo que castiga. Ele é bom santo e justo e estabelece leis para o bem, a integridade e a salvação do homem. Violá-las

⁷ Em “A opinião da Igreja Presbiteriana”.

significa consequências funestas, e uma delas é a AIDS. Silva disse também que “Deus não é contrário ao sexo, mas apenas o ordenou para o bem e a felicidade do homem dentro do plano Dele”. (EDITORIAL, 1991b, p. 4).

Já o padre Giuseppe Sometti ao ser questionado pelo *Nossa Terra*, sobre como entendia o que a AIDS era, mencionou: “[...] uma condenação pela prática de atitudes contrárias à Natureza”, pois ela é “fruto do desligamento do homem do sentido intuitivo – ‘sagrado’ – da vida” (EDITORIAL. A AIDS vista pela Fé. *Jornal Nossa Terra*, Itapetininga, 2ª quinzena de janeiro de 1991, p. 4). Para o religioso, a forma de se prevenir da doença é:

“Devemos voltar ao ciclo da natureza, à prática de atos naturais, em todos os aspectos”, explica para concluir: “Tão importante como cuidar da conservação dos rios, do meio ambiente, é restaurar a questão humana, os relacionamentos saudáveis”.

Em sua opinião é fundamental descobrir o real sentido da vida, num mergulho dentro de suas próprias convicções e experiências, em busca do verdadeiro Eu. Essa busca deve ocorrer tanto por parte do ser humano saudável, que de alguma forma pode interferir no seu meio, como por parte do doente. “O aidético precisa descobrir que seus dias são importantes, mesmo sendo poucos”. (EDITORIAL, 1991b, p. 4).

Essa representação que o periódico lança a partir da opinião dos religiosos citados é pautada na ideia de uma punição divina no ato da transmissão do HIV, pois o indivíduo cometeu comportamentos que fugiam da normatividade proposta pelas Sagradas Escrituras, como a prática sexual e o uso de drogas. Esta visão punitiva da “teologia da retribuição” (SAMPAIO, 2002, p. 21) considerava que as causas eram os comportamentos inadequados e as consequências a sorologia para o HIV ou o adoecimento pela AIDS. Esse posicionamento dificultou

muitas vezes os trabalhos comunitários de religiosos às pessoas que se encontravam nesta situação, pois proferia discriminação contra estas e, assim, afastando-as destas redes sociais.

Em novembro de 1991, após seis anos da primeira res-posta em Itapetininga, que objetivava atender a população carcerária, o *Jornal Nossa Terra* publicou uma reportagem que discutia o tema. O assunto era sobre uma campanha de prevenção à AIDS promovida pela Casa de Detenção de São Paulo, que objetivava conscientizar os presos sobre os problemas de saúde. O texto⁸ é de autoria de Plínio Marcos, ator e autor teatral, e foi enviado pelo dentista e colunista do periódico, Roberto Hungria. A mensagem afirma ser escrita conforme o dialeto que é utilizado pelos presos para ficar mais fácil de eles entenderem, como podemos ler a seguir:

Atenção, malandragem, eu não vô pedi nada, só te dá um alô. Te liga aí: AIDS que rói até os mais fortes, e rói devagarzinho. Deixa o corpo sem defesa contra a doença.

Quem pega esta praga, tá ralado de verde-amarelo, do primeiro ao quinto sem vaselina. Não tem dotô que dê jeito. Não tem reza brava, nem choro, nem vela, nem ai, Jesus. Pegou AIDS, foi pro brejo.

Agora sente o aroma da perpétua: a AIDS passa pelo esperma e pelo sangue, entendeu? Pelo esperma e pelo sangue!

Eu não tô dando esse alô pra te assombra. Então se toca. Não é porque tu tá na tranca que viro anjo. Muito pelo contrário, cana dura deixa o sujeito ruim. Mas é preciso que cada um se cuide. Ninguém pode vale pra ninguém nesse negócio de AIDS.

Então já viu: transa, só com o parceiro e de camisinha. Agora, tu aí que é metido a esculacha os outros, metido e arrochá, a ganhar o companheiro na força bruta, na congesta: pára com isso, tu vai acaba empesteado. AIDS

⁸ Reportagem intitulada “Código Pirata”.

não toma conhecimento de macheza. Pega prá lá e pega prá cá. Pega em home, em mulhé, em roçadeira. Prá essa peste não tem bom. Quem bobeia fica premiado e fica um tempão sem sabê.

Daí o malandro, no dia da visita, recebe mamão com açúcar da família e manda para a casa a AIDS. E não é isso que tu qué, né, ô vago mestre. Então te cuida: sexo só com camisinha.

Quem descobre que pegô a doença se sente no prejuízo e qué ir à forra, passando pros outros. Sexo, só com camisinha! Não tem escolha! Transa só com camisinha! Quanto a tu mais chegado ao pico, eu tô sabendo que ninguém corta o vício só por ordem da chefia. Mas escuta bem vago-mestre: a seringa é o canal da AIDS. No desespero tu não se toca, não vê, quem nem sabê que às vezes a seringa vem até com pingo de sangue, e tu mete ela direto em ti. Às vezes, ela parece que vem limpona e vem com a praga. E tu na afobação mete ela direto na veia. Aí tu dança.

Tu que diz mais tu, mas que não pode aguentá a tranca sem pico; se cuida, quem gosta de tu é tu mesmo!

A farinha que tu cheira e a erva que tu barrufa enfraquece o corpo, deixa tu chué da cabeça e do peito. Aí tu fica moleza para a AIDS.

Mas o pico é o canal direto pra essa praga que tá aí. Então malandro: se cobre! Quem gosta de tu é tu mesmo! A saúde é como a liberdade. A gente só dar valor prá ela quando já era. (MARCOS, 1991, p. 5).

O discurso procurava alertar os presos representou a AIDS utilizando termos como peste e praga, os quais eram inspirados em metáforas milenares da Peste Negra, como demonstramos inicialmente no texto. Mesmo após dez anos do início da epidemia, as representações sociais em Itapetininga ainda buscavam associar a síndrome a outra experiência mórbida do passado.

Além disto, a forma como o processo de adoecimento é apresentado, com o uso dos conceitos “roer”, “moleza”, “ruim” ou a forma que o HIV é transmitido, poderia emitir aos seus

leitores mensagens de pânico moral, ao invés de conscientização do problema. Logo, a forma que se pronuncia uma informação poderia levar muito além dela, mas também o medo.

Sobre o aspecto moralista na transmissão do HIV, o uso da droga e a prática sexual entre os prisioneiros nos parece que remete a um sentido de que o comportamento social fora do padrão normativo, segundo o autor do texto, que são os causadores da doença, novamente montando uma imagem de punição moral da AIDS. A reportagem se equivoca quando diz que os meios de transmissão são o esperma, mas sim os fluídos sexuais liberados quanto o ato.

Considerações finais

Podemos levantar uma série de reflexões sobre as representações sociais da AIDS discursadas na cidade de Itapetininga, entre os anos de 1985 e 1993. Primeiramente, as políticas criadas pelo poder local e o imaginário não estavam desassociados, pois um acabou intervindo no outro, já que ambos acreditavam que a causa da AIDS era devido à consequência de um comportamento desviante. Outro ponto é que as ações planejadas para evitar a transmissão do HIV pelos vereadores estiveram limitadas ao plano da heterossexualidade e excluindo, propositalmente ou não, as outras práticas sexuais e as mulheres.

As representações sociais construídas promovidas pelos colonistas e redatores do *Jornal Nossa Terra*, pelo médico Bastos e pelos sacerdotes cristãos carregaram em seus discursos uma tonalidade de culpabilidade dos sujeitos que transmitiram ou foram infectados pelo HIV, devido aos comportamentos que a elite local considerava anormal. Esta situação contribuiu para o aumento da discriminação das pessoas que adoeciam pela AIDS.

Tais reflexões nos apontam o que Dolinsky afirmou inicialmente: as reações sociais de uma sociedade a um evento mórbido não são obras do acaso, mas, sim, arquitetadas com as intenções bem definidas, antes mesmo de finalizá-las.

Em Itapetininga, a elite local buscava explicar o fenômeno através da culpabilização e pensar a prevenção somente pela heteronormatividade e masculinidade, marginalizando as outras práticas sexuais e as mulheres.

Por fim, a relação entre o início da epidemia de AIDS em Itapetininga e o contexto histórico da cidade, a doença revelou aspectos dos problemas socioeconômicos e de saúde pública local. A pobreza da região e a crise da saúde local vulnerabilizaram os corpos dos indivíduos à transmissão do HIV, o que revelou um fracasso e um impacto na prosperidade da modernidade que o município vivia no início da década de 1990, isto é, a situação não havia se transformado e a doença foi um dos reveladores da realidade.

Referências

BERTOLLI FILHO, C. Novas Doenças, Velhos Medos: a Mídia e as Projeções de um Futuro Apocalíptico. In: MONTEIRO, Y. N.; CARNEIRO, M. L. T. *As doenças e os medos sociais*. São Paulo: FAP; UNIFESP Editora, 2013. p. 13-34.

CERTAU, M. *A Escrita da História*. Tradução de Maria Lourdes Menezes. Revisão Técnica de Arno Vogel. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1982.

CHARTIER, R. *A História Cultural: entre práticas e representações*. Tradução de Maria Manuela Galhardo. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Difusão Editorial S.A., 2002.

DOLINSKI, J. P. Os surtos de febre amarela na cidade de Paranaguá (1852-1878). *Revista de História Regional*, v. 18, n. 2, p. 410-437, 2013.

FERNANDEZ, R. A. C. (Org.). *Considerações acerca do Sistema de Saúde do Município de Itapetininga-SP*. Análise da proposta de cobertura assistencial no meio rural, através do trabalho dos

Agentes de Saúde. Trabalho de Campo Multiprofissional – Curso de Especialização em Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1993.

FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. Tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1977.

_____. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Tradução de Raquel Ramalhete. Petrópolis, Vozes, 1987.

GARRETT. *The coming plague: newly emerging diseases in a World out of balance*. New York: Penguin, 1995.

GALVÃO, J. *AIDS no Brasil: A agenda de construção de uma epidemia*. Rio de Janeiro: ABIA; São Paulo: Ed 34, 2000.

ITAPETININGA (Prefeitura). Câmara de Vereadores de Itapetininga. *Atas da Câmara Municipal de Itapetininga*, 1985a, p. 11-12.

_____. _____. *Requerimento nº 247-85*, 1985b.

_____. _____. *Projeto de Lei nº 042-93*, 1993.

EDITORIAL. Itapetininga: Câmara faz críticas à prefeitura, *Cruzeiro do Sul*, 10 fev. 1984.

EDITORIAL. Transferência de renda empobrece a Região. *Jornal Nossa Terra*, Itapetininga, 2ª quinzena fev. 1990, p. 1.

_____. Alerta Vermelho: a AIDS bate a nossa porta. *Jornal Nossa Terra*, Itapetininga, 2ª quinzena jan. 1991a, p. 1.

_____. A opinião da Igreja Presbiteriana. *Jornal Nossa Terra*, Itapetininga, 2ª quinzena jan. 1991b, p. 4.

_____. Um poderoso inimigo. *Jornal Nossa Terra*, Itapetininga, 2ª quinzena jan. 1991c, p. 4.

_____. A Guerra também é aqui! A aids é o nosso Hussein. *Jornal Nossa Terra*, Itapetininga, 2ª quinzena jan. 1991d, p. 5.

_____. Santa Casa de Itapetininga fecha as portas. *Jornal Nossa Terra*, 28 jun. – 4 jul. 1993.

JORNAL NOSSA TERRA. *Região respira ares desenvolvimentistas*. Itapetininga, 2ª quinzena de julho de 1989, p. 2.

KALICHMAN, A. O. *Vigilância Epidemiológica de AIDS: recuperação histórica de conceitos e práticas*. 1993. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Programa de Pós-Graduação em Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1993. (mimeo).

LAURINDO-TEODORESCU, L.; TEIXEIRA, P. R. *Histórias da AIDS no Brasil, v. 1: as respostas governamentais à epidemia de AIDS*. Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde/Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, 2015.

LE GOFF, J. Uma história dramática. In: _____. (Org.). *As doenças têm História*. Tradução de Laurinda Bom. Lisboa: Editora Terramar, 1985. p. 7-8.

MARCOS, Plínio. Código Pirata. *Jornal Nossa Terra*, Itapetininga, de 20-26 nov. 1991, p. 5.

MARQUES, M. C. da C. *A História de uma epidemia moderna: a emergência política da AIDS/HIV no Brasil*. São Carlos: RiMa, 2003; Maringá: EDUEM, 2003.

NASCIMENTO, D. R. do. *As pestes do século XX: tuberculose e AIDS no Brasil, uma história comparada*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

PARKER, R.; GALVÃO, J.; BESSA, M. S. (Org.). Políticas sociais, desenvolvimento econômico e saúde coletiva: o caso da AIDS. In: PARKER, R.; GALVÃO, J.; BESSA, M. S. (Org.). *Saúde, Desenvolvimento e Política: respostas frente à AIDS no Brasil*. Rio de Janeiro: ABIA; São Paulo: Ed. 34, 1999. p. 17-54.

SAMPAIO, T. M. V. AIDS e Religião: aproximações sobre o tema. *Periódico Impulso*, n. 32, p. 19-39, 2002.

SÃO PAULO. *Base Integrada Paulista de AIDS (BIPAIDS)* – Cooperação Técnica PEDST/AIDS-SP e Fundação Seade, MS/SVS/Departamento Virais de IST, AIDS e Hepatites.

SCHEFFER, M. *Coquetel: a incrível história dos antirretrovirais e do tratamento da aids no Brasil*. São Paulo: Hucitec: Sobreviveme, 2012.

A administração paulistana de saúde pública na primeira metade do século XIX

RAFAEL MANTOVANI

A importância de São Paulo para a coroa portuguesa era de caráter militar: foi residência e local de trânsito de homens do exército. Tratava-se de uma cidade que se desenvolvia por eles e para eles. No início da ocupação portuguesa, a ocupação militar era de caráter defensivo devido aos ataques dos índios, tendo se transformado em força expedicionária já no século XVII (MORSE, 1970, p. 37). No século XIX, São Paulo foi uma das principais fornecedoras de contingentes para as batalhas da Guerra da Cisplatina, além de continuar sendo a mencionada trilha das tropas. Contudo, nesse momento, São Paulo não era apenas uma cidade de importância apenas militar: abrigou a primeira universidade de direito do país (ao lado da congênere em Olinda e, depois, Recife) a partir de 1828. Também passava a ser uma região economicamente com alguma relevância, devido ao início da expansão do Vale do Paraíba a partir de 1820 (KOWARICK, 1994, p. 36). Desde então, passou-se a conceber uma nova política de organização urbana: pensar-se, pela primeira vez, em organizar a cidade não em termos *militares de saúde*, mas em um *espaço saudável de convivência*. A limpeza foi um dos elementos legitimadores dos administradores locais do começo do século XIX paulistano. E a atividade da câmara foi bastante parecida antes e depois da lei de 1828, lei a respeito da qual há uma literatura que afirma que, a partir dela, as câmaras se tornaram meramente administrativas, o que não se verifica empiricamente.

De todos os viajantes e memorialistas que estiveram em São Paulo durante o século XIX (ALINCOURT, 1975; CASAL, 1976; KIDDER, 2001; MAWE, 1978; SAINT-HILAIRE, 1976; SPIX; MARTIUS, 1981), há duas unanimidades: (1) a cidade tinha um clima excelente e (2) era limpa.¹ O que contrastava muito com outras localidades, inclusive a capital, o Rio de Janeiro. Ao que tudo indica, a cidade de São Paulo era comparativamente limpa de fato, tendo sido a limpeza um grande elemento legitimador de políticos paulistanos no início dos Oitocentos. Entretanto, quando se comparam os relatos de viajantes a respeito da cidade nas primeiras décadas do século com os documentos oficiais da câmara de São Paulo, notam-se diversas aparentes contradições. Nas atas e nos registros da municipalidade, criticava-se sobremaneira a sujeira urbana. E tal crítica tinha como antídoto óbvio a limpeza. Ler as atas nos sugere uma cidade bem pouco limpa, ao contrário do que nos dizem os relatos dos viajantes. Talvez porque quem quer tudo limpo acusa zelosamente onde houver descuido.

Até os anos 1820, a limpeza era basicamente por motivos aristocráticos. A partir disso, mesmo que continuassem as ordens de limpeza para as datas religiosas e políticas, a questão da saúde passou a ser o grande motivo da limpeza: o que era verdade tanto em São Paulo quanto em Paris (VIGARELLO, 1988). E a faxina urbana se intensificou: nessa década, “a cidade preocupava-se com a higiene e limpeza, com zelo até então desconhecido” (SALLA, 2006, p. 40).

Cuidar da limpeza do espaço público parece ter sido uma importante moeda política de troca em São Paulo. Era uma

¹ Impressão que apareceu também em carta do sacerdote Nuno Eugénio Lóssio e Seibitz (1782-1843), que em 1813 escreveu à câmara de São Paulo, dizendo estar muito feliz por haver sido despachado pelo rei para a capitania e que considerava em grande estima a praça “de cujos habitantes, e clima tenho ouvido fallar com tanta vantagem” (REGISTRO GERAL, vol. XIV, 1922, p. 474).

tarefa que se realizava com alguma regularidade na cidade de três formas. A primeira delas era uma sistemática política de averiguação e vigilância das ruas e dos ofícios: a “correição geral”. Era avisado previamente que tal procedimento seria feito pela câmara, assim, os moradores poderiam preparar-se para a fiscalização. Era exigido que as testadas das casas fossem limpas e caiadas, assim como que os documentos oficiais que liberavam o morador para o trabalho que exercia estivessem à disposição das autoridades quando requisitados.

A segunda era transformar a todos em agentes ativos da limpeza pública. Vejamos como isso acontecia.

Uma das festividades com as quais a municipalidade mais se preocupava era a de Corpus Christi, momento em que se exigia

[...] que todos os moradores mandem cair suas casas, e muros que fazem frente pelas ruas de forma que fiquem bem limpos, e asseadas, igualmente mandamos que por todas as ruas que passar a dita procissão e o Santo todos os moradores dellas ornem suas janellas com a maior decencia possivel e mandem limpar suas testadas lançando folhas [...] (REGISTRO GERAL, vol. XV, 1922, p. 22).

Esta ordem é de 1814, mas poderia ser de qualquer outro ano do início do século XIX ou de boa parte do XVIII. Importante notar, no excerto acima, que é necessário ornar para a “decência” da procissão. A limpeza era por uma questão aristocrática. E era obrigatório limpar *e também ornar*, ou seja, pronunciar a própria decência e *aclamar* a festividade pública. E, obviamente, eram os escravos que deveriam limpar e cair as testadas das casas, assim como eram eles os acusados pela “porquidade” da cidade por despejar nas ruas as imundícies da casa. Vejamos uma regulação de 1813:

Faço saber a todos os moradores desta cidade, e os que são senhores de propriedades que deitam canos pelas ruas, e dão sahida ás aguas sujas e immundicies

particulares que dentro em tres dias contados da data deste em diante mandem tapar e encanar de pedra aquelles que forem necessarios debaixo das penas de seis mil réis de condemnação e trinta dias de cadeia para as despesas do Concelho² o que se observará exactamente sem excepção de pessoa, e outrosim fiquem cohibidos todos aquelles que costumam fazer despejos de immundicies de suas casas nas ruas da cidade formando monturos de innumeraveis immundicies ficando na certeza que a escrava ou escravo seja da pessoa que fôr será preso por espaço de oito dias e condemnado em seis mil réis de condemnação para as mesmas despesas caso sejam vistos deitar nas ditas ruas algum estrume ou ainda mesmo se observará havendo alguma denuncia sendo verdadeira (REGISTRO GERAL, vol. XIV, 1922, p. 510-511).

A cadeia, inicialmente, era prometida a todos, a qualquer um cuja casa deitasse imundícies pelas ruas com seus canos. Mas, em seguida, é fornecida uma informação esclarecedora: seria preso o escravo que jogasse as imundícies pela cidade, *seja da pessoa que for*. Ora, se havia seletividade no que dizia respeito ao escravo *de quem* seria preso, é de se imaginar que quem, de fato, era preso jamais seria algum dos militares de alta patente da cidade, por mais lixo que da sua casa fosse despejado nas ruas.

Mas se a limpeza foi, em determinado momento, importante especialmente para a celebração de Corpus Christi, ela passou a ter a concepção funcional de manutenção da saúde a partir de 1819. Nesse momento, pode-se falar de higiene pública, devido acima de tudo à participação, na câmara, de Francisco de Paula Xavier de Toledo (1763?³?) e, no governo da

² “Concelho” é uma palavra que existe até hoje embora tenha caído em desuso. Diferentemente de “conselho”, concelho é sinônimo de “municipalidade”.

³ Em officio enviado por ele à câmara no dia 10 de março de 1824, Toledo afirmava ter sessenta anos (REGISTRO GERAL, vol. XVIII, 1922, p. 445).

capitania, de João Carlos Augusto de Oeynhausens-Gravenburg (1776-1838). Oeynhausens parece ter sido um governante que zelou bastante pelos saberes médicos e pela boa aparência dos locais que governou. Quando foi governador da capitania de Mato Grosso, solicitou a elaboração de um plano de aula de anatomia e cirurgia em 1808 que foi executado em Vila Real em 1816 (JESUS, 2004, p. 98-102). Em São Paulo, “interessou-se muito [...] pela higiene das ruas públicas e seu aspecto de asseio” (TAUNAY, 1956, p. 308).

1819 também é o ano da criação da Instituição Vacínica, da qual Oeynhausens era o presidente e cujo regulamento foi elaborado por Justiniano de Mello Franco (1774-1839) em 28 de novembro (*Documentos interessantes*, vol. XXXI, 1901, pp. 212-220)⁴.

Em 7 de junho de 1819, consta, pela primeira vez, a exigência de limpeza e cuidado com as testadas sem que fosse por nenhum motivo festivo. Oeynhausens se referiu à parte da cidade chamada de *cidade nova*, onde “ocularmente” notou que as ruas estavam cobertas de mato e fez a seguinte exigência:

Ordeno pois a Vossas Mercês que sem perda de tempo obriguem aos proprietarios daquelles predios a

⁴ Por isso faz sentido quando os autores que, ao estudar o período republicano brasileiro, associam a política de saúde pública paulistana ao modelo alemão e autoritário (BOUNT III, 1971, p. 19; CASTRO SANTOS, 1980, p. 245, 1993, p. 367; TELAROLLI JUNIOR, 1996, p. 67). Embora a identificação do modelo de saúde pública alemão como comparativamente mais autoritário do que outros modelos adotados nos países europeus não se confirme nas fontes históricas (MANTOVANI, 2015), o ethos da *Herrenvolk* (nação de senhores), que reivindicava o direito de exigir satisfação e duelar, encontrou solo propício em São Paulo. Primeiramente, devido ao fato de que a cidade era governada por e para militares desde o século XVII. Em segundo lugar, porque houve a ocupação de cargos-chave da administração da província (e, especificamente, dos relacionados às ações de saúde pública) por duas personagens formadas cultural e/ou medicamente nos padrões e em instituições alemãs. Oeynhausens era militar, filho bastardo do conde alemão Karl von Oeynhausens-Gravenburg (1739-1793) e Justiniano estudou medicina em Göttingen.

conservarem *sempre* limpas, e bem aterradas as suas testadas; e ordenem ao juiz almotacel vigie mui exactamente, que essa ordem se execute pontualmente. (REGISTRO GERAL, vol. XV, 1922, p. 437-438. grifos meus).

Neste momento, com a chegada de Oeynhausen, parece inaugurar-se uma administração urbana que visava à limpeza e ordem sob um prisma científico, que deveria ser constante e não apenas nas datas comemorativas. A ausência de imundícies, para Oeynhausen, não era o sinal de decência primordialmente, mas sim, de saúde.

As exigências de limpeza permanente tinham efeito? Em 24 de setembro de 1821, o juiz de fora José da Costa Carvalho (1796-1860), futuro marquês de Monte Alegre, chamou a atenção do almotacel Joaquim José de Oliveira Baptista a respeito da rua do Ouvidor nos seguintes termos:

A Camara desta cidade viu, e sabe com muito desprazer, que Vossa Mercê muito mal tem cumprido com os deveres do seu cargo, tão importante, e util sendo bem executado, quanto inutil no desleixo, que as ruas estejam quase intransponíveis, por immundas, por não ter feito as competentes correições. (REGISTRO GERAL, vol. XVI, 1922, p. 230).

Diante de reclamação tão veemente, não é de se esperar outra reação do dito almotacel, que respondeu em 6 de outubro que havia passado em correição no dia 28 (quatro dias após a reclamação do juiz de fora, portanto), “[...] a fazer notificar aos ditos moradores da rua do Ouvidor para no praso de quinze dias calçarem suas testadas assim e da maneira que por VV. Sas. me foi determinado” (REGISTRO GERAL, vol. XVI, 1922, p. 247).

Entre os anos de 1819 e 1822, surgiram fatores importantes. Chegaram a São Paulo Oeynhausen e Justiniano, que criaram a Junta Vacínica, ou seja, estabeleceu-se como obrigação política da capitania a principal profilaxia contra a varíola. No âmbito municipal, Oeynhausen e Toledo aparecem como

portadores da “secularização do asseio”, determinando que a limpeza não se tratava mais apenas de ritual religioso e político, mas também de prevenção médica. Inaugurava-se, nesse momento, em São Paulo, o que poderia ser chamado de “medicalização da cidade”, em cujo processo

[...] estavam incluídos o esgotamento dos pântanos, a abertura e alinhamento de ruas, os cuidados com o lixo, bem como o desejo de se expulsar da área urbana os estabelecimentos que pudessem causar a ‘insalubridade da atmosfera’, dentre estes o matadouro e os cemitérios. (CAMARGO, 1995, p. 164).

Tentando uma maior exatidão temporal e “temática” das questões de saúde, poder-se-ia afirmar que o esgotamento dos pântanos, a abertura e alinhamento de ruas⁵, os cuidados com o lixo – questões mencionadas por Camargo (1995) – somados à fiscalização do comércio de gêneros alimentícios e de bebidas, assim como o extermínio das formigas foram as primeiras preocupações de conotação médica da administração de São Paulo. Morse (1970, p. 51) menciona um livro publicado em 1822 por Veloso de Oliveira, no qual os grandes problemas com relação à higiene em São Paulo eram a estagnação da várzea do Carmo, os charlatões, as bexigas (varíola), o sarampo e o excesso de formigas. As discussões sobre a retirada do matadouro e do cemitério do centro da cidade, por sua vez, datam do final da década de 1820.

Francisco de Paula Xavier de Toledo foi um cirurgião que parece ter notado que algumas exigências médicas poderiam ser fonte de legitimação política e, por isso, não apenas cuidou da limpeza das ruas. Em 12 de abril de 1820, a câmara lhe

⁵ A primeira preocupação com o alinhamento das ruas teria surgido em 1753, quando o poder municipal contratou um arruador, o carpinteiro Francisco Gomes Tavares (BRUNO, 1954a, p. 161).

ordenou que fizesse o açougue cumprir o disposto na Ord. L. 1º título 68 § 4º (REGISTRO GERAL, vol. XVI, 1922, p. 33), que exigia que a carne estivesse pronta para a venda pela manhã. Toledo não só cuidou desse fator mas também das condições gerais do açougue (REGISTRO GERAL, vol. XVI, 1922, p. 70), dos negociantes de toucinhos das casinhas, que estavam sendo roubados, pedindo o conserto das fechaduras dos comércios (REGISTRO GERAL, vol. XVI, 1922, p. 98). Toledo foi também quem pediu que a câmara assinalasse os locais ideais na cidade para o despejo do lixo para que ele pudesse fiscalizar e proibir com rigor que se lançassem imundícies pelas ruas (REGISTRO GERAL, vol. XVI, 1922, p. 131), e no dia 23 de outubro de 1821, pediu a liberação para a utilização dos presos da cidade para a limpeza urbana:

Sendo do meu dever zelar do bem publico, e fazer conservar as ruas dessa cidade no melhor asseio possível, participo a VV. Sas. que as ditas ruas se acham em muito mau estado, e que é preciso cuidar na limpeza dellas, pelos muitos lodos, e lixos de que se acham cheias, parecendo-me, que este serviço pode ser feito pelos presos da cadeia quando assim V. V. Sas. O julguem conveniente [...]. (REGISTRO GERAL, vol. XVI, 1922, p. 254-255).

E a câmara gostou da ideia? A resposta veio dois dias depois:

[...] merecendo toda atenção a sua judiciosa reflexão exposta do referido officio, sobre a bem lembrada providencia de serem empregados neste serviço os presos: encarregamos a V. Mercê de fazer promptificar os capitães do matto, que julgar necessarios para guarda dos ditos presos, e logo que estajam promptos ordenará ao carcereiro faça delles entrega aos guardas em virtude deste officio. (REGISTRO GERAL, vol. XVI, 1922, p. 229).

Reconhece-se, assim, a terceira forma de manter a cidade limpa: a utilização dos galés⁶ da prisão⁷. Claro que não havia muita diferenciação entre quem era galé, “criminoso comum” ou “escravo a ser castigado” (a cadeia era um dos locais em que se castigavam escravos), e o recrutamento aos trabalhos públicos forçados era uma decisão, basicamente, do carcereiro. Portanto, os maiores mantenedores da saúde pública de São Paulo (os presos), eram aqueles que necessariamente se misturavam nos maiores focos de contágio de sarampo, varíola, lepra, escorbuto, entre outros: o navio negroiro, a cadeia e a senzala.

Na cadeia também sofriam com a subnutrição: a comida aos presos era fornecida pela *Sociedade Philantropica* até abril de 1832 (ATAS, vol. XXVI, 1923, p. 400), entretanto, era insuficiente antes e depois de 1832, já que apenas aqueles que se serviam primeiro conseguiam comer. E a próxima refeição era servida somente depois de 24 horas.

A utilização de escravos pela municipalidade era uma prática comum, segundo nos conta Ernani Bruno, até a segunda metade do século XVIII (BRUNO, 1954a, p. 229-230). A partir dos anos 1820, os presos da cadeia da cidade (em grande parte, escravos) e os jornaleiros⁸ passaram a ser os “trabalhadores” dos serviços públicos.

No dia 25 de novembro de 1825, a câmara pediu à Junta da Fazenda que arcasse com os gastos de comida e vestuário dos presos que estavam trabalhando como galés (REGISTRO GERAL, vol. XVIII, 1922, p. 375). No dia 5 de dezembro, enfim, o governo da província oferecia alguma posição à câmara a respeito da requisição. Vejamos o que lhes era oferecido:

⁶ “Galé” referia-se ao condenado a trabalhos forçados.

⁷ A cadeia de São Paulo era um “depósito” de “criminosos”, escravos a serem castigados, “loucos” e “doentes” de todos os tipos, sem se excetuarem os de doenças contagiosas como o sarampo, a varíola e a lepra. E a única divisão que existia entre os presos era por sexo.

⁸ “Jornaleiros”, nesse momento, são os trabalhadores livres pagos por dia de trabalho.

O Presidente desta Provincia participa ao Senhor Doutor Juiz de Fóra desta cidade que se acha prompta uma escolta composta de um inferior e dois soldados, para guardar os presos condemnados a trabalhos publicos e que por consequencia deverá dar promptamente as providencias necessarias, afim de que sejam empregados o quanto antes nas obras da competencia da Camara como já se lhe determinou [...]. (REGISTRO GERAL, vol. XVIII, 1922, p. 385).

Ora, se faltava comida e roupa, o governo provincial providenciaria de bom grado... três militares para escoltar os presos. É claro que a câmara disse que queria fazer os serviços públicos e agradecia pelos militares disponibilizados, mas lembrou ao governo da província do detalhe a respeito da comida e roupa:

Em consequencia da portaria de data de hoje dirigida ao Presidente deste Senado, temos dado as providencias necessarias para começar amanhã o serviço dos presos condemnados a trabalhos publicos, requisitando ao Governador das Armas a competente escolta e rogamos a Vossa Excellencia queira determinar como, e onde é fornecido aos presos, o sustento e vestuario preciso para o communicarmos ao feitor da Camara para sua intelligencia. (REGISTRO GERAL, vol. XVIII, 1922, p. 387).

Não temos registro de onde veio o sustento e vestuário, nem se os presos fizeram os serviços a que foram condenados.

E ainda que os presos fossem “pagos” pelos seus serviços, o castigo era o maior “incentivo” ao trabalho. Em São Paulo, não foi encontrada nenhuma referência a castigos públicos. Ao que tudo indica, os castigos, *na sua vertente municipal*, eram efetuado na cadeia e, posteriormente, na Casa de Correção. Mas havia também o castigo *na sua vertente particular*: “havia algumas chácaras bem aparelhadas, nas vizinhanças da cidade”

(BRUNO, 1954b, p. 741) para castigar escravos. A mais conhecida delas foi a chácara do *Quebra-bunda*, que tinha esse nome por deixar “os infelizes descadeirados” (MARTINS, 2003, p. 156).

Pelo que foi dito até aqui a respeito das inúmeras tentativas por parte da câmara de fazer com que a cidade parecesse “civilizada”, “decente”, de bons modos, não é contraditório que não se castigasse publicamente. Pois assim se mantinha a aparência civilizada e também se impedia uma possível solidariedade, identificação ou mesmo exaltação do criminoso a ser castigado, eventualidades que havia nas cerimônias de castigo público (FOUCAULT, 2004, p. 52-56).

São Paulo sintonizada – posturas de 1820

A organização urbana dos espaços, ruas, moradias e cuidado com a higiene não se tratava de um fenômeno específico de São Paulo. Em diversas cidades da Europa, a preocupação com esse tipo de ordenamento começou devido a uma causa ausente na cidade de São Paulo: o crescimento populacional, resultado da industrialização. Foi o crescimento populacional somado a um acréscimo dos problemas de saúde que inspirou médicos, teóricos e homens de governo a atentar para questões sanitárias: o meio urbano passava a ser visto como produtor de problemas de saúde (EYLER, 1979; COLEMAN, 1982; LA BERGE, 1992). A criação de um código arquitetônico na Paris dos anos 1820 estava intimamente relacionada à necessidade de preservação da classe operária nos grandes centros:

Os vereadores notaram que as novas construções vieram a expensas da saúde pública por eliminar a luz do sol e o ar, e substituindo árvores, flores, jardins e parques com novos e mal construídos edifícios. Eles advertiam a administração a desenvolver um programa de planejamento urbano e a adotar um código de construção, portanto, novas construções teriam de cumprir

certos padrões mínimos de saúde e segurança. (LA BERGE, 1992, p. 124, tradução minha).

Não era muito diferente o código de posturas do dia 8 de março de 1820 de São Paulo, por mais que a urbanidade paulistana fosse totalmente diversa da parisiense. Pela primeira vez em São Paulo o código de posturas foi transcrito em ata, o que simboliza a importância não apenas do seu conteúdo, mas também a preocupação institucional de que a legislação que atentava ao cuidado urbano estivesse registrada em documento oficial. Dos 15 itens do código, quatro se referiam às construções das casas (1º, 2º, 10º, 12º), oito se referiam à limpeza, controle de lixo/esgoto, animais e alimentos da cidade (3º, 4º, 7º, 8º, 9º, 11º, 14º, 15º), e três diziam respeito a cuidados que os moradores deveriam ter com relação à circulação nas ruas (5º, 6º, 13º).

Em São Paulo, à exceção do controle da prostituição e dos charlatões e de preocupações com a iluminação, os códigos da cidade dos anos 1820 estavam bastante sintonizados com as preocupações locais de Paris:

Tarefas específicas do oficial de polícia a respeito de saúde pública incluíam controle e vigilância sobre a prostituição, inspeção de mercados e matadouros, limpeza de ruas e de esgoto, iluminação pública, vigilância e autorização de estabelecimentos industriais, supervisão de doenças de animais, extermínio de animais de rua, salubridade dos espaços públicos e controle dos charlatões. (LA BERGE, 1992, p. 115, tradução minha).

Segundo Machado *et al.* (1978, p. 184), as posturas tentavam organizar a desordem urbana fundamentalmente nos aspectos (1) urbanístico, (2) econômico e (3) populacional, visto que o “[...] exame destes três aspectos atesta a existência do propósito do Regulamento de encarregar as Câmaras Municipais da higiene pública”. A afirmação é bastante acertada, pois se nota que as regras urbanísticas passam pela questão da salubridade.

As medidas higiênicas que foram tomadas em grandes centros urbanos europeus foram, na verdade, respostas ao crescimento populacional gritante da cidade, o que tornava gritantemente precária a situação da classe operária. Fenômeno que não ocorria em São Paulo. A preocupação em São Paulo, acima de tudo, era fazer a cidade se apresentar como civilizada, efeito conquistado com o trabalho de presos e escravos nus, subnutridos e doentes.

Santa Casa de Misericórdia

O cuidado com as crianças foi uma preocupação de primeira ordem para os sanitaristas do início do século XIX; afinal, a manutenção e crescimento da população era a sua questão primordial. Portanto, uma lei que cuidasse das crianças era *a grande medida sanitária* do início do século XIX⁹. Temos, portanto, no estabelecimento para *expostos* (ou seja, os “menores abandonados” do século XIX) o aspecto chamado anteriormente de “populacional” das regras municipais.

Em 1º de agosto de 1821, a câmara pediu ao sargento-mor Antonio Manuel de Jesus Andrade que fizesse o plano para um estabelecimento de órfãos (REGISTRO GERAL, vol. XVI, 1922, p. 214), mas o cuidado com os expostos se tornou tarefa da Santa Casa de Misericórdia que, em 1825, tinha terminada a construção da Casa dos Expostos (MESGRAVIS, 1976, p. 135).

Contudo, havia problemas de repasse de dinheiro. Nesse ano de 1825, foi lembrada à câmara a lei que previa que a oitava parte da sua renda deveria ser entregue trimestralmente ao tesoureiro da Santa Casa de Misericórdia¹⁰, para os gastos com

⁹ A lei sobre o trabalho infantil francesa de 1841 foi considerada uma das mais importantes decisões que diziam respeito à saúde pública (LA BERGE, 1992, p. 306).

¹⁰ As câmaras municipais e a Misericórdia são duas instituições de grande importância na administração de Portugal, tanto no seu reino quanto nos

a Casa de Expostos (REGISTRO GERAL, vol. XVIII, 1922, p. 357). Quase dois anos depois, em 10 de janeiro de 1827, foi passado um mandado para que o tesoureiro da Santa Casa pudesse recolher a quantia referente a novembro e dezembro do ano anterior (REGISTRO GERAL, vol. XIX, 1922, p. 184). É o primeiro registro de que a quantia foi paga.

A câmara se esquivou até quando pôde de pagar a oitava parte das suas rendas à Santa Casa, até que, em 1827, pagou; todavia, pagou apenas após enormes pressões tanto da província quanto da própria Santa Casa (REGISTRO GERAL, vol. XIX, 1923, p. 40-41). Entretanto, isso não significa que a câmara tenha passado a pagar a quantia com regularidade. Em carta de 1º de agosto de 1830, os irmãos da Santa Casa acharam que era o seu dever lembrar ao presidente e vereadores da câmara o “[...] quanto convem activar e dicidir sobre a entrega da 8ª parte das rendas desse Municipio, providencia esta, que tem sido recomendada por tantas Leis [...]” (SANT’ANNA, 1951, p. 77).

No dia 14 de janeiro de 1830, a câmara enviou uma representação ao Conselho Geral em resposta a um requerimento do procurador da Santa Casa exigindo a entrega da oitava parte das rendas da câmara à Misericórdia. Na representação, a câmara contestava tal entrega:

seus domínios ultramarinos (BOXER, 2002, p. 286). A irmandade chegou a São Paulo antes de 1607 de acordo com Campos (1949, p. 25). Um hospital de 1715 é apontado assertivamente como o primeiro dos irmãos da Misericórdia por Ferreira (1940, p. 9) e Silva (2010, p. 15); entretanto, mais plausível é que a confraria, no século XVIII, tenha improvisado hospitais em diversos locais pela cidade; sendo possível que o cuidado com os doentes tenha se iniciado no século XVII (CAMPOS, 1949, p. 36). No início do século XIX, o hospital foi transferido para uma construção na “chácara dos ingleses” (atualmente Praça Almeida Júnior), situado no Largo da Glória, entre 1824-1825 (CAMPOS, 1949, p. 37; FERREIRA, 1940, p. 12), onde também estava a Roda dos Expostos (FERREIRA, 1940, p. 19; SILVA, 2010, p. 27). A Roda era um equipamento de madeira, instalado em local de acesso público, em que as crianças abandonadas eram colocadas. As crianças ficavam ou na Casa dos Expostos ou com as “criadeiras” que recebiam quatro mil réis mensais da Santa Casa. A Roda foi abolida no Código de Menores de 1927 (FERREIRA, 1940, p. 19-24; SILVA, 2010, p. 96).

[...] a mesma Camara reflectindo que nem pelo artigo 69º da lei do 1º de outubro de 1828, nem pelo 76º da mesma ella se acha clara e positivamente autorizada para fazer a entrega, que exige o mencionado procurador, e observando por outro lado que a dita Santa Casa ora tem patrimônio particular para a criação dos expostos, entrou em duvida se devia ou não cumprir com o que determina a Provisão do Desembargo do Paço também por copia inclusa, e portanto resolveu em sessão de 12 do corrente levar esse objecto ao conhecimento do Conselho Geral para decidir como achar justo. (SANT'ANNA, 1951, p. 238).

Ao que o dito conselho, em 8 de fevereiro, respondeu que, sim, a câmara tinha o dever de pagar à Santa Casa, conforme determinavam todos os dispositivos legais (SANT'ANNA, 1951, p. 326). E a câmara entregou a oitava parte? Não. Em ata de 19 de abril, o secretário registrou que uma das comissões formadas na câmara “julga [...] dever-se dar á dita Santa Casa agora 200\$000 réis [duzentos mil réis], e a mesma quantia anualmente” (ATAS, vol. XXV, 1922, p. 133). Em 4 de agosto, a câmara entregou ao procurador da Misericórdia 300 mil réis, quantia “para ser applicada ás despesas necessárias aos differentes reparos das casas de caridade [...]” (REGISTRO GERAL, vol. XX, 1923, p. 420); no dia seguinte, com um grau considerável de desfaçatez, diz que ela “[...] sente que este anno não possa ministrar maior somma para auxiliar a essa venerada corporação no exercicio de sua caridade” (REGISTRO GERAL, vol. XX, 1923, p. 424). Não se tratava da oitava parte obviamente, cujo montante seria bem maior. Entretanto, a câmara fazia esforço para fazer crer que essa entrega de 300 mil réis era uma espécie de atitude filantrópica e de boa-fé da sua parte; sem, no entanto, entregar os rendimentos obrigatórios, de acordo com o que havia sido determinado não apenas por diversas leis e regulações, mas também por todos os órgãos que lhe eram superiores. De julho de 1825 a maio de 1831, dos 109 órfãos que haviam entrado ali, 60 morreram (REGISTRO GERAL, vol. XX, 1923, p. 79). Trata-se de 55% de mortalidade.

Lei de 1828

Para alguns autores, tudo mudou para as câmaras municipais brasileiras no ano de 1828. Uma série de regulamentações sobre as instâncias do Estado tomava forma e procurava definir cargos, atribuições e hierarquias. A primeira que nos interessa mais especificamente é a Lei de agosto.

Art. 1º Fica abolido o lugar de Provedor-mór da Saude; e pertencendo às Camaras respectivas a inspecção sobre a saude publica, como antes da creação do dito lugar.

Art. 2º Ficam abolidos os lugares de Physico-mór, e Cirurgião-mór do Imperio.

Art. 3º Os exames, que convier fazer nos comestiveis destinados ao publico consumo, serão feitos pelas Camaras respectivas, na forma dos seus regimentos.

Art. 4º As mesmas Camaras farão d'ora em diante as visitas, que até agora faziam o Physico-mór, e Cirurgião-mór do Imperio, ou seus Delegados, nas boticas, e lojas de drogas, sem propina alguma. (BRASIL, 1828).¹¹

Se a câmara já se incumbia da tarefa de zelar pela saúde pública antes de 1828, nesse momento ficava cristalizada essa obrigação. As autoridades fiscalizadoras da prática médica que provinham da estrutura portuguesa de administração (Fisicatura e Protomedicato) estavam sendo abolidas: a partir de então se esperaria que a câmara respondesse pelos problemas de saúde da cidade. No ano seguinte, em 21 de março, o coronel Francisco Mariano da Cunha afirmaria em reunião da câmara: “Ilustríssimos senhores: esta câmara municipal acha-se constituída como medico da saude publica” (ATAS, vol. XIV, 1922, p. 335). Cunha tinha uma íntima certeza de que o Estado precisava zelar pela saúde dos seus habitantes por meio das políticas municipais? Não se sabe. Mas é provável que, nesse momento, a

¹¹ Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei_sn/1824-1899/lei-38197-30-agosto-1828-566168-publicacaooriginal-89805-pl.html>.

demanda por esse tipo de política – que a câmara já se incumbia desde 1805 e se arrogou definitivamente a partir de 1819 – conferisse poder àqueles que defendessem essa inclinação que foi, a partir de então, legitimada pela lei de agosto.

No dia 1º de outubro, também de 1828, foi divulgada a lei que regulamentava as câmaras. Dividida em cinco títulos, a lei fixava um padrão nacional para os cargos, empregados, eleições e administração em geral (livros, registros etc.) que a câmara deveria desenvolver, assim como os limites institucionais de ação de cada cargo e da própria câmara. Especialmente o dispositivo “Funções municipais” inspirou a interpretação posterior que tiveram os historiadores a respeito do que essa lei teria significado: dizia que “as Camaras são corporações meramente administrativas, e não exercem jurisdição alguma contenciosa” (LAXE, 1885, p. 72). Tal aceitação de que, depois de 1828, as câmaras realmente haveriam perdido o seu poder político, passando a ser simplesmente uma instância administrativa, é observada em Laxe (1885, p. XXII), Marcílio (1973, p. 83) e Dolhnikoff (2005, p. 87).

Além da afirmação explícita na lei de que as câmaras não seriam mais órgãos políticos, a interpretação também se pauta no fato de que, a partir de 1828, (1) elas deveriam se subordinar ao poder provincial e central e (2) elas “apenas” cuidariam da gestão local dos recursos financeiros e policiais¹². Nenhum dos dois pontos, na realidade, mudava muito a sua forma de governar. Com o governo da província, a relação era contínua e a dependência era grande antes de 1828. Se não havia o constrangimento legal de que a câmara dependia da aprovação do presidente de província, o governo provincial podia controlar a câmara pela via econômica, liberando ou não as verbas necessárias para determinadas ações e não para outras, assim como definindo prioridades, criticando possíveis falhas e exigindo

¹² “Art. 40. Os Vereadores tractaráõ nas vereações dos bens e obras do Concelho, do governo economico e policial da terra, e do que neste ramo fôr a prol de seus habitantes” (LAXE, 1885, p. 105-106).

acuidade no que fosse do seu interesse. Com relação ao poder central, havia também uma subordinação bastante considerável da câmara, subordinação que se mostrava patente em diversos momentos e que continuaria – a partir de 1828, exigida em lei.

A higiene pública estava contemplada na Lei de 1828: assim, todos, os pobres, os órfãos, as prisões, eram de responsabilidade da câmara. Da mesma forma, a vacinação era sua incumbência. Assim como a melhoria da atmosfera também era, com a retirada de cemitérios e matadouros do centro da cidade, dessecação de pântanos e limpeza da cidade. À exceção da questão dos cemitérios e do açougue (que era uma novidade), as outras determinações já eram debatidas anteriormente pela administração paulistana. O que a câmara já fazia, ela continuou fazendo; o que ela dizia não poder fazer, ela continuou alegando que não poderia fazer.

Portanto, as tarefas municipais mais importantes não foram decididas, estabelecidas ou revogadas por esse conjunto de leis; contudo, pode-se afirmar que, com a Lei de 1828, mudaram alguns trâmites administrativos. As regulações a respeito de procedimentos, papelada (cartas, ofícios, atas e registros), mandados, tiveram grande impacto. Nota-se uma mudança no que diz respeito a uma *profissionalização da atividade política*. O vereador não podia mais mandar avisar que estava doente: ele precisava justificar com documento médico válido para não ser multado. E o era, em muitos casos. Se faltasse a sessões e não justificasse, também. Passava a ser exigida maior descrição nas arrecadações e despesas, as atas se tornaram maiores; passava-se a regular os livros oficiais, os nomes dos cargos mudaram e as suas atribuições começaram a ter, a partir de então, uma função bem especificada.

Os resultados da Lei de 1828 foram os seguintes: (1) sistematizou legalmente a atividade que a câmara de São Paulo já fazia havia bastante tempo na administração da população; (2) transformou em lei duas preocupações sanitárias, de ordem climática, que ainda não tinham sido tratadas pela câmara de São Paulo: a retirada do açougue do centro da cidade e a criação

de um cemitério público a céu aberto; (3) exigiu cuidados – que não foram colocadas em prática (até os dias de hoje) – no que dizia respeito ao conforto das prisões, hospitais e escolas; (4) exigiu a formação de comissões e relatórios sobre essas entidades (o que foi seguido com bastante zelo); e, enfim, (5) *afirmava* que a câmara teria função meramente administrativa.

A câmara tinha as suas incumbências administrativas, assim como qualquer outra instância do Estado (no limite, poderíamos afirmar que o imperador seria responsável por “administrar” a soberania). Mas não é possível desvincular administração de poder ou de força política. A própria escolha de *o que* fazer (limpeza ou sustento dos presos? Determinação de locais de descarte de lixo ou cuidado com os escravos?), assim como a escolha de *como* fazer (se seria com a utilização de galés ou não; se se cobrariam os impostos sobre as carradas ou se se converteriam as subscrições voluntárias para os cofres da cidade) era uma decisão eminentemente política, que demonstrava a adequação ideológica com as possibilidades políticas da época: cuidava-se do que era politicamente possível cuidar. Logo, limpavam-se as ruas, os currais, as testadas, mas não se falou sobre o cuidado com os escravos, nem se logrou uma melhor condição na prisão, nem a partir do momento em que a lei os exigiu. Assim, a Lei de outubro de 1828 apresentava regulamentações das câmaras, com o pretenso intuito de torná-las administrativas, contudo, elas eram órgãos com um caráter executivo e legislativo ativo (IAMASHITA, 2009, p. 129-132) e continuariam sendo depois disso.

Regência

Se as posturas de 1820 eram um conjunto de 15 itens, que se dividiam em quatro leis a respeito das construções, oito a respeito da saúde pública, e três sobre circulação; no novo código da década posterior, 1830, havia sete sobre construções,

nove sobre saúde pública, nove para assegurar a boa circulação; além de cinco a respeito de animais (que nesse momento têm menos a ver com saúde pública e mais com o respeito à propriedade), e seis sobre o controle de festas, armas e comportamentos e duas gerais¹³. Vejamo-las em comparação com as da década anterior.

A respeito da organização das construções, temos o seguinte:

Quadro 1 – Posturas a respeito das construções

Posturas de 1820	Posturas de 1830
1º – Proibição de construção sem licença da câmara. Multa de seis mil réis e demolição.	3º – Orientação para a construção de edificações de acordo com as exigências do arruador. Multa de dez mil na cidade e de cinco mil nas povoações ¹⁴
2º – Proibição das gelosias.	29º – Proibição da construção de rótulas à frente da casa. Teria o responsável que demolir a janela.
10º – Exigência de dois palmos de alicerces de pedra acima da superfície para construção de casas. Pena de demolição.	
12º – Obrigatoriedade de cobrir de telhas, caiar e rebocar os muros intestantes que façam face para algumas ruas.	

¹³ A 9º estabelecia multa entre mil e quatro mil réis para quem desobedecesse ao fiscal; e a 38º regulava as reincidências.

¹⁴ As posturas estão transcritas na íntegra em Giordano (2006, p. 166-171), mas é importante notar que há uma confusão nos símbolos dos preços. Por exemplo, o valor de dez mil réis era escrito 10\$ ou 10\$000; contudo, na transcrição feita por Giordano (2006, p. 166) consta “10:000 rs.”. Sabe-se que os dois pontos eram indicativo dos contos de réis, ou seja, “10:000” seriam “10:000\$000”. A confusão se confirma no documento *Collecção das posturas da câmara municipal da imperial cidade de São Paulo* (1836, p. 1), em que consta a mesma lei, com os mesmos valores e as grafias, respectivamente, “10\$ rs.” e “5\$ rs.”.

Posturas de 1820	Posturas de 1830
	1º – Estabelecimento do cargo de arruador.
	2º – Obrigatoriedade de arruadores também nas capelas e freguesias.
	4º – Proibição de apropriação de terreno devoluto por parte de edifícios.
	26º – Proibição de se abrir portas ou janelas de forma a impedir que se levantassem edifícios unidos à construção. Multa de dois mil réis e obrigação de tapar a porta ou janela.
	15º – Necessidade de edificar o terreno dado por carta no prazo de seis meses, sob pena de perda do terreno (que voltaria a ser devoluto).

Fonte: Elaborado pelo autor.

A respeito das posturas que deixavam de existir (nesse caso a obrigatoriedade de construir a dois palmos acima do nível do solo e de telhar, rebocar e cair os muros intestantes) não é possível saber se os dez anos anteriores foram suficientes para solidificar o costume de construir dessa forma ou se os itens deixaram de ser uma preocupação da câmara. Entretanto, com relação ao aumento ou diminuição da multa, temos uma variável mais confiável: se a multa diminuiu, a preocupação da câmara com relação à infração diminuiu; se, caso contrário, aumentou, a preocupação continuava ou aumentava¹⁵.

¹⁵ Leve-se em conta que a inflação, tal qual conhecemos hoje, “[...] é, em grande parte, uma invenção do século XX. Ao longo dos séculos anteriores, e até a Primeira Guerra Mundial, a inflação era nula ou quase nula” (PIKETTY, 2014, p. 106). No século XIX, na cidade do Rio de Janeiro, houve pressão inflacionária mais acentuada de 1814 a 1823 e a partir de 1853 (LOBO, 1971, p. 241). Não foram encontrados dados sobre a cidade de São Paulo, mas pode-se supor que uma possível instabilidade de preços não tenha sido uma peculiaridade paulistana na primeira metade do século XIX.

Dessa forma, nota-se uma maior preocupação em ordenar as construções com relação ao nível da rua e também com os parâmetros de construção, que ficavam a cargo do arruador. Em 1820, havia a necessidade de que a construção fosse permitida apenas com a licença da câmara, sob pena de seis mil réis; já em 1830, ela devia obedecer as exigências do arruador, sob pena de dez mil réis. Também o aformoseamento e a necessidade de civilizar a cidade, expurgando os elementos arabizantes continuavam: quem construísse rótulas em janelas teria de retirá-las.

O mesmo ocorria a respeito da circulação:

Quadro 2 – Posturas a respeito de circulação

Posturas de 1820	Posturas de 1830
5º – Proibição de objetos suspensos que pudessem cair em quem estivesse passando pelas ruas. Mil e seiscentos réis na primeira vez, o dobro na segunda e trinta dias de cadeia.	30º – Não deixar objetos nas janelas e portas que pudessem cair sobre quem passava. Multa de quatro mil réis.
6º – Proibição de pedras ou materiais que dificultassem a passagem. Seis mil réis e a obrigação de limpar a rua.	32º – Proibição de degraus de pedra ou madeira nas portas de rua. Pena de dois mil réis e a obrigação de tirar em três meses. 35º – Obrigação de ter uma lanterna acesa para quem tivesse materiais e/ou andaimes na frente de casa. Pena de quinhentos réis por cada noite de descumprimento.
13º – Proibição de ramos pendentes para a rua. Pena de seis mil réis.	31º – Proibição de árvores que deitavam para fora. Pena de dois mil réis.
	12º – Condenação de oito dias de prisão aos que prejudicavam a circulação.
	20º – Quatro mil réis de multa para quem corresse a cavalo sem necessidade urgentíssima.
	21º – Proibição de passar pelas ruas com gado bravo ou andar com carros, carretas e carroças sem guia. Multa de quatro mil réis.

Posturas de 1820	Posturas de 1830
	23º – Porteiras fáceis de abrir e fechar nos caminhos públicos, não sendo mais as de vara. Para quem as deixasse abertas, multa de mil réis, além de responder pelo dano causado.
	27º – Proprietários ou inquilinos de terrenos por onde passavam estradas não podiam estreitá-las com plantações de espinhos ou caraguatás. Multa de dois mil réis e o serviço de retirada.

Fonte: Elaborado pelo autor.

É de se suspeitar que eram constantes os acidentes de pedestres que sofriam com a queda de objetos suspensos nas portas e janelas das casas, pois a multa foi mais do que sobrada na década de 1830, embora a pena de cadeia tenha sido abolida. Já com relação à poda das árvores a multa diminuiu, o que nos mostra que passou, nesse momento, a ser um problema menos grave aos olhos da câmara.

Em uma cidade que crescia e, com o crescimento, também aumentava o número de construções, foi necessário deixar claro que era proibido não apenas deixar pedras e materiais na frente das casas, mas quando fosse inevitável devido a obras, era necessário manter a frente iluminada.

As novas posturas, entretanto, iam além do cuidado com o pedestre e se ocupavam também das grandes movimentações, proibindo gado bravo de passar pelas ruas. O que poderia ser também colocado sob a rubrica de controle de animais, contudo, conta mais o fato de que se tratava do controle da circulação ordenada e da necessidade de manter essa circulação nos padrões mais civilizados que fossem possíveis de alcançar. Da mesma forma, aqueles que moravam em frente de estradas pareciam ter o costume de plantar uma vegetação que espantasse intrusos – tanto animais quanto pessoas. Mas essas plantações tomavam parte da via, estreitando-a e prejudicando a locomoção. Essas plantações passaram a ser proibidas.

A respeito da saúde pública:

Quadro 3 – Posturas a respeito de saúde pública

Posturas de 1820	Posturas de 1830
3º – Obrigação de manter testadas calçadas e limpas. Seis mil réis de multa.	11º – Obrigação de limpar e consertar testadas. Multa de mil a três mil réis. 5º – Proibição do lançamento de coisas de fácil putrefação. Multa de quatrocentos a mil e duzentos réis.
4º – Proibição de canos de despejo nas ruas.	6º – Proibição de canos que desaguassem nas ruas. Pena de seis mil réis.
7º – Os vendedores ambulantes de mantimentos e gêneros eram obrigados a apreçoar o que vendiam.	
8º – Proibição de formigueiros dentro das propriedades. Seis mil réis de multa.	8º – Obrigação de tirar os formigueiros das propriedades em três meses. Multa de seis mil réis.
11º – Os vendedores ambulantes deviam ter medidas específicas. Multa de seis mil réis.	10º – Pesos e medidas falsos e gêneros corrompidos e falsificados: quatro a oito dias de prisão.
14º – Controle dos vendedores e dos gêneros vendidos nas casinhas pelo juiz almotacel. Pena de seis mil réis.	
	28º – Multa de trinta mil réis e queima de estoque para os boticários que vendessem drogas avariadas.
	33º – Venda de pólvora e outros gêneros explosivos apenas nos locais determinados pela câmara. Multa de quatro mil réis.
	34º – Proibição da fabricação de pólvora ou fogos de artifício dentro das povoações. Quatro mil réis de multa.
	36º – Proibição de matar gado fora do matadouro sem licença. Oito mil réis de multa e quatro dias de prisão.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Como se nota, a multa a respeito da necessidade de manter as testadas calçadas e limpas diminuiu pela metade, mas surgia um novo item, que era a proibição de arremessar elementos de fácil putrefação na rua, assim como era definida a multa para quem desaguasse esgoto em via pública, pelo fato de “[...] que todos os dias vão aparecendo aberturas de novos desaguedouros ou canos das casas para as ruas, fazendo uma desarranjada continuação de altos e baixos [...]” (ATAS, vol. XV, 1922, p. 51). O problema parecia grave no beco que ia da rua das casinhas até o palácio do governo e, por isso, foi ordenado que o Comandante das Armas mandasse uma sentinela vigiar essa área desde as Ave-Marias até as onze da noite, e das quatro às seis da manhã (REGISTRO GERAL, vol. XXI, 1936, p. 166).

Se, de um lado, os moradores mantinham a frente da casa limpa e caiada, os restos de animais mortos arremessados na rua e o descarte de esgoto continuavam a ser um problema considerado grave pela câmara, assim como as formigas. Em abril de 1830, era pedido ao fiscal que observasse “à risca as posturas sobre limpeza das ruas” (ATAS, vol. XXV, 1922, p. 138).

As casinhas, grande preocupação das posturas de 1820, deixavam de sê-lo nas de 1830. Nesse novo momento, as obrigações que recaíam especificamente sobre ambulantes e vendedoras das casinhas se tornavam mais abrangentes: por exemplo, punia-se aquele com pesos e produtos falsificados e corrompidos. Outras duas preocupações passavam a se apresentar nesse momento: o açougue e a casa de pólvora que existia no centro da freguesia de Santa Ifigênia (ATAS, vol. XXV, 1922, p. 4).

No início do século, a câmara pedia menos rigor por parte do Protomedicato na fiscalização com relação aos boticários (pois se tivesse, não restaria nenhum medicamento na província)¹⁶; contudo, a partir desse momento, a câmara começou a fiscalizá-los e a conceder as licenças necessárias.

O controle de animais das posturas de 1820 estava relacionado com o controle de animais ferozes, que comiam,

¹⁶ Ver: Mantovani, 2015, p. 93-94.

adoeciam e defecavam em via pública e, pode-se presumir, estavam sempre entre os monturos da cidade. As leis de 1830 a esse respeito devem ser entendidas tanto como medidas de saúde pública quanto como medidas que, nesse momento, eram tomadas para que os animais não causassem dano ao patrimônio alheio. Assim, as posturas de 1820 sobre o controle de animais serão aqui agrupadas fora da rubrica “saúde pública”.

Quadro 4 – Posturas a respeito do controle de animais

Posturas de 1820	Posturas de 1830
9º – Proibição de porcos pelas ruas.	37º – Quem trouxesse porcos vivos para abater, mas os deixasse livres: multa de dois mil a seis mil réis, além de ressarcir o dano causado.
15º – Proibição de cães sem açaímos ou focinheiras. Pena de seis mil réis e a morte do animal.	
	16º – Animais mantidos sem cerca ou valo podiam ser confiscados pelos vizinhos e entregues ao fiscal.
	17º – Mesmo que com cerca ou valo, se os animais ocasionassem dano, valeria a postura anterior.
	18º – Quem plantasse beira-campo deveria cercar a plantação (para evitar que entrassem animais). Caso ainda assim entrassem, o prejudicado gozaria do direito das posturas antecedentes.
	22º – Quem tivesse pastos para negócios deveria tê-los seguros com valos ou cerca. Pena de quatro mil réis pra quem deixasse que animais saíssem.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Essas posturas não estabeleceram regras com relação aos cães, embora posturas posteriores tenham incorporado a necessidade de extermínio dos caninos. Em maio de 1831, a

câmara decidiu despende “10\$120 rs, feita com a matança de caens, que a Camara não julga excessiva” (REGISTRO GERAL, vol. XXI, 1936, p. 122). A ideia de matar todos os cães não era uma novidade desse momento, pois já era feita na década anterior. Em 1833, havia posturas novas, pois o secretário liberava ao fiscal até 120 réis por cada cão morto e enterrado (REGISTRO GERAL, vol. XXIII, 1937, p. 160). Em junho de 1834, o fiscal era intimado a explicar por que havia cães em número ilimitado na cidade “com perigo dos cidadãos” (REGISTRO GERAL, vol. XXIV, 1938, p. 136). Em maio de 1836, passaram-se a empregar lanças para matar os cães (REGISTRO GERAL, vol. XXV, 1938, p. 108), entretanto, ao final daquele mesmo ano, parece que o extermínio voltou a ser com espingarda, pois o fiscal despendeu 1\$120 réis para isso (REGISTRO GERAL, vol. XXV, 1938, p. 237). Em abril de 1837, aumentou de 160 para 320 réis a quantia que a câmara se predispunha a pagar por cada cão morto e enterrado (REGISTRO GERAL, vol. XXVIII, 1939, p. 72).

Os porcos, além de trazerem prejuízos às propriedades, surgiam como um problema da Várzea do Carmo. Em outubro de 1833, o secretário informou ao fiscal que os porcos estavam arrancando as estacadas que amparavam o aterrado (REGISTRO GERAL, vol. XXIII, 1937, p. 337). Em abril de 1837, a câmara alertava o prefeito de que havia grandes manadas de porcos sem guarda durante o dia na várzea e que não eram recolhidos à noite, como previa a postura número 37 (REGISTRO GERAL, vol. XXVII, 1938, p. 73), postura reforçada em outubro de 1838 (REGISTRO GERAL, vol. XXVIII, 1939, p. 163).

Além de tentar regular a quantidade de animais pela cidade que eram um problema para os cidadãos e organização urbana, as posturas de 1830 procuravam punir os responsáveis por animais que entrassem e arruinassem jardins e plantações. Os que plantavam beira-campo, deveriam cercar a plantação para se beneficiarem das posturas punitivas contra os animais que invadiam propriedades. Caso mesmo assim tivessem a sua plantação danificada, aí poderiam exigir o que estava

determinado pelas outras posturas que resguardavam os moradores dos estragos dos bichos.

Somando-se a esses conjuntos de posturas apresentadas acima, havia as que regulavam festas, armas e comportamentos. O crescimento demográfico resultava também em crescimento do medo e fazia com que os vereadores se sentissem na necessidade de controlar espetáculos, coibir os maus costumes, proibir jogos e diversas formas de ajuntamento de negros, assim como o porte de armas: a 7º postura regulava os espetáculos: para realizá-los, era necessário pagar de seis mil a quinze mil réis à câmara, estando liberadas as festas nacionais. A 13º proibia falar alto ou praticar ações ofensivas aos bons costumes, multa de mil a três mil réis e três dias de prisão. A 14º coibia o jogo na rua, com multa de dois mil réis aos infratores. Também proibia dar casas para escravo jogarem, multa de três mil réis a quem o fizesse. A 19º proibia tiros com roqueira ou soltar busca-pés, com multa de dois mil réis. A 24º determinava que os taverneiros coniventes com arruaça seriam multados em dois mil réis e três dias de prisão. A 25º proibia o porte de armas em ocasiões não festivas, multa de dois mil réis.

As primeiras atitudes que combatiam desordens com vigilância e controle de vadios, trabalhadores pobres livres e escravos surgiram no ano anterior a essas posturas (1829, portanto), quando a câmara começou a pedir aos juizes de paz uma “remessa das relações dos vadios e jornaleiros do seu distrito” (REGISTRO GERAL, vol. XX, 1923, p. 162). Nesse mesmo ano de 1829, em outubro, a câmara enviou um ofício ao vice-presidente da província em que falava sobre dois problemas: o lixo das ruas no distrito da Sé devido ao “crescimento da população” e também do desleixo com relação às leis a respeito da circulação de embriagados, loucos, vadios e turbulentos pelas ruas, que permaneciam vagando (REGISTRO GERAL, vol. XX, 1923, p. 151).

Trata-se também do momento em que as primeiras medidas oficiais contra festas perigosas eram tomadas: em dezembro de 1830, a câmara sugeriu a criação de uma postura contra

o costume de se enforcar Judas nos sábados de aleluia, com multa de oito mil réis, e outra postura que multaria em seis mil réis e três dias de prisão quem, no tempo do entrudo, deitasse água ou outra coisa em outra pessoa (REGISTRO GERAL, vol. XXI, 1936, p. 23). Essa festa popular, que era a imagem mais acabada de desordem, não tinha mais cabimento dentro da demanda por ordem. Os porta-vozes científicos da ordem, os médicos brasileiros, requisitaram estudos que mostrassem o quão nocivo o jogo era não apenas para a ordem social, mas também para a ordem fisiológica do desordeiro, conforme aponta o SSP nº 6, de fevereiro de 1831 (p. 40):

A Comissão de Salubridade geral da Sociedade de Medecina do Rio de Janeiro, tencionando redigir hum mappa demonstrativo das moléstias, e das mortes originadas directa, ou indirectamente pelo jogo do entrudo, afim de poder bem conhecer, e avaliar a importância d'esta fonte geral de enfermidades, assignar-lhe o lugar, que lhe compete na categoria de causas morbificas, que devem occupar o cuidado da Hygiene publica, e fazer bem patentes, e assignalados seos terríveis effeitos; convida, e roga á todos os Snrs. Facultativos d'esta Capital, e seos arrebaldes, para que animados de zelo pelo bem publico, hajão de lhe communicar a este respeito as observações, e casos, que lhes occorrerem, e enviar-lhe tambem hum mappa demonstrativo das qualidades das molestias produzidas pela dita causa, indicando-se nelle os sexos, e as idades dos Enfermos, a terminação feliz, ou mortal das molestias, e mais particularidades dignas d'attenção.

No começo dos anos 1830, o temido caos não poderia se materializar nas ruas daquela forma. Para os liberais paulistanos, de um lado, havia o medo do regresso e, de outro, o medo da haitinização. Por isso, além das proibições de manifestações desordeiras “mais amplas”, tentou-se coibir as reuniões específicas dos negros de todas as formas. O presidente de província,

em ofício lido na câmara em julho de 1831, dizia que era importante recomendar aos fiscais alguns cuidados

[...] ácerca dos taberneiros, que concentem ajuntamentos de mulatos e negros nas tabernas. Também farão saber aos Senhores de escravos de seu Municipio que estão dadas as Ordens necessárias aos Juizes de Paz das suas Freguezias para os auxiliarem com força Civil e militar, logo que elles julguem indispensável para restabelecer o socego, e a sobordinação entre os seus escravos para o que requisitarão nos dictos Juizes, e que, não havendo tempo para requizitarem a estes, poderão para o do fim recorrer ao Official de Quarteirão, ou Delegado. (REGISTRO GERAL, vol. XXI, 1936, p. 159).

Nota-se o pavor com relação às possibilidades de sedição. Além disso, é importante mencionar que, no dia 5 de julho desse ano de 1837, a câmara sugeriu ao presidente que somente usasse os galés para os serviços públicos, deixando-se assim de pagar aos jornaleiros. Sugeriria também que era importante “[...] fazer sentir aos prezos, que os trabalhos prestados não são obsequios á Camara mas sim punição de seos crimes, e satisfação de sentença comminada por authoridade legitima” (REGISTRO GERAL, vol. XXI, 1936, p. 117). À falta de legitimidade outorgada pelo dominado, era o próprio dominador que expressava a sua legitimidade. Mais do que isso, essa passagem dá a entender que, a partir desse novo momento, os galés não seriam mais pagos pelos cofres públicos pelo serviço prestado¹⁷. O trabalho era a sua punição. Curiosamente, alguns anos antes,

¹⁷ Serviço que a câmara parecia abusar pelo fato de que, em agosto de 1837, o sargento incumbido da tarefa de vigiar os doze galés com seis soldados e uma baioneta se recusou, alegando que somente se podia assegurar a ordem com oito galés. Mais do que isso, segundo ele, seria arriscado. A solução que a câmara encontrou, nesse momento, foi enviar um ofício ao presidente da província, pedindo que esse exigisse que o sargento se ocupasse de todos os doze (REGISTRO GERAL, vol. XXVII, 1938, p. 159-160), ao que o presidente respondeu que sim, que fosse expedida ordem para o sargento guardá-los todos (REGISTRO GERAL, vol. XXVII, 1938, p. 165).

no periódico de Sigaud, de 22 de agosto de 1835, sugeriu-se que a expiação nas galés era boa até para a saúde:

A extrema fadiga em corpos cheios de energia, em alguns casos, tem bastado para curar molestias que a medicina não tinha conseguido curar. Scirros, tumores chronicos, até a syphilis mais de uma vez se tem dissipado, sem remedios nem medico, em homens robustos, que estavam expiando seus crimes nas galés, por trabalhos violentos que a lei inflige aos que a tem gravemente transgredido (DIARIO DE SAUDE, 1835, p. 146).

Se o transporte ilegal de escravos, o cativeiro e a cadeia eram os mais bem-sucedidos transmissores de doenças daquele momento, essas doenças poderiam ser curadas – segundo esse raciocínio – pela ação corretiva. Não temos como saber se os edis de São Paulo leram essa passagem do periódico do Rio de Janeiro, mas agiam como se tivessem.

Os senhores de São Paulo, portanto, tinham direito a uma cidade organizada, limpa, sem formigas, com uma Várzea do Carmo dessecada para se livrarem dos miasmas. Para que isso fosse possível, os escravizados e livres empobrecidos teriam que passar por focos de sarampo, varíola, lepra, escorbuto, estando submetidos a castigos e subnutrição que lhes encurtariam bastante a sua vida. Portanto, saúde pública, em São Paulo, era basicamente o embelezamento urbano.

Referências bibliográficas

Fontes

ATAS DA CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO.

COLLEÇÃO DAS POSTURAS DA CAMARA MUNICIPAL DA IMPERIAL CIDADE DE SÃO PAULO. São Paulo: Typographia de Costa Silveira, 1836.

DOCUMENTOS INTERESSANTES.

DIARIO DE SAUDE. Vol. 1, n. 19, 22 de agosto de 1835.

PAPÉIS AVULSOS.

REGISTRO GERAL DA CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO PAULO.

SEMANÁRIO DE SAUDE PUBLICA.

Viajantes, memorialistas e naturalistas

ALINCOURT, L. D'. *Memória sobre a viagem do porto de Santos à cidade de Cuiabá*. Belo Horizonte: Itatiaia; São Paulo: Edusp, 1975.

CASAL, M. A. de. *Corografia brasílica ou relação histórico-geográfica do Reino do Brasil*. Belo Horizonte: Itatiaia; São Paulo: Edusp, 1976.

KIDDER, D. *Reminiscências de viagens e permanências no Brasil*. Rio de Janeiro e Província de São Paulo. Brasília: Senado Federal, 2001.

MARTINS, A. E. *São Paulo antigo, 1554-1910*. São Paulo: Paz e Terra, 2003.

MAWE, J. *Viagens ao interior do Brasil*. Belo Horizonte: Itatiaia; São Paulo: Edusp, 1978.

SAINT-HILAIRE, A. de. *Viagem à província de São Paulo*. Belo Horizonte: Itatiaia; São Paulo: Edusp, 1976.

SPIX, J. B. V.; MARTIUS, C. F. P. *Viagem pelo Brasil: 1817 – 1820*. Belo Horizonte: Itatiaia; São Paulo: Edusp, 1981.

Bibliografia

BLOUNT III, J. A. *The public health movement in São Paulo, Brazil*. A history of the sanitary service, 1892-1918. Nova Orleans: Tulane University, 1971.

BOXER, C. *O império marítimo português: 1415-1825*. Tradução de Anna Olga de Barros Barreto. São Paulo: Companhia das letras, 2002.

BRASIL. Lei de agosto de 1828. *Coleção de Leis do Império do Brasil*. 1828, p. 27, vol. 1, pt I (Publicação Original). Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei_sn/1824-1899/lei-38197-30-agosto-1828-566168-publicacaooriginal-89805-pl.html>. Acesso em: 7 abr. 2014.

BRUNO, Ernani Silva. *História e tradições da cidade de São Paulo*: volume I – Arraial de sertanistas (1554-1828). Rio de Janeiro: Livraria José Olympio Editôra, 1954a.

_____. *História e tradições da cidade de São Paulo*: volume II – Burgo de estudantes (1828-1872). Rio de Janeiro: Livraria José Olympio Editora, 1954b.

CAMPOS, E. de S. Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. *Revista do Instituto Histórico e Geográfico de São Paulo*, v. XLIV (2ª parte). São Paulo: Irmãos Canton, 1949. p. 9-50.

CAMARGO, L. S. de. *Sepultamento na cidade de São Paulo: 1800-1858*. São Paulo: dissertação de mestrado – PUC-SP, 1995.

CASTRO SANTOS, L. A. Estado e saúde no Brasil (1889-1930). *Dados. Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 237-250, 1980.

_____. A reforma sanitária “pelo alto”: o pioneirismo paulista no início do século XX. *Dados. Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 3, p. 361-392, 1993.

COLEMAN, W. *Death is a social disease: public health and political economy in early industrial France*. Madison: The University of Wisconsin, 1982.

DOLHNIKOFF, M. *O pacto imperial: origens do federalismo no Brasil do século XIX*. São Paulo: Globo, 2005.

EYLER, John. *Victorian social medicine: the ideas and methods of William Farr*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1979.

FERREIRA, T. de P. Subsídios para a história da assistência social em São Paulo. *Revista do Arquivo Municipal*, ano VI, v. LXVII, p. 5-76, jul. 1940.

FOUCAULT, M. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Tradução de Raquel Ramalhete. Petrópolis: Vozes, 2004.

GIORDANO, C. *Ações sanitárias na imperial cidade de São Paulo: mercados e matadouros*. 2006. 222 f. Campinas: Dissertação (Mestrado em Urbanismo) – Programa de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo, Pontifícia universidade Católica de São Paulo, Campinas, 2006.

IAMASHITA, L. M. “Ordem” no mundo da “desordem”: modernização e cotidiano popular (Rio de Janeiro, 1822-1840). Brasília: Hinterlândia, 2009.

JESUS, N. M. de. Aulas de cirurgia no centro da América do Sul (1808-16). *História, ciências, saúde – Manguinhos*, v. 11, n. 1, p. 93-106, 2004.

KOWARICK, L. *Trabalho e vadiagem: a origem do trabalho livre no Brasil*. Rio de Janeiro: Terra e Paz, 1994.

LA BERGE, A. *Mission and method: the early nineteenth-century French public health movement*. Cambridge-UK; Nova Iorque: Cambridge University Press, 1992.

LAXE, J. B. C. *Regimento das Camaras Municipaes ou Lei de outubro de 1828. Annotada com as leis, decretos, regulamentos*

e avisos que revogão ou alterão suas disposições e explicão sua doutrina; precedida de uma introdução historica, e seguida de sete appensos, contendo o ultimo uma breve noticia da formação dos municipios da provincia do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: B. L. Garnier, 1885. Disponível em: <<http://www2.senado.gov.br/bdsf/item/id/227296>>. Acesso em: 7 abr. 2014.

LOBO, E. Evolução dos preços e do padrão de vida no Rio de Janeiro, 1820–1930 – resultados preliminares. *Revista Brasileira de Economia*, v. 25, n. 4, p. 235-265, 1971.

MACHADO, R. *et al.* *Danação da norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil.* Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

MANTOVANI, R. *Modernizando a ordem em nome da saúde: doenças, política e administração urbana em São Paulo, 1805–1840.* São Paulo: tese de doutorado – USP, 2015.

MARCÍLIO, M. L. *A cidade de São Paulo: povoamento e população, 1750-1850, com base nos registros paroquiais e nos recenseamentos antigos.* São Paulo: Pioneira; Editora da Universidade de São Paulo, 1973.

MESGRAVIS, L. *A Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, 1599?-1884: contribuições ao estudo da assistência social no Brasil.* São Paulo: Conselho Estadual de Cultura, 1976.

MORSE, R. *Formação histórica de São Paulo (de comunidade a metrópole).* Tradução de Maria Aparecida Madeira Kerberg. São Paulo: Difusão Européia do Livro, 1970.

PIKETTY, T. *O capital no século XXI.* Rio de Janeiro: Intrínseca, 2014.

SALLA, F. *As prisões em São Paulo: 1822–1940.* São Paulo: Annablume/FAPESP, 2006.

SANT'ANNA, N. *Documento Histórico – Volume II.* São Paulo: Prefeitura de São Paulo, 1951.

SILVA, M. B. de O. e. *A irmandade da Misericórdia de São Paulo e a assistência aos expostos: recolher, salvar e educar* (1896–1944). 2010. 119 f. Tese (Mestrado em Educação: História, Política, Sociedade) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2010.

TAUNAY, A. *História colonial da cidade de São Paulo no século XIX (1801–1822)* – Volume III. São Paulo: Arquivo Histórico, 1956.

TELAROLLI JUNIOR, R. *Poder e saúde: as epidemias e a formação dos serviços de saúde em São Paulo*. São Paulo: Editora UNESP, 1996.

VIGARELLO, G. *Concepts of cleanliness: changing attitudes in France since the Middle Ages*. Cambridge; Nova Iorque: Cambridge University Press, 1988.

A peste e as práticas médicas no período moderno entre a Europa e o Levante

MARINA JULIANA DE OLIVEIRA SOARES

Quando o cirurgião e naturalista escocês Patrick Russell (1726–1805) publicou um livro sobre a peste em 1791, ele alertava que o seu texto era mais um no meio da amplidão de obras sobre esse assunto. De fato, o tema da peste era frequente entre os europeus, e a possibilidade de novos surtos da doença atemorizava a todos. No período moderno, não era apenas ao norte do Mar Mediterrâneo que a peste fazia suas vítimas. No Levante, em terras de domínio otomano, os casos propagavam-se ano após ano. O cenário médico apreendido das regiões islâmicas levou à fabricação de muitos relatos europeus, nos quais os seus autores – médicos ou não – buscavam explicar os sintomas da doença, os tratamentos empregados e não raro realçavam sua crítica, mais ou menos voraz, sobre a forma como o governo e a população islâmicos procediam quando confrontados com a peste.

A partir do século XVII, tornava-se ideia corrente nos textos de autores europeus a crença acerca do atraso islâmico no que se poderia chamar de ciência e de técnica. Isso se explicava, certamente, pelas mudanças sentidas nessas áreas nas práticas e nos saberes europeus, mas denunciava também um juízo valorativo sobre os povos islâmicos. Quando as epidemias de peste avançaram pela Ásia e pela África, atingindo por suposto a Europa, uma das explicações possíveis para essa situação era a ignorância dos “turcos” em prevenir e em combater a doença. Sendo assim, a questão que se procurará tratar ao longo destas páginas será: as práticas médicas nas várias regiões do Império

Otomano e também no Magrebe, em relação à peste particularmente, eram tão distintas daquelas verificadas e implementadas nos países europeus? Afinal, é possível fazer uma oposição severa entre a medicina praticada na Europa ocidental e nas regiões islâmicas ao longo do período moderno?

A doença

As explicações sobre o que causava a proliferação da peste no período moderno eram variadas e nem sempre consonantes. Uma das razões para a disseminação da doença era buscada na medicina antiga. Galeno (129–c.199), médico grego cuja obra estava em destaque nesse momento, relacionava a peste a uma mudança do ar para um estado de putrefação pestilenta (MOOTE; MOOTE, 2004, p. 70, 2004). Esse processo de alteração no ar – que ficaria conhecido como miasma – era um dos responsáveis por espalhar a peste. Ao lado disso, havia médicos que realçavam o caráter contagioso da doença, cuja transmissão ocorreria de uma pessoa para outra pelo toque ou pela respiração. Mas o leque de causas possíveis ia além.

Tantos os árabes e turcos muçulmanos quanto os europeus cristãos acreditavam que a peste era uma punição enviada por Deus. As formas de encarar tal castigo, contudo, variavam de uma sociedade para outra. Dentre os muçulmanos a orientação sobre a doença estava pautada em um *hadith* do profeta Muḥammad em que se notava que a peste era uma punição, mas também uma benção de Deus, uma vez que aquele que padecesse teria o mesmo lugar que o mártir (BULMUŞ, 2012, p. 17). Ramificada dessa orientação originava-se a crença de que a peste era uma repreensão divina dirigida aos pecadores (BULMUŞ, 2012, p. 17).

O castigo aos pecadores era uma ideia também presente no discurso de cristãos europeus. Mas diferentemente do que indicava o profeta islâmico, a tendência entre eles era sobrepor os recursos terrenos aos espirituais. Ou seja, embora houvesse

religiosos que ressaltassem a necessidade do padecimento em torno do sofrimento (LINDEMANN, 2010, p. 59) – possivelmente para que o paciente avaliasse os seus pecados –, notava-se uma patente preocupação em buscar recursos para dirimir a dor e restabelecer a saúde. Nesse sentido, a recomendação do profeta Muḥammad para que o fiel aguardasse pacientemente no caso de uma epidemia de peste não se configurava prática comum nas sociedades cristãs.

No caso da Europa, somavam-se a tais concepções fatores de ordem social que vinham reforçar o caráter de exclusão a que certos grupos estavam submetidos. Como explicou Robert Jütte (1994, p. 22-23), a crescente associação entre a peste e as classes pobres levou à criação de medidas repressivas não somente contra os “vagabundos”, mas também contra os “indigentes nativos”. Os governantes de cidades italianas, pioneiras na formulação de uma legislação contra essa doença e em políticas de saúde pública, “baniam grupos marginais” – dentre esses, os mendigos –, por temerem a peste (JÜTTE, 1994, p. 23). Em Londres, já no século XVI, a doença era relacionada aos “pecados do subúrbio”, o que incitava as “pessoas respeitáveis” a exigirem dos magistrados uma ação contra os grupos pobres (SLACK, 1991 apud MACK, 1991, p. 126).

Outro grupo a ser fiscalizado de perto era o de viajantes. Fosse em virtude do comércio ou simplesmente do deslocamento para regiões com suspeita de peste, o fato é que muitas cidades europeias passaram a criar mecanismos para evitar a disseminação da doença. A relação entre a peste e o Levante se mostrava inquestionável para os europeus. Para estes, a doença era originária do Levante, e espalhava-se especialmente através do comércio pelo continente europeu. Exagero ou não, Junko Takeda afirma que no século XVIII “[...] os escritores europeus concordavam que ‘todas as pestes que tinham aparecido na Europa haviam sido transmitidas pela comunicação com os sarracenos, os árabes, os mouros e com os turcos’”, visto que os surtos não tinham origem na Europa (2011, p. 106).

Os tratamentos

Embora o fator religioso estivesse presente na forma como europeus e árabes/turcos entendiam a doença, isso não se tornou impeditivo, por suposto, para que médicos, governantes, curandeiros e a população de uma maneira geral buscassem soluções para combater a doença. Nesse processo, não eram apenas os remédios e a alimentação que passavam a compor o conjunto de instrumentos a serem empregados contra a peste. Estímulos de ordem espiritual e mágica – como orações, procissões e amuletos – também se somavam ao arsenal de medidas usadas pelos doentes.

A doença¹, cuja causa microbiana apenas seria descoberta em 1894 em virtude do isolamento da *Bacterium pestis* pelo médico suíço Alexandre Yersin² (KOHN, 2008, p. 311), apresentava um amplo conjunto de sintomas: “[...] inchaço, escurecimento e mau cheiro da pele, febres altas, erupções cutâneas, delírio, sede, dor de cabeça e vômitos” (TERRY-FRITSCH; LABBIE, 2012, p. 23). O cirurgião Patrick Russell, citado anteriormente, e que viveu em Alepo durante dezoito anos³, apontava ainda outros sintomas: surdez, dificuldade ou mesmo perda da fala, língua branca, ansiedade, convulsão, transpiração e hemorragia (RUSSELL, 1791, p. 80).

Em virtude desse quadro clínico, é fato que a taxa de mortalidade era elevada. O surto de peste em Londres em 1563

¹ É importante assinalar que os pesquisadores têm discutido sobre as diferenças entre as epidemias de peste no período medieval e início do período moderno e aquelas verificadas nos séculos XIX e XX. Sobre isso, ver *Catching the plague: New insights into the transmission of Early Modern plague* (ALFANI; COHN, 2000).

² A bactéria seria renomeada de *Bacillus pestis* em 1900, depois, de *Pasteurella pestis* em 1923, sendo atualmente conhecida como *Yersinia pestis* (KOHN, 2008, p. 311).

³ Em 1753, Patrick Russell foi contratado pela “Companhia do Levante” [*Levant Company*] para suceder seu irmão, Alexander Russell, como médico em Alepo. Ele retornaria a Londres em 1771.

havia levado à morte um quarto da população. As epidemias de 1603, 1625 e 1665 causaram a morte de até 200 mil pessoas (KAMEN, 2000, p. 24). Além de Londres, a França teria perdido entre 2 milhões e 2 milhões e 300 mil vidas de 1600 a 1670 (KAMEN, 2000, p. 25). Mântua, na Itália, em 1630, teria quase 70% de sua população dizimada. Antes disso, em 1599, a peste mataria 83% dos 3 mil habitantes de Santander, na Espanha (KAMEN, 2000, p. 25).

Os surtos de peste nas cidades islâmicas eram com frequência ressaltados por viajantes europeus. O naturalista sueco Fredrik Hasselquist (1722–1752) afirmava que Istambul havia sido acometida por uma severa epidemia de peste entre 1750 e 1751, o que causava a morte de mais de mil pessoas por dia (BAŞARAN, 2014, p. 64). Nesse caso, a doença vinha se somar ao cenário de incêndios e terremotos que assolavam a cidade. A peste era um flagelo constante na vida dos moradores de Istambul. Entre 1701 e 1750, a cidade testemunhara 37 epidemias da doença. Já entre 1751 e 1800, seriam 31 recorrências (BAŞARAN, 2014, p. 64). Desde 1466, a peste atemorizava os habitantes do Império Otomano, fazendo-se presente de forma intermitente ao longo de todo o período moderno, chegando ao século XIX.

O Egito, outra região muito visitada por estrangeiros europeus, também sofria com surtos de peste havia séculos. Considerando o período de 1347 a 1894, a região foi assolada por um novo caso da doença a cada nove anos (MIKHAIL, 2008, p. 251). Em virtude de poucos estudos sobre os impactos dessa doença após 1517, ou seja, o momento da conquista otomana no Egito, os dados sobre as epidemias e sobre o número de mortes não são precisos. Richard Pococke (1704–1765), clérigo inglês que esteve no Egito na primeira metade do século XVIII, afirmava que a peste no Cairo havia levado à morte sete mil pessoas em um único dia (p. 38, 1743). O viajante, contudo, não explicava quando isso teria ocorrido. Já nas últimas décadas do século XVIII, a população do Cairo teria passado de 300 mil para 263 mil, em virtude de episódios de peste, fome e crises políticas (CRECELIUS, 1998 apud DALY, 1998, p. 77).

Embora as mortes continuassem acontecendo, médicos profissionais ou curadores, administradores públicos e aqueles diretamente envolvidos com os doentes buscaram e aplicaram os mais diversos tipos de tratamentos. O que se nota em relação a esse tópico é que as práticas verificadas de um lado e outro do Mediterrâneo guardavam mais similaridades do que latentes diferenças. Isso se explica, em um primeiro momento, em razão da influência médica greco-romana presente nessas sociedades, mas denuncia também um comportamento incomum no período medieval e que se tornou corrente na modernidade: os influxos recíprocos de viajantes cristãos e muçulmanos em terras estrangeiras, o que acarretava frequentes trocas médicas.

No século XV, o imã cairota Jalāl al-Dīn al-Suyūṭī (c.1445–1505) recomendava contra a peste “[...] um remédio de leite e urina de camelo tomado pela manhã e à noite, ou uma porção de água em que um ferro em brasa estivesse mergulhado” (GALLAGHER, 1983, p. 27). Passados quase três séculos, as indicações alimentares contra a peste haviam se alterado. O viajante inglês Thomas Shaw (1694–1751), em sua passagem pelo Magrebe no início do século XVIII, afirmava que uma das ações contra a doença era o uso de xarope feito com grãos de murta (GALLAGHER, 1983, p. 28). Ao lado disso, recomendavam-se também “dois comprimidos compostos de mirra” (GALLAGHER, 1983, p. 28).

Mordach Mackenzie, médico designado pela “Companhia do Levante” no início do século XVIII, ao escrever sobre a peste em Istambul afirmava que no hospital era administrada “uma larga dose de conhaque com um dracma de melado de Veneza” quando se suspeitava que uma pessoa estava com esta doença (MACKENZIE, 1764, p. 79). Depois disso, a pessoa era coberta muito bem para que pudesse suar. Durante os três primeiros dias, o paciente deveria se alimentar somente de aletria cozida em água e beber um pouco de suco de limão. Somente no quarto dia é que o doente poderia se alimentar de arroz e tomar água. Após 15 ou 20 dias, um caldo fino de galinha também poderia ser incorporado à dieta.

A opção pela carne era uma discussão presente em textos de autores árabes/turcos e de europeus. Dawud al-Antakī (morto em 1599), médico e farmacêutico sírio que atuou no Cairo, recomendava que o paciente se abstinêsse de alimentos quentes, como a carne, pois isso causava o aumento da circulação do sangue. No lugar disso, ele deveria comer alimentos frescos, como frutas (GALLAGHER, 1983, p. 27). John Howard (1726–1790), inglês que visitou uma série de prisões e lazaretos, sendo considerado o primeiro defensor de reformas nessa área, concedeu um espaço de reflexão sobre a relação entre a carne e a peste em seus escritos. Ao perguntar a um médico judeu qual era a melhor dieta para quem era afligido por esta doença, o seu interlocutor teria respondido que “em tempos de peste”, muitos deixavam de comer carne vermelha ou peixe, mas ele não sabia informar se isso derivava de um conselho médico (HOWARD, 1971, p. 39).

Após Dawud al-Antakī tomar conhecimento de fontes que viam a peste como resultado do desequilíbrio dos humores, ele passou a aconselhar uma técnica já há muito tempo difundida entre estes povos: a sangria (HOWARD, 1971, p. 27). De acordo com a “teoria dos humores”⁴, um indivíduo com excesso de calor e umidade no corpo deveria expurgar os elementos corrompidos que estivessem no seu sangue. Eis a finalidade da sangria. O próprio Galeno assegurava que teria se curado da peste após a flebotomia (BYRNE, 2012, p. 53).

A prática da sangria no caso da peste era amplamente usada pelos médicos europeus. Para Patrick Russell, a técnica deveria ser aplicada “o mais cedo possível”, mas ele acreditava que o processo somente deveria ser repetido em situações raras,

⁴ A chamada “teoria dos humores” – herdada dos escritos de Hipócrates (morto em c.370 a.C.) e refinada por Galeno – preconizava a existência de quatro humores (sangue, fleuma, bile amarela e bile negra), originadas, respectivamente, no coração, sistema respiratório, fígado e no baço. Cada um destes humores possuía diferentes qualidades – o que gerava diferentes tipos fisiológicos. Nesse sistema, entendia-se que a saúde dependia do equilíbrio de tais substâncias no corpo.

afinal uma “quantidade considerada suficiente” já teria sido removida nesse primeiro momento (RUSSEL, 1791, p. 162). Essa era a mesma opinião de seu irmão, que também vivera em Aleppo no século XVIII (RUSSELL, 1756, p. 242). De uma maneira geral, os médicos podiam discordar quanto à utilização da sangria; todavia, não há como negar que esta era uma prática bastante corrente.

Embora Mordach Mackenzie afirmasse no século XVIII que a sangria não era empregada no Império Otomano porque se acreditava que isso levaria à morte (1764, p. 78), não é possível apostar no alcance dessa informação. O fato é que havia médicos defendendo e aplicando a flebotomia nas regiões islâmicas ainda durante o período moderno. Um deles era Ilyas bin Ibrahim al-Yahudi, médico judeu com origem na Espanha que viveu em terras otomanas. No século XVI, al-Yahudi escreveu um tratado sobre prevenção e cura de doenças em que defendia o uso da sangria contra a peste (VARLIK, 2008, p. 188).

Ao lado disso, médicos, curadores ou os próprios familiares de pacientes lançavam mão de pílulas, purgantes, purificadores de ar feitos com vinagre, cataplasmas, misturas de raízes, sementes, folhas, especiarias, castanhas (GILMAN, 2009, p. 140). O vinagre era considerado um antisséptico e era usado, portanto, para desinfetar o ar ou outras superfícies da casa em que estava o doente. Fogueiras nas ruas e fumigações nas casas dos infectados também eram feitas com a intenção de purificar o ar. No caso das regiões islâmicas, os ingredientes usados na queima contra o miasma compreendiam o almíscar, o âmbar ou o alcatrão (GALLAGHER, 1983, p. 27).

Em virtude da formação de inguas ou bubões no corpo do doente, também poderiam ser empregados unguentos e cataplasmas. Escrevendo sobre as epidemias de peste na Tunísia, Nancy Gallagher aponta o uso de pomadas de laranja amarga, além de sândalo, vinagre e cânfora (p. 27). Os árabes teriam, inclusive, introduzido na Europa o uso da laranja contra o contágio da doença. Nesse caso, a fruta era perfurada por cravos ou recheada com ervas medicinais, sendo estas, às vezes,

encharcada no vinagre (GROOM, 1997, p. 273-274). Em 1724, o médico francês Jean-André Peyssonnel, que vivia a essa época em Túnis, escrevia para os seus patrocinadores sobre os tratamentos contra a peste empreendidos no Norte da África. Ele relatou que os médicos muçulmanos supuravam as ínguas com *scille* ou cebola espanhola, ou ainda com manteiga misturada ao mel (GALLAGHER, 1983, p. 28). Esse interesse pelos tratamentos no Magrebe se explicava porque neste momento Marselha vivia um surto que ficaria conhecido como a “Grande Peste”⁵.

Não eram somente as práticas médicas – especializadas ou não – e individuais que compunham o cenário de medidas usadas contra esta doença. Havia orientações ou normas diretamente concebidas pelos administradores públicos. Duas delas serão focalizadas aqui porque foram usadas com frequência pelos magistrados de países europeus e levaram os homens públicos a aplicá-las também em regiões islâmicas. Os lazaretos e a quarentena não eram apenas polêmicos por se tratarem de regras impostas aos doentes, mas geravam controvérsia também em razão dos personagens mais afetados por tais normas: as classes sociais pobres.

Os lazaretos eram hospitais públicos dedicados a receber pacientes acometidos de doenças infecciosas, e, neste momento, de peste particularmente. As descrições feitas por testemunhas oculares, em distintas partes da Europa, emitiam não raro uma imagem repugnante sentida por tais lugares. Um médico de nome Pressi, que atuava em um lazareto em Roma, afirmava a um diarista que uma pessoa que ficasse neste hospital por um único dia sairia de lá diferente, sem vontade de rir. Todos os bebês enviados para lá – continuava ele – morriam, e o choro das mulheres que haviam perdido entes queridos perfurava o coração daqueles com compaixão (MORMANDO, 2005, p. 16).

Para os moradores das cidades italianas do início do período moderno, os lazaretos inspiravam o terror, já que eram

⁵ O surto da doença se iniciou em 1720 e durou até 1723, levando à morte 100 mil pessoas. Sobre isso, ver: Devaux, 2013.

sujeitos, fétidos, superlotados, e até mesmo dominados pelo crime (MORMANDO, 2005, p. 16). Lodovico Muratori (1672–1750), sacerdote e bibliotecário de Módena, escreveu um dos tratados mais conhecidos sobre a peste na Itália. Na sua descrição, Muratori expressava “o horror físico e emocional” que os lazaretos causavam. No tratado, ele assinalava que a pessoa era levada de repente, sequestrada com violência de sua cama e de sua casa, e corria o risco de perder – ou mesmo perdia – todas as suas coisas, como aliás acontecia em alguns países da Europa (MURATORI, 1832, p. 136).

Não sem motivo, um cardeal de Bologna, registrando as condições de um lazareto em 1630, afirmava que aquele lugar era uma “réplica fiel do inferno” (CIPOLLA, 1973, p. 27). Além do forte odor – o que gerava tentativas frequentes de “[...] fumigar as instalações com ervas aromáticas ou com água de rosas polvilhada com vinagre” (RISSE, 1999, p. 207) –, pacientes, médicos e familiares tinham de enfrentar constantes e vorazes ataques de pulgas. Os pacientes deveriam se aglomerar em uma mesma cama em tempos de epidemias severas; tornavam-se deformados em razão da doença; e os que possuíam força e lucidez tentavam fugir, daí o constante monitoramento por guardas ou porteiros (RISSE, 1999, p. 206). O cardeal registrava que ali se caminhava entre cadáveres (CIPOLLA, 1973, p. 27). Em um local como este, as enfermeiras e os enfermeiros, em sua maior parte voluntários, arriscavam constantemente sua vida (RISSE, 1999, p. 206).

Os lazaretos não existiam em todos os países europeus, tampouco possuíam as mesmas condições ao longo do tempo e do espaço. As descrições mais detalhadas destes hospitais na literatura italiana se explicam em razão do pioneirismo da região em fundar e em manter lazaretos. Não é demais lembrar que foi a República de Veneza que abriu o primeiro lazareto em 1423 na pequena ilha de Santa Maria de Nazaré (TOGNOTTI, 2013, p. 255). O sistema veneziano se tornou modelo para outros governantes europeus. Em Marselha, cidade portuária localizada no sul da França, a construção do mais antigo lazareto data de 1557 (DEVAUX, 2013, p. 172).

A situação das cidades portuárias era ainda mais delicada do que a das cidades distantes do mar. Por se tratarem de locais em que ocorriam trocas comerciais, o fluxo de pessoas e mercadorias era intenso, o que tornava tais cidades mais vulneráveis a doenças. Diante disso, o discurso que relacionava a necessidade de novos lazaretos a fim de se evitar um colapso no comércio internacional era corrente. De fato, essa equação se revelou evidente: quanto mais intensos eram os contatos comerciais, mais atenção era destinada à construção de lazaretos. Como um dos importantes parceiros comerciais dos vários países europeus era o Império Otomano, a crença de que esta região era o local irradiador da peste era evocada com maior ou menor vigor, como veremos no próximo item.

Sem posses para contratar serviços médicos, eram as pessoas pobres atingidas pela peste as que mais eram levadas para os lazaretos. As famílias ricas, de outro modo, poderiam permanecer em suas casas. Como os hospitais dependiam de fundos públicos, é certo que não havia atendimento para todos. A relação entre a peste e as pessoas pobres era constante. Como escreveu Carlo Cipolla (1973, p. 108), em certo momento a peste passou a ser conhecida como doença de mendigos, em outra ocasião passou a ser chamada de doença de pobre, recebendo ainda o título de *miseriae morbus* – doença da miséria. O já citado John Howard, em seu livro sobre os lazaretos, indicava que os ricos eram “menos sujeitos à peste do que os pobres” (1971, p. 25).

Afora o controle de doentes dentro dos lazaretos, a vigilância imposta pelo Estado se fazia presente também dentro do espaço das casas. A quarentena era aplicada por cidades-estados da Itália desde o século XV, sendo adotada pela Inglaterra e pela França entre os séculos XVI e XVIII (BULMUŞ, 2012, p. 39). Oriunda da palavra *quaranta* [quarenta em italiano], a “quarentena foi adotada como um meio obrigatório de separar pessoas, animais e bens” que poderiam ter sido expostos a uma doença contagiosa (TOGNOTTI, 2013, p. 254)⁶. Como forma

⁶ Sobre a escolha do número quarenta como período de isolamento, ver: Tognotti, 2013, p. 255.

de evitar a propagação da infecção, autoridades incluíam isolamento, cordões sanitários, fumigação e regulamentação imposta a determinados grupos de pessoas que seriam responsáveis pela disseminação de tal moléstia (TOGNOTTI, 2013, p. 254).

As medidas implementadas por tais políticas de saúde se inspiravam na teoria médica que defendia o caráter contagioso da peste. Ao lado dela – ou contra ela –, figurava a teoria miasmática. Se, por um lado, tais práticas poderiam ser eficazes no combate à doença, por outro, geravam vários distúrbios sociais. O confisco e a destruição dos pertences daqueles considerados doentes eram um deles. Enquanto nobres, mercadores ou outros grupos de posse gozavam a possibilidade de salvar os seus bens do fogo, o mesmo não ocorria com as famílias de escassos recursos. Como as sociedades europeias pré-industriais eram pobres em sua maioria, grande parte das pessoas não tinha condições financeiras para substituir os seus bens queimados em “obediência a conceitos vagos e obscuros” no que se referia à saúde e à higiene (CIPOLLA, 1973, p. 91).

Já o confinamento forçado dentro de casa não gerava apenas ressentimento, mas também o aumento no número de mortes. Fechados dentro de um mesmo espaço, as pulgas saltavam de uma pessoa para outra, fazendo novas vítimas (KOHN, 2008, p. 233). Isso ocorria porque, caso fosse constatado que uma pessoa havia morrido em virtude da peste, as autoridades determinavam que toda a sua família deveria ficar em quarentena (BYRNE, 2012, p. 141). No caso da Inglaterra entre os séculos XV e início do XVIII, a tarefa de emitir tal veredicto era das “searchers”, normalmente “mulheres mais velhas, dependentes de pensões, a quem sua paróquia pagava pequena quantia para inspecionar os corpos daqueles que morriam” (BYRNE, 2012, p. 141).

Inspecção severa era dedicada também aos portos. Por se tratarem de espaços com frequentes chegadas e partidas de pessoas e mercadorias, os administradores públicos lhes dedicavam particular vigilância. Para os europeus, havia um motivo ainda mais agudo com o que se preocupar: a peste era disseminada pelos contatos comerciais com os povos do Levante.

A crença de que as regiões asiáticas – em especial o Império Otomano – eram responsáveis por transportar a doença até os portos europeus era forte o bastante para que medidas restritivas fossem tomadas. A partir disso, os “departamentos de saúde” multiplicavam-se pelas cidades europeias.

O “departamento de saúde” em Marselha originou-se ao redor de 1640, sendo composto por “dezesseis homens incorruptíveis” que tinham autorização para ordenar quarentenas, desinfetar tudo o que era recebido de lugares suspeitos, além de “punir severamente” aqueles que transgrediam as ordens (TAKEDA, 2011, p. 122). Em 1730, depois da “Grande Peste” em Marselha, portanto, os membros deste departamento passaram a ser selecionados dentre mercadores que haviam residido durante muitos anos no Levante (Idem).

Ao chegarem ao porto de Marselha, os navios eram inspecionados e recebiam um dos três tipos de certificados ou notificação real [em francês, *patente*]: a *patente nette*, o que significava que no local de partida não havia suspeita de peste; a *patente soupçonnée*, indicando que o local de origem possuía suspeita da doença; e a *patente brute*, para as cidades devastadas por tal moléstia (TAKEDA, 2011, p. 122). Dependendo da indicação no documento, os viajantes deveriam cumprir os períodos de isolamento estipulados: 16, 30 ou 40 dias (TAKEDA, 2011, p. 122).

Não era apenas em Marselha que os navios deveriam apresentar um “atestado de saúde” e permanecer em isolamento. Em qualquer um dos “sete lazaretos especificados no Mediterrâneo ocidental”, os navios que chegavam do Levante eram obrigados a comprovar que suas cargas haviam sido abertas e arejadas em um dos portos anteriores (PORTER, 2009, p. 142). Os lazaretos em questão eram os localizados em Malta [ao sul da ilha da Sicília], Ancona [a leste da Península Itálica], Veneza, Messina [na Sicília], Livorno [oeste da Península Itálica], Gênova e em Marselha (FROGGATT, 1964, p. 50).

Do outro lado do Mar Mediterrâneo, governantes e autoridades religiosas não possuíam opiniões unânimes sobre a

implementação das medidas adotadas na Europa. Comparativamente, a situação médica no Magrebe e no Império Otomano era distinta daquela que se verificava na Europa ocidental: havia menos hospitais e, por conseguinte, um menor número de médicos para atender os doentes de uma maneira geral, e, em especial, aqueles afetados pela peste. Sem locais específicos para tratar tais pacientes, a influência da quarentena europeia era vívida, e despertava argumentos diversos nas autoridades e na população islâmicas.

Na Tunísia, durante as epidemias de peste ocorridas entre 1784 e 1785, o governante Hamuda Bey ordenou que as roupas e outras posses das pessoas mortas em virtude da peste fossem queimadas. Isso se dava em resposta aos conselhos dos cônsules que indicavam o uso de tal prática na Europa (GALLAGHER, 1983, p. 26). As casas em que vítimas da doença morriam eram fechadas por várias semanas (Idem). Além disso, o governante determinou que o doente viajante fosse isolado em um *makhzan*, ou seja, um armazém de ceramistas (GALLAGHER, 1983, p. 26). A população se opunha fortemente às práticas instituídas pelo governo, o que levou o *Bey* a se consultar com o mufti e com o ulemá superior. Estes, contudo, defendiam que tais práticas levavam o povo à miséria, sendo dever do *Bey* “render-se à vontade de Deus” (GALLAGHER, 1983, p. 26).

Se os administradores dos portos europeus exibiam amplas suspeitas sobre os navios oriundos do Levante, o mesmo se notava no Magrebe em relação às cidades da Europa. Desde o início do século XVIII, os *Beys* da Tunísia tinham instituído a quarentena ou a proibição da entrada de navios provenientes de portos onde se sabia da existência da peste. Em 1722, após a disseminação das notícias sobre os casos de peste em Marselha, Husayn Bey recusou a admissão a todos os navios de portos infectados e, em seguida, “acrescentou uma quarentena de vinte dias para todos os navios vindos da França” (GALLAGHER, 1983, p. 24). Para tanto, um pequeno lazareto havia sido estabelecido em uma ilha do Lago de Túnis, local que recebia as mercadorias enquanto os navios aguardavam o período de quarentena (GALLAGHER, 1983, p. 24).

A prática da quarentena também era empregada no Egito em fins do século XVIII e ao longo do século seguinte. Para Alan Mikhail, esta medida foi responsável, contudo, por separar a sociedade egípcia em duas: de um lado, estavam os espaços de vivência em que a “sociedade e a cultura existiam” e, de outro, os “espaços de quarentena” para onde os infectados eram levados para morrer (2011, p. 201). A consequência nefasta deste meio de prevenção seria a definição de locais em que a sociedade literalmente vivia e outros – externos a estes – em que a doença e a morte permaneciam cercados (MIKHAIL, 2011, p. 201-202). Não é demais lembrar que o primeiro caso de uso sistemático da quarentena contra a peste no Egito ocorreu em 1799 por ordem das tropas francesas, cuja expedição se estendeu de 1798 a 1801 (MIKHAIL, 2011, p. 230).

Com uma população que excedia 30 milhões de pessoas entre os séculos XVII e XVIII, e com províncias na Europa, Anatólia, Ásia e no Norte da África (PAMUK, 2004, p. 226), qualquer generalização sobre a quarentena no Império Otomano pode ser arriscada. De qualquer maneira, é preciso sublinhar que tal medida não era prática corrente nas várias regiões deste império até, pelo menos, o século XIX. Isso não significa, contudo, que os governantes locais não a aplicassem antes deste período. A partir de uma “ordem imperial” de 1566, por exemplo, ainda se praticavam políticas tradicionais de quarentena na ilha de Quios, na Grécia. Importante lembrar que Quios estava sob domínio de Gênova até 1566, quando foi conquistada pelo Império Otomano (EPSTEIN, 1996, p. 319).

Se a quarentena não era um tema presente nos tratados médicos ou nas regulamentações dos governantes otomanos neste momento, o mesmo não se aplicava ao tema dos deslocamentos em épocas de peste. Enquanto na Europa a fuga do local infestado pela doença era possivelmente a medida mais comum (RANGER; SLACK, 1992, p. 219), em terras otomanas tal prática era bastante controversa. Nesse sentido, a afirmação de que os súditos do Império Otomano deveriam permanecer em suas cidades não porque a fuga violava a lei divina, mas porque

tal prática violava a lei imperial (WHITE, 2011, p. 89) precisa ser pensada com mais cautela.

É fato que havia súditos fugindo de sua cidade em virtude não somente da peste, mas também em razão de outras doenças, secas, carestias. Contudo, o dilema entre permanecer e fugir atormentava muitos muçulmanos. Se os “maus eventos” – como as doenças – vinham de Deus, o que deveria fazer o “bom muçulmano”: aceitar a peste e permanecer na área afetada ou fugir para um local mais seguro? (VARLIK, 2008, p. 203). Este dilema moral seria atenuado pelo influente jurista otomano Ebussuud Efendi (1490–1574). No século XVI, ele emitiu uma *fatwā* – um parecer legal –, apoiando os habitantes a se retirarem da cidade atingida pela peste para um local mais seguro (VARLIK, 2008, p. 204). Ebussuud também concedeu autorização legal para o uso da “cautela e prevenção contra a peste”, o que se tornou um cânone normativo para os séculos seguintes (VARLIK, 2008, p. 203).

A peste: uma “doença oriental”?

Os europeus no século XVII concordavam que o Império Otomano era o centro da atividade da peste, sendo Constantinopla, Esmirna e Alexandria os locais propícios ao desenvolvimento da doença (TAKEDA, 2011, p. 115). A bactéria que causava tal enfermidade era provavelmente originária de roedores e pulgas presentes nas estepes da Ásia central (ELDRIDGE; EDMAN, 2004, p. 390), mas a crença de que o Levante disseminava a peste estava longe de ser uma mera questão geográfica.

Se os árabes eram tomados como uma civilização que havia contribuído em algum grau para o desenvolvimento da ciência – o que não consistia em unanimidade –, o mesmo não era afirmado em relação aos turcos. Ao longo do período moderno, um crescente número de europeus defendia a tese de que os turcos não produziam nada significativo nas várias áreas das ciências. No livro de Alexander Russell (c. 1715–1768),

editado por seu irmão Patrick, afirmava-se que a medicina sequer era praticada pelos turcos, ficando a cargo de cristãos e judeus (1794, p. 117). Ao lado do princípio científico, havia ao menos dois outros fatores que contribuíam para fixar uma visão negativa sobre os muçulmanos de uma maneira geral, e sobre os turcos de maneira particular: o despotismo asiático e a crença na imoralidade dos povos do Levante.

Desde o início da modernidade, quando se começou a avolumar a produção intelectual sobre os turcos, uma característica deste povo era repetida à exaustão pelos europeus: o seu despotismo. Variando entre a reprovação completa e a reflexão menos valorativa, o fato é que o tema tinha adquirido o seu espaço na literatura. Este discurso presente nos autores europeus ganharia um reforço teórico em 1748, ano da publicação de *O Espírito das Leis*, de Montesquieu. Nesse texto, o pensador francês lançava uma afirmação inequívoca: era na Ásia que o despotismo estava “por assim dizer naturalizado” (MONTESQUIEU, 1996, p. 73).

Como era de se esperar, um governo despótico gerava inúmeros males para a sociedade, dentre os quais figuravam questões de ordem médica. A falta de investimento nas ciências – compreendendo-se a medicina – não era o único resultado nefasto causado por este governo. Para os europeus, a tirania dos sultões turcos causava um prejuízo ainda maior aos corpos de seus súditos porque se relacionava a um ponto essencial: a predestinação da religião islâmica quanto às doenças.

Justamente por acreditarem que o seu destino era inalterável, os turcos eram acusados de fazerem pouco – ou nada – contra as doenças que os acometiam. Como escreveu o viajante francês identificado como Pouillet, os turcos seguiam um provérbio recorrentemente repetido: morto o animal, morto o veneno (1668, p. 124), o que explicava a sua negligência em relação à prevenção e ao tratamento da peste. Ao passar por uma aldeia devastada por esta moléstia, Pouillet ainda acrescentava que os turcos compravam e vendiam as roupas dos que haviam morrido em virtude dela, vestindo o veneno junto com o tecido (1668, p. 124-125).

Ao lado deste elemento, havia outro fator intimamente colado às sociedades islâmicas e que também contribuía para explicar a ocorrência de doenças nestas regiões: a sua inclinação às paixões. Uma das formas das paixões – a lascívia – era ressaltada desde o período medieval pelos autores europeus, convictos da vida luxuriosa do profeta Muḥammad. Ao longo da modernidade, o aumento no número de viagens para terras islâmicas reforçaria esta representação, que seria usada inclusive para explicar o desenvolvimento de diversas doenças entre estes povos. A peste era somente um dos males justificados a partir de tais excessos.

A intemperança verificada ou presumida nas sociedades islâmicas era contraposta não raramente às práticas virtuosas das sociedades europeias. É certo que as paixões do corpo não eram uma exclusividade dos muçulmanos. Contudo, a diferença é que, enquanto os europeus buscavam recobrar o seu equilíbrio, os africanos/asiáticos se deixavam levar por tais destemperos. Diante disso, o surto da peste nos séculos XVIII e XIX simbolizava para os ingleses a “depravação moral no Magrebe”, em contraste com a “ordem e decência cívica da sociedade britânica” (SCHROETER, 2002, p. 51). Tais representações *orientalistas* também eram alimentadas em outras sociedades europeias ocidentais, como faziam os autores franceses em relação à peste no Império Otomano (TAKEDA, 2008).

Conclusão

Ao longo do período moderno, era frequente encontrar em textos de autores europeus a opinião de que os muçulmanos não empregavam meios adequados para combater a peste. No século XVII, por exemplo, os cristãos opunham as suas “precauções sensatas” ao “fatalismo turco” (RANGER; SLACK, 1992, p. 17). Ao lado desta suposta negligência dos muçulmanos em relação às doenças, figurava e consolidava-se outro componente deste discurso orientalista: a decadência científica nas regiões

islâmicas. Alexander Russell, que foi apontado como médico em Alepo pela “Companhia do Levante” em 1740, afirmava que o estado da medicina entre os nativos – assim como o das outras ciências – estava em declínio (1756, p. 99).

A percepção sobre o atraso das ciências nas regiões islâmicas – fosse no Magrebe ou no Império Otomano – não permitia, no entanto, que os europeus notassem as várias similaridades entre as práticas médicas adotadas de um lado e outro do Mediterrâneo. Longe de negar as particularidades locais e mesmo o novo panorama científico que se desenhava na Europa, o fato é que os posicionamentos teóricos e as indicações terapêuticas sobre a peste indicavam mais consonâncias do que oposições. Ao lado disso, havia uma questão que a essa época era ainda pouco considerada pelos médicos europeus: os problemas das medidas adotadas contra esta doença.

A partir da experiência de médicos e de outros profissionais que viajavam para as várias regiões islâmicas, é possível notar as muitas semelhanças entre as práticas médicas implementadas na Europa ocidental e no Magrebe ou no Levante. Isso se explica, em um primeiro momento, pela base teórica médica comum a tais povos ainda durante o período moderno, ou seja, os princípios hipocrático-galênicos. Mas havia, além disso, outro importante componente: a influência recíproca entre estes povos no tocante à medicina.

Os afluxos de informações, de ervas e de medicamentos simples ou compostos eram correntes no Mediterrâneo durante este momento. O avanço do comércio entre regiões cristãs e islâmicas estimulava seguramente estas trocas. Mas as influências recíprocas no tocante à medicina datavam, pelo menos, desde o período medieval. Inúmeros são os exemplos que indicam a confluência de saberes teóricos e práticos em torno da peste. Uma receita empregada em Milão contra a peste, em 1631, compreendia vários ingredientes de origem asiática: cravos, noz-moscada, mirra, raiz de gengibre, casca de laranja. Enxofre, folhas de rabanete, arsênico, folhas de peônia, aroeira e sementes de arruda completavam a fórmula (BYRNE, 2012,

p. 10). Já em terras islâmicas, o exemplo da quarentena disseminado por cidades italianas também ganharia os seus defensores.

Embora esta medida seja vista como um “ponto de viragem” das políticas de saúde adotadas contra a peste nas regiões cristãs (MCNEILL, 2003 apud VARLIK, 2008, p. 9), é preciso lembrar que a quarentena não era adotada somente na Europa. Como vimos, no Magrebe as autoridades locais passaram a empregá-la, e no Império Otomano – compreendendo-se o Egito – os próprios europeus a instituíram quando de suas incursões colonialistas em fins do século XVIII e mais intensamente ao longo do século XIX.

Ainda que na época muitos médicos “contagionistas” e magistrados defendessem amplamente a prática, houve quem se opusesse. Os irmãos Russell eram dessas vozes dissonantes. Em 1755, Alexander voltava para a Inglaterra “via lazaretos em Nápoles e Livorno” (STARKEY, 2013, p. 181), e em 1771 foi a vez de seu irmão viajar pela Itália e França para investigar a gestão dessas instituições. O resultado foi que os dois “sugeriram ao Conselho Privado em Londres” que avaliasse “os regulamentos da quarentena” (STARKEY, 2013, p. 181).

Diante disso, é necessário que sejamos cautelosos com duas ideias ainda presentes nas pesquisas contemporâneas. A primeira delas se refere a uma oposição entre o racionalismo científico europeu e o ranço religioso nas regiões islâmicas, o que teria levado à decadência científica nestas últimas. Além disso, parece adequado ponderar que uma história da medicina no período moderno, centrada nas sociedades cristãs e islâmicas – abarcando mesmo os judeus –, deve se pautar menos em um embate severo entre tais povos do que na cooperação entre eles. Afinal, se é possível arriscar alguma certeza em relação à ciência é que ela não se submete a fronteiras.

Referências

ALFANI, G.; COHN, S. K. Catching the plague: New insights into the transmission of Early Modern plague. In: _____;

_____. *Session 223 – Spreading the disease: The demography of diffusion and transmission of contagious agents in the past.* Princeton Working Papers, 2000.

BAŞARAN, B. *Selim III, Social Control and Policing in Istanbul at the End of the Eighteenth Century.* Leiden: Brill, 2014.

BYRNE, J. P. (Ed.). *Encyclopedia of Pestilence, Pandemics, and Plagues.* Vols. 1 e 2. Westport/London: Greenwood Press, 2008.

_____. *Encyclopedia of the Black Death.* Volume 1. Santa Barbara: ABC-Clio, 2012.

BULMUŞ, B. *Plague, Quarantines and Geopolitics in the Ottoman Empire.* Edinburgh: Edinburgh University Press, 2012.

CIPOLLA, C. M. *Cristofano and the Plague: A Study in the History of Public Health in the Age of Galileo.* Berkeley/Los Angeles: University of California Press, 1973.

CRECELIUS, D. Egypt in the eighteenth century. In: DALY, M. W. (Ed.). *The Cambridge History of Egypt.* Volume 2: Modern Egypt, from 1517 to the end of the twentieth century. Cambridge: Cambridge University Press, 1998.

DEVAUX, C. A. Small oversights that led to the Great Plague of Marseille (1720-1723): Lessons from the past. *Infection, Genetics and Evolution*, v. 14, p. 169-185, 2013.

ELDRIDGE, B. F.; EDMAN, J. D. *Medical Entomology: A Textbook on Public Health and Veterinary Problems caused by Arthropods.* Revised Edition. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 2004.

EPSTEIN, S. A. *Genoa and the Genoese, 958-1528.* Chapel Hill: University of North Carolina Press, 1996.

FROGGATT, P. The Lazaret on Chetney Hill. *Medical History*, v. 8, n. 1, p. 44-62, 1964.

GALLAGHER, N. E. *Medicine and Power in Tunisia, 1780-1900*. Cambridge: Cambridge University Press, 1983.

GILMAN, E. B. *Plague Writing in Early Modern England*. Chicago: The University of Chicago Press, 2009.

GROOM, N. *New Perfume Handbook*. London; New York: Chapman & Hall, 1997.

KOHN, G. C. *Encyclopedia of Plague and Pestilence: From Ancient Times to the Present*. New York: Facts On File, 2008.

HOWARD, J. F. R. S. *An Account of the Principal Lazarettos in Europe*: with various papers relative to the plague: Together with further observations on some Foreign Prisons and Hospitals; and additional remarks on the present state of those in Great Britain and Ireland. The second edition, with additions. London: Printed for J. Johnson, C. Dilly, and T. Cadell, 1791.

JÜTTE, R. *Poverty and Deviance in Early Modern Europe*. Cambridge: Cambridge University Press, 1994.

KAMEN, H. *Early Modern European Society*. London: Routledge, 2000.

LAIDLAW, C. *The British in the Levant: Trade and Perceptions of the Ottoman Empire in the Eighteenth Century*. London; New York: I. B. Tauris, 2010.

LINDEMANN, M. *Medicine and Society in Early Modern Europe*. 2nd ed. Cambridge: Cambridge University Press, 2010.

MACKENZIE, M. An Account of the Plague at Constantinople: In a Letter from Mordach Mackenzie, M. D. to Sir James Porter, His Majesty's Envoy Plenipotentiary at Brussels; and F. R. S. *Philosophical Transactions*, v. 54, p. 69-82, 1764.

MIKHAIL, A. The nature of plague in late eighteenth-century Egypt. In: *Bulletin of the History of Medicine*, v. 82, n. 2, p. 249-275, 2008.

_____. *Nature and Empire in Ottoman Egypt: An Environmental History*. Cambridge: Cambridge University Press, 2011.

MONTESQUIEU, C. de S. *O espírito das leis*. Apresentação de Renato Janine Ribeiro; tradução de Cristina Murachco. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

MOOTE, L.; MOOTE, D. C. *The Great Plague: The Story of London's Most Deadly Year*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2004.

MORMANDO, F. Response to the Plague in Early Modern Italy: What the Primary Sources, Printed and Painted, Reveal. In: BAILEY, G. *et al.* (Ed.). *Hope and Healing: Painting in Italy in a Time of Plague, 1500-1800*. Worcester, MA: The Worcester Art Museum, 2005. p. 1-44.

MURATORI, L. A. *Del governo della peste e della maniera di guardarsene*. Milano: Per Giovanni Silvestri, 1832.

NEWMAN, K. L. S. Shutt Up: Bubonic Plague and Quarantine in Early Modern England. In: *Journal of Social History*. vol. 45, n.º 3, p. 809-834, 2012.

PAMUK, Ş. Institutional Change and the Longevity of the Ottoman Empire, 1500-1800. *Journal of Interdisciplinary History*, Massachusetts, v. 35, n. 2, p. 225-247, 2004.

POCOCKE, R. *A Description of the East, and Some other Countries*. Volume the First: Observations on Egypt. London: Printed for the Author, 1743.

PORTER, S. *The Great Plague*. Stroud: Amberley, 2009.

POULLET, S. *Nouvelles relations du Levant*. Paris: Louis Billaine, 1668.

RANGER, T.; SLACK, P. (Ed.). *Epidemics and Ideas: Essays on the Historical Perception of Pestilence*. Cambridge: Cambridge University Press, 1992.

RUSSELL, A. M. D. *The Natural History of Aleppo, and parts adjacent*. Containing a description of the city and the natural productions in its neighbourhood. London: Andrew Millar, 1756.

_____. *The Natural History of Aleppo, and parts adjacent*. Containing a description of the city and the natural productions in its neighbourhood. The Second Edition. Revised, Enlarge, and Illustrated with notes. by Pat. Russell, M.D. & F.R.S. Volume II. London: Printed for G.G. and J. Robinson, Pater-Noster-Row, 1794.

RUSSELL, P. *A Treatise of the Plague*: Containing an Historical Journal, and Medical Account, of the Plague, at Aleppo, in the years 1760, 1761, and 1762. Also, Remarks on Quarantines, Lazarettos, and the Administration of Police in Times of Pestilence. Volume I. London: Printed for G. G. J. and J. Robinson, Pater-Noster Row, 1791.

SCHROETER, D. J. *The Sultan's Jew*: Morocco and the Sephardi World. Standford: Standford University Press, 2002.

SLACK, P. Responses to Plague in Early Modern Europe: The Implications of Public Health. In: MACK, A. *In Time of Plague*: The History and Social Consequences of Lethal Epidemic Disease. New York: New York University Press, 1991. p. 111-132.

STARKEY, J. C. M. *Examining Editions of The Natural History of Aleppo*: Revitalizing Eighteenth-Century Texts. Edinburgh: University of Edinburgh, 2013.

TAKEDA, J. T. *Between Crown and Commerce*: Marseille and the Early Modern Mediterranean. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2011.

TERRY-FRITSCH, A.; LABBIE, E. F. (Ed.). *Beholding Violence in Medieval and Early Modern Europe*. Burlington: Ashgate, 2012.

TOGNOTTI, E. Lessons from the History of Quarantine, from Plague to Influenza A. *Emerging Infectious Diseases*, n. 19, p. 254-259, 2013.

VARLIK, N. *Disease and Empire: A History of Plague Epidemics in the Early Modern Ottoman Empire (1453-1600)*. Chicago: The University of Chicago, 2008.

WHITE, S. *The Climate of Rebellion in the Early Modern Ottoman Empire*. Cambridge: Cambridge University Press, 2011.

Sobre os autores

André Mota: Historiador, Doutor em História pelo Depto. de História FFLCH-USP. Pós-doutorado em Saúde Coletiva pelo Depto. de Medicina Preventiva – FMUSP. Professor do Depto. de Medicina Preventiva – FMUSP e Coordenador do Museu Histórico Prof. Carlos da Silva Lacaz – FMUSP.

Ariadne Lopes Ecar: Doutora em Educação pela Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo (USP), com a Tese intitulada *Debates sobre o ensino rural no Brasil e a prática pedagógica de Noêmia Saraiva de Mattos Cruz no Grupo Escolar Rural de Butantan (1932-1943)*, e membro do Núcleo Interdisciplinar de Estudos e Pesquisas em História da Educação (NIEPHE).

Diana Gonçalves Vidal: Professora titular de História da Educação e coordenadora do Núcleo Interdisciplinar de Estudos e Pesquisas em História da Educação (NIEPHE) na Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo (USP). É pesquisadora 1B do CNPq e membro do Comitê Executivo da International Standing Conference for the History of Education (ISCHE). Autora de diversos livros, dentre eles *Culturas escolares* (Campinas: Autores Associados, 2005).

Eliana Goldfarb Cyrino: Doutora em Pediatria pela Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista (Unesp). Professora livre-docente do Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Botucatu da Unesp.

Eliza Teixeira de Toledo: Possui Graduação e Mestrado em História pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG),

este último na Linha de Pesquisa Ciência e Cultura na História. Doutoranda pelo Programa de Pós-graduação em História das Ciências e da Saúde da COC-Fiocruz (RJ). Tem ênfase de pesquisa nas linhas de História e Gênero, História da Sexualidade, História da Psiquiatria, História da Saúde e das Doenças.

Gustavo Vargas Laprovitera Boechat: Graduado em História pela Universidade Estadual de Maringá, em 2011, é pesquisador bolsista do CNPQ e mestrando no Programa de Pós-Graduação em Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP). Faz pesquisa sobre as representações e as respostas em relação à AIDS, criadas na cidade de Itapetininga, entre as décadas de 1980 e de 1990, além de lecionar na Rede Básica de Ensino da Secretaria de Educação do Estado de São Paulo.

Izabel Cristina Rios: Doutora em Medicina Preventiva pela Universidade de São Paulo (USP). Pesquisadora do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP e responsável pelo Módulo de Psicodinâmica na disciplina Medicina e Humanidades da FMUSP. Coordena o Núcleo Técnico e Científico de Humanização do Hospital das Clínicas da FMUSP e a Rede Humaniza FMUSP-HC.

Jaqueline Alcântara Marcelino da Silva: Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (USP). Atua como enfermeira especialista em laboratório de ensino na área de Gerenciamento em Serviços de Enfermagem e Saúde na Escola de Enfermagem da USP.

Lia Vainer Schucman: Possui Graduação em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) – 2003, Mestrado em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Catarina (2006) e Doutorado em Psicologia Social pela Universidade de São Paulo (USP) – 2012 –, com estágio de Doutorado no Centro de Novos Estudos Raciais na Universidade da Califórnia, Santa Bárbara. Concluiu a pesquisa de pós-doutoramento

Famílias Inter-raciais, estudo psicossocial das hierarquias raciais em dinâmicas familiares pela USP com auxílio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) – 2017. Tem experiência na área de Psicologia, com ênfase em movimentos sociais, atuando principalmente nos seguintes temas: racismo, psicologia social, branquitude, movimentos sociais. Publicou recentemente o livro *Entre o Encardido, o Branco e o Branquíssimo: Branquitude, Hierarquia e Poder na Cidade de São Paulo*.

Liane Maria Bertucci: Doutora em História pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp); realizou estágio de Pós-Doutorado na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP). Professora associada do Departamento de Teoria e Fundamentos da Educação e do Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Paraná (UFPR). Coordena o Núcleo de Estudos e Pesquisas em História da Formação e das Práticas Educativas (NUHFOPE). Atua na linha Saúde e Trabalho: saberes, formação e práticas educativas.

Lilia Blima Schraiber: Doutora em Medicina Preventiva pela Universidade de São Paulo (USP). Professora associada do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP e do Programa de Pós-Graduação deste Departamento. É membro da Cátedra de Educação para a Paz, Direitos Humanos, Democracia e Tolerância da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco).

Maria Cristina da Costa Marques: Professora Doutora do Departamento de Prática de Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo (USP). Possui Doutorado e Mestrado em História das Ciências/História Social pelo Departamento de História, FFLCH-USP. É Graduada em Enfermagem com Especialização em Saúde Pública. Estágio de Formação em Demografia Histórica na *Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales* – Paris/França e de Doutorado Sandúiche na

London School of Tropical Medicine. Experiência docente, ensino, pesquisa e cooperação técnica em saúde coletiva, história da saúde e ciências humanas em saúde, com interesse em políticas públicas, proteção à saúde com ênfase em vigilância e história social da saúde.

Maria Gabriela S.M.C. Marinho: Doutora em História Social pela Universidade de São Paulo (USP), Mestre em Política Científica e Tecnológica pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) com graduação Comunicação Social (UFMG/IMSP). Professora e pesquisadora no Mestrado e Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Ciências Humanas e Sociais (PCHS-UFABC), sua produção tem se concentrado no campo da história das Elites Científicas e Intelectuais e da Fundação Rockefeller. Pesquisa também as interfaces entre o Regime Civil-Militar de 1964 e a Produção Cultural e Científica do país. É pesquisadora associada do Museu Histórico da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (MH-FMUSP).

Maria Isabel de Almeida: Possui Bacharelado e Licenciatura em História pela Faculdade de Filosofia Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo (USP), Mestrado, Doutorado e Livre Docência na área de Didática pela Faculdade de Educação da USP e Pós-Doutorado pela *Universitat Autònoma de Barcelona*.

Marina Lemos Villardi: Doutora em Saúde Coletiva pela Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista (Unesp). Professora da Faculdade Sudoeste Paulista (FSP) e coordenadora o Curso de Pedagogia desta instituição.

Marina Juliana de Oliveira Soares: Doutora em História pela Universidade de São Paulo (USP) e pesquisa as relações entre a Europa e as regiões islâmicas ao longo do período moderno. Dentre seus temas de interesse, figuram as práticas médicas desenvolvidas por europeus e árabes/turcos entre os séculos XVI e XVIII.

Marina Peduzzi: Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Professora associada do Departamento de Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP).

Marlene Schüssler D'Aroz: Doutora em Educação pela Universidade Federal do Paraná (UFPR). Professora pesquisadora e coordenadora pedagógica no Programa de Extensão Universitária – Incubadora Tecnológica de Cooperativas Populares ITCP/UFPR. Atua como tutora a distância do Curso de Extensão em Direitos Humanos da UFPR.

Mônica Mendes Gonçalves: Graduiu-se em Psicologia pela Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (Unesp-Bauru) em 2008. Em 2011, concluiu o Programa de Aprimoramento Profissional (PAP) em Psicologia da Saúde pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu (Unesp). É Mestre em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP). Defendeu a dissertação *Raça e Saúde: Concepções, Antíteses e Antinomia na Atenção Básica* em 2017.

Patrícia Teixeira Tavano: Possui Doutorado e Mestrado em Educação pela Universidade de São Paulo (USP), Graduação em Pedagogia pela Universidade Luterana do Brasil (ULBRA), Graduação em Fisioterapia pela Universidade Estadual Paulista (Unesp) e Especialização em Magistério do Ensino Superior pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP).

Rafael Mantovani: Doutor (2015) em Sociologia pela Universidade de São Paulo (USP), mestre em Ciências Sociais (2009) pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), com concentração na área de Antropologia. Em 2013, estudou como *visiting scholar* (bolsa-sanduíche pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) no Departamento de História da Ciência de Harvard por quatro meses. Atualmente, pesquisa sobre história da medicina e da saúde pública.

Silvia de Ross: Doutora em Educação pela Universidade Federal do Paraná (UFPR). Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisas em História da Formação e das Práticas Educativas (NUHFOPE).

Tania Stoltz: Doutora em Educação pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP); realizou estágios de Pós-Doutorado no *Archives Jean Piaget* (Suíça) e na *Alanus Hochschule* (Alemanha). Professora associada do Departamento de Teoria e Fundamentos da Educação e do Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Paraná (UFPR).

Valéria Marli Leonello: Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (USP). Professora do Departamento de Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da USP.

André Mota

Professor do Depto. de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) e Coordenador do Museu Histórico “Prof. Carlos da Silva Lacaz” – FMUSP.

Maria Gabriela S. M. C. Marinho

Professora e Coordenadora do Programa de Mestrado e Doutorado em Ciências Humanas e Sociais da Universidade Federal do ABC.

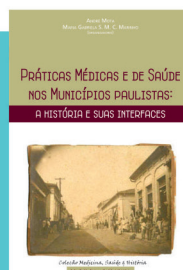
Lilia Blima Schraiber

(Organizadora convidada)

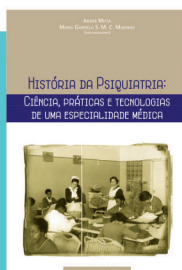
Médica, Professora Associada do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP).



EDUCAÇÃO, MEDICINA E SAÚDE: TENDÊNCIAS HISTORIOGRÁFICAS E DIMENSÕES INTERDISCIPLINARES



Vol. 1



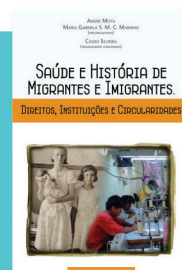
Vol. 2



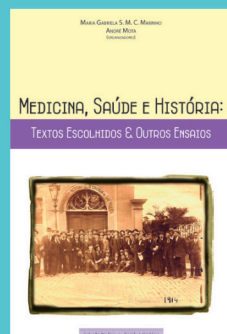
Vol. 3



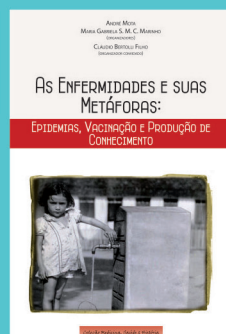
Vol. 4



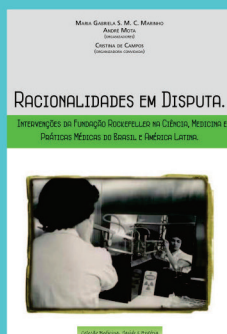
Vol. 5



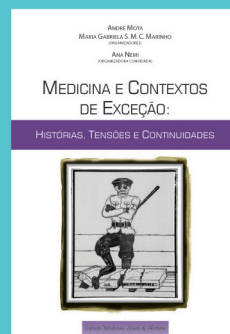
Vol. 6



Vol. 7



Vol. 8



Vol. 9