



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

CENTRO DE HUMANIDADES

UNIDADE ACADÊMICA DE HISTÓRIA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM HISTÓRIA

DÉBORA DA SILVA SOUSA

**“O BERÇO DOS INFANTES DESAMPARADOS”: O HOSPITAL-ESCOLA
FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL DA PARAÍBA – FAP (1959-1979)**

Campina Grande - PB

Março/2014



DÉBORA DA SILVA SOUSA

**“O BERÇO DOS INFANTES DESAMPARADOS”: O HOSPITAL-ESCOLA
FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL DA PARAÍBA – FAP (1959-1979)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito para a obtenção do Título de Mestre em História, na área de concentração História, Cultura e Sociedade.

Iranilson Buriti de Oliveira

Orientador

Campina Grande-PB

Março/2014

S725b Sousa, Débora da Silva.

“O berço dos infantes desamparados” : o Hospital-Escola Fundação Assistencial da Paraíba-FAP (1959-1979) / Débora da Silva Sousa. – Campina Grande, 2014.

189 f. : il. color.

Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Humanidades, 2014.

"Orientação: Prof. Dr. Iranilson Buriti de Oliveira".

Referências.

1. História Cultural. 2. Infância. 3. Pediatria. 4. Hospital. I. Oliveira, Iranilson Buriti de. II. Título.

CDU 930.85(043)

DÉBORA DA SILVA SOUSA

**“O BERÇO DOS INFANTES DESAMPARADOS”: O HOSPITAL-ESCOLA
FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL DA PARAÍBA-FAP (1959-1979)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito para a obtenção do Título de Mestre em História, na área de concentração História, Cultura e Sociedade.

Dissertação Avaliada em __/__/__

BANCA EXAMINADORA

Prof. Phd. Iranilson Buriti de Oliveira. PPGH/UFPG
(Orientador)

Prof. Dr. Carlos Alberto Cunha Miranda. PPGH/UFPE
(Examinador externo)

Prof. Dra. Regina Coelli Gomes Nascimento. PPGH/UFPG
(Examinador interno)

Prof. Dr. Edmundo Oliveira Gaudêncio./UEPB
Suplente (Examinador externo)

Prof. Dr. Alarcon Agra do Ó. PPGH/UFPG
Suplente (Examinador interno)

DEDICATÓRIA

Inmemorian Laís da Silva Sousa

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus pelo discernimento em escolher trilhar pelos caminhos da História, das memórias e das vidas dos sujeitos de outrora. Pelas capacidades, aperfeiçoamentos, inteligência e perseverança no decorrer das pesquisas e da escrita.

Aos meus pais, Amarildo e Zuleide, pela credibilidade que me atribuíram e pelas palavras de conforto, companheirismo e amor. Por compreenderem, ainda, as minhas tantas ausências, meus tantos silêncios.

Aos demais familiares por todo amor, por todo carinho e confiabilidade.

Ao meu querido orientador, Iranilson Buriti, pelos conselhos e orientações, que desde 2010, me encaminham na vida acadêmica e pessoal. Por ter-me concedido o privilégio de ser uma de suas bolsistas de Apoio Técnico Científico. Por ser meu orientador nas duas últimas etapas acadêmicas: a graduação e o mestrado. Por tudo que me ensinou durante os últimos quatro anos e por sua amizade e companheirismo, quer sejam em momentos de escritas e/ou estudos, quer não. “Obrigada” é o mínimo que posso dizer pelos excelentes momentos que passei desde o dia em que o escolhi como meu orientador.

Aos meus amigos mais chegados, companheiros no ontem, no hoje e no sempre: Janaína, Max, Sunara, Harriet, Daniella, Ana Claudia, Aniquelly, Marivânia, Paulo, Elisabeth, Susane, Nilma, Darli, Leo...

Aos demais colegas que contribuíram com sugestões, leituras, fontes, ou simplesmente risos...

As pessoas que se relacionaram intimamente com esta pesquisa, contribuindo como fontes, como memórias, falando de suas vivências em que suas histórias de vida se articulam com o objeto de estudo: a senhora Maria do Socorro, o senhor José da Guia Carneiro, que além de falas presentearam-me com fotografias, periódicos e relatórios médicos. Fátima, pela recepção sempre calorosa, atenciosa e afetuosa nas tantas idas ao Arquivo Histórico de Campina Grande.

Aos docentes: Regina Coelli, Marinalva Villar, Nilda Camara, Juciene Ricarte, Gervácio Aranha, Celso Nascimento, Benjamim e Antônio Clarindo, pelo aprendizado que não começou no mestrado, mas na graduação.

Ao Programa de Pós-Graduação em História, pela oportunidade conquistada.

A CAPES, por financiar a pesquisa e a participação em Congressos.

A UFCG, por nos conceder a oportunidade de não somente nos graduarmos em História, mas também de sermos mestres.

Aos holandeses, médicos, mães, pais e, sobretudo as crianças, sujeitos que viveram e sofreram no passado, cujas dores me permitiram fazer este texto.

A todos que contribuíram, meus sinceros agradecimentos

EPÍGRAFE

Canção Da Criança

Francisco Alves

*Brincando, marcha o menino de hoje.
Lutando, marchará o menino de amanhã.
Crianças despreocupadas desse Brasil-Menino,
cujas glórias hão de colher os homens grandes
que dominarão o Brasil-Gigante
esse Brasil grandioso que eu canto,
que as crianças da Casa de Lázaro
felizes cantarão, numa esperança
de vitórias e alegrias.*

*Criança feliz, que vive a cantar
alegre embalar seu sonho infantil
ó meu bom Jesus, que a todos conduz
olhai as crianças do nosso Brasil!*

*Criança feliz, que vive a cantar
alegre embalar seu sonho infantil
ó meu bom Jesus, que a todos conduz
olhai as crianças do nosso Brasil!*

*Crianças com alegria
qual um bando de andorinhas
viram Jesus que dizia:
Vinde a mim as criancinhas!
Hoje dos céus num aceno
os anjos dizem amém
porque Jesus Nazareno
foi criancinha também!*

RESUMO

A década de 1960 se representou enquanto “emblemática” para a “Rainha da Borborema”. Neste decênio comemorou-se o desenvolvimento e a prosperidade da cidade no chamado festejo “Festa do Centenário”. Campina Grande sendo representada, por sua elite, como capital do trabalho, do incentivo à educação e à cultura, de cartografia urbanizada e medicalizada. Medicalização, aliás, que foi demonstrada nos dizeres, desta mesma elite, com a contemplação de uma espacialidade voltada para a saúde dos campinenses, tendo o seu centro como “núcleo hospitalar” de práticas médicas e científicas, de promoção de cura e de bem-estar da sua população. No entanto, faltava a esta cartografia médica, uma peça como a de um “quebra-cabeça”, que tornasse os serviços de saúde da cidade completo: uma instituição médico-hospitalar específica aos cuidados da infância, sobretudo, a pobre e a desvalida. Eis que no dia 02 de maio de 1968, a peça que lhe carecia foi inaugurada: a Fundação Assistencial da Paraíba-FAP, o primeiro Hospital da cidade a atender de forma preferencial os infantes carentes. Instituição que, além disso, tornou-se, historicamente, referência aos cuidados da infância pobre no decorrer das décadas de 1960-1970; e que, por conseguinte, acabou por elaborar novas maneiras de olhar e identificar este sujeito. Deste modo, o presente texto tem a finalidade de problematizar as identidade(s) que o saber médico-pediátrico, neste espaço médico-hospitalar, prescreveu aos infantes nas práticas cotidianas de clinicar e de medicar este corpo. Análise que se pautou nas narrativas e nas textualidades, dos anos de 1959-1979, que tiveram como temática a infância pobre/enferma da cidade, e a instituição hospitalar, a saber: textos impressos, revistas, jornais, pronunciamentos, relatórios médicos; iconografias e relatos orais. Documentos/monumentos que buscamos dialogar com teóricos que privilegiam aspectos culturais, especificamente as representações, como modo de ordenar e ver o mundo, tais como: o Roger Chartier, o Stuart Hall e a Sandra Jatahy Pasavento. Incluímos ainda Michel de Certeau, para melhor compreendermos como uma espacialidade médica e hospitalar pode ser construída, fundada e mesmo “inventada”.

Palavras-chave: Infância, Pediatria, Hospital, Representação, Identidade

ABSTRACT

The Decade of 1960 is represented as flagship for the "Queen of Borborema". In this decade was the development and prosperity of the city in the so-called party "Centennial Celebration". Campina Grande being represented as working capital, encouraging education and culture, of cartography urbanized and medicalized. Medicalization, incidentally, that was demonstrated in the words of the elite, with contemplation of a spatiality towards the health of campinenses, having its Center as "hospital core" of medical and scientific practices, to promote healing and well-being of its population. However, lacked this medical cartography, a piece like that of a "puzzle", that made the full city health services: an institution specific to medical and hospital care of childhood, especially the poor and the helpless. Behold the day May 2, 1968, the part that you lacked was opened: the Welfare Foundation of Paraíba-FAP, the first City Hospital to serve needy infants preferred form. Institution which, moreover, became historically poor childhood in the care of reference during the decades of 1960-1970; and therefore eventually devise new ways to look at and identify this guy. so, this text aims to problematize the identity (s) know this hospital space doctor-pediatric, prescribed to infants in the daily practices of practice and to medicate this body. Analysis on narrative and marked in the years of textualities 1959-1979, which had as theme the infancy poor sick the city and the hospital institution, namely: printed texts, magazines, newspapers, pronouncements, medical reports; Iconographies and oral reports. Documents, monuments we seek dialogue with theoreticians that focus on cultural aspects, specifically the representations, as a way to sort and view the world, such as: Roger Chartier, Stuart Hall, Sandra Jatahy Pasavento. Include even Michel de Certeau, to better understand how a medical and hospital space can be built, founded and even "invented".

Keywords: Childhood, Pediatric, Hospital, representation, identity.

ABREVIATURAS LISTA DE SIGLAS

| | |
|---------|---|
| COMCENT | Comissão do Centenário |
| CPMI | Coordenação de Proteção Materno-Infantil |
| DNCR | Departamento Nacional da Criança |
| DINSAMI | Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil |
| FAP | Fundação Assistencial da Paraíba |
| FSESP | Fundação Serviços de Saúde Pública |
| H.U | Hospital Universitário Alcides Carneiro |
| IPAIS | Institutos de Proteção e Assistência á Infância |
| IPASE | Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado |
| IAPI | Instituto de Aposentados e Pensionistas da Indústria |
| IAPETC | Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Empregados em Transportes e Cargas |
| IAPB | Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários |
| IAPFESP | Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Ferroviários e Empregados em Serviços Públicos |
| MES | Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde |
| SAMDU | Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência |
| SESP | Secretária de Saúde da Paraíba |
| SESI | Serviço Social da Indústria |
| SUDENE | Divisão de Saúde da Superintendência do Desenvolvimento do Nordeste |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| OPAS | Organização Pan-Americana de Saúde |
| UNICEF | Fundo para as Nações Unidas para a Infância |

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|--|-----|
| FIGURA 1- CASOS DE MENINGITE EM CAMPINA GRANDE..... | 41 |
| FIGURA 2- INFANTICÍDIO | 41 |
| FIGURA 3- FINALIZAÇÃO DAS OBRAS DA FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL DA PARAÍBA-FAP | 42 |
| FIGURA 4- LOCALIZAÇÃO DO CONSELHO DE SAÚDE | 86 |
| FIGURA 5- ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE EM CAMPINA GRANDE. | 87 |
| FIGURA 6- PLANO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-SOCIAL..... | 89 |
| FIGURA 7- PROPAGANDA DO CENTENÁRIO DE CAMPINA GRANDE | 100 |
| FOTO 1- CRIANÇAS ACOMETIDAS PELA VARÍOLA | 105 |
| FOTO 2 - CRIANÇA EM DESALENTO..... | 107 |
| FOTO 3 - VISTA AÉREA DO HOSPITAL ESCOLA FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL DA PARAÍBA-FAP..... | 115 |
| FOTO 4- FINALIZAÇÃO DAS OBRAS DO HOSPITAL FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL DA PARAÍBA-FAP | 117 |
| FOTO 5- PROXIMIDADE DA FAP COM O BAIRRO DO MONTE SANTO..... | 120 |
| FOTO 6 - AMBULATÓRIO DA FAP | 121 |
| FOTO 7: MATERNIDADE DA FAP..... | 122 |
| FOTO 8- ATENDENTES DE ENFERMAGEM, DA FAP, DESOBRUINDO AS VIAS RESPIRATÓRIAS DE UM BEBÊ..... | 124 |
| FOTO 9- CRIANÇA, POSSIVELMENTE PREMATURA, TRATADA E MEDICADA EM INCUBADORA..... | 129 |
| FOTO 10- PARTE DO HOSPITAL EM QUE FUNCIONOU A CRECHE | 134 |
| FOTO 11- O “CHARMUÁ” | 136 |
| FOTO 12- AMBULATÓRIO DE TRIAGEM | 137 |
| FOTO 13- PRÉDIO DA FACULDADE DE MEDICINA | 142 |
| FOTO 14- ALUNOS DA PRIMEIRA DA TURMA DA FACULDADE DE MEDICINA DE CAMPINA GRANDE..... | 143 |
| FOTO 15- UM DOS LABORATÓRIOS DA FACULDADE DE MEDICINA, USADOS PARA AS AULAS DE HISTOLOGIA E EMBRIOLOGIA | 144 |

| | |
|--|------------|
| FOTO 16- ALUNO OBSERVA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO REALIZADO NA FAP..... | 146 |
| FOTO 17- UM DOS LABORATÓRIOS DE ANATOMIA, DA FACULDADE DE MEDICINA | 148 |
| FOTO 18- RECEPÇÃO DA ALA PEDIÁTRICA..... | 151 |
| FOTO 19- CONSULTA PEDIÁTRICA..... | 152 |
| FOTO 20 – CAMPANHA DE VACINAÇÃO CONTRA POLIOMIELITE DIVULGADA EM UM DOS AMBULATÓRIOS DA FAP | 156 |
| FOTO 21- ALUNOS E MÉDICO ASSISTEM PACIENTE EM RADIOGRAFIA | 157 |
| FOTO 22- SETOR DE INTERNAMENTO, DA ALA PEDIÁTRICA | 159 |
| FOTO 23- ALA PEDIÁTRICA, SETOR DE ISOLAMENTO | 163 |
| FOTO24 – CRIANÇAS INTERNADAS NA ZONA DE ISOLAMENTO..... | 165 |
| FOTO 25- SALA DE PROCEDIMENTOS INICIAIS DE HIGIENIZAÇÃO | 166 |
| FOTO 26- O BERÇÁRIO..... | 167 |
| FOTO 27- ENFERMEIRA “MIMANDO” BEBÊ..... | 169 |

SUMÁRIO

| | |
|--|------------|
| INTRODUÇÃO..... | 15 |
| 1 CAPÍTULO I - “FLORES REGADAS, FLORES CULTIVADAS”: LEITURAS SENSÍVEIS E PRESCRIÇÕES MÉDICO-PEDIÁTRICAS DE ASSISTÊNCIA E PROTEÇÃO Á INFÂNCIA BRASILEIRA..... | 39 |
| 1.1 O nascimento da infância?..... | 43 |
| 1.2 Da pena pediátrica eis que nasceu a infância brasileira | 48 |
| 1.3 “Menino é gente”: O Primeiro Congresso Brasileiro de Proteção à Infância, divulgando identidades, representações e sensibilidades da infância..... | 55 |
| 1.4 “A doença como espetáculo”: a prática filantrópica. | 62 |
| 1.5 O nascimento do hospital moderno..... | 68 |
| 2 CAPÍTULO II- O ESTADO “ACALENTA” SEUS INFANTES? AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE INFANTIL NO BRASIL E SEUS DESLOCAMENTOS NA PARAÍBA E EM CAMPINA GRANDE..... | 71 |
| 2.1 Políticas públicas de saúde infantil na Paraíba. | 73 |
| 2.2 Campina Grande e sua rede médico- hospitalar: antecedentes da Fundação Assistencial da Paraíba-FAP. | 75 |
| 2.3 Medicalizando a rede-médico-hospitalar campinense | 85 |
| 3 CAPÍTULO III - DE UMA CARTOGRAFIA “ESCURA” E INANIMADA PARA OUTRA “ILUMINADA” E PRATICADA: O NASCIMENTO DO HOSPITAL FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL DA PARAÍBA-FAP | 93 |
| 3.1 Das “dores” das representações nasceu o Hospital Fundação Assistencial da Paraíba-FAP..... | 95 |
| 3.2 As representações da infância pobre campinense | 103 |
| 3.3 O nascimento do Hospital Fundação Assistencial da Paraíba – FAP | 109 |
| 3.4 Construindo uma “geografia de ações” | 113 |
| 4 CAPÍTULO IV - POR ENTRE PAREDES, “CUEROS”, LEITOS E BERÇOS BRANCOS: VIVÊNCIAS INFANTIS E PRESCRIÇÕES IDENTIÁRIAS MÉDICO-PEDIÁTRICAS NO HOSPITAL-ESCOLA FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL DA PARAÍBA-FAP | 124 |

| | |
|---|------------|
| 4.1 “Das mãos de Deus”, “das mãos da ciência”: práticas caritativas e filantrópicas, no Hospital-Escola Assistencial da Paraíba –FAP..... | 126 |
| 4.2 “Fubás”, roupas, calçados, cura... vamos a FAP! | 131 |
| 4.3 A “Rainha da Borborema” se fez “científica” | 138 |
| 4.4 A Infância “clinicada” | 149 |
| 4.5 Por entre as grades dos berços e dos leitos: as “geografias de cura” de reclusão e de “exclusão” | 159 |
| 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 174 |
| 6 ANEXOS | 178 |
| 7 FONTES..... | 179 |
| 7.1 Fontes impressas:..... | 179 |
| 7.2 Relatos orais: | 180 |
| 7.3 Fontes iconográficas: | 180 |
| 7.4 Referências:..... | 180 |

INTRODUÇÃO

Noite, sereno, vento, o balançar dos galhos das árvores. Quando criança, na companhia de primas e amigos, entre o intervalo de nossas brincadeiras, nós debruçávamos no muro da casa de nossa avó. De lá, longe, víamos um conjunto de luminosidades em meio à escuridão. Aquelas pequenas e brilhantes luzes, contavam-nos os mais velhos: “é a FAP”. Assim, rememoro o Hospital Fundação Assistencial da Paraíba-FAP. Um espaço que ao cair da noite, no acender de suas lâmpadas, emergia e, ainda emerge, a contemplação dos moradores que residiam e continuam a residir nos bairros geograficamente elevados, a exemplo do Alto da Bela Vista. Deste modo, apresentando-se no decorrer de tantas noites que compuseram nossa infância, por tantas vezes que o visualizamos de longe, eu como mera espectadora por nunca ter sido uma de suas pacientes, me questionava: o que transcorria naquele espaço iluminado? A infância se foi, a inquietação não. E hoje, enquanto historiadora eu tive a oportunidade de desvendar uma parte do seu interior iluminado. Como cheguei até ele?

Incluindo-se a subjetividade apresentada, vivenciei uma trajetória acadêmica, até o momento, comparável ao desenvolvimento de uma criança. Digo que nasci, engatinhei, aprendi a andar e a falar, e atualmente, me encontro enquanto uma infante em processo de desenvolvimento, mas que se acha ciente de que os sujeitos são elaborações socioculturais. Nisto incluem-se as nossas representações e sensibilidades em relação à criança e à infância, etapas estas que, portanto, equivalem às leituras, às pesquisas e à escrita.

Primeiramente o nascimento: o despertar para a temática enquanto pesquisadora bolsista de apoio técnico científico do CNPq¹, a partir da aproximação com os escritos da história da saúde e da doença, mais especificamente aquelas concernentes aos saberes, práticas e discursos médicos que tratam, ou não, sobre a infância. Por meio dessas iniciais leituras a respeito da historiografia citada, pareceu a mim e a meu orientador, o professor Iranilson Buriti de Oliveira, evidenciar as eminentes carências que este campo do saber apresentava e, ainda continua a apresentar, quanto aos estudos que privilegiam esta fase da vida como objeto de estudo². A somar, a pesquisa nos propiciou conhecer uma variedade de

¹O presente projeto de título, **Palmatória da saúde, estetoscópio da educação: leitura, circulação e recepção dos discursos médico – pedagógicos na Parahyba (1919-1945)** foi orientado e desenvolvido pelo professor Iranilson Buriti Oliveira, entre 2010-2012.

²Médicos, especialidades, homeopatas, curandeiros, as instituições públicas voltadas à saúde, os trabalhadores, as prostitutas e as mulheres, são alguns dos segmentos sociais que tem recebido considerável atenção no campo.

fontes pertinentes a pensar a infância na relação saúde/doença, tais como: os relatórios médicos, os anais de congressos a respeito, os periódicos (jornais e revistas), os manuais de saúde e higiene infantil, as fotografias, os relatos orais, etc.

De uma carência, como a de uma criança que sente fome, que sente falta de leite, fomos motivados a escrever acerca da infância e sua desnaturalização enquanto conceito, representação e sentimento. Na monografia intitulada *Criar a criança é uma ciência?*³, analisamos as representações que a Pediatria brasileira, em emergência de consolidação, lançou acerca da infância, no intuito de difundir uma nova forma de senti-la, compreendê-la e criá-la, desmistificando a naturalidade que seus cuidados e percepções que hoje se tem como resultantes destas construções socioculturais. Assim, demos os primeiros passos, falamos as primeiras palavras em consideração ao tema. Ainda com mais fome, como a de uma criança a ser “robusta” e crescida, vimos também os silêncios de uma história da infância na relação saúde/doença da Paraíba, sobretudo acerca dos pequenos pobres da “Rainha da Borborema”, de Campina Grande. Um esquecimento que se mantém atrelado à história da primeira instituição médica e hospitalar da cidade, fundada para seus cuidados e sua proteção.

Diante disso, nos propusemos no presente texto, escrever acerca da infância campinense, designadamente a pobre, a carente, a desvalida, a doente, a magra, a raquítica, cuja condição enferma conduziu-a a se relacionar com o saber médico e pediátrico do espaço hospitalar da Fundação Assistencial da Paraíba-FAP. Destarte, estudamos as mudanças nas percepções, na forma de sentir e olhar a infância pobre campinense, pelo menos no sentido de que alguns segmentos da sociedade a partir disso, perceberam a necessidade de contemplar o público de uma instituição pensada de ser, a priori, um espaço dedicado única e exclusivamente aos seus cuidados. De tal modo, no decorrer das pesquisas, apresentou-se o “berço dos desamparados”, o Hospital Fundação Assistencial da Paraíba-FAP, que a partir de sua fundação, em 02 de maio de 1968, passou a amparar no alívio da dor e da doença, as crianças pobres dessa urbe. Correspondendo ao único hospital especializado em oferecer gratuitamente serviços de saúde médico-pediátrica, de maneira preventiva e curativa à infância pobre. Assim, a presente análise tem por finalidade problematizar a fundação desta

Ver: NASCIMENTO, Dilene Raimundo; CARVALHO, Diana Maul MARQUES; Rita de Cássia (orgs). **Uma História Brasileira das Doenças**, vol I e II, Rio de Janeiro: Mauad X, 2004, 2006).

³Criar a criança é uma ciência? Representações da infância na Literatura Médico-pediátrica no I Congresso Brasileiro de Proteção e Assistência a Infância – Rio de Janeiro, 1922: O referido evento organizado pelo Dr. Moncorvo Filho, objetivou lançar soluções e procedimentos no intervir da infância pobre, tirá-la das condições degradantes em que se encontrava, para transformá-la em hígida, forte e instruída, segundo os interesses voltados ao progresso e o desenvolvimento da nação (Anais, 1924, p. 130).

instituição hospitalar como a primeira a ter sido pensada particularmente para a ala infantil pobre dessa cidade, tornando-se referência no atendimento e assistência a essa faixa-etária específica. Como também enfatizar as identidades que foram nesse espaço elaboradas à infância pobre, a partir do que foi dito e diagnosticado pelo saber médico-pediátrico, no tratar desse sujeito em meados dos anos 1960-1970.

Embora, na contemporaneidade, a instituição ainda funcione e forneça serviços ambulatoriais e de internamento aos infantes⁴, o que poderia nos conduzir a um recorte temporal para além do escolhido, sua delimitação tempo/espaço resultou de algumas constatações provenientes da própria pesquisa. Inicialmente, partimos do final da década de 1950, especificamente de 1959, porque encontramos mais evidências de representações e sensibilidades circulantes, em Campina Grande, que requereram dos seus sujeitos “adultos”, principalmente as autoridades públicas da cidade, uma prática relacional pautada no zelo, nos cuidados, na assistência, no amor e na proteção em relação aos infantes, de modo a promover sua saúde e seu desenvolvimento, estando inclusa a necessidade da fundação de um hospital específico aos seus cuidados.

A somar, na década seguinte, no ano de 1968, foi institucionalizada a Faculdade de Medicina, em Campina Grande. Estabelecimento de ensino que, além de fornecer assistência filantrópica a FAP - pelos serviços médicos que professores e alunos neste espaço prestaram, cuidando e tratando dos pacientes infantes - teve sua fundação viável pela possibilidade do Hospital vir a ser uma instituição hospitalar-escola. O que, aliás, se realizou em poucos meses após a FAP entrar em funcionamento. Em decorrência disso, o Hospital apresentou uma mudança em sua nomenclatura, sendo nomeada - quando projetada e fundada - de Fundação Assistencial da Paraíba-FAP, de modo a definir seu caráter filantrópico e auxiliar, sem fins lucrativos, para Hospital Escola Fundação Assistencial da Paraíba-FAP - quando incluso como espaço de estágio da prática médica da primeira turma da referida Faculdade. Logo, nesta escrita, buscamos respeitar esta nomenclatura, inserindo o termo “escola” apenas quando percebemos o estreitamento desta relação, sobretudo quando tratamos de analisar seu cotidiano, permitindo ao leitor perceber a prática de estágio e pesquisa no espaço hospitalar. A Faculdade ainda delimitou o recorte até a década de 1979, quando entre 1979 e 1980 este

⁴A instituição, hoje, não se representa como outrora, nos anos 1960-1970, enquanto referência aos cuidados para com a infância. Isto se devendo a ampliação dos seus serviços no que decorrer da história do seu funcionamento. Segundo um dos depoentes, o senhor José da Guia Carneiro, nos anos de 1980, o Hospital passou a ser percebido como importante centro de saúde voltado aos cuidados da velhice, se acrescentando, no decorrer dos anos de 1990, como importante instituição no tratamento do câncer em Campina Grande e na Paraíba. Mérito, aliás, que se mantém atualmente.

vínculo foi quebrado, passando o Hospital Alcides Carneiro a disponibilizar seu espaço médico-hospitalar aos estudantes e professores da Faculdade, possivelmente pela federalização da instituição de ensino, passando a pertencer a Universidade Federal da Paraíba, no campus de Campina Grande.

Ao mesmo tempo, na década de 1980, a FAP teve a ela somada outras instituições hospitalares que passaram a atender de forma gratuita as crianças pobres da cidade, em decorrência da ampliação das políticas públicas de saúde para essa faixa-etária específica. De acordo com Macêdo (2003), no período, incluiu-se o esgotamento do modelo assistencial-privatista e sua substituição por outro modelo de atenção a saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS), que dentre suas políticas, destinava e ainda destina atenção à promoção da saúde e do desenvolvimento da criança e do adolescente de forma preventiva e curativa. Assim sendo, instituições médicas e hospitalares que detinham alas e setores pediátricos, porém restritos ao atendimento financiado pela previdência social, passaram a destinar parte de seus atendimentos e leitos ao SUS. Como exemplos, temos o Alcides Carneiro, a Clínica e Pronto Socorro Infantil (CLIPSI), com a médica Madalena Crispim, e até mesmo as instituições de caráter particular/privado, como a Casa de Saúde Francisco Brasileiro. Desde então, a FAP deixou de ser a única instituição hospitalar a atender e medicar de modo gratuito, a infância pobre e carente de Campina Grande e, por conseguinte, não se apresentava enquanto exclusiva em ler, representar e elaborar identidades a este sujeito, a partir dos saberes e práticas médico-pediátricas.

Em deferência ao contexto, no recorte temporal delimitado para este estudo, as respectivas décadas apresentaram a mudança de regime político para o ditatorial militar e sua adaptação à sociedade brasileira e campinense. Os sujeitos do período apesar de vivenciarem um regime político opressor e perseguidor aos seus contrários, do mesmo modo presenciaram a tentativa de implantação de projetos que buscaram modernizar e, sobretudo, desenvolver as cidades brasileiras. As leituras que realizamos do corpus documental, evidenciaram que esta forma de governar no Brasil, esteve atrelada à apropriação por parte de seus governantes, de anteriores projetos de modernização do país, projetos estes, que remetem ao início do século XX. A saber, uma modernização que priorizava a incorporação nas cartografias cidadinas, por meio dos símbolos da modernidade, dentre eles o hospital. Acrescidos do incentivo à educação e à saúde do povo brasileiro. Primeiro Epiácio Pessoa, passando por Getúlio Vargas e depois os militares, procuraram incentivar esses setores, no intuito de construir sujeitos com capacidade cognitiva e física de trabalharem pela prosperidade do país.

Para Fernandes (2010), esta política de governar, se estendeu a Campina Grande com o incentivo ao desenvolvimento industrial, educacional e cultural. Na década de 1960 a cidade foi contemplada com o campus II da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), a Universidade Regional do Nordeste (FURNE) e a Faculdade de Medicina, que não fez despercebida a articulação entre o desenvolvimento do saber médico, a prosperidade e a modernização da cidade.

Essa modernização das décadas de 1960-1970, mesmo que marcada por incentivos nesses setores, apresentou diversas falhas e incoerências no que concerne a serem colocadas em prática, sendo a “Rainha da Borborema” um iminente exemplo disso. A cidade ainda que comemorasse seus cem anos de melhoria e desenvolvimento, com a “Festa do Centenário” realizada no ano de 1964, apresentava traços de atraso para este contexto. Cartografias ruralizadas, sujas, pútridas, de gente doente, de crianças enfermas, desamparadas e recorrentemente mortas, pela ausência de cuidados e proteção proporcionada pelo setor público no âmbito da saúde.

As aproximações dos citados projetos de modernização, em contrapartida, se oferecem esquecidas na escrita da história. Isto porque, apenas a percebemos por meio das leituras do corpus documental das pesquisas referentes ao projeto mencionado anteriormente e das fontes selecionadas para este texto, como no diálogo para com a historiografia da saúde e da doença, que toma como temática a tentativa de regeneração do povo brasileiro e de sua articulação para com as Reformas Sanitárias desenvolvidas no país, no transcurso do final do século XIX até aproximadamente a década de 1940. Engendradas por médicos brasileiros em projetos filantrópicos e estatais, essas obras que, ainda analisam a tentativa da intelectualidade brasileira e da elite política de curar o povo das suas “mazelas sociais”, das doenças e das degenerações físicas, raciais e psicológicas, afim de tornar “o brasileiro” com características de povo desenvolvido, de nação moderna, bonita e produtiva. Para tanto, os médicos se associaram a governantes já citados, como Epitácio e Vargas, lançando projetos de Reformas Sanitárias no País, cujas ações tinham como proeminência a recuperação do povo por meio da medicalização dos corpos e da educação higiênica, e mesmo a incorporação de práticas de enfraquecimento populacional⁵.

A respeito, Sanglard (2010) nos explica que a ampliação nos estudos da história da saúde e da doença, a partir de uma abordagem de história da cultura, deu-se pela ênfase na

⁵ Essas práticas eugênicas, digamos mais radicais, incluem a castração, a manipulação genética e a retirada do convívio social dos ditos sujeitos produtores de outros sujeitos com defeitos, a exemplo de loucos, transviados e homossexuais.

análise política do tema, o que em outras palavras implica dizer que as referidas pesquisas acerca das “políticas públicas, a construção dos aparatos públicos, a ação dos médicos na definição do campo de ação, entre outros temas” (SANGLARD, 2010, p. 68) que tratarei no decorrer das laudas, acabaram que por desenvolver este campo de saber, sobretudo, em sua perspectiva em história cultural. Destacamos quatro destas produções:

O escrito da antropóloga Lilian Moritz Schwarcz; *O Espetáculo das Raças – cientistas, instituições e questão racial no Brasil 1870-1930* - que trata da história do pensamento brasileiro no período, e de como este pensamento advindo da intelectualidade europeia se adaptou à realidade brasileira para explicar em pormenores como a nação pode se encontrar, naquele contexto, enquanto atrasada e incivilizada, bem como lançar as bases para incluir a nação enquanto mais uma a trilhar o caminho da civilidade e do progresso. Nesse aspecto, para o estudo aqui proposto, se apresenta profícua sua análise a respeito da fundação das faculdades de medicina e dos museus etnográficos, pois nos deu pertinência para entendermos o vínculo entre educação, higienização do povo, embranquecimento e eugenia, como práticas e saberes indispensáveis para a “cura” do povo brasileiro e o desenvolvimento do país.

Diploma de Brancura: política social e racial no Brasil-1917-1945, de Jerry Dávila - que embora também discuta ações da intelectualidade brasileira para “redimir o degenerado” nos elucidou acerca de como as práticas e os saberes médicos se integraram a educação de modo a promover o embranquecimento dos sujeitos, mormente, os infantes, por intermédio da apropriação por parte destes sujeitos de práticas culturais, comportamentais, gestuais e alimentares europeizados, através da expansão de políticas públicas e reformas educacionais com base neste imbricamento de saberes, médicos, educadores e gestores da educação carioca. Buscaram tornar o pequeno brasileiro “branco” a partir da subjetivação das práticas de comportamentos de povos brancos, sujeitos embranquecidos culturalmente, por ser inviável, naquele contexto, um embranquecimento genético.

Entre os salões e os laboratórios, de Guilherme Guingle, a saúde e a ciência no Rio De Janeiro, 1920-1940, de Gisele Sanglard, estudo que analisa a Fundação Goffrée e Guiné, instituição filantrópica voltada para tratar os doentes portadores de sífilis. Na obra o leitor, além de conhecer como funcionava este hospital, tem ciência do nascimento da instituição hospitalar, na Europa, seja em sua forma caritativa, seja em sua forma moderno/filantrópica. Acrescentamos as apropriações dos modelos hospitalares europeus no Brasil e suas possíveis adaptações.

E por encerrar essa discussão, *A Reforma Sanitária no Brasil: ecos da Primeira República*, de autoria de Luiz Antônio de Castro Santos e de Lina Rodrigues de Faria. Escrito este que se detém em analisar as atividades da fundação norte-americana criada pelos Rockefeller, a Fundação Rockefeller, com ênfase nas ações filantrópicas de caráter educativo sanitário, que realizou no Brasil, nas primeiras décadas do século XX. Sua leitura veio nos elucidar acerca da intervenção estrangeira nos setores da saúde e da educação no país.

Se o leitor atentar, todas as obras citadas não fazem parte do recorte que priorizamos neste trabalho, que como mencionamos, foram necessárias pelas aproximações de discussões e das temáticas destes períodos com as décadas de 1960-1970, como também devido à própria carência de estudos historiográficos sobre saúde de modo geral, principalmente no tocante à infância na relação saúde/doença, no período que contempla este estudo. Conquanto, outros textos em recortes diversos, com temas sobre saúde e, também, os anteriores às décadas que enfatizam esta pesquisa, vieram a somar, com exceção de um escrito que abrange a infância, porém não a pensando pelas percepções da saúde e da medicina.

Esse foi o caso da *História Social da Família e da Criança*, do historiador Philippe Ariès, no qual sua importância se deu no pioneirismo e na historiografia francesa, quanto aos estudos referentes à infância, sendo inclusive o primeiro que a conceituou no campo da história. Nele o historiador realiza uma análise introdutória a respeito, ao mostrar ser a infância não um sentimento natural, mas construído sócio e culturalmente no decorrer dos séculos XVI, XVII e XVIII, produto das modificações no modo de senti-las e representá-las quando as relações familiares se tornam mais estreitas e privadas.

Ora, se nos foi fundamental ter conhecimento acerca da construção do conceito de infância e dos mecanismos pelos quais permitiram sua introdução no meio social, semelhantemente mantivemos conversações com produções que versam a respeito da profissionalização médica e as referentes à emergência e consolidação da especialidade da Pediatria. Especialidade esta, responsável por construir e difundir, de forma sistematizada, a concepção de infância no Brasil. Por conseguinte, contamos com a tese intitulada *História da Pediatria no Brasil no final do século XIX e meados do século XX*, da historiadora Junia Sales Pereira, defendida em 2006, e recentemente lançada em livro⁶.

A acuidade desta produção está na forma diferenciada em que a autora pensa, historiciza e constrói sua narrativa em torno da fundação da Pediatria Brasileira, distinta ao discurso fundador emitido na história desse campo lançada pela ótica médica, extremamente

⁶A tese encontra-se publicada em livro pela Editora Argumentum, com título *Fino Traço*. A mudança na nomeação da obra possivelmente resulta das revisões feitas pela autora.

marcada, ainda hoje, pelo ideal salvacionista da especialidade⁷, deixando à margem os interesses, as disputas, as intencionalidades não ausentes na emergência e no reconhecimento deste saber ante os pares médicos e a sociedade. Assim sendo, a historiadora argumenta que os especialistas da medicina infantil construíram uma narrativa da história de si, se auto representando como salvadores da vida e da infância. Enquanto futuro da nação, a criança, poderia produzir via o trato pediátrico, um melhor porvir. Se colocando como um ideal civilizatório e científico fundou-se edificando formas de ser criança, adulto, leigo e profissional da ciência, no intuito de desautorizar práticas e saberes voltados aos cuidados para com a infância e que, de alguma forma, pudessem agir como práticas e saberes concorrentes.

Articulamos tal produção a obra do historiador André de Faria Pereira Neto, *Ser Médico no Brasil: presente no passado*. Resultante também de uma tese de doutoramento, foi-nos semelhantemente primordial por dois motivos: primeiro o autor trabalha com o um dos tipos de documentação que utilizamos⁸, especificamente o Congresso Nacional dos Práticos, realizado no Rio de Janeiro, em 1922 - o que nos auxiliou não somente metodologicamente, assim como na compreensão do próprio contexto em que ocorreu o Primeiro Congresso Brasileiro de Proteção à Infância - evento que analisamos no decorrer deste texto e que é contemporâneo ao Congresso estudado por Pereira Neto; Segundo, e em relação a isto, ao discutir sobre a particularidade do evento como sendo pela sua predominância em pauta das questões relacionadas à prática médica e sua profissionalização, estando presente o debate em torno da especialização, permitindo-nos compreender sob que ambiente se fundou a Pediatria, pois pretende entender e identificar “os interesses particulares, corporativos e estatais que interagiram durante o congresso” (PEREIRA NETO, 2001, p. 31).

No que se refere aos escritos que tomam como objeto de estudo as instituições médicas filantrópicas, criadas para tratar e promover a saúde infantil, ressaltamos duas dissertações e uma tese de doutoramento. “*Abandonados e Delinqüentes*”: *A infância sob os cuidados da medicina e do Estado – O Laboratório de Biologia Infantil (1935-194)*, de Renato da Silva, defendida em 2003 - que explica como esta instituição buscou a partir dos médicos que nela atuaram, investigar as causas da criminalidade e da delinquência na fase infantil - O órgão, assim, se direcionou a desenvolver pesquisas médico - científicas para

⁷Referimo-nos a **Introdução à história da Puericultura e Pediatria no Brasil**, do professor José Martinho da Rocha, editada pela primeira vez em 1947; e a **História da Pediatria Brasileira**, produzida pela Sociedade Brasileira de Pediatria, lançada em 1996.

⁸Referimo-nos aos Anais do Primeiro Congresso Brasileiro de Proteção à Infância

tratar, curar e disciplinar os pequenos desviantes. Outra dissertação, *Filantropia e assistência á saúde da infância na Bahia: A Liga Baiana contra a mortalidade infantil (1923-1935)*, de Lidiane Monteiro Ribeiro, defendida em 2011, analisa o papel da instituição enquanto promotora da saúde da infância pobre baiana, através da intervenção da medicina pediátrica, no decorrer de sua emergência e consolidação na federação, articulando-a como mais uma que agiu de forma filantrópica para combater os males que afligiam a infância pobre neste contexto. E a tese de doutoramento, *Instituto de Proteção á Infância: saúde e educação da criança maranhense (1911-1922)*, da Kilza Fernandes Moreira de Viveiros, defendida em 2011. Escrito que trata de estudar a institucionalização da instituição, sua trajetória, com ênfase nas circunstâncias socioculturais em que promovia a saúde e a educação das crianças desvalidas de São Luís, não negligenciando sua finalidade e repercussões.

Da escassa historiografia acerca de Campina Grande, tendo como temática a saúde e a doença foram importantes as leituras de três textos dissertativos que tratam de instituições de saúde da cidade, com aproximações, ainda, no recorte temporal desta pesquisa: *Artes de se fazer nascer: do parto doméstico ao parto hospitalar- o corpo feminino medicalizado (Campina Grande 1950-1970)*, da Rosineide Alves de Farias, defendida em 2012 - analisa o contexto do lugar da parteira, do médico e da parturiente, no ritual do nascimento, em Campina Grande. -Com ênfase ao controle, paulatino que o médico foi adquirindo acerca do corpo feminino que pare; *Faculdade de Medicina de Campina Grande: corpo, modernidade e sensibilidade em Campina Grande (1960-1970)*, de Romerino de Souza Andrade, também de 2012 - trata da fundação deste espaço enquanto produtor de um novo saber e de práticas médicas na cidade. - Um saber que se fazia chegar à população por meio do vínculo para com a Fundação Assistencial da Paraíba-FAP, cujos alunos e professores vacinavam e medicavam pacientes da instituição. E, por fim, *“Ternura veste branco” : História, Espaços e Sensibilidades na Escola Estadual de Auxiliar de Enfermagem – Campina Grande (1960)*, de Kledna Sonalle Batista de Sousa, publicado em 2013 - estuda a fundação desta escola pioneira de enfermagem, na cidade, mostrando sua institucionalização enquanto resultante dos discursos desenvolvimentistas e modernizantes que circulavam em Campina Grande, na época, sobretudo os concernentes a prosperidade pela saber e pela saúde.

Embora muitas vezes, parte das nossas leituras se apresentarem destoantes do recorte tempo/espaço do objeto que estudamos⁹, nos deu pertinência para termos conhecimentos

⁹Incluimos, ainda, leituras de alguns artigos que tematizam á infância na relação saúde/doença. Recorremos a tais escritos, também, pelas próprias carências ditas acima, por termos em livros pouco referentes à infância neste aspecto para o recorte tempo/espaço que buscamos analisar. Destacamos o escrito da educadora Sônia

prévios e necessários para uma compreensão mais coerente daquilo que propomos analisar. Até porque, problematizarmos a infância pobre de Campina Grande, buscando entender como ela era percebida e posicionada socioculturalmente, significou pensá-la por uma relação que envolveu aproximações, continuidades e rupturas no modo de representá-la e identificá-la¹⁰ historicamente. Tendo sido preciso, portanto, entender que foi no início do século XX que este sujeito quase despercebido, silenciado, começou a ser notado. Notado, especificamente, “nos raios” da nascente Pediatria Brasileira, ao ser eleita como objeto de estudo deste saber e, porquanto, da ciência. A criança pobre e desamparada recebeu importância nos dizeres da elite brasileira ao ser incluída numa condição que a particularizou dos demais indivíduos. Assim, a infância foi descoberta e evidenciada por intermédio da fundação de uma especialidade médica edificada na sua delimitação enquanto fase da vida particular a uma faixa-etária específica, requerendo por isso, um saber apropriado a entendê-la e, portanto, capacitado em cuidá-la. E que, do mesmo modo, no decorrer das décadas, esse saber aliado à filantropia e ao Estado buscou realizar ações que visaram cuidar da infância pobre brasileira, combatendo a mortalidade infantil, prolongando seus anos de vida de modo saudável, higienizado e medicalizando, no intuito de serem produzidos adultos sadios física e mentalmente capacitados e, dessa maneira, fazerem a nação progredir e prosperar.

Edificando a identidade da infância, no tratar desse sujeito, a Pediatria arquitetou primeiramente espaços que não foram os hospitais, mas as policlínicas. E, posteriormente os

Câmara intitulado *Sementeira do amanhã: o Primeiro Congresso Brasileiro de Proteção à Infância e sua perspectiva educativa e regeneradora da criança*. Pela titulação, embora a autora tenha privilegiado o conteúdo educativo no presente evento e sua relação com a assistência e proteção aos infantes, sua análise não pode ser desconsiderada, pois nele a autora refletiu acerca das preposições a respeito da situação das crianças identificadas como pobres, delinquentes e desamparadas, uma leitura sempre presente nas memórias emitidas no evento. Além do que, está presente no seu enfoque, embora sucintamente, algumas representações e sensibilidades lançadas à infância as quais também são construídas e difundidas nos espaços escolares. De semelhante importância, o artigo do historiador Iranilson Buriti de Oliveira, “*Brasil Eugênio, Brasil Novo*”: *Imagens e Leituras da Infância Higienizada nos Anais do I Congresso Brasileiro de Proteção à Infância (Rio de Janeiro, 1922)*. O mesmo privilegiando, igualmente, o ambiente escolar em decorrência de ter sido nele o lugar da higienização da criança pela sua instrução, já que o autor se direcionou em compreender a leitura dos escritos médicos na escola, tendo como caminho o evento, auxiliando no entendimento de mais uma das representações lançada à infância, ou seja, enquanto higienizada. Outras publicações do historiador são utilizadas, por além de estarem inseridas no campo de estudo no qual se coloca a presente pesquisa, somaram-se pela proximidade temática.

¹⁰ Acrescentamos, ainda, que esta escrita parte do pressuposto de que o historiador deve escrever para além dos seus pares. Ou seja, para sujeitos de outras áreas, fora e a parte do meio acadêmico. Portanto, historicizamos, no decorrer dos capítulos, as sensibilidades, as representações e a identidade(s) referentes à infância porque estamos cientes de que as pessoas, em sua maioria, desconhecem que esta fase da vida nasceu articulada com a emergência do saber médico-pediátrico no país e ao projeto de modernização empreendido pela elite, incluindo a médica. E que as formas de ver, sentir e identificar a infância, quando de seu nascimento, apresentou rupturas no decorrer das décadas. Mas formas contínuas que nos permitiram notar aproximações com os modos de como eram vistas, sentidas e identificadas, em Campina Grande, no período de 1959-1979. Isto se devendo a circulação tardia que estas percepções se operaram neste espaço.

hospitais infantis, principalmente a partir da década de 1950. Espaços que permitiram aos pediatras pensarem, lerem, se apropriarem, representarem, elaborarem e difundirem a identidade(s) da infância no decorrer de décadas. Destarte, um espaço médico hospitalar e infantil, com dedicação única e exclusiva aos cuidados da infância com ênfase, sobretudo aos pobres, por serem os mais acometidos pelas doenças e pela mortalidade infantil. Uma “geografia de cura”, cuja emergência se tornou recorrente e necessária, para as principais cidades brasileiras, por dois motivos: por ser símbolo da modernidade e do desenvolvimento ao ter a cartografia citadina este tipo de instituição; e por ser, esta instituição, uma demonstração de preocupação e zelo por aqueles, que mesmo nas décadas de 1960-1970, ainda eram representados e identificados como “sementeira do amanhã.” No decorrer do século XX, fundou-se, assim, nas diversas cidades brasileiras este modelo de instituição, contando, Campina Grande, com a Fundação Assistencial da Paraíba-FAP.

Por ter sido pioneira e unívoca aos cuidados da infância pobre de Campina Grande, de forma gratuita, esta instituição hospitalar se tornou historicamente para as décadas de 1960-1970, enquanto espaço de referência aos cuidados dos infantes pobres da “Rainha da Borborema” e das cidades próximas e circundantes. Por isso, se constituiu, ainda, como importante espaço que elaborou identidades da infância, formas de ser infante pobre sob o discurso médico-pediátrico, em meados destas décadas. A mesma, a partir dos dizeres de seu fundador, o médico Cornelius Rújter, foi representada como disposta a recuperar a infância desvalida, trazendo a ela vida, a saúde e a felicidade. Para tanto, esse dito “homem da ciência” em conjunto com os homens da elite de Campina Grande produziram representações que as identificavam socialmente de modo a justificar a sua intervenção, a institucionalizar o hospital e a incentivar os “patrícios da terra” a serem coniventes e colaboradores para com o preterido projeto assistencialista. Diante disso, questionamos: que identidade(s) foram essas que os esculápios da infância elaboraram e prescreveram às crianças pobres de Campina Grande? Sob quais representações, leituras e sensibilidades foram elaborados os lugares da infância pobre desta cidade? E inserimos a estes questionamentos: Por que sua fundação está atrelada a intervenção médica-estrangeira?

A resposta para estes questionamentos apenas foram possíveis ao realizarmos cruzamentos entre fontes com temporalidades e espacialidades que estão aquém de Campina Grande e para além das décadas estudadas. Isto se devendo ao percebermos que as representações, as sensibilidades e as identidades que compõem o nascimento da infância e a constituição deste sujeito circulavam lentamente pelas cartografias brasileiras, se chegando,

inclusive devagar em Campina Grande. Onde práticas, sentimentos e percepções já consideradas inconcebíveis no final do século XIX, no Rio de Janeiro em relação aos cuidados dos infantes, se apresentaram recorrentes nas décadas estudadas, “na Rainha da Borborema”. A exemplo da permanência dos altos índices de mortalidade infantil e do desinteresse de uma parte da elite cidadina campinense, especialmente a política, em fundar uma instituição com fins a sanar esta problemática. Por outro lado, as fontes que narram o espaço e a temporalidade pesquisada nos permitiu conhecer, do mesmo modo, as rupturas, as representações e as identidades que foram sendo elaboradas pelo olhar e pela intervenção médica no tratar das crianças pobres que recorreram ao hospital, ou diria melhor, a FAP.

De tal modo, o corpus documental que embasou a este escrito abrangeu fontes impressas do final do século XIX e circulantes no Rio de Janeiro como pronunciamentos do médico Carlos Arthur Moncorvo Figueiredo; referentes ao início do século XX, como os anais do Primeiro Congresso Brasileiro de Proteção á Infância, realizado na capital carioca, em 1922; periódicos ativos na Paraíba no mesmo período, como a Revista Era Nova e os jornais a União e A Imprensa; e ainda para este recorte uma carta do médico atuante na Paraíba, Acaccio Pires ao sanitarista Belisário Penna. Também, entre os impressos, contudo se remetendo a Campina Grande, sua infância e a FAP entre os anos de 1959-1979, matérias dos jornais o Diário da Borborema, A Evolução, A Gazeta Campinense e o Semanário Oficial. Somando-se a dois relatórios médicos que antecedem a fundação da FAP e que tratam das práticas médicas, na cidade, e de sua rede hospitalar: o Relatório de 1964, da Sociedade Médica Campinense e o Estudo da Rede Médico-Hospitalar de Campina Grande, de 1965.

Quanto ao procedimento metodológico para uso e análise deste tipo de documentação tomamos como preferência recorrer aos impressos segundo as temáticas que desenvolvemos em cada capítulo, cruzando estas narrativas com outros textos e com outras fontes. Tratamento, aliás, que mantivemos aos demais documentos que compõem o corpus documental desta escrita, que no decorrer desta fala discorreremos. Dito isto de forma mais clara, as fontes foram distribuídas a partir da temática de cada capítulo, sem que houvesse uma distribuição que especifique as partes do texto pelo uso de determinada fonte. De tal modo, um mesmo tipo documental aparecendo em mais de um capítulo, que dependendo do que está sendo analisado, pode se sobressair a outros documentos, porém não o distinguindo pelo seu uso.

Para o caso dos impressos, estes aparecem constantemente nos três primeiros capítulos, porque o conteúdo de suas narrativas supriu e respondeu as indagações destas

partes da dissertação. Acrescentamos, ainda, que as fontes impressas apresentam-se como importantes subsídios para aqueles que pesquisam e escrevem sobre a infância. Pois, segundo De Luca (2010) a partir do século XX, este sujeito adquiriu importância nas relações sociais, se estendendo, esta acuidade, aos textos impressos. Documentos que, assim como os demais tipos, são elaborados a partir de seus respectivos contextos históricos e cujas temáticas e conteúdos abordados estão imbricados as discussões em voga quando de suas produções. Logo, se a infância começou a ser evidenciada pelos saberes médicos e por outros segmentos da elite brasileira desde então, a mesma se destacou numa série de escritos e narrativas impressas que a tomou como mais um sujeito a ser falado, se posicionando, inclusive, nestas narrativas, como “protagonista”. Por estas constatações, ao analisarmos esta documentação, consideramos: a) quem produziu os vínculos institucionais e o contexto histórico de suas produções; b) as temáticas recorrentes, a estruturação dos conteúdos e a forma como se apresentam expostas, se ofereceram apenas linguagem verbal ou mesmo não verbais como desenhos e fotografias; c) a quantidade de impressos e tiragens, a área de difusão e seu público consumidor e leitor. Agindo, desta forma metodológica, proposta uma vez mais por De Luca (2010), pudemos compreender os meandros que fizeram da infância ser esquecida em determinados momentos, em outros lembrada e falada, com mais ênfase ou não, como foi representada, lida e identificada para justificar a emergência de um espaço médico-hospitalar voltado para ela, em Campina Grande.

Cruzando narrativas, costurando e bricolando vestígios da infância, para assim fazer um “cuero¹¹”, uma narrativa acerca deste sujeito, “juntamos” aos retalhos impressos às fotografias e os relatos orais. Documentos que nos falaram e narraram acerca do exterior da FAP, de suas feições, seus traços enquanto um espaço hospitalar de rosto, desenho e contornos de uma arquitetura médico-hospitalar moderna. Desvendaram, também, o seu interior “iluminado”, aquele que buscamos descortinar desde a minha infância, permeado pelas práticas médicas e interventivas ao corpo infantil doente, cujas ações se direcionaram a curar, a medicar e torná-lo saudável, dando possibilidade de ser lido, representado e identificado. Um cotidiano, portanto, de práticas médico-pediátricas de consultas, internamentos, cirurgias, tratamentos, choros de crianças, angústia de pais, conforto dos filhos.

No que diz respeito às fotografias contamos com aproximadamente 150 imagens, das quais analisamos 23, em sua maioria referente à FAP, na década de 1970: sua ala pediátrica

¹¹Denominação popular para lençol infantil.

de internamento, a obstetrícia e a maternidade; a policlínica, os laboratórios e equipamentos, bem como, a parte exterior do hospital, com evidência a sua arquitetura e as dimensões espaciais. Acrescidas de outras de mesmo período que tratam, todavia, da fundação da Faculdade de Medicina, de Campina Grande e sua emergência atrelada à instituição hospitalar. Corpus documental pertencente ao acervo da instituição, fotografias produzidas e cuidadas pelo senhor José da Guia Carneiro, funcionário, desde 1970, do mencionado estabelecimento de ensino, encontrando-se, ainda, no presente, como funcionário do curso de Medicina, hoje, vinculado a UFCG.

A vasta quantidade de fontes iconográficas, além de resultante do apurado zelo do responsável pelo acervo, deveu-se, ainda, pela popularização da fotografia nos anos de 1970, estando seu uso direcionado, dentre outras finalidades, para o registro de práticas médicas e científicas. Práticas que buscaram não apenas “historiar”, mas qualificar a eficácia dos serviços prestados por hospitais e estabelecimentos de ensino a população. Foi também, nesta época, segundo Lima e Carvalho (2011), que passaram a ser utilizadas como memórias por instituições governamentais e privadas.

Desde os anos de 1930, seus usos se direcionaram a fonte histórica e documental, ao serem utilizadas como documentos complementares nas pesquisas, primeiramente sobre cidade, alargando-se como dimensão visual para se conhecer, posteriormente, outros sujeitos, outros espaços e outras práticas cotidianas, dentre estes, os infantes e a infância, o médico e a pediatria. Portanto, dialogando com a historiadora Mauad (1996) consideramos, aqui, a fotografia como fonte histórica produzida para documentar um cotidiano específico, o médico, o científico. E com isto, uma “materialidade” que narrou e narra sujeitos, práticas, lugares, saberes e, logo, formas de ser médico, paciente/infante, doente e curado.

Consequentemente, tanto a fotografia como as demais fontes aparecem, nesta narrativa, na categoria de documento/monumento suscitada por Le Goff (1985). Documento, por serem traços, marcas e vivências do passado. Monumento, por serem símbolos, recortes intencionais do que a sociedade entendia como importante de ser registrado, consistindo, assim, em uma determinada visão, concepção e representação de mundo. Por isto, a fotografia é uma narrativa, de acordo com Lima e Carvalho (2011) produzida sócio-culturalmente, a partir de disputas entre grupos e sujeitos que dela se apropriaram para demarcar lugares e identidades para si e para outros. Doravante, ponderamos quando em suas análises, a emergência de suas produções, circulações e consumos, disso decorrendo seu autor, o texto e o leitor para o entendimento do sentido que estas fotografias selecionadas tiveram para os

sujeitos das épocas que fizeram parte do enredo narrativo, a saber, os fotógrafos e os leitores. Para Mauad (1996) é necessário acrescentar o contexto de sua produção, a tecnologia utilizada, se fotografada por profissional ou autônomo, as temáticas recorrentes, nitidez, a seleção de cenários e sujeitos, pois a fotografia deve ser compreendida enquanto “uma escolha efetuada em um conjunto de escolhas então possíveis” (MAUAD, 1996, p. 12).

Realizamos, desse modo, uma análise interna e externa dos documentos fotográficos a despeito da FAP e percebemos tratarem-se de fotografias que foram encomendadas pela Faculdade de Medicina, e possivelmente produzidas por funcionários da instituição. Dizemos isto, porque a qualidade e os ângulos das fotos aparentaram uma prática amadora. Os cenários se restringiram aos espaços ditos anteriormente, tendo como temáticas os atendimentos, tratamentos e internamentos de crianças, as práticas médicas no interior do hospital e na faculdade, os alunos e professores da instituição de ensino. A circulação, considerando o local onde encontramos as fotografias, se restringiu aos alunos, professores/médicos e funcionários da faculdade. Sem circular, inclusive nos periódicos. Tratando-se, porquanto, em uma forma de registro que envolveram tanto a memória da instituição, quanto o aperfeiçoamento dos serviços que a faculdade prestava ao hospital, como espaço em que os “filhos de Hipócrates”, alunos e professores, colocavam em prática os ensinamentos da Medicina.

Ainda no que diz respeito ao corpus documental, os relatos orais somaram-se para que nos fosse possível entender quais representações e identidades foram elaboradas à infância neste espaço institucionalizado para curar o corpo doente do infante pobre de Campina Grande e demais crianças de cidades vizinhas. E do mesmo modo, complementaram informações em deferência da fundação do hospital e das mudanças que este acarretou no lugar em que foi construído. Para tanto, contamos com dois depoimentos: o funcionário da Faculdade de Medicina, o senhor José da Guia Carneiro; e a primeira enfermeira da ala pediátrica, Maria do Socorro Santos Lima. Depoimentos que escolhemos considerando o ano em esses profissionais se relacionaram com a FAP, ou seja, no recorte que abrange as décadas de 1960-1970. Bem como, o estreitamento de “laços” que tiveram com ala pediátrica do hospital e, por conseguinte, com as crianças que procuraram os serviços de saúde na época. Memórias individuais que, no entanto, fazem parte de uma memória coletiva dos sujeitos da saúde que, aos cuidados das crianças atendidas na FAP, leram, perceberam e construíram identidades para as crianças campinenses, sobretudo aqueles que delas cuidaram: os pediatras.

Estas memórias ou lembranças individuais, de acordo com Halbwachs (2012), são inconcebíveis de um desvinculo para com a memória coletiva. Toda memória individual, ou

como o mesmo nomeia de uma “intuição sensível”, dar-se na relação com o outro. São lembranças que fazem parte de momentos partilhados, de espaços partilhados, de pertença a grupos e identidades. Sendo que, a particularidade, da memória individual, está na percepção, no olhar, no sentir, e incluímos, no ler o mundo, que possui formas individualizadas e diferenciadas. Porém, condicionadas pelo cultural, o que acarreta a presença de “pontos de encontros”, quando as memórias individuais são intercaladas, dando as recordações caráter de legitimidade. O mesmo autor, ainda, enfatiza este vínculo ao afirmar que toda memória individual tende a ser esquecida na medida em que os sujeitos se afastam do grupo onde as memórias individuais se processaram: “Podemos definir ainda em termos gerais os grupos nos quais nos relacionamos. Mas não nos interessam mais, porque no presente tudo nos afasta deles” (HALBWACHS, 2012, p. 32).

Alberti (2004) nos explica que o esquecimento, a rememoração e o lembrar, permitindo que o historiador documente o relato oral, ocorrem porque as memórias resultam de negociações, de disputas desencadeadas de ações. Mas de que ações Alberti fala? Segunda a mesma, as fontes históricas eram classificadas da seguinte forma: “os resíduos da ação”, clássico documento de arquivo; e os “relatos de ação”, fontes produzidas depois dos acontecimentos, nisto incluindo-se biografias e os relatos orais. Por conseguinte, esta última não apresentava legitimidade enquanto fonte, por não ser elaborada no chamado “calor do momento”. Hoje, contudo, o relato ou entrevista oral é compreendido tanto como “resíduo da ação”, quanto “relato de ação”, haja vista tratar-se de um passado que teve existência e pode ser representado pelo sujeito que vivenciou. Em relação a ser um “relato de ação”, dar-se em virtude do sujeito entrevistado, além da ação que realizou no passado, agir, novamente no ato de contar, selecionando o que é dito, calando o não dito.

Por outro lado, aquele que entrevista exerce outra ação: por menos que intervenha nas falas do entrevistado, a entrevista é condicionada por seus interesses acadêmicos, científicos, institucionais, etc. Isto é, as perguntas, as problemáticas, o tema, a pesquisa em si, já recorta e seleciona o que será lembrado e rememorado. Logo, para Alberti (2004) o que a entrevista documenta é uma interpretação do passado resultante de ações por parte do entrevistado e do entrevistador, sendo esta relação o fio condutor para que o passado seja lembrado de determinada maneira, que se sobressaia certas memórias em detrimento de outras.

Os “usos e abusos”, desta fonte, por intermédio da metodologia denominada História oral, ampliou as interpretações do passado. E que para Alberti (2010), desde que surge como método, em meados do século XIX, quando inventado o gravador de fita, permitiu e permite

“a realização de entrevistas gravadas com indivíduos que participaram de, ou testemunharam, acontecimentos e conjunturas do passado e do presente” (ALBERTI, 2010, p. 155). Embora, hoje, o pesquisador conte com interessantes dispositivos midiáticos que possibilitam uma gravação de excelente qualidade e formas que permitem um melhor armazenamento e conservação dos depoimentos, esta metodologia, além de dispendiosa, se apresenta bastante trabalhosa, requerendo de seu agente tempo e paciência. Pois, pode esbarrar na dificuldade em localizar os entrevistados, sua aceitação e mesmo resistência e timidez no processo de rememorar.

Como exemplo, consideramos entrevistar antigos pacientes, que quando crianças, foram atendidas na instituição. Cogitamos, ainda, inserir seus acompanhantes, mães, pais, irmãos. Mas, encontramos como obstáculos a identificação destes sujeitos, por ainda não termos acesso há informações que poderiam ser esclarecidas caso tivéssemos a documentação do hospital, que até o momento, não obtivemos autorização para pesquisa. Ao mesmo tempo, encontramos as “fissuras” da memória, que no caso da infância o recordar, o lembrar nem sempre se apresenta possível. Desta fase da vida, lembramos com dificuldade do passado, que quando recordado, pode proporcionar ao pesquisador informações incoerentes.

Tomamos como recomendações metodológicas para uso desta fonte o *Manual de História*, da Verena Alberti (2005), optando por entrevistar os mencionados depoentes contando com um aparelho de gravação de áudio digital, cujas conversas foram norteadas por um roteiro prévio utilizado apenas com a finalidade de evitar a fuga quanto ao tema trabalhado. Elegemos, assim, por evitar uma entrevista pautada em diálogo de perguntas e respostas, de modo a permitir que os depoentes falassem de maneira “livre” acerca de suas relações com a instituição e do que recordavam do seu cotidiano e funcionamento, com evidência, sobretudo, acerca da ala pediátrica. Chegando ao término, assim que percebemos a repetição ou esgotamento do que já havia sido rememorado, o que Alberti nomeia de “ponto de saturação”.

Partir das indagações apresentadas anteriormente, em conjunto com a leitura que nos direcionamos a realizar do corpus documental acima, foi a escolha que fizemos para problematizarmos como os médicos campinenses se apropriaram da criança pobre, singularizando-a e demarcando-a socialmente. Desse modo, pensar a construção da identidade do pequeno campinense em consonância com a identidade do infante brasileiro em processo de construção requereu um diálogo com as interfaces das representações, das práticas culturais de leituras, apropriações e sensibilidades, o que insere, esta proposta, na perspectiva

da Nova História Cultural e sua metodologia, sobretudo aquela com ênfase as “utensilagens mentais” na construção de realidades sociais (CHARTIER, 1990, p. 16-17).

A partir do apresentado, o presente texto vincula-se a linha de pesquisa, “Cultura, Poder e Identidades” do Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal de Campina Grande, pois dentre suas proposições se lança as temáticas da elaboração e reelaboração identitárias, a partir das relações de poder entre sujeitos e grupos sociais, relações estas que podem ser pensadas por intermédio dos discursos médicos, seus saberes, suas práticas no compreender das elaborações identitárias.

Com base no corpus documental exposto anteriormente, nossa finalidade, no desenvolvimento desta pesquisa, partiu, ainda, do propósito de contribuirmos na produção de uma história da assistência médico-hospitalar infantil, em Campina Grande. Narrada pelos textos impressos, pelas fotografias e pelos relatos orais dos campinenses que tiveram vínculo para com as crianças tratadas e medicadas, no espaço médico-hospitalar da FAP, narrativas, por conseguinte, que falam do “berço dos desamparados”, o Hospital Escola Fundação Assistencial da Paraíba-FAP. Por meio dessas narrativas, pudemos ter acesso aos dizeres de médicos e pediatras que elaboraram e reelaboraram as identidades da infância pobre desta cidade. Dizeres estes, que entendemos terem a eles atrelados representações, sensibilidades e identificações da infância pobre campinense.

Sob a problematização apresentada, o trajeto teórico-metodológico, desta pesquisa, se insere na perspectiva da Nova História Cultural, especificamente a partir das contribuições de Roger Chartier. Isto porque, os questionamentos expostos nas páginas anteriores, em conjunto com os que foram colocadas no decorrer de cada capítulo, não se separaram, ou mesmo se desarticularam das representações. A respeito, estas referentes à cidade de Campina Grande, bem como as concernentes á infância, foram entendidas, quando lida a documentação, enquanto promotoras das práticas que acarretaram a fundação da instituição. O que seriam, então, as representações para Chartier?

Chartier (2011) as compreendem como as percepções, as apreciações, os sentimentos, a apreensão do mundo social. São imagens verídicas ou enganosas do mundo social que buscam construir o real. São elaboradas por sujeitos, grupos que a partir de seus lugares e posições sociais proferem suas percepções do social de modo interessado e intencional. Por isso, a investigação que prioriza as representações deve ter ciência de tratar-se de um território de concorrências, competições e relações de poder, que obrigatoriamente geram práticas e atos. A ótica das representações se apresenta, assim, como mais um dos caminhos para

aqueles que pretendem conceber como “uma dada realidade social é construída, pensada, dada a ler” (CHARTIER, 1990, p. 17).

Compondo uma das partes da elite campinense, a médica e a política, o Dr. Francisco Brasileiro, como apresentamos no terceiro capítulo, ao falar da cidade, reafirmou ser esta moderna, ressaltando o aspecto saudável, higiênico e medicalizado que a cartografia de Campina Grande e seus habitantes apresentavam. Por outro lado, nas representações do médico Rújter e da elite representada no periódico o Diário da Borborema, a mesma cidade não oferecia aspectos que a pudesse ser percebida enquanto moderna, desenvolvida e progredida. Ora, segundo ele e o periódico, sua população infantil era doente, desprovidas de assistência e cuidados médicos e, porquanto acometidas pela morte constantemente, sua cartografia e seu espaço físico apresentam sujidades (Diário da Borborema, Campina Grande, 15 de abril de 1967). Deste modo, a fundação da instituição teve a mesma imbricada, concorrência, disputas de representações acerca da cidade, acerca de sua infância pobre.

A fundação do hospital pensada enquanto prática, resultante destas representações, nos permitiu compreender que no interior desse espaço, novas identidades fossem elaboradas e reelaboradas ao pequeno campinense, conforme os periódicos e o corpus documental apresentaram em sua constância construção, numa transição entre a justificativa interventiva e a da produção de outro indivíduo, fazendo-nos necessário recorrermos às representações. Isto porque, a compreensão de identidade que embasa a esta pesquisa toma de empréstimo as concepções que o sociólogo Stuart Hall (2003) elenca acerca da identidade e suas formas de construção. Conforme o mesmo, a identidade(s), “posições do sujeito”, pressupõe a prática da identificação que pode derivar do identificar o outro e/ou do identificar-se socialmente, sendo, o sujeito, inserido em um ou vários lugares na sociedade. Logo, as identidades não são fixas, são transitórias. Dito isto, estas formas de identificações, ou elaborações de sujeitos, não são naturais, são construídas culturalmente, formadas e transformadas no interior de representações. Embora Hall mostre que as identidades se constituem como deslocadas e descentradas, pela inclusão de novas posições do sujeito acrescidas e incorporados, não ocorre sempre um processo, digamos em cadeia que substitua formas de ser por outras. O significa dizer, que na sua concepção, as identidades são compostas por identificações que permanecem e que são continuamente acrescidas, somadas a outras. Por isso, sua forma de concebê-las parte do pressuposto de que são permeadas por continuidades e rupturas.

Desse modo, compreendemos que a forma como a infância campinense e pobre foi posicionada, pelos dizeres médicos e pela elite citada, entre as décadas de 1959-1979,

apresentou tanto as formas contínuas, quando percebemos as aproximações entre as identidades das décadas da 1960-1970 com as do início do século XX; quanto rupturas, quando o olhar médico leu, percebeu e identificou o sujeito infante lhe acrescentando outros traços que acabaram por compor novas identificações. Sem, contudo, acarretar uma quebra, uma fissura, com que as identificava anteriormente.

Isto se devendo ao modo como este grupo, meio intelectual, leu e se apropriou da infância (CHARTIER, 1990). A junção dos conceitos de representação e identidade, assim, compreendidas, a partir da definição de Chartier e Hall, permitiram-nos problematizar como os médicos faziam e agiam para que suas práticas em relação à infância campinense se tornassem justificáveis, legitimando suas concepções e como parte delas a fundação da instituição. São os seus “efeitos de verdade”, das representações, que os autorizava a intervir neste sujeito. Compreendermos estas relações de poder que acabaram por moldar a infância pobre da cidade, dependeu, todavia, de mais dois conceitos elaborados por Chartier. Isto porque, partimos do pressuposto de que essas elaborações identitárias se deram pelo percurso das leituras e das apropriações ao corpo infante. Assim sendo, a leitura consiste num ato de procura, uma prática criativa que inventa significados e conteúdos singulares, não redutíveis às intenções dos autores dos textos ou dos produtores dos livros. Por isso, o que Chartier conceitua de apropriação, que é a produção de sentidos, está imbricada ao ato da invenção e da criação, por envolver dois mundos, o do texto e o do leitor (CHARTIER, 1998).

Doravante, ambos os conceitos foram pertinentes no entendimento do modelo de instituição fundada em Campina Grande, a compreendermos sua estrutura, seu funcionamento, as práticas e procedimentos médicos ao corpo infantil que foram realizadas, imbricados as leituras e apropriações que os médicos campinenses fizeram das produções “sulistas”, entretanto inseridos numa territorialidade que particularizava à criança campinense. Uma leitura que se estendeu, também para o corpo enfermo destas crianças, pois foram nas relações médico-paciente, na leitura do corpo do sujeito infante, que as identidades foram elaboradas. Diante disso, que particularidades identitárias a infância campinense apresentou nesse empreendimento de unificar a identidade da infância no Brasil?

Assim, o espaço assistencialista equivaleu ao que Michel de Certeau define como espaço, este para além do físico, mas como “um cruzamento de móveis“, não estático, mas como “um lugar praticado”, uma geografia de ações, no movimento causado pela intervenção humana (CERTEAU, 1994). Movimento este prático, pelas ações de médicos, enfermeiros, crianças, professores e estudantes, mas, também, pelos dizeres dos médicos-pediatras e

funcionários que nele tiveram vivências, os possibilitando narrarem o cotidiano deste espaço. Logo, o percurso desta escrita considerou ambas as formas de conceber o espaço: analisá-lo pelas narrativas das fontes escritas, a partir do que foi dito e escrito, enquanto um espaço de práticas e de caminhadas de sujeitos; bem como falado, como narrativa, como texto, seja por meio dos relatos orais, a respeito da instituição, ou das demais fontes utilizadas, permitindo-nos perceber como funcionava enquanto um lugar praticado, no moldar de identidades.

Por fim, buscamos conhecer as sensibilidades referentes à infância por parte dos médicos e demais funcionários e dos escritos que nos restou, como esses sentimentos se representaram e foram representadas, sejam estes de recusa ao tipo de infante denunciado para intervir, sejam de esperanças de outro a ser edificado para a aceitabilidade do projeto assistencialista. São emaranhados de representações, identidades, que partiram de leituras e apropriações que envolveram sentimentos em relação à criança. Por isso, o necessário uso do conceito de sensibilidade da Sandra Jatahy Pesavento como “as formas pelas quais indivíduos e grupos se dão a perceber, comparecendo como um reduto de tradução da realidade por meio das emoções e dos sentidos” (PESAVENTO, 2001, p. 58). Portanto, fundamental, por perpassar a todos os demais conceitos utilizados.

Para que o leitor compreenda como se efetuou essas elaborações identitárias e quais identidades foram “inventadas”, ou mesmo lidas e apropriadas, organizamos a dissertação em cinco capítulos, cuja documentação selecionada, para cada um, obedeceu à temática analisada. Destarte, no capítulo 1, “*Flores regadas, flores cultivadas*”: leituras sensíveis e prescrições médico-pediátricas de assistência e proteção á infância brasileira, historicizamos o nascimento desta fase da vida, mostrando sua articulação com a emergência da especialidade pediátrica no Brasil. Acrescentamos, ainda, a importância das instituições filantrópicas, a exemplo dos IPAs, espaços que antecederam os hospitais como promotores nos cuidados na promoção da saúde infantil, a partir desta especialidade médica, tida científica.

Ao tratarmos, portanto, de uma história da assistência médica infantil, mostrando que se iniciou por espaços que não foram os hospitais, para posteriormente, serem os hospitais especializados, acabamos que analisando um importante evento que corroborou não apenas para a divulgação deste tipo de relação médico/infante, ampliando e divulgando representações, sensibilidades e formas de ser infante. O Primeiro Congresso Brasileiro de Proteção á Infância, além de ter propagado estas idéias, exigiu a união entre políticas públicas e filantrópicas, de modo a promover a saúde e o desenvolvimento da criança, requerendo, a

exemplo, os hospitais. Por isso, finalizamos esta parte discutindo práticas filantrópicas e o nascimento do hospital moderno e científico.

No capítulo 2, *O Estado “acalenta” seus infantes? As políticas públicas de saúde infantil no Brasil e seus deslocamentos na Paraíba e em Campina Grande*, historicizamos a assistência à infância, evidenciando, porém, as visibilidades das políticas públicas de saúde voltadas ao infante e a maternidade. Mostramos como as mesmas se fizeram em prática na Paraíba, em projetos de saúde; e em, Campina Grande, nas práticas hospitalares, da rede médico-hospitalar da cidade. Por conseguinte, apresentamos e discutimos as condições dos serviços de saúde na “Rainha da Borborema”, no intuito de elucidarmos o leitor a respeito do que havia de prática médica e hospitalar direcionada à infância anterior a FAP.

Na sequência, no capítulo intitulado, *De uma cartografia “escura” e inanimada para outra “iluminada” e praticada: O nascimento do Hospital Fundação Assistencial da Paraíba-FAP*, analisamos a apropriação deste modelo institucional, tido moderno, na cidade de Campina Grande. Uma instituição que se particularizou por priorizar em seu atendimento o público infantil pobre, permeada por práticas filantrópicas e caritativas em decorrência da deficiente atuação das políticas públicas, na cidade, de promoção a saúde da criança “desvalida”. Articulamos, também, as representações, pois como mencionamos, partimos da concepção de que as mesmas permitiram sua fundação. As referentes à cidade, enquanto uma cartografia moderna por contar com uma vasta rede hospitalar, devendo ser complementada com a adição de uma instituição especializada em Pediatria. E as que trataram da infância, cuja ausência hospitalar especializada fez circular representações que desconstruíram a percepção de ser um espaço moderno e progrido.

Nessa parte da dissertação, portanto, articulamos a bibliografia com fontes que debateram, especificamente, as representações que permitiram a fundação do hospital, sobretudo as referentes às representações e identidades de uma infância que remontam ao atraso, ao não moderno, ou seja, de uma infância doente e desprovida de cuidados. E que por isso, motivou ações filantrópicas estrangeiras que desencadearam a fundação da instituição. Práticas, aliás, que analisamos, considerando como se deu sua fundação, a emergência de sua construção e as transformações que sua edificação física acarretou no lugar em que foi institucionalizada.

No capítulo seguinte, adentramos no cotidiano do hospital, seu funcionamento inicial, sua direção, seus colaboradores, a ação caritativa católica, filantropia médica. Na parte intitulada *“Por entre paredes,” cueros”, leitos e berços brancos: vivências infantis e*

prescrições identitárias médico-pediátricas no Hospital-Escola Fundação Assistencial da Paraíba- FAP, analisamos as práticas filantrópicas da instituição educativa para com a FAP, que além de consistir em uma “geografia de ações”, de prática de estágio médico, de experimentação e pesquisa, foi, também, uma escola de enfermagem, proveniente de ações caritativas católica.

Olhamos, principalmente, para a fisionomia do seu espaço, para as ações que nele se realizaram referente ao corpo infantil e as doenças que lhe foram acometidas. Como o espaço que se legitimou e legitimou a seus médicos e pediatras enquanto científicos e autorizados a tratar e curar o corpo infantil. Por conseguinte, percebermos as representações e a identidade(s) elaboradas por meio das práticas de cura e de prevenção de doenças. Da relação médico-paciente, dos procedimentos, das doenças curadas ou não, da eficácia de tratamentos. Da relação das crianças para com estes tratamentos, suas sensibilidades, da percepção ao corpo que de enfermo passou a saudável. A normalização para o corpo infantil, os medicamentos, tratamentos e alimentação que permitiram a elaboração de um sujeito normal e medicalizado. Mesmo à infância passando por todos os demais capítulos, este a tem como prioridade, pois nos direcionamos a entender os procedimentos médicos a este corpo, as leituras que dele se fez e que representações e identidade (s) foram elaboradas a partir do conhecimento e das práticas médico-pediátricas produzidas e realizadas na instituição hospitalar.

Consideramos, assim, esta narrativa relevante para a história da Infância no campo da saúde/doença. Pelo olhar peculiar à infância pensada, preconizada e classificada pelos dizeres médico-pediátrico no fundar de uma instituição que, até o momento, na Paraíba, se apresenta silenciada, no que concerne aos estudos que a entende enquanto espaço que elaborou formas de ser infante, em Campina Grande. Necessitando, portanto de ser estudada, dada sua importância no contexto de sua fundação, bem como no tempo presente, por ainda funcionar como importante instituição hospitalar e promotora da saúde, na “Rainha da Borborema”

1 CAPÍTULO I- “FLORES REGADAS, FLORES CULTIVADAS”: LEITURAS SENSÍVEIS E PRESCRIÇÕES MÉDICO-PEDIÁTRICAS DE ASSISTÊNCIA E PROTEÇÃO Á INFÂNCIA BRASILEIRA.

A frequência exagerada das moléstias que assaltam a infância, a sua crescida letalidade e finalmente as particularidades que oferecem tais moléstias, demonstram a necessidade inadiável de se prestar a criança doente grande soma de cuidados especiais, cuidados que exigem por sua vez conhecimentos que só pode possuir o médico que se tenha consagrado ao estudo, aliás difícil, da patologia infantil¹².

O médico Carlos Arthur Moncorvo Figueiredo, traduz com estas palavras a triste condição da infância pobre brasileira, especificamente a carioca, no final do século XIX. Uma condição que não se apresentava enquanto particular somente às crianças deste espaço, pois era partilhada pelas demais, nas diversas cartografias da jovem nação brasileira daquele momento. Não seria exagero, a partir desta narrativa, falarmos que as crianças tinham como “cobertor a miséria e a cova por berço”, pois se não morriam de fome, frio, padeciam e faleciam pelas enfermidades que as acometiam sem dó e piedade.

Passados mais de um século, engana-se aquele que acha que tais condições foram breves e infelizes devaneios da infância pobre brasileira. E que as lágrimas que um dia caíram dos olhinhos de um pequenino rosto doente e desamparado de assistência e de amor, foi apenas parte das vivências e, portanto peculiar às crianças de outro tempo, de outro século, de outros espaços. Dizemos, pois, que não. Afinal, como o leitor verá, no decorrer desta dissertação, a segunda metade do século XX, dadas suas particularidades, ainda, nos apresentou uma relação tão desoladora em relação à infância quanto a de outrora.

A respeito disso, em Campina Grande, numa sexta-feira, do dia 14 de abril de 1967, a pequena Rosete Paiva Pereira, em sua casa, na presença de seus pais e demais familiares, sofreu e agonizou até a morte. O pai, como de costume, no intuito de sanar as dores de sua

¹² Memorial do médico Carlos Arthur Moncorvo Figueiredo, requerendo do governo imperial a criação de uma cadeira de clínica infantil, nas faculdades de medicina brasileira. Rio de Janeiro, 25 de fevereiro de 1882 (1882 Apud ROCHA, 1947, p. 53).

criança, pediu à madrinha que aplicasse uma dose injetável de Rodeciclina com Anadina¹³, o que acarretou, segundo laudo médico, morte por intoxicação medicamentosa. Quando o senhor José Pereira Lima, o pai, percebeu que estava à menina mal, providenciou os serviços de saúde do SAMDU¹⁴, mas a criança já havia sucumbido à morte, falecendo aos dois anos e seis meses. Na mesma semana, mais quatro crianças vieram a óbito, vítimas, desta vez, de a meningite, cuja contaminação foi, possivelmente, causada, pelo esgoto “a céu aberto”, das canalizações expostas nas reformas da rede de esgoto e fornecimento de água, realizadas pela prefeitura, naquele ano. Como alertava a opinião médica, estas reformas acarretaram, ainda, outras doenças ao público infantil a exemplo da hepatite, da febre tifóide, da varíola e do sarampo¹⁵. A somar, na manhã, do mesmo dia que veio a óbito a pequena Rosete, foi encontrada uma criança do sexo masculino, com aproximadamente 20 dias de vida e marcas de violência pelo corpo, cuja morte teria sido causada, sobretudo por pancadas na cabeça; tendo sido atribuído o crime à genitora (Jornal Diário da Borborema, Campina Grande, 15 de abril de 1967).

Com esses significativos relatos narrados acima, se deparou o leitor do jornal o Diário da Borborema, ao visualizar ou simplesmente lançar um ligeiro olhar sobre a capa da edição do dia 15 abril de 1967. Para além da estrutura corriqueira do periódico contando com matérias sobre cultura, esporte, política, educação, meio ambiente, economia e propaganda, da cidade de Campina Grande; se sobressaíram na estrutura e na narrativa deste número os casos citados, estando os dois primeiros na capa, com letreiros grandes, de modo a chamar atenção do leitor, e não diferente, porém na página seguinte, o ultimo caso, complementado com foto do corpo da criança morta pela mãe, aparentemente em processo de decomposição. Eis as matérias:

¹³ Não encontramos nada a respeito que pudesse nos informar acerca da função dessa medicação. Muito provavelmente a substância deve ter outra denominação ou foi retirada do mercado.

¹⁴ Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência, prestando serviço ambulatorial e clínico. Funcionava em umas das alas do Hospital Pronto Socorro de Campina Grande (Estudo da Rede Médico-Hospitalar de Campina Grande, 1965, p. 30).

¹⁵ A meningite apresenta-se em duas formas de contaminação: a viral (simples) e a bacteriana (complexa), aspectos que já eram conhecidos desde meados do século XIX. É pouco provável que tais reformas urbanas citadas tenham relação com os surtos da doença que se apresentaram, na época, de modo que, para contraí-la é preciso ocorrer um resfriado que se prolongue ou contato direto com uma pessoa que seja portadora da doença em uma das formas mencionadas. Assim, entendemos que o jornal, possivelmente em oposição ao prefeito da situação, relacionou à doença as reformas para produzir uma representação negativa da sua gestão. O que foi viável, pois tais informações embora sabidas, na época, eram pouco divulgadas, ou mesmo desconhecidas pelos órgãos de saúde pública de Campina Grande.

recebido material de biológicas, criado e de Iemanha Ocidental, des de pesquisas olvidas, inicialmente de cobana Bahia.

menta diada

Meningite mata quatro crianças numa semana

Quatro casos fatais de meningite entre crianças ocorreram no decorrer desta semana em Campina Grande, causando apreensões sobre a possibilidade de se tratar de surto do perigoso vírus infecto-contagioso, cuja origem poderia estar localizada pela estagnação de águas nas centenas de buracos abertos nos calçamentos para o abastecimento da cidade.

DOENÇAS
Conhecido médico campinense disse, ontem, em reportagem, que além de meningite, estão ocorrendo, em grande escala, nos últimos meses, casos de hepatite, febre tifóide, varíola e sarampo.

Revelou a mesma fonte informativa que Campina Grande está ameaçada de moléstias contagiosas geradas pela proliferação de águas podres e contaminadas por vírus das mais diversas categorias.

HEPATITE
Somente na rua Treze de Maio, cujo calçamento se encontra revolvido há meses, foram constatados, oficialmente, nada menos de cinco casos de hepatites, ao que tudo indica, provocados pela buracaria.

O problema de Saúde Pública em Campina Grande — prossegue a mesma fonte — é seríssimo e poderá acarretar consequências as mais desagradáveis à população.

BURACOS
Estranha o informante a tese dos responsáveis pelo serviço de abastecimento d'água, segundo a qual o calçamento não pode ser recolocado imediatamente porque os técnicos precisam averiguar a existência de possíveis vazamentos. Este argumento, para o citado médico, não é válido porque os engenheiros poderiam somente soterrar os buracos quando todos os testes fossem feitos. O essencial, finaliza, é que os paralelepípedos sejam repostos, única fórmula de evitar a propagação de enfermidades contagiosas.

“Policia... que matou o...”

Figura 1- Casos de meningite em Campina Grande

Fonte: Diário da Borborema, 15 abril de 1967

DIÁRIO DA BORBOREMA, Campina Grande, 15 de abril de 1967 - 5

ficada mãe que matou o filho

Cadáver de agricultor encontrado no Jenipapo



Na noite de anteontem, foi encontrado no Jenipapo o corpo de um homem, com um tiro através do nariz direito. A polícia imediatamente compareceu ao local, sendo posteriormente o cadáver identificado como do agricultor Lourival Salviano, de 35 anos de idade, casado e residente naquela localidade.

As primeiras diligências efetuadas, indicam que se trata de um suicídio e que o agricultor sofria das fúrias mentais.

Mesmo assim, a polícia continua investigando os motivos que teriam levado Lourival Salviano a cometer aquele gesto extremo, ao mesmo tempo em que procuram levantar todas as hipóteses possíveis, a fim de que fique devidamente comprovado que se trata de crime ou não.

NATAL — Resgato a uma criança, o deputado estadual Cartão de Souza Dias, bancou no bairrinho esquerdo, no interior de uma pensão alugada, o indivíduo Fernando Maia. O pai, dono do lugar, foi logo em seguida retirado para a rua, deixando para o filho e sua esposa o local, voltando minutos depois, turisco e perguntando do se alguém ainda queria agredir-lo.

O corpo do menino encontrado na manhã de ontem por detrás da Cerâmica, na avenida Brasília, aparece sajo por pedacos de capim, provenientes do local onde foi jogado.

Mais uma criança foi encontrada morta

Ontem pela manhã, ao transitar por trás da cerâmica, nas proximidades da avenida Brasília, a doméstica Maria de Lourdes Lucas, residente na Vila Cabral, deparou-se com o corpo de uma criança do sexo masculino, de idade aproximada de dois meses, morto.

As primeiras diligências efetuadas, indicam que se trata de um suicídio e que o agricultor sofria das fúrias mentais.

Mesmo assim, a polícia continua investigando os motivos que teriam levado Lourival Salviano a cometer aquele gesto extremo, ao mesmo tempo em que procuram levantar todas as hipóteses possíveis, a fim de que fique devidamente comprovado que se trata de crime ou não.

NATAL — Resgato a uma criança, o deputado estadual Cartão de Souza Dias, bancou no bairrinho esquerdo, no interior de uma pensão alugada, o indivíduo Fernando Maia. O pai, dono do lugar, foi logo em seguida retirado para a rua, deixando para o filho e sua esposa o local, voltando minutos depois, turisco e perguntando do se alguém ainda queria agredir-lo.

ANUNCIOS

ALUGA-SE
ALUGA-SE uma casa à rua Napoleão Laureano, 383, Jardim Laureano — Saneada com 3 quartos, terraço etc. Tratar pelo fone 1818 ou em A. C. AGRASIA, com Ademir.

CASA NA CONCEIÇÃO
Aluga-se uma casa à rua da Conceição, 121, nesta cidade, com sala única, quatro quartos interiores e um externo, cozinha, dois sanitários, lavanderia, reservatório d'água (Vaca Brava), com 11 metros quadrados para todo o corpo da casa e uma entrada para carro pequeno. Tratar à rua Floriano Peixoto, 382 — Fone 2130. Obs. A chave se encontra na casa vizinha, lado do Quartel.

DILIGENCIAS
Na tarde de ontem mesmo, a...

Figura 2- Infanticídio

Fonte: Diário da Borborema, 15 abril de 1967

Muito provavelmente, o jornal buscou “abismar” a opinião pública, expondo práticas relacionais para com a infância inconcebíveis nas sensibilidades, já para este contexto, a saber, o infanticídio e a ausência de cuidados e assistência à infância no que diz respeito à promoção de sua saúde e bem-estar. As duas primeiras matérias relatadas trataram dos problemas de saúde pública da cidade, não oferecendo à gestão do então prefeito Willian de Souza Almeida¹⁶ medidas sanitárias e reformas urbanas sem risco as crianças da cidade. Do mesmo modo, as deixou desprovidas de serviço de saúde hospitalar especializado, a ponto dos pais da menina Rosete realizarem a medicação do seu corpo, em casa, sem prescrição e orientação médica. Para enfatizar essas precariedades, na mesma página, isto é, na capa, foi noticiada a inauguração do hospital planejado para priorizar o atendimento a infância pobre campinense, o Hospital Fundação Assistencial da Paraíba-FAP. Uma instituição desprovida de verba pública, fundada a partir de recursos da ação filantrópica do médico holandês Cornelius Rújter (Jornal Diário da Borborema, Campina Grande, 15 de abril e 1967):



Figura 3- Finalização das obras da Fundação Assistencial da Paraíba-FAP

Fonte: Diário da Borborema, 15 abril de 1967

Abismando a opinião pública com a mortalidade infantil e denunciando o descaso público para com a infância, e uma possível melhoria de sua qualidade de vida por intermédio

¹⁶Prefeito de Campina Grande entre 1964-1969.

da fundação dessa instituição, o referido periódico dá-nos indícios para percebermos que, na década de 1960 já circulava, na “Rainha da Borborema”, representações e sensibilidades que exigiam dos sujeitos “adultos” uma prática relacional para com a criança pautada na assistência e no combate a qualquer forma de destrato que pudesse afligi-la, sobretudo comprometer sua saúde e seu desenvolvimento. Porquanto, ao ser inaugurado esse espaço hospitalar, na cidade, voltado para medicalização do corpo infante, em sua forma preventiva e curativa, demonstrou que os campinenses, apesar de tardiamente, eram também leitores destas representações e sensibilidade referentes à infância. Não sendo mais tolerável, serem suprimidos, os pequenos campinenses, pela doença e pela mortalidade infantil.

Essa forma de pensar e sentir a infância, estará se perguntando o leitor, começou, aqui, em meados dos anos 1960? O que levou às mudanças nos modos de ler, perceber e lidar com a infância brasileira e, por conseguinte a campinense, fazendo com que essas práticas causassem repugnância na sensibilidade dos sujeitos das décadas de 1959-1979? Que caminhos foram percorridos para que essas formas de sentir e perceber a infância legitimasse a Fundação de um hospital separado para esta faixa-etária específica? E por que, em Campina Grande, sua fundação e existência foi fruto de ações tardias e filantrópicas?

Nos capítulos que se seguem, especificamente, neste e no segundo capítulo, esperamos responder esses questionamentos ao leitor, por intermédio de uma história da assistência médico infantil, história esta perpassada primeiramente pelos espaços que não foram o do hospital, e posteriormente ele. Um caminho que envolveu, ainda, as modificações da noção da função e estruturação desse espaço; do desenvolvimento do saber médico-pediátrico e da implementação de políticas públicas de saúde infantil no Brasil e no Estado da Paraíba. Ações articuladas a projetos de desenvolvimento, modernização e progresso do país e de cidades como Campina Grande. O leitor sinta-se convidado, desde então, a conhecer uma história da infância, contada e narrada a partir da medicina, seus saberes e suas práticas.

1.1 O nascimento da infância?

Hoje nos parece comum e normal termos uma relação para com a infância pautada na afetividade, no carinho, no “denho”, no “cheiro”, nos cuidados, na proteção, amparo e respeito às especificidades desta faixa-etária. Do mesmo modo, nos é estranho a ausência destes sentimentos, destas representações e práticas, que fazem parte da identidade infantil contemporânea. Parece-nos assustador e inconcebível que uma criança seja violentada, seja

desprovida de um lar, de educação, passe fome, fique desnutrida e seja acometida por doenças cuja medicina aponta há existência em decorrência do descaso familiar e público. O normal, nesta concepção, é ver o sorriso, ao invés do choro. A saúde, ao invés da doença. O alimentar-se bem ao invés do “fastio”. É um corpo ativo, que corre, que brinca e que chora, não por dor, por está doente, mas por um brinquedo, por um capricho, ou simplesmente pela vontade de comer. Ao contrário do que muitos pensam, a noção de infância e a identidade infantil que nos foi legada, passou por paulatinas mudanças, complementações e deslocamentos; e as práticas que se articulam ao modo como é pensada, sentida e percebida, também. Porquanto, estes sentimentos de infância, não são naturais e nem sempre existiram nas relações sociais, como diriam os mais velhos, permanentes com os sujeitos “desde que o mundo, é mundo”.

Conforme Áries (2006), o conceito de infância, ou melhor, o nascimento do sentimento da infância, dando a este existência, é uma construção social e cultural, desenvolvida a partir do momento em que as sociedades da Europa Ocidental dos séculos XVI, XVII e XVIII perceberam que esta fase da vida se diferencia da adulta, que uma mudança gradativa foi se dando na modificação da relação dos pais para com os filhos, da sociedade para com as crianças. A escola e a família são apontadas, em seu estudo¹⁷, como as instituições que primeiro notaram as singularidades da infância. As mesmas se constituíram como meios para difusão de uma nova sensibilidade em relação a esta fase da vida. A primeira iniciou a difusão destas representações ao perceber a necessidade de se separar crianças de adultos em classes e turmas diferentes para viabilizar a aprendizagem. E a família, que igualmente inexistia do sentimento de família, ao se estreitar os laços para com seus filhos, pela introdução do sentimento de intimismo e privacidade, proporcionou o cuidado e o zelo aos infantes.

O autor acrescentou, ainda, que a construção do sentimento de infância foi sendo perceptível em pequenos detalhes da vida cotidiana. Ao longo dos séculos, por exemplo, a indiferença à mortalidade infantil começou dar sinais de decadência, de forma que as pessoas buscaram preservar as imagens de crianças mortas nas pinturas e em túmulos, como modo de resguardar a lembrança de um dia sua existência. Semelhantemente, passou-se a se preocupar com a vestimenta específica para os meninos, a atribuir-se brincadeiras específicas aos infantes, bem como a valorização de tempo para a “paparicação” e educação, que para ele são amostras e mudanças de mentalidade, de sensibilidades e de construções de novas representações á infância. A criança, assim, foi tornando-se um sujeito visível, com

¹⁷ ARIÈS, Philippe. **História Social da Família e da Criança**. Tradução: Dora Flaksman, - 2.ed. – Rio de Janeiro: LTC, 2006

particularidades próprias, se contrapondo ao modo de representá-la como “miniatura de adulto”, um adulto em menor escala.

Ariés (2006), no entanto, não atentou para a importância do interesse pela saúde infantil a partir do saber médico como meandro para o nascimento da infância e da identidade infantil, da representação da criança enquanto sujeito e indivíduo particularizado¹⁸. Para não dizer que nada foi dito na sua obra clássica¹⁹, ele mencionou a importância da higiene nos cuidados pueris, não indo além disto. O que nos parece plenamente justificável. Ora, o dito interesse é relativamente recente no campo da medicina, interesse, aliás, apenas notável com a institucionalização da especialidade Pediátrica, ocorrendo somente em meados do século XVIII, na Europa. Porquanto, limitando seu recorte até aproximadamente este século, o historiador não poderia encontrar vestígios de uma relação entre preocupações com a saúde infantil no campo da medicina e a “invenção” cultural da infância, da criança e do infante.

A respeito, o termo *Pediatria*, enquanto *Medicina de Crianças*, foi usado pela primeira vez na Suíça em 1722. Definia-se como uma especialidade responsável por cuidar do ser humano em sua fase de crescimento e desenvolvimento, à infância e a juventude, no intuito de promover saúde, evitar doenças e tentar ao máximo reabilitar seu organismo quando este se encontrasse em seu estado mais crítico. Sua atuação não se restringia na ação curativa imediata, bem como preventiva a partir de ações puericulturas²⁰ no intuito de assegurar seu desenvolvimento físico e psíquico normal desde a concepção. Embora o termo tenha sido usado pioneiramente na Suíça, a França, acabou por se compor como modelo desta especialidade. Segundo Billourou (2008), até o início do século XX²¹, foi tida como referência nos cuidados à infância, através dos preceitos da medicina infantil. Sua literatura,

¹⁸Dizemos isto, porque Ariés apenas nos apresenta indícios de uma mudança lenta, na forma de conceber a infância, que tem sua consolidação a posteriori, por meio da medicina, em meados dos séculos XVIII e XIX. Isso, tratando-se desse saber na Europa, espaço de sua fundação: Ver: ARIÉS, Philippe. **História Social da Família e da Criança**. Tradução: Dora Flaksman, - 2.ed. – Rio de Janeiro: LTC, 2006.

¹⁹ Ibidem

²⁰ O termo puericultura foi usado pela primeira vez em Paris, no ano de 1762. Denominava o conjunto de ações preventivas no intuito de promover a saúde e o desenvolvimento da criança desde sua concepção. Não está restrito apenas as medidas preventivas promovidas pela medicina, incluído as ditas não alopáticas, leigas e populares. A partir de 1865, no mesmo país, além de aliada da Pediatria, adquiriu estatuto de ciência, complementando em conhecimentos preventivos a área da saúde que envolve os cuidados pela infância e a juventude. 4 DÉCADAS: Compromisso com a criança e com a pediatria. São Paulo: Sociedade de Pediatria de São Paulo, 2012.

²¹A partir do século XX, o modelo americano começou a influenciar os médicos brasileiros, principalmente porque seus serviços de saúde direcionados a infância partiram da iniciativa filantrópica, sem interferência estatal. BILLOUTOU, Maria José. “El niños um todo y debe ser servido como tal”. Lasrelaciones entre El Children’ Bureau y dirección de protección a La primera infancia. In: CARBONETTI, Adrián; LEANDRI, Ricardo González. *Historias de salud y enfermedad em América Latina*. Org. – 1ed.- Córdoba:Centro de EstudioAvanzados- Conicet, 2008.

seus eventos, suas instituições, suas formas de tratar, de curar, de “clínica”, à infância, se outorgaram enquanto cânones na “arte” de cuidar, amparar e medicalizar a infância pobre. Desse modo, o leitor verá que a fundação deste campo de saber, no Brasil, assim como a atuação de seus fundadores e membros, na intenção de amparar a infância, deu-se num diálogo que envolveu a leitura e a apropriação dos escritos e das práticas médico-pediátricas francesas. O apogeu, francês, inclusive, adveio ao ser precursor na fundação do primeiro hospital pediátrico do mundo, em 1802: o “*Hôspitaldes Enfants Malades*”(Sociedade de Pediatria de São Paulo, 2012, p. 22).

No que tange à nação brasileira, quando podemos falar em sentimento de infância? Em que momento, percebemos rupturas que denotam leituras sensíveis em relação às crianças, a ponto de singularizá-las? Rocha (1947) nos aponta vestígios destas leituras a partir dos escritos médicos que antecederam a fundação da Pediatria brasileira. Nos fala, por exemplo do primeiro manual de educação infantil, o *Tratado da Educação Física dos Meninos*, datado de 1790, escrito pelo médico Francisco de Mello Franco. Nos fala também do primeiro escrito no tocante a Medicina Infantil produzido no recém fundado ensino de medicina no Brasil²², *Quadro sinóptico das doenças das mulheres, dos partos e dos recém-nascidos*, de 1826, escrito pelo médico Joaquim da Rocha Mazarém. O professor Francisco Julio Xavier, primeiro docente a ministrar uma disciplina que dava ênfase a patologia infantil, a cadeira de “Partos, moléstias das mulheres peçadas e paridas, e de meninos recém-nascidos”²³; na qual o possibilitou escrever suas “*Considerações sobre os cuidados e os socorros que se devem prestar aos meninos na ocasião do seu nascimento e sobre as vantagens do aleitamento natural*”, de 1833. O interessante nesta variedade de escritos²⁴, dos quais apenas citamos estes de forma elucidativa, foram às temáticas abordadas, referentes às doenças e aos cuidados para

²² O ensino de medicina no Brasil se deu por requerimento do cirurgião-mor José Correa Picanço ao rei D.João, criando quase que simultaneamente as Academias Cirúrgicas do Rio de Janeiro e da Bahia. Rocha fala-nos de ambas criações em 18 de fevereiro de 1808. Em 1832, pelo decreto de 3 de outubro do mesmo ano, foram transformadas em faculdades, emitindo elas próprias diplomas, independente do Protomedicato de Lisboa (ROCHA, José Martinha. Introdução a História da Puericultura e Pediatria no Brasil. Rio de Janeiro, 1947, p. 44).

²³ Desde 1815 o cuidado para com o recém-nascido ocorria no interior da obstetrícia: “A reforma de 1832 incluiria, no 5.º ano, a disciplina “partos, moléstias de mulheres peçadas e paridas e de meninos recém-nascidos. Essa novidade enunciava uma concepção de que o “cuidado com meninos recém-nascidos era singularizado em relação ao cuidado materno, mesmo que a lógica do cuidado permanecesse ainda atrelada ao parto” PEREIRA, Junia Sales. História da Pediatria no Brasil no final do século XIX e meados do século XX, p.96.

²⁴ O mesmo médico e professor, Francisco Julio Xavier, inspirou a muitos de seus alunos a escreverem sobre o que posteriormente denominou-se escritos de Pediatria e Puericultura. Jose Afonso Dias de Souza, “Queda do cordão umbilical e o tétano no recém-nascido”, em 1836; Agostinho Jose Ferreira Bretas, “Aleitamento Natural”, 1838; LuisSequeria Queiroz, “Coqueluche”, 1838; Antonio Dias Costa, “Sarampo”, 1841; Jose Augusto Cesar Nabuco de Araujo, “A utilidade do aleitamento natural”, 1843; e Marcelino Ferreira da Silva Manoel “Endurecimento do tecido celular do recém-nascido”, 1844. A respeito ver: ROCHA, 1947, p.45-46.

com as crianças. Temáticas que insurgiram no interesse de médicos num momento em ainda não contávamos com a especialidade de Pediatria e, doravante a criança ainda não consistia enquanto objeto de estudo, nos textos de conclusão na formação médica. Indicando-nos aqueles escritos, a mudança na sensibilidade e nas representações em relação a esse sujeito, o tornando paulatinamente, importante objetivo de discussão.

Estudar os fatores que lhe faziam mal, que lhe causavam sofrimento, dor e a levava a óbito partiu de uma nova maneira de ler a criança, de olhar e examinar seu corpo e suas feições²⁵. As enfermidades, os descuidos, a mortalidade infantil, tidas culturalmente outrora como intrínsecas a criança brasileira, a partir dos dizeres e da leitura médica, não deveria compor sua identidade e de suas vivências.

Antes do saber médico, especificamente o pediátrico elaborar representações e sensibilidades que moldaram a identidade infantil na qual legamos, não tínhamos uma percepção muito distinta da apresentada por Ariés (2006). Isto porque, para Costa (1979) vivenciamos uma longa tradição de organização familiar patriarcal, que tinha como centro de importância a figura de um pai, *pater*, autoritário, por vezes “fria”, e que segundo o padrão cultural, agindo assim capaz de preservar o poder familiar. Desse modo, a figura masculina, adulta acabava por ocupar o lugar de destaque nas relações familiares. Não cabendo interesse a criança, pois na sociedade patriarcal enquanto pequena, não se apresentava competente de exercer funções que tocavam a manutenção do poder da família que representava. Este modelo social, valorizador do adulto e do velho por estes terem funções específicas a serem desempenhas, sobretudo a de preservar o patrimônio familiar, destinou à criança um papel a parte, relegando-a a percepção do despercebido que durante muito tempo a fez ser compreendida, também, aqui, como uma mera cópia em miniatura do adulto. Ausentes, assim, da consciência da distinção entre criança e o adulto, carecíamos do sentimento e do conceito de infância²⁶.

O mesmo autor ainda acrescenta que no Brasil, apenas na segunda metade do século

²⁵Lembremos os médicos brasileiros a partir dos novecentos terão novas referências no trato dos seus pacientes. A clínica, os estudos anatômicos, a radiografia, apenas para citar, passam a compor e auxiliar na prática médica, permitindo o conhecimento mais minucioso sobre o corpo, seu desenvolvimento e as particularidades que apresenta no decorrer da vida. O corpo nunca antes foi conhecido em tantos detalhes. CORBIN, Alan; COURTINE, Jean-Jacques; VIGARELLO, George. História do Corpo: As mutações do olhar, século XX; tradução e revisão Elphraim Ferreira Alves. 4ed- Petrópolis: RJ: Vozes, 2011, p. 15-35.

²⁶Argumenta Ariés, o sentimento e o conceito de infância não devem ser confundidos com o sentimento de afeição, demonstrações de carinho e feições pelo filho, já que as sensibilidades são construídas culturalmente sendo demonstradas segundo tempos e espaços. O fato dos sentimentos serem demonstrados de modo diferente de como o expressamos em nossa contemporaneidade, não significa sua inexistência. Apesar de essas práticas estarem imbricadas ao sentimento de infância, não o define enquanto sentimento e conceito, sendo este a consciência da distinção entre a criança e o adulto, fazendo do período uma fase da vida particular.

XIX, foi possível encontrar sinais de um aceitável nascimento do sentimento de infância. Quando os médicos higienistas, ao criarem as normas de saúde e, por meio destas, modificaram a estrutura da família oitocentista à formação da família moderna burguesa²⁷, tomam conhecimento de que a criança apresentava algumas diferenças em relação ao adulto. Produto, desta forma, de uma intervenção médico-estatal na sociedade, estaria aqui à emergência da família moderna brasileira, caracterizada pela intensidade de relações afetivas entre pais e filhos, intimismos e cuidados para com a infância. Esta ação conjunta, no seu modo de ver, deve ser apontada como principiadora de introduzir pioneiramente no Brasil a concepção da noção de a criança indefesa e delicada, necessitada de total atenção para seu desenvolvimento físico e emocional. Um modelo de infância a ser ampliada a posteriori no século XX.

1.2 Da pena pediátrica nasceu a infância brasileira

Apenas podemos falar do “nascimento” do sentimento de infância, no Brasil, a partir da institucionalização de um campo de saber que se auto-definiu, por intermédio de seus fundadores²⁸, como unívoco capacitado para compreender esta fase da vida em toda sua magnitude. Inicialmente denominada “Medicina da Criança” e a posteriori Pediatria, esta especialidade de acordo com a História da Pediatria no Brasil²⁹ a partir de Pereira (2006), teve sua emergência e institucionalização sob um conjunto argumentativo pautado na construção de representações em torno da infância e aos aspectos relacionados a ela. Bem como, partindo de um discurso médico construtor de representações de si mesmo e de sua prática.

²⁷ No final do século XIX, o Estado elaborou um projeto de modernização que primeiramente envolvia a apropriação por parte da nossa elite, de hábitos, gestos e práticas européias, dentre elas a formação da família moderna nuclear. Esse modelo familiar apresentava-se coerente para com o referido projeto, pois por meio dessa organização familiar era possível a produção de filhos saudáveis, produtivos para tornarem o Estado progrido e civilizado. Para tanto, era preciso mudar a forma de olhar a criança, de torná-la importante, algo que não era possível no modelo patriarcal. A mudança passou a ser viável pela intervenção médica higiênica nesses sujeitos, os educando, os moldando, modificando papeis e identidades dos membros da família.

²⁸Referimos-nos a Carlos Arthur Moncorvo Figueiredo e seu filho, Carlos Arthur Moncorvo Figueiredo Filho.

²⁹A história da Pediatria no Brasil é predominantemente narrada por pediatras. Narrativas por vezes de forte caráter salvacionista e engrandecedor, desprovida de condicionamentos políticos, sociais e ideológicos comum a qualquer processo de institucionalização. Essa forma de escrita, de certa maneira, não deixa de ser um empecilho para aqueles, sobretudo historiadores, que desejam debruçar suas pesquisas para essa especialidade, tendo se em vista serem as análises a ela voltadas no campo da história consideravelmente escassa. As obras iniciais nessa perspectiva podem ser utilizadas inclusive como fontes, pois são contemporâneas nesse processo de institucionalização. Esse é o caso do **Histórico da Proteção à Infância no Brasil**, de Moncorvo Filho, 1926, e a **“Introdução à História da Puericultura e da Pediatria no Brasil”**, de José Martinho da Rocha, 1947. Ver mais: PEREIRA, Junia Sales. **História da Pediatria no Brasil no final do século XIX e meados do século XX**. Tese defendida em 2006.

Destarte, sob a égide médica, a infância passou a ser colocada como uma fase particular e frágil da vida, como foi apresentada anteriormente, por tratar-se de um sistema patológico de um organismo em crescimento e desenvolvimento, se encontrando muito mais propício e vulnerável ao acometimento das enfermidades. As doenças ao se instilarem nessa estrutura grácil se expandiam de maneira generalizada, de difícil detecção da localidade, tratando-se de um corpo que reagia distintamente do adulto às moléstias, elevando seu grau de complexidade. Por sua vez, o médico especialista da criança era representado como o único com competência de compreender uma estrutura com evidente complicação a ela inerente, afinal o objeto de estudo da Pediatria era específico só no que diz respeito à fase da vida, não ocorrendo à diminuição ou fragmentação deste objeto como aconteceu com as demais especialidades.

Comparativamente, temos a impressão de que o pediatra manuseava “um bonequinho” de cera, ou mesmo argila, cujo menor toque em quaisquer de suas partes poderia quebrá-lo, desconsertá-lo, estragá-lo. Como a criança que ao receber um presente novo, um brinquedo, de tamanha delicadeza, no primeiro momento cuida, zela, para que não se estrague. O pediatra, diante de seu “bonequinho de barro”, a criança, nem sempre em tão bom estado como um brinquedo recentemente fabricado artesanalmente, mas, sobretudo por isso necessitado de suas mãos para consertá-lo, caso “quebrado”, “defeituoso”, ou mantê-lo no bom estado caso assim estivesse. De acordo com Pereira (2006), ao ser o corpo infantil representado como frágil e vulnerável naturalmente, sendo tal aspecto o principal diferenciador da infância em relação à fase adulta, os esculápios igualmente introduziram a necessidade de seu cuidado, de sua proteção e de seu zelo entre os adultos, todavia, orientado sob o cuidado, o controle e o vigiar médico.

O médico, dessa maneira, se colocava como salvador da infância, prolongador da vida e emancipador para a fase adulta. Preceitos da civilidade inseriu ser “barbárie” o descuido e a naturalidade sentida em ser acometida a criança por doenças e pela mortalidade. O corpo doente tornou-se um significante do atraso e da anormalidade. Leitura, aliás, intrínseca para um momento em que o Estado buscava se constituir enquanto uma nação moderna. Ora, essa medicina introduziu ser inadmissível, segundo o modelo das sociedades ditas civilizadas³⁰ por estas já disponibilizarem de tempo e de dedicação a seus infantes, serem as crianças relegadas ao descaso e ao esquecimento:

³⁰Estamos nos referindo aos Estados Unidos, Bélgica, Inglaterra, França e Alemanha, países que desde o início do século XIX, dedicaram de suas políticas públicas atenção aos cuidados para com os infantes.

A frequência exagerada das moléstias que assaltam a infância, a sua crescida letalidade e, finalmente, as particularidades que oferecem tais moléstias, demonstra a necessidade inadiável de se prestar à criança doente grande somas de cuidados especiais, cuidados que exigem, por sua vez, conhecimentos que só pode possuir o médico que se tenha consagrado ao seu estudo alias difícil da patologia infantil. (...) Se estabelecermos sob este ponto de vista e confronto do Brasil com as demais nações civilizadas, quer da Europa, quer da América, reconheceremos a triste verdade que todas as faculdades médicas européias, as dos Estados Unidos e, na América do Sul, a de Buenos Aires, possui uma cadeira consagrada ao ensino desse difícil ramo da clínica. Em todos respectivos países, seus governos têm reconhecido qual o valor desse ensino, confiando-o a homens de provada notoriedade³¹

Nas falas do médico considerado o fundador da pediatria brasileira, o médico Carlos Arthur Moncorvo Figueiredo³², ao requerer do governo imperial, no ano de 1882, a criação de uma disciplina que oficializava a institucionalização desta especialidade no Brasil, nos apresenta qualitativos que fariam o país, um lugar moderno, civilizado e progredido. O mesmo médico lançou um discurso a respeito, que foi lido pelos demais médicos e autoridades políticas no decorrer de todo o século XX. O de que uma sociedade que se queria alcançar o patamar agora mencionado, necessitava cuidar e amparar das suas crianças, a partir das prescrições de um saber fundado nos preceitos científicos. Homens como Moncorvo Figueiredo se representavam como sujeitos e profissionais da ciência, ou seja, da pesquisa, da experimentação, da clínica. Cuidar da saúde das crianças equivalia, na concepção médica e da elite, promover o desenvolvimento de um sujeito que quando adulto, teria as capacidades físicas e psicológicas de tornar o Brasil uma nação produtiva, rica, de crianças, mulheres e homens saudáveis, higienizados e medicalizados. Este projeto de modernização, que teve como característica fundamental a articulação entre medicina e Estado, dadas as suas particularidades para cada contexto, foram apropriadas, como veremos adiante, por outros regimes políticos, incluindo-se o Militar.

³¹Memorial de Moncorvo Filho pedindo ao governo imperial a criação de uma cadeira de clínica infantil, nas faculdades de medicina brasileira, Rio de Janeiro, 25 de fevereiro de 1882. Ver: ROCHA, 1947, p. 53-55.

³²Carlos Arthur Moncorvo de Figueiredo (1846-1901) formou-se em medicina, em 1872, pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Com forte atuação na prática clínica, influência dos anos de aprendizado na França, possui uma vasta publicação sobre aspectos relacionados à saúde e as doenças infantis, muitas das quais foram publicadas em sua maioria em periódicos de países da Europa. Foi pioneiro na formação dos primeiros pediatras brasileiros e dentre eles seu descendente Moncorvo Filho, continuador de seu trabalho e do posterior desenvolvimento da Pediatria brasileira. Ver: http://www.sbp.com.br/show_item.cfm?id

No ano anterior à escrita desse memorial, o mesmo médico junto a outros fundou o espaço que deu pertinência para a criação da especialidade, a Policlínica do Rio de Janeiro, em 1881, na qual veio a administrar o primeiro curso de especialidade pediátrica, em 1882, sob a denominação de “Clínica de Moléstias de Crianças”³³. Na academia, contudo, a habilitação, mais precisamente na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, só ocorreu em 1895. Segundo Pereira (2006) em 1911, sob outra reforma, passou a funcionar com o título de cadeira da “Clínica Pediátrica” na qual incluía pediatria médica, higiene infantil, clínica pediátrica e ortopedia. É importante entendermos que, nas diversas denominações que a especialidade recebeu, esteve isso imbricada as influências que esses pioneiros especialistas receberam da medicina francesa.

A policlínica consistiu numa demonstração da influência da clínica francesa, evidente não somente nos nomes atribuídos à especialidade, outrora clínica de moléstias das crianças para a agora citada. A experiência francesa, aqui influente, sob o modelo de apoio governamental permitiu aos seus médicos praticarem nestes ambulatórios e nos hospitais voltados aos infantes, por meio da clínica, suas pesquisas no sentido de aprimorar sua especialidade. No Brasil, Moncorvo Figueiredo, exceto contando com o auxílio governamental, e hospitais do gênero, se propôs a fazer o mesmo. A Policlínica, um espaço voltado ao atendimento no estilo consultório assistencial, funcionou de forma semelhante em aprimorar e revisar a prática médica aqui exercida voltada aos infantes. Por intermédio de tabelas, estatísticas e gráficas oriundos das fichas de atendimento, os médicos aperfeiçoavam a clínica, o diagnóstico e as terapêuticas.

Para Pereira (2006), assim, foi se construindo mais uma representação sobre o médico pediatra, a de um pesquisador que revisa, busca novos aportes teóricos e os experimenta no intuito de trazer resolutabilidade para o seu emergente ramo. Obscurecendo os fracassos, a Policlínica e o conhecimento produzido nela versaram no convencimento da importância que esta especialidade deveria passar a representar para a sociedade brasileira. A partir dos bons

³³A especialidade medicina das crianças já era praticada em consultórios, fato, aliás, que veio a suscitar a reivindicação de alguns médicos no sentido de que o ensino da especialidade deveria ocorrer na academia, cabendo a Policlínica o aprendizado da prática, pois devemos entender que esse estabelecimento se constituiu num espaço voltado a assistência e atendimento infantil de crianças pobres, num momento que ainda não contávamos com políticas públicas de saúde e hospitais para essa faixa-etária, não contando, portanto, com outros serviços de cuidado e tratamento para a promoção da saúde que permitisse aos médicos exercerem a prática de estágio e pesquisa. Por isso, a policlínica consistiu no primeiro espaço a auxiliar esses médicos para o exercício da clínica, a viabilização das pesquisas e das experimentações. Não devemos igualmente deixar de perceber que essa reivindicação correspondia ao controle dos médicos sobre a nova especialidade. Ver mais: Cf. PEREIRA, Junia Sales. **História da Pediatria no Brasil no final do século XIX e meados do século XX**. Tese defendida em 2006.

resultados obtidos em suas terapêuticas demonstrada na cura dos corpos e no prolongamento vital dos infantes, convenceu as pessoas comuns, ao passo que compenetraram a partir destes resultados também a médicos e autoridades. Objetivo, aliás, primordial, se constituindo em um saber que deveria ser creditado, cuja ausência de sua atuação não permitiria a mudança da situação degenerativa circunscrita nos índices de mortalidade infantil. Ora, “fora da Pediatria à infância não teria salvação”.

A policlínica, por conseguinte, inaugurou a prática de recorrência ao consultório enquanto hábito paulatinamente corriqueiro, tanto para aqueles que disponibilizavam de poder aquisitivo para custear o atendimento, quanto para os pobres, sobretudo os infantes, que tinham como alternativa de atendimento médico, as ações filantrópicas das policlínicas e depois dos Institutos de Proteção e Assistência à Infância (IPAIs). Destarte, a Policlínica do Rio de Janeiro, a primeira em do país, rompeu com os padrões médicos de atendimento hospitalar vigente na capital; a saber, da Santa Casa de Misericórdia, por optar em realizar atendimentos por consultas periódicas ao invés do internamento, mecanismo pensado para facilitar e desafogar o atendimento, permitindo conforme Pereira (2006), o aumento da qualidade e da quantidade de crianças atendidas. Ao passo que não comprometia algumas práticas salubres que eram entendidas como primordiais para a manutenção da saúde da criança, como a amamentação interrompida com a internação.

Esse modelo assistencial de atendimento adquiriu moldes e consolidação com a criação do Instituto de Proteção e Assistência à Infância do Rio de Janeiro³⁴, fundado em 1880, pelo médico Carlos Arthur Moncorvo Figueiredo Filho³⁵. Nele, eram oferecidos serviços básicos de saúde, atendimento médico à criança e a mãe gestante, noções de higiene infantil, além de doações de roupas, leite e brinquedos³⁶. Um espaço cotidianamente movimentado pela prática médica e seu atendimento ao corpo principalmente do infante. Neste sentido, foi um lugar praticado que proporcionou ao pediatra ler e construir sentidos à infância, permitindo a elaboração de percepções e sentimentos que o ajudaram a representá-la da maneira como temos apresentado aqui. O instituto, segundo seu idealizador promoveria o “alívio” as dores humanas, a transformação de lágrima no sorriso, do desalento em

³⁴ Porém, seu funcionamento apenas ocorreu partir de 1901.

³⁵ Moncorvo Filho, como era chamado, deu continuidade as obras de seu pai. Pediatra, seu nome está associado a luta em evidenciar a necessidade de se cuidar e assistir a infância. Em prática, fundou o Instituto de Proteção e Assistência a Infância do Rio de Janeiro, o Departamento da Criança e idealizou e organizou O I Congresso Brasileiro de Proteção à Infância .

³⁶ GARCIA, Renata Monteiro; SILVA JUNIOR; Nelson Gomes de Sant’ Ana. **Moncorvo Filho e algumas histórias do Instituto de Proteção e Assistência à Infância**. Revista Estudos e Pesquisas em Psicologia, UERJ, Ano 10, n 2, p. 613-632, 2010. Disponível em <<http://www.revispsi.uerj.br/v10n2/artigos/pdf/v10n2a19.pdf>> Acesso 25 setembro 2011.

esperança”³⁷. De todos os dizeres do mesmo emitido no Primeiro Congresso Brasileiro de Proteção à Infância³⁸, acerca desta instituição, talvez nenhum outro tenha sido, estrategicamente, tão sensibilizador, como este, para a necessária urgência em intervir e cuidar desta fase da vida. Moncorvo Filho falou com propriedade, como alguém que convivia, que vivenciava a aflição das crianças e do mesmo modo a alegria resultante com a intervenção médica ao torná-la saudável, por mitigar suas dores medicalizando e tratando do seu corpo. Desta forma, proclamou a participação de todos, principalmente do Estado, o mais interessado na luta em prol da salvação das crianças brasileiras (Anais, 1924, p, 268).

Dr. Moncorvo filho, por conseguinte, no Congresso, não deixou de frisar seu empenho pessoal, das mulheres (as Damas Protetores, mulheres da elite) e de outros médicos na fundação e no funcionamento do Instituto. No intuito de sensibilizar os membros participantes do Congresso, os convidou, no dia 9 de setembro de 1922, a visitarem as suas instalações neles podendo verificar os resultados de “tão benemérita aliança entre ciência e caridade” (Anais, 1924, p, 268), quando proferiu alguns dos trechos agora analisados. Esta instituição, modelo a ser seguido pelas demais federações brasileiras³⁹, ainda aproximou ciência, medicina e Pediatria do público leigo, à gente comum, como fez a policlínica. Difundiu sensibilidades, no intuito de fazê-las serem sentidas pelas pessoas próximas às crianças, seus tutores, mães e pais, para que sua instrução tivesse efeito, que resultasse em prática e em cotidiano, demonstrados em cuidado e proteção⁴⁰.

A respeito, a Paraíba fundou sua filial em 01 de novembro de 1912, sendo a primeira do Nordeste. Fundação que partiu da leitura e da apropriação do modelo da sede pelo médico

³⁷ Discurso do Dr. Moncorvo Filho; Anais, 1924, p. 209.

³⁸ O referido congresso aconteceu no Rio de Janeiro, em 1922. Nas páginas seguintes, o leitor terá acesso a mais informações sobre.

³⁹ A exemplo, a Paraíba do Norte, então capital paraibana, hoje João Pessoa, fundou seu instituto, Instituto de Proteção e Assistência à Infância da Paraíba, em 1912. A respeito ver: Revista Era Nova, 01 de maio de 1921).

⁴⁰ Os concursos de robustez começaram a ser realizados no Brasil no início do século XX, no Instituto de Proteção e Assistência à Infância do Rio de Janeiro, sob organização do Dr. Moncorvo Filho e colaboradores, tendo seu auge em toda a década de 1920, indo-se aproximadamente as duas seguintes quando percebemos no final dos anos cinquenta seu declínio. Pensarmos a realização desse evento é justamente compreendê-lo como promotor de um tipo ideal de infância composto pelos caracteres estéticos e fisiológicos proclamados no Congresso. A representação de criança, com o tipo de infância ideal, gordinha, corada e sorridente, demonstra que entra em circulação na sociedade um padrão, também, de ideal de beleza, em que o belo de um infante é a soma de ambos os caracteres, o belo se confunde e está imbricado ao saudável. Orgulhosas do trabalho realizado em parceria com o pediatra, as mães expuseram com satisfação o padrão estético e fisiológico que toda criança deveria ter, filhos robustos, corados e felizes. Os pequeninos modelos serviam de vitrine para a demonstração da eficiência médico-pediátrica e seu indispensável papel na criação das crianças. Ora, os vencedores dos Concursos de Robustez consistiam naqueles que mais se aproximaram do ideal proposto, porque suas genitoras comportaram-se como leitoras assíduas das prescrições pediátricas, ou pelo menos se esperava isso (PEREIRA, 2010, p. 146-148). Porém, não estamos aqui as pensando como meras receptoras dos dizeres médicos, na concepção de comportamentos do tipo “sim” e “obedeço”. Estamos cientes dos limites presentes na prática de ler condicionados pelo mundo do autor e pelo mundo do leitor.

paraibano Walfredo Guedes Pereira⁴¹. Denominado, Instituto de Proteção e Assistência à Infância da Paraíba encontrava-se em conformidade com o projeto de modernização da nação, se constituindo, a partir de seus médicos e pediatras, como aliada da nação a causa nacional para a “salvação das crianças brasileiras”. Disposta a recuperá-las da degeneração física, moral e racional na qual se encontravam, estando inclusa a criança pobre paraibana. O jornal *A Imprensa* e os demais periódicos⁴² narraram à instituição tratando desta federação enquanto mais uma em que seus mais ilustres membros, sobretudo médicos e políticos, abraçaram a causa nacional de assistência e da proteção aos pequeninos pobres, empreendida pelos pediatras do sudeste do país, os representando e identificando como “amigos dos desamparados”, dos “pobrezinhos desgraçados”, colaboradores do progresso e da civilidade (Jornal *A Imprensa*, Paraíba, quinta-feira, 32 de outubro de 1912).

Isto porque, mesmo antes de 1919⁴³, podemos perceber o desenvolvimento e a ampliação do alusivo projeto de modernização da nação, daquele em que o Estado se articulou com a medicina e despertou interesses pelas condições de saúde de sua população pobre, com a adição da educação higiênica do povo brasileiro, durante os governos de Epitácio Pessoa e Getúlio Vargas⁴⁴. Com ênfase à infância ao buscar um projeto de construção do seu progresso e do seu desenvolvimento a ser nação moderna, civilizada e industriosa. Enquanto “sementeira do porvir” (Anais, 1924, p. 136), a ela, a criança, foi depositada as esperanças de um futuro melhor para o Brasil, devendo desde cedo sofrer intervenção médica, para tornar-se um adulto regenerado, saudável e instruído higienicamente, pronta a fazer a nação progredir.

Inseridos nesse contexto, os periódicos circulantes na Paraíba representavam o “patrício paraibano”⁴⁵, dentre os quais incluímos o médico, preocupado com o fator de risco social e entrave ao projeto de modernização em que se encontrava o pequeno infante pobre paraibano. Num emaranhado de identidades que desenhava á infância desvalida paraibana como doente, deformada, delinquente e desamparada, destinada por isso a ignorância, ao crime, a mendicância, a morte. Segundo *A Imprensa*, a fundação do instituto era entendida como a cura, o remédio para o extirpar destas “mazelas”, por intermédio do moldar deste sujeito, pelo trato médico. A instituição comporia um novo ser, uma nova criança, um novo

⁴¹ O referido médico, além ser fundador e diretor do IPAI da Paraíba, foi pioneiro na introdução desse saber na Paraíba, ao ser nosso primeiro pediatra.

⁴² Outros periódicos que falam sobre: a União e Era Nova.

⁴³ Ano que Epitácio Pessoa assume o governo e com ele, esperança de novos tempos para a Paraíba, sobretudo no que se refere à saúde da população, por ser desta terra conterrâneo.

⁴⁴ BURITI, Iranilson. **Palmatória da Saúde, Estetoscópio da Educação: leitura, circulação e recepção dos discursos médico-pedagógicos na Parahyba (1919-1945)**. Projeto de Pesquisa. CNPq, 2010, p..3).

⁴⁵ Médicos e demais membros da elite.

infante conforme o padrão social em vigência (Jornal A Imprensa, Paraíba, segunda-feira, 25 de novembro de 1912).

A infância, enquanto centro de apreensões foi, assim, representada, conforme Viveiros⁴⁶, quando no decorrer dos séculos XIX e XX, os pobres, pelas condições precárias de suas habitações, de sua saúde, e de seus comportamentos associados à corrupção, as endemias e a criminalidade; tornaram-se focos de preocupação burguesa, por estes se compreenderem como os futuros alvos destes “sujeitos de risco”. Para uma possível resolução intervieram, principalmente, os médicos por intermédio de ações filantrópicas, para prevenir a delinquência infantil, entendida, também, como herança das degenerescências⁴⁷ dos genitores. É interessante, que este imaginário tendeu a circular por muitas décadas na Paraíba, chegando a outras cidades, como Campina Grande, permanecendo mesmo nas décadas de 1959-1979. Estas percepções e práticas se fizeram presentes no conjunto de motivações que fundaram a Fundação Assistencial da Paraíba-FAP.

1.3 “Menino é gente”: O Primeiro Congresso Brasileiro de Proteção à Infância, divulgando identidades, representações e sensibilidades da infância.

Consideramos, no entanto como importante divulgador de tudo que temos discorrido até agora, o referido Primeiro Congresso Brasileiro de Proteção à Infância. Narrarmos a história da assistência à infância, como nós propusemos aqui, a partir dos saberes e práticas médicas, é não poder passar despercebido à acuidade deste evento. Antes de tudo, o mesmo corresponde há um dos caminhos pelos quais encetaria a institucionalização da especialidade pediátrica, no Brasil, bem como o incentivo à fundação de outros espaços de pertinência de cura ao corpo infantil, tal como o hospital especializado a atender este público. Diríamos ainda, a aceitação do ramo pelos pares médicos, para que a posteriori sua urgência se deslocasse a outros setores sociais, por intermédio da apresentação dos resultados obtidos por meio da pesquisa e da experimentação, resultando em iniciativas com a última citada: a criação de instituições hospitalares infantis.

⁴⁶VIVEIROS, Kilza Fernanda Moreira. **O Instituto de Assistência à Infância: saúde e educação da criança maranhense (1911-1922)**. Natal, RN, 2011, 181,p.

⁴⁷Segundo os eugenistas, degenerados são todos os indivíduos que apresentavam defeitos no aspecto físico, cognitivo e moral, estando nesse grupo incluídos loucos, viciados, transgressores sexuais e os negros, estes últimos pela inferioridade racial. Assim, esses sujeitos deveriam ser combatidos, trancafiados, capados e até proibidos por lei de contrair casamento para não repassarem seus defeitos à prole. A respeito ver: DÀVILA, Jerry. **“Construindo o homem brasileiro”**. Política social e racial no Brasil – 1917-1945. São Paulo: UNESP, 2006.

A divulgação mediante os periódicos, as revistas especializadas e, sobretudo os congressos foram meios da comprovação da credibilidade e da importância desempenhada pela Pediatria. Os congressos⁴⁸, mecanismo disseminador de produção de saber científico, se constituíram, no período, como os grandes divulgadores de tudo aquilo considerado como inovador e sofisticado. Portanto, os sujeitos os quais almejavam reconhecimento profissional e social poderiam e ainda podem alcançá-lo por intermédio deste tipo de evento. É nestes espaços, emissores de idéias, que se enunciou e se propagou de maneira inédita, não apenas a concepção da necessária intervenção à infância, mas o afloramento de uma sensibilidade que a tornava caracteristicamente sensível, diferenciada e requerida de cuidados e proteção.⁴⁹

Partindo desses pressupostos, entendemos que o I Congresso Brasileiro de Proteção à Infância foi o veículo difusor de representações que permitiram a esses médicos argumentarem sobre a cogente urgência em cuidar e proteger à infância brasileira e de construir hospitais voltados para crianças. Realizado dentro do conjunto das comemorações do centenário da independência, sob a égide do médico Carlos Arthur Moncorvo Figueiredo Filho, teve como principal foco a discussão do problema da criança em âmbito internacional como vinham fazendo as destacadas nações que se enquadravam no teor conceitual de civilizadas e modernas⁵⁰. Uma nação que se preze dentro desse patamar era entendida como aquela que dedicava de seu tempo para o “fino trato dos rebentos“ (BURITI, 2003, p. 2).

⁴⁸A respeito, André de Faria Pereira Neto, nos fala como a elite médica, reunida num evento específico (no caso, o Congresso Nacional dos Práticos realizado no Brasil em 1922) reagia às alterações que estavam se processando em seu conhecimento e em seu mercado de trabalho, apresentando diferentes formas de ser médico no Brasil dos anos 20. O diferencial, nesse evento, foi o debate em torno da institucionalização dessa profissão, com ênfase as discussões em torno dos três perfis médicos (generalista, higienista, especialista), bem como um espaço de estratégias para a reafirmação profissional dos médicos em relação a outros sujeitos que exerciam práticas de cura (farmacêuticos, enfermeiras, parteiras, curandeiros, espíritas e homeopatas). No que diz respeito aos auxiliares, ou seja, os três primeiros, a formação era legitimada pelo saber médico, através da formação de cursos e emissão de certificado que os autorizava. No Brasil desde 1890 até 1920 três instituições ocupavam-se pela formação e capacitação profissional da enfermagem: O hospício Nacional dos Alienados, O hospital da Cruz Vermelha e a Escola de Enfermeiras-Visitadoras de Saúde Pública. Esses lugares não deixaram de articular a imagem da enfermeira e de sua profissão a idéia de abnegação e de sacrifício. Quanto ao curso de profissionalização das parteiras, desde 1834 era realizado pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia, sendo nossa primeira parteira diplomada Maria Josefina Matilde Durocher. Para ambos os casos, sem título tais práticas não poderiam ser executadas. Ver mais: PEREIRA NETO, André de Faria. **Ser Médico no Brasil: Presente no passado; ROCHA, 1947, p. 46.**

⁴⁹Emitir esses dizeres foi reafirmar que a medicina e, sobretudo a emergente especialidade consistia como única capacitada e autorizada a se dirigir no entendimento e a intervir no corpo infantil. As Comadres e as demais mulheres praticantes do que chamamos de práticas curativas alternativas a alopática, comum nas vivências desde o período colonial, não poderiam interferir no corpo infante. Ora, seus conhecimentos são leigos e divergentes aos padrões científicos. Ver: PEREIRA NETO, André de Faria. **Ser médico no Brasil: o presente no passado.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

⁵⁰A realização de congressos voltados para a proteção da infância tem sua origem em 1894, em Anvers. Desde então diversos países europeus o utilizaram como modelo a ser seguido. Esse foi caso de dois congressos realizados, o primeiro em Bruxelas (1895) e o outro em Liège (1905). Já no mesmo período foram elaborados

Imbuídos nessa concepção, sob a organização do Departamento da Criança no Brasil em anexo ao III Congresso Americano da Criança⁵¹, de 27 de agosto a 05 de setembro, oficialmente a jovem nação brasileira podia dizer-se orgulhosa de está adentrando à agenda intelectual mundial em prol dos “pequeninos“, ao se colocar enquanto mais uma que se lançava a priorizá-los como pauta principal entre os seus assuntos de considerável urgência (Anais, 1924, p.122-127). Portanto, a organização e a realização do evento representaram a inserção da nação brasileira em novos tempos, tempo de desenvolvimento e progresso que se desenhava e tomava forma através da intervenção ao corpo do pequeno brasileiro.

Na forma de projetos derivados em sua predominância de pesquisas e teses alguns, inclusive, resultantes de atuação no setor público e outras na filantropia⁵², os “homens da pena” se viam imbuídos da missão de salvar e redimir a nação, pela nova postura concebida ao intelectual, como aquele que se colocava a dispor dos interesses da nação os priorizando em seus escritos. Por isso, os dias em que o evento foi realizado, neles as horas foram profícuas pela constituição de um lugar praticado pelo intercâmbio cultural, perante as trocas de concepções, circulação e apropriação de leituras de tudo aquilo que estava sendo emitido sobre o assunto a nível nacional e internacional⁵³. Uma (...) “vitrine das mentalidades vigentes, da filantropia realizada, do patriotismo e dos interesses dos intelectuais pelas causas nacionais (...)” CAMARA, 2006, p. 758-759).

O empenho pelas questões referentes à temática da infância e sua devida importância interventiva, foram colocadas como instância que dizia respeito a todos. Estes “todos” foram identificados no debate interdisciplinar como os diversos campos de conhecimentos a partir de suas especificidades e o saberes por eles produzidos e enunciados, de modo que pudessem agir em comunhão com o que foi emitido pelos dizeres médicos. Buscando juntar tais emissões do ponto de vista social, médico, pedagógico, higiênico e jurídico com ênfase aos

em Paris os Congressos Internacionais de Gotas de Leite (1905), discussões iniciais em torno da pedagogização dos pais para o cuidado dos filhos. Na América Latina a Argentina foi pioneira na organização desse tipo de evento ao arquitetar o I Congresso Americano da Criança (1916). Ver: Cf. BURITI, Iranilson. 2003, p. 2)

⁵¹O primeiro ocorreu em Buenos Aires, em 1916.

⁵²A prática filantrópica era comumente utilizada como forma de inserção do médico no mercado de trabalho desde meados do século XIX. Orientada, dessa forma, por essa conduta moral, o esculápio se tornava conhecido por sua atuação de caridade. Apesar da profissionalização, inserindo o valor quanto à duração do trabalho, a concepção de ser caridoso e sensível as condições do outro, permaneceu ainda tão viva a ponto da própria pediatria a enfatizá-la. Ver mais: PEREIRA NETO, André de Faria. **Ser Médico no Brasil: Presente no passado**, 2001, p. 21.

⁵³Ver mais: CAMARA, Sônia. **Sementeira do Amanhã: o primeiro Congresso Brasileiro de Proteção à Infância e sua perspectiva educativa e regeneradora da criança pobre**. In: VI Congresso Luso-Brasileiro de História da Educação, 2006, Uberlândia. Percursos e Desafios da Pesquisa e do Ensino de História da Educação. Uberlândia: EDUFU, 2006, p. 757. Este artigo também se encontra disponível em <<http://www.faced.ufu.br/colubhe06/anais/arquivos/66SoniaCamara.pdf>>.

papéis a serem desempenhados pela Família, pelo Estado e pela Sociedade; a referente intelectualidade brasileira foi, assim, organizada em cinco seções nas quais evidenciavam este diálogo entre os vários campos de saberes, conforme indicou o índice dos anais do Congresso:

“Sociologia e Legislação (Particularmente em relação á família e á coletividade), Assistência (em relação á mulher grávida, á mãe e á nutriz e ás crianças da primeira e da segunda idades); Pedagogia (Especialmente a psicologia infantil e a educação física, moral e intelectual, inclusive a educação profissional), Medicina Infantil (Pediatria em geral, cirurgia, ortopedia e fisioterapia), Higiene (Eugenia, higiene publica e privada, da primeira e da segunda idades, estudo da química alimentar da crianças da primeira idade, higiene publica, principalmente das coletividades, sobretudo a higiene escolar)”⁵⁴

Destarte, os diferentes saberes foram conclamados para promoverem os resultados e as possíveis soluções comuns à problemática do Congresso aqui já dito, obtidos por meio da prática da pesquisa, seja esta em associações, agremiações estabelecimentos de ensino, no sentido de promover à proteção e a assistência à infância por meio da saúde, da educação e da legislação. Sua composição mista serviu também para que as autoridades médicas e públicas pudessem mapear as regiões em que à infância adquiria um caráter extremamente desolador e desprezível, tendo-se em vista que contavam, no interior deste grupo, com os representantes das mais diferentes federações do país.⁵⁵ Alertando assim, para a emergência da atuação pública de forma mais enfática e emergencial em algumas localidades necessitadas mais que outras (BURITI, 2003).

Conforme Buriti (2003), uma nova história da infância a partir de então estava sendo escrita e prescrita. Os campos de saberes autorizados a tratar da infância em sua forma preventiva, a Puericultura, e curativa, a Pediatria⁵⁶ tiveram nesse evento a oportunidade de

⁵⁴Anais, 1924, p. índice.

⁵⁵Dentre as representações oficiais: Paraíba, Dr. Octacilio de Albuquerque; Bahia, Dr. Alfredo Ferreira de Magalhães; Maranhão, Dr. Rodriquez Machado; Paraná, Dr. Plinio Marques; Pará, Dr. Ophir Loyola; Santa Catarina, Dr. Walmor Ribeiro Branco; Rio de Janeiro, Dr. Almir Madeira; Alagoas, Dr. Luiz Silveira; Acre, Dr. Julio Novais; Amazonas, Dr. Galdino Martins de Souza Ramos; Rio Grande do Norte, Dr. Heitor Carrilho; Mato Grosso, Dr. Francisco Paes de Oliveira; Ceará, Dr. Dias Ferreira; Pernambuco, Dr. Clovis Coutinho; Sergipe, Dr. Eronides de Carvalho; Minas Gerais, Dr. Samuel Libanio; São Paulo, Dr. Clemente Ferreira; Espírito Santo, Dr. Geraldo Vianna. Nos estados de maior importância política, social, econômica e cultural, temos mais de um representante para cada federação. Anais do I Congresso Brasileiro de Proteção à Infância, 1924, p. 80-82.

⁵⁶A delimitação dos papéis a serem desempenhados entre a Puericultura e a Pediatria se deu sob as discussões realizadas no I Congresso Internacional das Gotas de Leite, na França, em 1905. Ficou entendido que o pediatra

difundirem em conjunto com os demais saberes as representações que ambas produziram a respeito da infância, fase da vida entendida como particular, carente de cuidados e proteção. De todas estas percepções, os participantes deram ênfase a singularização e a diferenciação a criança do adulto: “Devemos respeitar na criança a sua individualidade e jamais dizer-lhe que “menino não é gente”. Menino é gente, precisamos fazer-lhe compreender como tal praticar (Discurso do Prof. Dr. A. F Magalhães em 27 de Agosto de 1924; Anais, 1924, p. 135).

Podemos mesmo, afirmar que o dito evento, tornou conhecido e buscou divulgar o conceito e o sentimento de infância no Brasil. O Primeiro Congresso Brasileiro de Proteção à Infância, assim, edificou uma nova forma de sentir à infância, refletindo na forma vê-la, de cuidá-la e de tratá-la, sobretudo nos aspectos doença e saúde. Por intermédio dos médicos que o utilizaram como meio, as enfermidades, o sofrimento e a mortalidade infantil, habitualmente associada à infância, foram deslocados para o espaço do insensível o descuido e o desamparo, práticas inconcebíveis desde então. No lugar da doença e da dor, a higidez e a alegria num “rostinho corado” como resultantes do sensível, das sensibilidades da proteção e da assistência.

O corpo infantil, até a década de 1920, ainda não poderia ser lido, desse modo, pelos demais sujeitos que não faziam parte da intelectualidade do país, especialmente os populares. “Conseqüência do descaso das autoridades públicas com suas condições gerais de vida” (BURITI, 2003, p.3), de sua gente, sobretudo sua infância, dificultando a circulação das concepções e cuidados para com a infância elaborada pelo saber médico. O Congresso serviu como principiador de que esta era à hora e este era o lugar de os governantes colaborarem, em prática, com o projeto da construção de um novo povo brasileiro, lançando políticas públicas de ações medicalizadoras, higienizadoras, de letramento e disciplinarização dos sujeitos, a começar pela infância:

Os socorros públicos são uma despesa, ou melhor, como diria Laroche Foucauld, é um dever. Tempo já é de organizarmos de uma maneira

agiria no cuidado do corpo enfermo, diagnosticando a doença e prescrevendo a terapêutica. Cabia dessa forma a ela usar do aparato técnico produzido pelo cientificismo no curar do corpo infante. Por outro lado, a Puericultura deveria ter sua atuação restrita à prevenção no intuito de fazer prevalecer o estado de saúde. Inicialmente esta prática esteve destinada aos chamados auxiliares dos médicos, parteiras e enfermeiras pelos esculápios orientadas. Isso consistiu numa forma de separar os verdadeiros praticantes da medicina científica, os Pediatras, dos demais atuantes que de alguma forma tinham seus trabalhos relacionados aos infantes. Em decorrência disso, esses auxiliares foram quem de fato tiveram contato com a gente comum para instruí-los no aprendizado dos preceitos higiênicos, pelas políticas públicas de profilaxia. O médico da criança teve sua prática circunscrita ao espaço privado do gabinete, dos consultórios e dos institutos de assistência e proteção à infância. No decorrer da década de 1920 a Puericultura passou a ser exercida também por alguns médicos higienistas. A respeito ver: Cf. PEREIRA, Junia Sales. Cf. PEREIRA NETO, André de Faria.

definitiva e eficiente a Assistência Pública do Brasil e os governos, ante as nossas prementes necessidades, nesse sentido, os grandes progressos das nações do Velho e do Novo Continente e o momento social que atravessamos, tem a imperiosa obrigação de olhar carinhosamente para a resolução do palpitante problema, procurando, como se exige hodiernamente, amparar a criança, o velho, o doente, o indigente, o desvalido.⁵⁷

O médico Moncorvo Filho ao falar-nos do "palpitante problema", referiu-se aos incômodos que afetavam e prejudicavam a infância pobre, seja direta ou indiretamente, a saber, a ignorância dos preceitos da higiene infantil, o desconhecimento dos deveres de maternidade e paternidade, as péssimas condições de trabalhos dos genitores, a má alimentação e habitação; as doenças sociais, a tuberculose, o alcoolismo; as lacunas de instituições assistenciais públicas e filantrópicas; a ausência de leis que regulamentassem o currículo higiênico e a punição das práticas de maus tratos e descaso para com a infância⁵⁸. "Doenças" estas, que poderiam ser sanadas, articulando orientação e atuação médica em cargos públicos com este fim, e financiamento do Estado para patrocinar os programas de saúde. Afinal, seus médicos se representavam e se posicionavam socialmente enquanto unívocos com competência de orientar e guiar o Estado em tão ilustre causa:

Nós, que longe do funcionalismo publico e da política, vivendo embrenhado na pobreza desta capital, procurando mitigar-lhes os sofrimentos sob os são princípios da caridade aliada a ciência, nós que nos esforçamos por estudar, e o exemplo do atual Congresso é um prova eloqüente, todas as lacunas em nosso país existentes para indicar aos dirigentes quase providencias a tomar, percebemos, por que não confessá-lo, que uma era de auspiciosa melhoria e nos divisa em futuro próximo.

Quer-nos parecer que de hora avante os nossos estadistas, sentindo, com este Congresso, que a Nação está a exigir a convergência de especiais cogitações pelas questões de assistência, de saúde e de ensino público, procurarão, num justo interesse, resolver os momentosos problemas ora ocupando as nossas

⁵⁷ Discurso de abertura de Moncorvo Filho, em 27 de agosto de 1924. Anais, 1922, p. 129.

⁵⁸ A respeito ver. Os anais, 1924, p. 129.

atenções, com a certeza de assim granjearem a maior das simpatias da sociedade brasileira⁵⁹

Com esses dizeres, o citado médico, incluiu no debate o empenho de esculápios como Belisário Penna e Acaccio Pires, em levar aos lugares mais distantes, principalmente o interior do país, o dito sertões, os preceitos da higiene, por meio de uma medicina curativa e preventiva, de educação higiênica infantil, na aplicação de um currículo higiênico nas escolas públicas brasileiras. Foi o comumente designado “movimento sanitaria”⁶⁰, que ganhou corpo e destaque a partir do empenho de Penna, durante as décadas de 1910-1920. Penna se articulou com outros médicos, ele próprio se deslocando aos territórios que eram tidos como focos de doença. Representantes do governo, pelo Serviço de Profilaxia Rural, o qual coordenou, atuavam nas federações e informavam Penna sobre os serviços de alfabetização e higiênica infantil, e as condições de saúde das crianças e dos adultos. A respeito, o médico Acaccio Pires, atuou na Paraíba do Norte, como um destes representantes. No seu entender, a dita federação requeria a sanitização imediata à infância, haja vista que em sua leitura o paraibano, seja criança, ou adulto, era representado enquanto doente, um “parque zoológico”, habitado por rica fauna de espécies protozoárias (Carta de Acaccio Pires a Belisário Penna, 07 de julho de 1921).

Frisamos, ainda, que durante o governo do então presidente Epitácio Pessoa, o mesmo colocava-se em suas congratulações, pondo em ênfase a disponibilidade de sua gestão em favor da instrução em parceria com a reorganização dos serviços de profilaxia (BURITI, 2003, p. 4), imbricamentos de saberes e setores inseparáveis na construção de uma consciência sanitária nacional⁶¹. O jornal A União, porta-voz oficial do governo Epitacista e,

⁵⁹Discurso de abertura de Moncorvo Filho, em 27 de agosto de 1924. Anais, 1922, p. 130.

⁶⁰O movimento sanitaria se apresentou em duas formas. A primeira, na década de 1910, tendo como espaço a capital, então Rio de Janeiro e orientada por Oswaldo Cruz. Se direcionou a combater três epidemias que grassou esta cidade: febre amarela, peste bubônica e varíola. Sua atuação, foi, portanto, de cura imediata e medicalização dos corpos. A segunda, de 1910-1920, se transferiu para o interior do país, buscando eliminar as doenças rurais, ancilostomíase, a esquistossomose, a malária, a doença de chagas e as doenças venéreas. A cabo de Belisario Penna, o movimento adquiriu um perfil que foi além da cura imediata das doenças, mas na necessidade de sanitizaros espaços, moradias, escolas e hospitais, e pela reivindicação de saúde pública centralizada, financiada pelo governo federal. Penna entendia que o sistema federalista, destinando as federações o encargo de custear a saúde de sua população, não permitiria a transformação da nação em um paissanitarizado, de gente bonita e saudável. Em sua concepção, a ação descontinuave irregular das federações no que diz respeito a saúde, não tiraria o Brasil do estigma de ser um “imenso hospital”, como dissera o médico Miguel Couto em relatório datado de 1916. Ver: SANGLARD, Gisele. Entre os salões e laboratório: Guilherme Guinle, a saúde e a ciência no Rio de Janeiro, 1920-1940. Rio de Janeiro: Editor FIOCRUZ, 2008.

⁶¹Durante sua gestão a mudança mais significativa da saúde pública, na tentativa de sua centralização deu-se com a organização do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), cuja proposta foi enviada ao congresso em 1919, entrando em vigor em 1920. Antes de sua atuação, cabia a Liga Pró-Saneamento realizar as reformas sanitárias. Chagas ficou com a direção do DNSP e Penna sob a direção de um órgão submetido a este, a chefia

logo importante veículo que fazia circular na Paraíba suas idéias, projetos e atuações, não deixou de imprimir o cuidado e o zelo do presidente para com os referentes problemas de seus conterrâneos, os quais em sua concepção, necessitavam da intervenção rápida e urgente para sua imediata resolução (BURITI, 2010, p. 2-3).

Mencionar o Dr. Acaccio Pires e a sua forma de evidenciar a necessidade da intervenção médica na Paraíba ajuda-nos a perceber, que no transcurso da década de 1920-1930, os apelos daquele e de outros médicos como Walfredo Guedes Pereira quanto a cobrar das autoridades investimentos significativos em torno da saúde começou a ter resultados. Vargas ao assumir o governo, no início da década de 1930, criando o Ministério de Educação e Saúde Pública (MESP)⁶², implementou políticas públicas em prol do melhoramento da saúde da população, estando inclusa as crianças brasileiras. Na Paraíba estas políticas foram sentidas na inauguração da Maternidade Casa de Saúde São Vicente de Paulo, em 1932. Um serviço antes exclusivamente oferecido pelo Instituto de Proteção e Assistência á Infância da Paraíba e desde então financiado pelo Estado (Jornal A União, Paraíba, quinta-feira, 18 de maio de 1932).

Acrescentamos, ainda, a fundação do Serviço de Higiene Infantil da Paraíba, anterior àquela inauguração, em 1931, serviço, também realizado pelo mesmo Instituto de Proteção e Assistência da Paraíba e doravante financiado pelo Estado (Jornal A União, Parahyba, 29 de janeiro de 1931). Apesar desses serviços continuarem articulados e geridos por ambas, o instituto, passou, desde então, a contar com o apoio considerável dos governos federais, estaduais e municipais para seu funcionamento, perdendo seu caráter exclusivo de iniciativa privada e filantrópica, unívoca a disponibilizar aos infantes paraibanos serviços básicos de saúde, atendimento médico, tratamentos de doenças, exames, medicamentos, serviços dentários, internamentos, instrução higiênica, etc.

1.4 “A dor como espetáculo”: a prática filantrópica

O padecimento do corpo, suas dores e as lágrimas derramadas ocasionadas por doenças, pela fome e as demais “calamidades”, que estão articuladas a condição de pauperismo e pobreza, se fizeram presentes nos dizeres dos pediatras quando estes requereram da sociedade e do Estado apoio para as práticas assistencialistas voltadas para o bem-estar da

da Diretoria de Saneamento e Profilaxia Rural. Ver: SANGIARD, Gisele. Entre os salões e laboratório: Guilherme Guinle, a saúde e a ciência no Rio de Janeiro, 1920-1940. Rio de Janeiro: Editor FIOCRUZ, 2008.

⁶² Criado em 1930.

infância. Isto ficou-nos, evidente, quando há pouco expusemos alguns dos pronunciamentos de médicos que participaram do Primeiro Congresso Brasileiro de Proteção à Infância, assim como, em discursos anteriores que solicitavam a institucionalização da especialidade pediátrica⁶³. Evidenciar, assim, o sofrimento infantil, mas também o adulto foi à estratégia utilizada pelo saber médico para tornar legítimas as instituições médicas assistências de promoção de cura as doenças dos pobres. Autêntica, também, as práticas e as intervenções que os esculápios exerciam sobre os corpos dos sujeitos, nestas cartografias que eram enunciadas como espaços de promoção de cura e da saúde.

Segundo Caponi (2000) os médicos se diziam compadecidos com a dor do outro e se sentiam na obrigação moral de se comprometerem com a pessoa que sofre. Um comprometimento que poderia resultar do respeito mútuo, de se colocarem no lugar do sujeito doente, como passíveis de serem acometidos pelo mesmo mal e/ou de um sentimento de “compaixão piedosa” pelos que sofrem. Sentimento que, aliás, acrescentava aos médicos a categoria de benfeitores virtuosos. A documentação que estamos utilizando para o desenvolvimento do presente texto, apresenta com notoriedade a “compaixão piedosa” como justificativa para assistir o pobre, especialmente o infante; quer sejam nas ações médicas, no transcurso do século XIX para o XX, quer sejam nas ações médicas realizadas na segunda metade deste último. Um importante fator para isto se apresenta na ausência de compromisso, por parte do Estado, em assistir à infância pobre, sendo comum entre os esculápios o uso desta sensibilidade para angariarem verbas que financiassem muitos dos projetos assistenciais. Desse modo, o setor público se apresentou alheio, em muitas cidades como Campina Grande, no mantimento de uma saúde pública para o público infantil. Aliás, apenas viemos a contar com um hospital que privilegiava a infância tardiamente, na década de 1960, não por meio de uma ação governamental, mas filantrópica (Diário da Borborema, Campina Grande, 15 de abril de 1967).

A “Rainha da Borborema” não foi uma exceção, sendo a demonstração de um Estado que não cumpriu, até o período citado, ações médico-hospitalares que visassem promover a saúde dos pequenos brasileiros, isto se incluindo, a fundação de hospitais, que assim como os ambulatórios (Policlínicas e IPAIs), do início do século XX, partiram da iniciativa de sujeitos, grupos, sobretudo médicos e pediatras, cujas ações vieram a suprir um Estado alheio e deficiente no que diz respeito à saúde de sua população infantil. Para tanto, apenas notamos mudanças consideráveis, em 1920, por intermédio do Departamento Nacional de Saúde

⁶³ O leitor deve atentar para epígrafe que iniciou este capítulo.

Publica (DNSP). Como mostrado acima, o Estado engatinhou, dando seus primeiros passos para organizar os hospitais e os socorros médicos aos pobres. Aos poucos, mas bem aos poucos, percebemos a transferência destas práticas, antes do domínio religioso, para a esfera pública, intermediada, contudo, pela iniciativa filantrópica. Prática que tomou corpo, no Brasil, a partir do início do século XX, e que acabou por se sobrepujar ante as ações caritativas da igreja e do Estado.

Esse deslocamento, segundo Viveiros (2011) partiu de uma mudança nas representações e nas sensibilidades em relação à pobreza e a forma de nela intervir. A pobreza passou por transformações históricas de percepções e sentimentos que foram moldadas pelas “necessidades sociais, políticas, econômicas, morais” (VIVEIROS, 2011, p. 112) e acrescentamos, culturais e intelectuais. O significado de pobreza infantil, no período colonial e mesmo da transição do império para a república, esteve relacionado à falta de alimentação, moradia e cuidados para com a saúde. Agindo de forma caritativa, incentivadas pelos sentimentos e atitudes como compaixão, piedade, misericórdia, as Santas Casas de Misericórdia criadas, no Brasil⁶⁴, foram pioneiras na assistência hospitalar à infância pobre nas capitanias e, a posteriori, nas federações⁶⁵.

Conforme Sanglard (2008) no mundo cristão, sobretudo de influência católica, do qual fazemos parte, as instituições religiosas, igrejas, mosteiros, conventos e ordens foram responsáveis pela organização dos serviços de assistência hospitalar. O hospital estava articulado aos serviços de saúde que estas prestavam aos pobres, representando a tradicional caridade cristã. A caridade, pode ser definida, então, como prática intrínseca a cultura cristã, por ser entendida como virtude cristã, de ajuda e provimento aos pobres necessitados. Motivada por assistência emocional, de sentimentos piedosos, as pessoas que se encontravam no estado de indigência, de miséria e de penúria.

Se o leitor atentou, percebeu que ao falarmos do hospital caritativo em momento algum mencionamos a terminologia assistência médico-hospitalar. Ora, de acordo com

⁶⁴ A Confraria da Misericórdia foi fundada em Portugal, em 1498, pela rainha Leonor de Lascastre.

⁶⁵ As Santas Casas de Misericórdia se constituíam enquanto prolongamento do poder real luso, no Brasil. A primeira a ser fundada em terra brasileira data de 1553, pela iniciativa do Padre Jose de Anchieta. Apresentavam procedimentos padrão, tendo aproximadamente a da Paraíba sua fundação em 1550, atuando até 1755. Além de cuidar do pós-morte de seus patrocinadores e dos pobres, mantinha um hospital. Construído ao lado da Igreja, uma de suas principais obrigações era de atender enfermos, desvalidos e crianças abandonadas e doentes. Ver: ALVES, Maria Ferraz B. ENTRE A CARIDADE E A ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA: As diversas atividades desempenhadas pela Santa Casa de Misericórdia na Parahyba imperial. Disponível em http://www.anpuhpb.org/anais_xiii_eeph/textos/ST%2006%20%20Naiara%20Ferraz%20Bandeira%20Alves%20%20TC.PDF Acesso 4 junho 2013.

Foucault (2012), o hospital que teve seu nascimento na idade média e que manteve a mesma estruturação e função até aproximadamente o século XVIII, não se constituía enquanto espaço de uma medicina hospitalar ou um hospital médico-terapêutico. O hospital nada mais era que uma instituição religiosa de assistência aos pobres, de caráter de separação e exclusão. O pobre pela sua condição carente era doente e, por conseguinte, um sujeito perigoso por ser provedor de contaminação. Cabia ao hospital retirar-lo do convívio social e prestar-lhe os últimos socorros materiais e espirituais antes da morte. Logo, vê-se que a instituição não equivalia há um espaço de cura, nem tão pouco seus “pacientes” eram cuidados por médicos, mas religiosos e leigos. Com a função de permitir a salvação espiritual, sem fins curativos, seus enfermos eram emaranhados sem qualquer diferenciação de espaço quanto à doença acometida. Destarte, “misturavam doentes, loucos, devassos, prostitutas, etc... (...) uma espécie de instrumento misto de exclusão, assistência e transformação espiritual, em que a função médica não aparece” (FOUCAULT, 2012, p. 102).

Assim, as Santas Casas de Misericórdia em todo Brasil, passaram por mudanças, no decorrer dos séculos XIX e XX, que foram transformando estes espaços em instituições médico-terapêuticas. Antes de tudo, relatórios denunciavam a insalubridade de suas enfermarias e a necessidade de espaços distintos para o recolhimento dos órfãos e demais doentes. As epidemias de febre amarela, retiraram os cemitérios das proximidades e, em função disto, pedia-se que novos hospitais fossem construídos de modo a separar os doentes. E o mais importante, com a fundação das faculdades de medicina, estas instituições serviram em muitas das federações, a exemplo do Rio de Janeiro, como escola, para os estágios da prática médica. A partir de então, para Sanglard (2008), os médicos e estudantes passaram a modificar, por meio de suas ações, o cotidiano destes espaços, inserindo novas práticas de cura, de diagnóstico, da clínica, da terapêutica, causando conflitos entre as administradoras, geralmente as representantes das ordens religiosas e os médicos que atuavam. Os mesmos, no decorrer da legitimação da profissão médica, em meados do século XX, foram conseguindo modificar tanto sua estrutura quanto sua organização, vindo a compor as santas casas, fisionomia de hospitais modernos.

Por conseguinte, o hospital com fisionomia moderna, teve a ele atrelado uma nova noção de assistência que buscou se dissociar da prática caritativa, “a organização racional de assistência em substituição a assistência emocional” (VIVEIROS, 2012, p. 112). Antes de definirmos a filantropia, devemos entender que seu vínculo também esteve ligado ao modo de como a pobreza passou a ser percebida e sentida no decorrer do final do século XIX e início

do XX. Representações que se distanciaram da noção religiosa que apresentamos. Esta pobreza, tida como desvalida e desamparada, termos que entraram em uso desde então nos dizeres médicos, estava intimamente articulada a “(...) incapacidade de participação na vida social, incluindo a falta de educação escolar, de informação, de acesso a cultura” (VIVEIROS, 2012.p. 109-110) e, sobretudo, acesso aos serviços de saúde, em suas formas preventivas e curativas. Neste ponto de vista, para a primeira perspectiva a pobreza seria o estado de carência daquilo entendido como básico e essencial, e o segundo uma carência de caráter social. Incoerente estava à última, com os projetos políticos, com o padrão moral e cultural, devendo ser combatida e tratada.

A filantropia foi à prática usada pelos saberes médico, pedagógico, jurídico, para suprir esta carência e corrigir estas “mazelas”. Era entendida, enquanto uma virtude social, de utilidade social, de combater e prevenir a miséria, a criminalidade, de oferecer trabalho e encorajar a população a ser produtiva. Consistiu, também, em uma ação organizada, planejada, que ao contrário do anonimato cristão, evidenciava a publicidade do grupo ou pessoa que realizava as ações, legitimando e identificando socialmente o (s) filantropo.⁶⁶A filantropia médica, assim, agia como um dispositivo de poder, pois ao mesmo tempo em que dizia trazer o alívio da dor, a cura para a enfermidade, atuava de forma coercitiva e disciplinadora, impondo ao sujeito e ao seu corpo as maneiras corretas de tratar-se para manter a saúde: o tratamento, o alimento, a vestimenta, os divertimentos, os lazeres, os espaços de sociabilidades, as práticas comportamentais e gestuais. As ações filantrópicas visavam, portanto, transformar o sujeito doente e miserável em outro, educado higienicamente, docilizado e receptivo ao que prescreviam “a pena” e as falas médicas.

Conforme Caponi (2000) essa relação demarcada pela submissão ocorria porque o assistido se entendia enquanto “eterno” devedor pelo atendimento recebido gratuitamente. Se questionasse algo, ou infligisse, publicamente, quaisquer das prescrições, poderia ser visto como “mal agradecido”, como alguém que não soube reconhecer a benemérita ação médica. Notamos, portanto, que o médico tendo como suporte a justifica de agir de forma compassiva, adquiria para a sua prática a legitimidade para usufruir do corpo do paciente, o manipulando como objeto de estudo e de aperfeiçoamento do saber. Numa relação que logo não cabia diálogo, mas omissões e imposições, por parte do médico; e silêncios e obediência por parte

⁶⁶Essa é uma concepção francesa de filantropia, na qual nossos médicos se apropriaram. Seus filantropos, sobretudo médicos atuaram na instrução pública, na vacinação, e de medicalização. SANGLARD, Gisele. Entre os salões e laboratório: Guilherme Guinle, a saúde e a ciência no Rio de Janeiro, 1920-1940. Rio de Janeiro: Editor FIOCRUZ, 2008, p. 32-33.

do paciente, a filantropia tinha como pressuposto uma “crueldade compassiva”, que embora se diga piedosa, não estava destituída de práticas corretivas, disciplinadoras para que todos os corpos não contrariem a normalidade, inclusive o corpo infante (CAPONI, 2000).

Apesar de fundamentada pela ciência, o que lhe atribuía status de racionalidade, para se dissociar de ações inspiradas nos preceitos religiosos e se basear em noções humanitárias; ficou-nos evidente que as práticas da caridade e da filantropia não estabeleceram rupturas radicais. As instituições assistenciais, especialmente os hospitais modernos, persistiam apelando para o discurso da piedade e da compaixão e, dessa maneira, continuavam a intervir de forma inquestionável sobre os corpos doentes: (...) “suas dores se transformam em espetáculo que o olhar da clínica poderá compreender e utilizar em seu benefício” (CAPONI, 2000, p. 58).

Essas continuidades de relações entre as práticas caritativas e filantrópicas se apresentaram claramente explicitadas quando Foucault (2012) percebeu a persistência do “poder pastoral” nos parâmetros da ética utilitarista⁶⁷, base da prática filantrópica: a responsabilidade que o pastor tem pelo outro; a obediência ao mesmo, pois se trata de um sujeito esclarecido por Deus; e o jogo da verdade, do exame da consciência dos deveres cumpridos ou não. As práticas se corporificam nas ações médicas e filantrópicas, tomando o esculápio o lugar antes ocupado pelo pastor: o médico passou a ter a responsabilidade pela vida do outro, era o sujeito esclarecido, homem da ciência e da razão, devendo, doravante não ser questionado; o mesmo que educa o paciente a cumprir o que prescreveu, a vigiar a si e aos demais.

A emergência histórica de um vínculo nem sempre legítimo entre caridade e filantropia (CAPONI, 2000), também se explicita nos usos de termos e enunciações. Mesmo nos anos de 1920, quando a filantropia já buscava se dissociar da caridade, os sentimentos cristãos de misericórdia, de compaixão, de bondade, aparecem, em constância, nos escritos médicos, tendo forte teor apelativo no ato de sensibilizar brasileiros e paraibanos afortunados a contribuírem para com os projetos assistencialistas de amparo aos infantes. Serem denominados como os empenhando no conduzir da “Cruzada de Cristo” (Anais, 1924, p. 229; Revista Era Nova, 01 de outubro de 1921), já nos diz muito a propósito. Apesar de falarmos desta associação, nos dizeres médicos, quando nos voltamos para analisar o interior dos hospitais e as práticas que nele se realizaram, percebemos atuações que romperam com as práticas dos hospitais caritativos, se aproximando do que Foucault (2012) nomeou de

⁶⁷ Preocupada com o bem-estar geral e com urgência social. Ver: CAPONI, 2010, p. 63.

instituições de medicina hospitalar. Deste modo, compreendemos que as ações filantrópicas buscaram se distanciar dos signos da caridade religiosa, para fazerem prevalecer à razão e a ciência. Muito embora, tais vínculos não se romperam por completo.

1.5 O nascimento do hospital moderno.

O hospital moderno além de em alguns casos ter sido gerido pela ação filantrópica, apresentava traços, desenhos, sujeitos e práticas que o tornava um espaço e uma instituição do saber médico, da ciência e da disciplina. Para Foucault (2012), este hospital foi tido de tecnologia médica, programado como instrumento terapêutico de intervenção à doença e ao doente, de modo a promover sua cura. Isso se deu pela ação medicalizadora, que antes de ser realizada nos corpos, iniciou-se pelos espaços hospitalares, no decorrer do século XVIII. Ações que visaram retirar deles seus efeitos negativos e nocivos de outrora, enquanto promotores da doença e da morte. A princípio, nos hospitais marítimos e militares, inspeções passaram a ser realizadas para que no primeiro se evitasse o contrabando de mercadorias, e no segundo, perda por doença de uma força de trabalho em que a formação foi custosa. Desde então: “Surge, portanto, uma reorganização administrativa e política, um novo esquadramento do poder no espaço hospitalar” (FOUCAULT, 2012, p.104). A reorganização do hospital, em sua concepção, logo, partiu de um tecnologia ou técnica de exercício de poder chamada disciplina, um mecanismo que se aperfeiçoou, no século XVIII, consistindo em uma maneira institucional de gerir os sujeitos e controlar seus corpos para obter o máximo de suas potencialidades⁶⁸.

Assim, está na disciplina à mutação na estruturação e reorganização que o espaço hospitalar veio a ter. Ao colocar em prática, a medicina, mas não apenas ela⁶⁹ o hospital passou a contar, a partir de então, com a “arte de distribuição espacial dos indivíduos”, que antes aglomerados, deveriam ser distribuídos segundo suas condições e particularidades, de acordo com cada corpo, um espaço individualizado pela classificação. Isto servia, para melhor observar, controlar e vigiar os pacientes e funcionários, cujos gestos e condutas eram registrados continuamente para que nada, absolutamente nada, escapasse aos olhos dos

⁶⁸ A disciplina enquanto prática é notável desde a antiguidade, no entanto, a forma que adquiri no século XVIII se diferencia por ser exercido de modo institucional. Antes, era exercida de maneira isolada e fragmentada. Ver: FOUCAULT, Michel. O Nascimento do Hospital. In: Microfísica do Poder. Tradução Roberto Machado.- Rio de Janeiro: Edições Graal, 2012.

⁶⁹ Referimo-nos ao exercito e a escola, intuições que não deixaram de fazer uso da disciplina, como mecanismo de gerir os sujeitos. E que ainda, tiveram maneiras bem semelhantes à medicina na forma de aplicar a disciplina, tais como distribuição espacial para os indivíduos, controle sobre gestos e condutas, registro, etc.

gestores, os médicos⁷⁰. Doravante, a aplicação dos mecanismos de disciplina, pelo médico, no espaço hospitalar, somado às transformações de seu saber e de suas práticas, possibilitaram sua medicalização⁷¹. Considerando o nascimento do hospital moderno, por intermédio da disciplina e do saber médico, sua localização espacial passou a obedecer a um esquadrinhamento sanitário da cidade, sua arquitetura interior a distribuir os espaços de modo individualizado para o paciente, suas condições e funções a serem desempenhadas; esta organização passou também a ser feita pelo médico, sujeito de saber e poder, com competência de dizer como construí-lo e organizá-lo. O hospital, assim, se tornou um espaço por excelência do médico e de seu saber, assumindo, este, o topo da hierarquia, seguido de assistentes, alunos, enfermeiros, etc.

Nos relacionamos, todavia, com esse modelo institucional, correspondeu a esperarmos por mais de dois séculos para termos hospitais semelhantes a esse padrão. Podemos mesmo dizer, que nossa leitura e apropriação a respeito se deram de modo bem tardio, quando na década de 1920, na capital federal, iniciaram-se as obras do Hospital Gaffré e Guile,⁷² possivelmente pioneiro aos moldes modernos, seguido da reforma de outros para obedecerem aos padrões vigentes. Dizemos o mesmo, quando nos referimos às instituições hospitalares infantis. Isto porque, ao tentarmos mapear este modelo assistencial no Brasil, exceto voltado exclusivamente ao público infantil, apenas encontramos vestígios que datam dos anos de 1950, o que, aliás, não se tratam de hospitais, mas de casas ambulatoriais que apenas posteriormente passaram a funcionar como hospitais, a exemplo da CLIPSE⁷³ e do já

⁷⁰ Segundo Foucault (2012), nesse hospital organizou-se um sistema de registro, cuja função era informar permanente o que se passava no seu cotidiano. Seus pacientes eram identificados por nomes, doenças, práticas curativas e as terapêuticas, cura, óbito, visitas, confrontos e comparação das experiências pelos médicos, etc. Registrar, ter um arquivo, consistia em acumular saber, formar saber, melhorá-lo e desenvolve-lo. O hospital, doravante, é o lugar de produção de saber, de transmissão e de formação.

⁷¹ A medicina do século XVIII é caracterizada por ser praticada na intervenção sobre o meio. Baseado na botânica, os médicos acreditavam que as doenças se dão na relação do homem com meio, sendo o sujeitosadio o suporte da doença. Esta, desse modo, era compreendida como um fenômeno natural disponível na natureza, no ar, na água, na alimentação, no solo. Por ser, natural apresentava início e desenvolvimento, dando pertinência a observação, tratamento e cura, desde que, o medico atente para intervir no meio que proporciona o surgimento de certas doenças. Por isso, as condições dos espaços hospitalares e suas modificações fazem parte dos procedimentos terapêuticos. FOUCAULT, 2012, p. 107-108.

⁷² Hospital filantrópico patrocinado por Guilherme Guinle, fundado em 1923. Sua função correspondia em promover a assistência médica e educação higiênica de pessoas acometidas pelas doenças venéreas. Além do atendimento gratuito, realizava pesquisa e desenvolvia soros e medicamentos. Era uma iniciativa articulada ao projeto da Inspeção de Leprosia e das Doenças Venéreas. A respeito ver: SANGLARD, 2008, p. 157.

⁷³ Fundada em Campina Grande, no ano de 1967, funcionava como uma casa, contando com 9 compartimentos e 2 médicos, sob a direção dos escúliptos José Marcos de Lima e Maria Madalena Crispim. Prestava atendimento ambulatorial e pronto socorro infantil, não apresentando capacidade para internamento, o que era realizado por hospitais gerais, como a Maternidade Elpidio de Almeida, fundada em 1955. Seu atendimento dava-se pelo sistema INPS, quando os pais tinham vínculo empregatício cuja carteira assinada permitia assistência hospitalar

analisado Instituto de Proteção e Assistência á Infância da Paraíba. Assim, a história dos hospitais voltados à infância no Brasil, sobretudo na Paraíba e em Campina Grande, é recente e em consonância com as ações do Estado e da filantropia a respeito. O primeiro, portanto, apenas direcionou suas atividades e verbas, tardiamente, por volta da segunda metade do século XX. A partir de então, é que podemos falar em políticas públicas de saúde ambulatorial e hospitalar direcionadas à infância no Brasil. Partimos, pois, a conhecê-las.

2 CAPÍTULO II- O ESTADO “ACALENTA” SEUS INFANTES? AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE INFANTIL NO BRASIL E SEUS DESLOCAMENTOS NA PARAÍBA E EM CAMPINA GRANDE

Cuidar da criança é dever de todos para que se possa ter uma população com cidadãos que vão dar continuidade ao desenvolvimento do país⁷⁴.

Nos dizeres de uma das coordenadoras da CPMI, Dalva Coutinho Sayeg, cuidar da infância era um dever de todos. Este “todos”, ao o qual se referiu Sayeg, tinha como predominância a atuação do Estado, com a implementação de políticas públicas e programas de saúde em prol de melhorar as condições de vida dos infantes. Enquanto membro gestora das políticas de saúde do governo federal, direcionadas à infância nos anos de 1970, a pediatra tinha conhecimento do quanto era precário, ineficiente e tardia, das atividades do Estado para este fim.

Uma vez mais, esbarrávamos no atraso das políticas públicas voltadas à infância no Brasil, e que segundo o Ministério da Saúde (2011), datam a partir do Estado Novo quando tivemos o primeiro programa estatal de proteção à maternidade, à infância e a adolescência. Dirigido pelo Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde (MES) e por intermédio da Divisão à Maternidade e à Infância. Em 1940, quando criado o Departamento Nacional da Criança (DNCR), estas atividades foram a ela procuradoras⁷⁵. Cabendo então a este órgão orientar a assistência médica a este grupo nas esferas estadual e municipal: a) por meio de estudos sobre os problemas sociais; b) pela realização da divulgação da consciência de cuidar e protegê-los; c) estimulação a criação de organizações públicas e particulares para atendê-los; d) promoção e cooperação junto aos estados de modo a promover sua assistência, concessão da subvenção federal as instituições privadas para viabilizar atendimento gratuito nestes estabelecimentos; e) fiscalização de todas as atividades desenvolvidas a respeito. Dentre estas atividades, programas alimentares, educativos, de profissionalização e de imunização, no intuito de combater o grande vilão infantil, a mortalidade.⁷⁶

⁷⁴ Mensagem da médica pediatra e sanitarista Dalva Coutinho Sayeg, no dia 13/08/2009. Utilizamos seus dizeres, por esta ter sido Coordenadora da Coordenação de Proteção Materno-Infantil (CPMI), durante dos anos 1973-1975.

⁷⁵ Isso se deu pelo decreto-lei de n 2.024, de fevereiro de 1940. Ministério da Saúde, 2011, p. 7.

⁷⁶ O Departamento Nacional da Criança coordenou até 1969 todas e quaisquer atividade gerida pelo governo federal em prol da infância e da maternidade.

Quando em 1959, foi desmembrado o Ministério da Educação e Saúde, o Ministério da Saúde assumiu a direção gerida pelo DNCR, que sem função foi extinto 1969, sendo no seu lugar criada, em 1970, a Coordenação de Proteção Materno-Infantil (CPMI). Segundo, o Ministério da Saúde (2011), este órgão estava vinculado à Secretaria de Assistência Médica, tendo função, ainda, de “planejar, orientar, coordenar, auxiliar e fiscalizar as atividades de proteção á maternidade, á infância e á adolescência, conforme Decreto n 66.623, de 22 de maio de 1970” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011, p. 12).

Percebemos, portanto, que além de uma ampliação “raza”, de uma década para outra, obtivemos muito mais mudanças na nomenclatura dos organismos, do que propriamente a ampliação das ações, apesar da inclusão de leis e portarias em benefício da maternidade e da infância⁷⁷. Quando, em 1975 criou-se o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil, para: a) reduzir e combater morbidade e mortalidade da mãe e da criança; b) melhor infra-estrutura da saúde, difusão da educação materno-infantil; c) estimular o aleitamento, a distribuição de leite e outros alimentos e assegurar assistência a mãe durante a gestação, parto e pós-parto, seguindo a criança até os 05 anos de vida. Em 1976, a coordenação mudou novamente de nome, para Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil (DINSAMI)⁷⁸, que vinculado a Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde Materno Infantil, se tornou o órgão por gerir os serviços de assistência a mãe e ao infante, até 1990⁷⁹.

⁷⁷A respeito, em 1953, proteção legal ao aleitamento, tendo a mãe direito a licença maternidade de no mínimo 12 semanas. Já em 1973, estabelecimento de normas técnicas referente à notificação de doenças e funcionamento do programa de imunização, pela lei 6.259. Em 1975, direitos das mulheres gestantes e parturientes, puérperas e família, atribuindo exercícios domiciliares a estudantes gestantes a partir do 8^a mês e 3 meses após o parto, pela lei 6.202. E, por fim, em 1977, definição das vacinas obrigatórias, pela portaria MS n 42 e 198, a saber, tuberculose, poliomielite, difteria, tétano e coqueluche. Ver MINISTERIO DA SAUDE, 2011, p. 53-54.

⁷⁸O órgão contava com os seguintes subprogramas: “Assistência Materno-Infantil; Suplemento Alimentar por meio do Programa de Nutrição em Saúde do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (PNS/INAN); Educação para a Saúde; e Capacitação de Recursos Humanos” (MINISTERIO DA SAUDE, 2011, p. 12).

⁷⁹Dentre os gestores encontramos: Dalva Coutinho Sayeg, médica pediatra e sanitarista, coordenadora da CPMI, durante 1973-1975. Em sua gestão se articulou com a Legião Brasileira de Assistência (LBV); Fundação Cesp; Escola de Saúde Pública (ENSP), Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e Fundação Kellogg. Realizaram-se, ainda, seminários regionais e implantação de Programas Materno-infantil em todo o país e estabelecimentos de verbas específicas e distintas para os Estados. Ciro Coimbra de Rezende, de 1975-1976 coordenou a CPMI, e de 1976-1979 o DINSAMI. Médico, teve o apoio em sua gestão de universidades brasileiras (Unicamp, UFRJ, UFCE, UFPE, UFBA, UFRP, UFRGS, URGO); Sociedade Brasileira de Pediatria; Sociedade Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia; OPAS; e Fundo para as Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Foram marcantes, também, a ênfase na formação de equipe especializada na saúde estadual e municipal, acessória permanente da OPAS, UNICEF e LBV. Ver: MINISTERIO DA SAUDE, p. 18-19.

2.1 Políticas públicas de saúde infantil na Paraíba.

Essas iniciativas se fizeram sentir de alguma forma no Estado da Paraíba. Sua resolução, no entanto, se efetivou de modo bastante problemático e deficiente. Isto porque, o Regime Militar, instalado a partir do golpe de 1964, acabou que, na prática, dispensou suas verbas muito mais para atender as necessidades econômicas e industriais, que as precisões sociais e culturais. Apesar da apropriação as concepções de que o país chegaria ao progresso, ao desenvolvimento e a modernização por meio da sanitização dos espaços urbanos, da educação higiênica de adultos⁸⁰ e crianças, da intervenção ao corpo doente destes sujeitos promovendo sua cura, no conduzir de projetos, campanhas e programas de educação e saúde.

Desse modo, os governantes do Estado, escolhidos “a dedo” pelos presidentes militares, por estarem extintas as eleições diretas, não utilizaram, segundo Macêdo (2004), as verbas públicas de modo a prestar assistência às necessidades básicas da população, sendo estas a fome, a desnutrição e a mortalidade materno-infantil. Porquanto, no Estado da Paraíba, no decorrer das décadas que abordamos, no presente texto, as ditas “mazelas sociais”, se apresentavam como desafios aos governos e as políticas públicas implantadas “(...) especialmente á política de saúde, que cuidaria da epidemia no cenário estadual no sentido de promover, prevenir e tratar dos paraibanos”(MACÊDO, 2004, p. 14). Com ênfase (...) “aos problemas peri-natais, de gravidez e pós-parto, entretanto sem apresentar programas que oferecessem serviços e/ou atendimentos especializados para gestantes e nutrízes” (MACÊDO, 2004, p. 14).

Convivíamos, assim, com sérios problemas de fome, miséria, desnutrição e mortalidade materno-infantil, por carecermos de distribuição de alimentos, pela falta de higiene, acesso a cultura e as informações, bem como, por não computarmos com uma rede de assistência médico-hospitalar especializada aos cuidados da infância. Lembremos que o conceito de saúde, para este recorte, já se apresentava bem amplo, envolvendo não apenas as condições físicas e psicológicas do sujeito e as acessibilidades quanto à assistência médica e hospitalar. Abarcando, ainda, condições de moradia, higiene, saneamento, alimentação, escolaridade, segurança, políticas de emprego e modos de subsistência. Embora, qualquer

⁸⁰A Fundação Movimento Brasileiro de Alfabetização, o MOBREAL, foi responsável pela alfabetização dos adultos durante o regime militar. Apenas nessa gestão governamental, tivemos, pela primeira vez, um direcionamento em se levar a educação higiênica para além da infância, grupo a receber atenção nos programas educacionais de saúde, nas décadas anteriores.

iniciativa pública partisse dos indicadores de morbidade e mortalidade, quando referente à assistência a saúde infantil⁸¹.

Para a década de 1960, Macêdo (2004) nos diz não serem constatados políticas e programas de saúde para gestantes, como pré-natal, orientação antes e pós-parto e apoio psicológico a mãe e a criança. Apesar, de como mostramos, a lei emanar obrigação pública a estes serviços, não houve, também, ações que buscassem combater a mortalidade infantil, como a higiene materno-infantil, insuficiente prestação de serviços médicos, alimentação nutricional, controle das epidemias urbanas e endemias rurais. Resultante disso, no ano de 1967:

(...) a cada 100 óbitos registrados no Estado da Paraíba, 67,2% pertenciam ao grupo etário menos de cinco anos. Sendo, 40,1% correspondentes aos menos de um ano de idade e, 27,1% aos que tinham entre um e quatro anos (MACÊDO, 2004, p. 57).

Doravante, essa década apresentava um percentual preocupante de mortalidade infantil, cujo diagnóstico conduziu as autoridades estatais em conjunto com órgãos da Secretária de Saúde da Paraíba (SESP), a Fundação Serviços de Saúde Pública (FSESP), a Divisão de Saúde da Superintendência do Desenvolvimento do Nordeste (SUDENE), OMS, a OPAS, a elaborarem o Plano Estadual de Saúde, em vigor de 1971-1974. Tinha como prioridade e objetivo combater as doenças de ordem híbrida transmissíveis e nutricional, por isso intensificava a imunização e controles as doenças transmissíveis, a recuperação nutricional pré-escolar e a extensão do saneamento básico⁸².

Precedente a esse programa, contávamos, ainda, com a regionalização sanitária do Estado, na tentativa de melhor solucionar essas problemáticas, o que não se ofereceu êxito, afinal, logo em seguida, foi implantado em caráter emergencial o citado anteriormente. Dividida em 4 regiões sanitárias⁸³, este programa contou com a criação do sistema ping-

⁸¹ De acordo com Macedo (2004), a partir de consultas médicas, altas hospitalares e registros de óbitos, esquecendo-se dos demais indicadores citados acima.

⁸² O Programa de Nutrição agia diagnosticando os casos de desnutrição entre as crianças de 0-5 anos, tratamento e recuperação nutricional nas unidades de saúde (postos), casos mais graves levados a hospitais no caso gerais. No de Imunização 80% das crianças nessa idade receberiam vacina contra tétano, varíola, sarampo, poliomielite, tuberculose, difteria, e coqueluche. Seria ainda destinada 56% de todas elas as gestantes. Quanto ao Programa de Saneamento, seria melhorado o abastecimento de água e os serviços de destinação dos dejetos, mediante orientação sanitária. Ver: MACEDO, 2004, p. 70-72.

⁸³ Foi instituída para descentralizar o poder decisório das comunidades, de modo que pudessem dar condições para que os diretórios pudessem agir na sua área, resolvendo os problemas sob a orientação posterior ao Plano 1971/74. A primeira gerida por João Pessoa, a segunda Guarabira, terceira em Campina Grande e quarta Patos. Ordem estipulada pelo número populacional.

pong⁸⁴, o qual consistia no apoio das prefeituras que detinham mais de 15 mil habitantes, hospitais e maternidade. As cidades apresentando estas características, recebiam uma equipe formada por um médico, um enfermeiro e um odontólogo, que atendiam nos hospitais e se descolavam a outros espaços para atender a população. A prefeitura cabia arcar com a refeição, a moradia e o transporte destes funcionários.

Mesmo assim, para Macêdo (2004), todos os programas em conjunto não foram suficientes para atenderam a demanda populacional, sobretudo infantil, seu principal foco. O não cumprimento das normas acabou dando descontinuidade às ações de saúde junto à infância paraibana. E como resultado a desnutrição e a mortalidade infantil se estendeu, sem, praticamente, nenhuma diminuição percentual de diferença nos anos 1980, chegando aos seus 70,1%, segundo dados da UNICEF. Além disso, não percebemos diálogos entre as ações do governo federal e as ações do Estado. Neste aspecto, a Paraíba, foi pouco ou nada assistida pelas verbas públicas e programas de saúde infantil do Governo Federal.

2.2 Campina Grande e sua rede médico- hospitalar: antecedentes da Fundação Assistencial da Paraíba-FAP.

O 3ª Centro Regional de Saúde, Campina Grande, enquanto urbe pertencente a esta federação e, logo, articulada às políticas públicas de saúde e programas geridos pelo Estado, não deixou de apresentar situação semelhante no que diz respeito à assistência médica, sobretudo hospitalar em relação á infância. Aliás, a rede hospitalar campinense se apresentava tão deficiente e distante dos preceitos da medicina hospitalar moderna que a diretoria da Sociedade Médica Campinense⁸⁵, no ano de 1963, a partir de uma solicitação do médico Humberto de Almeida⁸⁶, requereu relatório da Academia Brasileira de Administração Hospitalar, acerca das condições do sistema hospitalar da cidade. Intitulado, *Estudo da Rede Médico-Hospitalar de Campina Grande*, tinha como propósito: “(...) oferecer aos poderes públicos um plano de reorganização da rede hospitalar da Cidade, melhorando as unidades existentes e sugerindo a sua ampliação em bases rigorosamente técnica” (Estudo da Rede Médico-Hospitalar de Campina Grande, 1965).

O referido escrito, assim, devia ser entendido como parâmetro para representar uma cidade enquanto moderna. O leitor verá, no capítulo seguinte, que a elite campinense,

⁸⁴ Criado através do decreto Lei n 4.741, de 06 de dezembro de 1968.

⁸⁵ Membros da Sociedade Médica Campinense e colaboradores do estudo: Ari Rodriguez Viana. Everaldo Alves Lopes Ferreira e Firmino Brasileiro da Silva. Estudo da Rede Médico-Hospitalar de Campina Grande, 1965, p 5

⁸⁶ Conforme ofício de n 127/63.

principalmente sua parte médica, buscou vincular modernização com medicalização hospitalar. O hospital, ocupando uma posição estratégica no campo da saúde e bem-estar. Deste modo, encomendou-se pioneiramente, em nível de Brasil, um estudo deste porte, há uma instituição nacional, que desde prontidão cedeu seus destacados consultores hospitalares: o presidente Geraldo José da Rosa e Silva, o vice-presidente Cid Guimarães e o diretor-financeiro Arnê de Oliveira Valente. Práticas, aliás, que deram pertinência para que a “Rainha da Borborema” viesse a ser representada por sua elite enquanto moderna e progrida, pela tentativa de melhoramento de sua rede médico- hospitalar.

Por intermédio de uma orientação que partia de sujeitos de saber e poder, dos médicos e da instituição, que naquele momento, dava legitimidade à intervenção médica no espaço hospitalar campinense, isto é, a Academia Brasileira de Administração Hospitalar. A elite médica, portanto, entendia que a cidade apresentava incoerência de ser representada desta maneira, porque a rede médico-hospitalar não apresentava condições administrativas, estruturais, funcionais, físicas e arquitetônicas que pudessem permitir a leitura dela enquanto moderna.

Os médicos, assim, agiram de maneira moderna para modernizar ao requererem um estudo da Academia Brasileira de Administração Hospitalar em que seus membros se transportaram para as instituições hospitalares “(...) animados do propósito de examinar demoradamente as condições locais, observar as entidades assistidas e colher dados sobre a vida da cidade e da região” (Estudo da Rede Médico-Hospitalar de Campina Grande, 1965, p. 5), para lançar bases norteadoras de ações governamentais. O hospital moderno, portanto, segundo Foucault (2012), inaugurou esta nova prática moderna da visita sistemática e comparada dos hospitais⁸⁷, que passaram a ser lidos e prescritos na produção textual sob a forma de inquéritos e relatórios. Objeto de estudo, para tornar notórias as problemáticas funcionais, e destas, elaborar um programa de reforma e reconstrução. O hospital passou a ser dissecado como um cadáver, pois o que interessava ao médico era conhecer minuciosamente seu interior, suas “artérias”, “tecidos” e “órgãos”, isto é, sua funcionalidade para torná-lo melhor, útil, à promoção da terapêutica e da cura. Associava-se, deste modo, patologias a este espaço e se o mesmo promovia patologias necessitava de correção, porque o hospital deveria ser o espaço privilegiado para a cura.

⁸⁷De forma inaugural, o francês Tenon realizou uma série de visitas a hospitais, prisões e lazaretos, no decorrer de 1775/1780. A pedido da Academia de Ciências, redigiu a partir dessas visitas, um relatório que formulava as bases de uma reorganização do hospital Hôtel-Dieu, de Paris. Ver: FOUCAULT, 2012, p. 99.

Leitores dessa concepção e prática, os médicos incumbidos de realizarem o inquérito da rede hospitalar campinense, deveriam atentar para as condições atuais desta assistência, assinalar suas deficiências⁸⁸, apontar diretrizes para solucionar, melhorar e ampliar os cuidados médico-hospitalares; indicar meios financeiros e técnicos para isto, e, por fim, formular um plano assistencial considerando o município e sua população (Estudo da Rede Médico-Hospitalar de Campina Grande, 1965).

A rede hospitalar estudada era composta das seguintes entidades hospitalares, por ordem segundo ano da fundação: a) o Hospital Pedro I, fundado em 1932, pela Loja Maçônica Regeneração Campinense, particular e primeiro da cidade; b) seguido da Casa de Saúde e Maternidade Francisco Brasileiro, também, particular, fundada em 1946, pelo médico Francisco Brasileiro; c) o Alcides Carneiro, de autarquia federal, fundado em 1950; a Maternidade Elpídio de Almeida, fundada em 1951, pelo prefeito Elpídio de Almeida e mantida por verbas municipais; d) o Pronto Socorro, de 1955, ainda, municipal, na gestão de Plínio Lemos; e) e o Instituto Neuropsiquiatria, fundado em 1961, de financiamento particular, do médico João Ribeiro (Estudo da Rede Médico-Hospitalar de Campina Grande, 1965).

Apesar de o relatório ter-se restringido a essas instituições por questões que envolveram as datas de fundação até o ano de sua realização, isto é, 1963-1964, assim como o que seus responsáveis entendiam enquanto hospital, desconsiderando outros órgãos para o estudo; até o ano de 1968, data de fundação da FAP, Campina Grande contava, ainda com outras instituições hospitalares. Segundo o médico Francisco Brasileiro, em entrevista dada no ano de 1968⁸⁹, já tínhamos o Hospital Antônio Targino, de doenças ósseas, construído pelo médico José Targino, inaugurado em 1965; e o Pronto Socorro Infantil, da médica Madalena Crispim, de 1967, correspondente, hoje, a CLIPSE.⁹⁰ A partir destas instituições, podemos dizer que Campina Grande apresentava uma cartografia médico-hospitalar, ou conforme o Estudo (1965), “um núcleo hospitalar” que contemplava os bairros de classe média, da cidade, São José (Alcides Carneiro, Pedro I, O SANDU e o Pronto Socorro), Centro/Prata (Maternidade e Casa de Saúde), com exceção do Instituto Neuropsiquiatria, localizado no bairro popular da Liberdade.

⁸⁸ Número de leitos do município, de pessoal, material e demais condições para permitir seu perfeito funcionamento medico social.

⁸⁹ Francisco Brasileiro, em entrevista no ano de 1968. DENOÀ, Ronaldo. Memórias de Campina Grande, 1993, p. 279-280.

⁹⁰ Tínhamos ainda a construção do SANDÚ, do governo Federal, e a Clínica Dr. Maia, fundada em 1966, pelo medico Raimundo Maia. DENOÀ, Ronaldo. Memórias de Campina Grande, 1993, p. 279-280).

Doravante, a acessibilidade dos pobres em relação aos serviços de saúde apenas foi notável no que concerne aos órgãos de saúde pública, representados pelos Postos de Puericultura, que embora o principal se localizasse no centro, e mais dois no Prado (hoje Catolé) e no Alto Branco, os demais eram fixados em bairros populares, tais como Bela Vista, Cruzeiro, José Pinheiro, Jeremias, Santa Rosa, Quarenta e São José da Mata. Estes postos que distribuíam leite, entretanto, não apresentavam condições sanitárias satisfatórias e somavam-se aos serviços de saúde que eram contemplados os adultos e as crianças pobres. Deste modo, ficam-nos evidente as precariedades destes serviços⁹¹ e instituições de saúde como um todo, sejam hospitais, sejam postos, que deveriam considerar os mais pobres, dentre eles, as crianças:

Do levantamento efetuado, constatamos que a distribuição das unidades assistenciais não obedeceu a um plano tecnicamente orientado, visando o adequado atendimento populacional. Assim é que os indivíduos residentes na zona rural, distribuídos nas diversas vilas do município, não dispõem de entidade assistencial de qualquer dos tipos apresentados, encontrando-se, portanto, completamente desassistidos (Estudo da Rede Médico-Hospitalar de Campina Grande, 1965, p. 22).

Ao falar-nos da condição de abandono na qual estavam submetidos às crianças e os adultos menos afortunados, no que diz respeito aos cuidados médicos-ambulatoriais e hospitalares, o inquérito ainda nos aludiu para entendermos que dos 217.493 habitantes de Campina Grande para esta década, 126.274 viviam nas aglomerações urbanas da cidade, só que deste total apenas 116.226 moravam de fato na cidade. Assim, somando-se aos 91.219 que viviam na zona rural, com o restante que apenas frequentava a zona urbana tínhamos 101.267 habitantes residentes na zona rural, o que equivalia a uma porcentagem bem

⁹¹ O relatório divide os serviços de saúde da seguinte forma: Hospitalares, Para Hospitalares e de Saúde Pública. No que diz respeito aos Para Hospitalares, estas se referem às entidades de financiamento e seguridade de saúde. Órgãos que mantêm serviços ambulatoriais e hospitalares por meio da previdência social. Em Campina Grande consistiam nos IAPI, IAPÉTC, IAPB, IAPFESP e SESI. No entanto, sua assistência prestada, segundo inquérito, deixava muito a desejar, pois apesar de assegurar assistência tanto ambulatorial quanto hospitalar, exceto o IAPB, com o maior número de contribuintes e não oferecendo esses serviços, possuíam um número pequeno de profissionais credenciados, sobretudo no que diz respeito aos dentistas, geralmente 1. O que talvez melhor desempenhasse sua função fosse o SESI (serviço social da indústria), que fornecia dois postos. O número 1 com serviços ambulatoriais de ginecologia, pediatria e radio-diagnostics. O de número 2 fornecia os mesmo serviços, porém limitado pela quantidade de profissionais contendo apenas um de cada. As entidades, de Saúde Pública, correspondiam aos postos e ao Dispensário de Tuberculose. Esses serviços eram geridos pelo Estado e tinham como função a educação sanitária da população. Os postos contavam com médicos, dentre eles pediatras; dentistas, enfermeiras, atendentes e serventes. Forneciam consultas, vacinas, leite, remédios, laboratórios e higiene infantil e adulta. Funcionavam em precariedade pela oferta reduzida de funcionários para atender sua elevada procura. Apenas para elucidar, entre janeiro e novembro de 1963, tinha 1.314 matriculas de crianças para a higiene infantil, sendo atendidas 1.115, ficando o restante sem atendimento pela falta de vagas.

considerável de resistentes no espaço que não contemplava os serviços de saúde⁹²; 41,94% se localizavam, assim sendo, bem distantes da cartografia citada acima. Consideramos, assim, que a medicina preventiva e profilática apresentou e encontrou como entraves ações descontinuas e problemáticas na tentativa de se fazer chegar aos espaços rurais os preceitos da Campanha e da Educação Sanitária, passadas décadas na tentativa de sua implementação; não se chegando, na zona rural de Campina Grande, nos anos de 1960. Ora, sua população, neste contexto, foi tão acometida pelas doenças já mencionadas antes, quanto outrora. O interior, ainda, podia ser percebido enquanto “um imenso hospital”⁹³

Essa restrição se estendeu, ainda, aos serviços fornecidos e prestados pelos hospitais. Uma restrição que se ampliava, também, aos moradores pobres e cidadãos. A rede hospitalar, de Campina Grande, conforme o Estudo (1965), apresentava entraves à população desvalida que iam além de sua territorialidade. A começar algumas instituições delimitavam o grupo a ser atendido. Considerado pelos agentes o melhor hospital da cidade, quando comparado aos demais, o Hospital Alcides Carneiro, pertencente ao IPASE, recebia apenas os “servidores civis da União e seus beneficiários, bem como os funcionários da autarquia e seus beneficiários” (Estudo da Rede Médico-Hospitalar de Campina Grande, 1965, p. 26). Em outras palavras, segundo Macêdo (2004), teve-se o modelo de assistência médica, financiada pela previdência social, o denominado modelo médico-assistencial privatista. Este padrão, ao contrário de ações coletivas de saúde, priorizava em atender ao indivíduo, sobretudo o trabalhador, de modo que este, com seu salário, enquanto contribuinte, arcava com sua própria saúde, e esta, o tornava saudável e produtivo.

A Casa de Saúde, apesar de atender o público em geral, tinha fins lucrativos junto com o Instituto Neuropsiquiátrico. Assim, ao pobre adulto e infante apenas restava o Pedro I, pois a Maternidade apesar de gratuita, tinha seus serviços destinados as gestantes, ou pelo menos, estas deveriam ser prioridade. Outra problemática consistia no número total de leitos, somando as capacidades destes estabelecimentos e considerando a porcentagem populacional. Apresentando um déficit de camas hospitalares, os habitantes de Campina Grande e distritos contavam com 436 leitos, quando deveria ter 4 leitos para cada 1000 habitantes, isto é, o dobro, 864 leitos. O Estudo (1965), ainda nos informa que este número decrescia mais, pois destes 436 leitos, 151 pertenciam ao sistema privativo do IPASE. Por conseguinte, ser pobre e

⁹³ O médico Miguel Pereira escreveu um artigo denominado “O Brasil é um imenso hospital”. Publicado em jornais, a partir de 10 de novembro de 1916, estas palavras se tornaram emblemáticas para descrever e representar as condições enfermas do povo brasileiro, neste período. Condição, aliás, não muito distante para homens, mulheres e crianças, da segunda metade do século XX. Por isso, utilizamos os dizeres deste esculápio.

doente e, principalmente infante, nesta cidade, para a década de 1960, significava está desprovido de serviços médicos e hospitalares não apenas gratuitos, mas especializado. A criança ao ser acometida por uma doença que requerida muito mais que uma consulta, um internamento, tinha como lugar ao socorro a maternidade, que por exercer outra função, não apresentava leitos e condições para atendimento desta faixa-etária específica.

Isso correspondia à ausência de uma dinamização dos serviços hospitalares da cidade e da falta de investimento de recursos públicos em prol da ampliação de mais leitos. Destarte, lermos esta documentação fez-nos perceber os silêncios quanto às representações em torno da infância acerca de sua fragilidade, necessidade de amparo e proteção, parecendo-nos que circulou de modo muito sucinto. Chegou-nos a parecer que alguns seguimentos da elite, sobretudo os gestores da saúde pública e destas instituições, ainda não se sentiam comovidos com esta problemática da saúde que envolvia nossa infância. Como poderia uma cidade que era representada por sua elite como moderna, por contar com essa rede hospitalar e, por contradição, os seus gestores citados não se preocuparem em oferecer aos pequenos campinenses um serviço de qualidade especializado, se ainda, acreditava-se que a criança era futuro do amanhã? Logo, entendemos os limites na leitura e na apropriação destas representações e sentimentos da infância, na medida em que, não notamos mudanças, no período, nas práticas relacionadas à promoção da saúde e bem-estar do infante pobre campinense, por parte da gestão pública.

Dessa forma, esses problemas da rede hospitalar se somavam a outros que não o permitia ser qualificado enquanto moderno. Primeiramente, a arquitetura dos edifícios, construídos ou quando reformados de forma aleatória sem planejamento médico prévio, sem que houvesse separação dos espaços de acordo com os cuidados que lhe eram requeridos pela função que desempenhavam, a exemplo do setor pediátrico:

Vale ressaltar nesse particular, o centro obstetrício do Hospital Alcides Carneiro, recentemente construído, onde se observa a presença de um berçário, cujo visor se encontra localizado dentro do próprio centro obstetrício e, pior ainda, defronte da sala de espectação (pré-natal). No mesmo sentido, o Pronto Socorro, a Maternidade Elpídio de Almeida, o Hospital Pedro I e a Casa de Saúde Francisco Brasileiro, revelam perfeitamente a obsolência dos seus edifícios (Estudo da Rede Médico-Hospitalar de Campina Grande, 1965, p. 42).

Exceto o Hospital Alcides Carneiro, que contava realmente com uma ala hospitalar pediátrica, embora deficiente e exclusiva aos filhos dos contribuintes da previdência social, os demais não apresentavam, senão um espaço inapropriado com função que não ia além da obstetrícia. Os infantes, assim, com poucos mais de 2 meses de vida, eram carentes de um serviço pediátrico específico, destinado às crianças após os primeiros cuidados depois do parto (Estudo da Rede Médico-Hospitalar de Campina Grande, 1965).

Articulada a essa problemática, e resultado da completa ausência de conhecimentos específicos por parte daqueles que administravam e faziam corpo dos que trabalhavam nessas instituições, tínhamos como funcionários sujeitos sem formação, qualificação e má remuneração, que exerciam seus respectivos cargos sem recrutamento por meio de seleção. Quer-se tínhamos, nesses hospitais, um consultor médico hospitalar, um cargo indispensável para sua segurança, bom andamento e dinamização. Ora, o hospital, deveria ser o lugar por excelência dos médicos e de seus auxiliares, que assim como o primeiro requeria uma formação tão adequada quanto, para o cargo a exercer. Formação deficiente ou nula decorria, então, numa desorganização hospitalar, que no lugar de promover a cura e a saúde do paciente, o colocava em risco como explicita a situação narrada acima.

A respeito, apresentávamos carência de médicos, um total de 94, nos quais 51 trabalhavam no Alcides Carneiro, e como já dissemos, tinha atendimento restrito aos beneficiários da previdência social. No que concernem as especialidades, a pediátrica, contávamos apenas com 11 especialistas, sendo a maioria também credenciada a esta instituição. Lembremos, ainda, que, não éramos contemplados com a Faculdade de Medicina, apenas fundada em 1968, e mesmo instituída formava clínicos gerais e não especialistas. Dificuldade maior encontrava-se em profissionais de enfermagem com titulação, pois não contávamos com uma escola de formação⁹⁴. Das chamadas enfermeiras diplomadas, apenas a Maternidade Elpídio de Almeida contava com uma. As demais instituições tinham estes serviços prestados pelas atendedoras que exerciam a função sem formação técnica. Neste aspecto, se justificava a ineficiência do serviço. As enfermeiras atendedoras poderiam até

⁹⁴A fundação da Escola Regional de Auxiliar de Enfermagem, de Campina Grande, ocorreu em 1964. Anteriormente a formação na Paraíba, dava-se pela Escola de Enfermagem de João Pessoa, fundada em 1963, ou mesmo em outros estados como Pernambuco. O que nos ajuda a entender o porquê das dificuldades da cidade contar com a formação profissional desta profissão. A criação da escola campinense deve ser entendida, ainda, como parte do evento em comemoração ao centenário da cidade, no ano de 1964, a Festa do Centenário. Fazia parte, segundo a elite, dos aspectos que demonstrava o desenvolvimento e progresso da cidade passado 100 anos de sua emancipação, dentre eles a receptividade de Campina Grande quanto às concepções médico-higienistas, da medicina científica e moderna. Ver: SOUSA, Kledna Sonalle Batista. **TERNURA VESTE BRANCO**: História, Espaços e Sensibilidades na Escola Estadual de Auxiliar de Enfermagem – Campina Grande. 2013. (não publicada).

praticarem de maneira satisfatória sua função, aprendida cotidianamente, porém a formação, o diploma ou mesmo o certificado, atestavam sua capacidade. O hospital moderno assim, enquanto um espaço da ciência e da razão, apenas aceitava e continua a aceitar, dentre seus funcionários, indivíduos que passam por essa formação científica e racional (Estudo da Rede Médico-Hospitalar de Campina Grande, 1965).

O Hospital Alcides Carneiro ainda se destacava pelos serviços ambulatoriais com atendimento regular de clínicas diferenciadas, incluindo-se a pediátrica, como mostramos anteriormente. Regularidade que também se distendia aos serviços de internamentos, com leitos diferenciadas por sexo. Não sabemos informar se esta diferenciação abrangia a faixa-etária específica da infância, cuja informação não consta no Estudo (1965). O que não se verificava, por exemplo, na Maternidade Elpídio de Almeida, pois se tratando de um serviço especializado, seus leitos não se apresentavam organizados segundo as diferenças por sexo e patologia, já que o mesmo documento nos revelou que eram atendidos, também, pacientes do sexo masculino sem considerar estas diferenças quanto à separação dos espaços. O mesmo documento, também nos expôs que a mesma instituição não apresentava leitos suficientes para a população pobre por manter convenio com as instituições da previdência social, aumentando o déficit de camas disponíveis aos pobres, sobretudo as gestantes e parturientes. Por ora, compreendemos que o Hospital Alcides Carneiro, até então, consistia, nas leituras dos técnicos do estudo, enquanto a instituição que melhor desempenhava funções ambulatoriais e hospitalares quando comparada as demais e que, conseqüentemente melhor dialogava com o padrão da medicina hospitalar moderna.

Isto porque, disponibilizava de forma unívoca a sua clientela igualmente: a) serviços de anatomia patológica⁹⁵, embora de baixo nível técnico – científico, necessitando de aprimoramento para atender as normas de administração hospitalar modernas; b) anestesia e gasoterapia, com especialistas e aparelhagens, que no caso da Maternidade Elpídio de Almeida apresentava apenas um especialista, demonstrando uma vez mais as precariedades do serviço médico-hospitalar público; c) banco de sangue, perfeitamente diferenciado e organizado e em funcionamento; d) farmácia e laboratório em mesmas condições e até manipulação medicamentosa. Quanto ao laboratório, a Maternidade executava apenas exames básicos de urina e fezes. Igualmente era o único hospital a oferecer serviço de odontologia servido por raio X, além de contar com um serviço da radiologia orientado por dois médicos especialistas e dois técnicos da área. O Pronto Socorro apresentava uma unidade, contudo,

⁹⁵ Exames anatomopatológicos, incluindo biopsias.

sem condições adequadas de funcionamento. E na Casa de Saúde e Maternidade Francisco Brasileiro, apenas computava dois aparelhos em funcionamento deficiente. No que refere à radioterapia nenhum estabelecimento oferecia o serviço, tendo o Alcides Carneiro somente um aparelho sem instalação (Estudo da Rede Médico-Hospitalar de Campina Grande, 1965).

O Estudo (1965), ao mesmo tempo, nos apresentou as unidades dos serviços técnicos dessas instituições. E nesse quesito o Hospital Alcides Carneiro, ainda que alheio em muitos aspectos ao padrão de uma instituição hospitalar moderna, apresentava-se tanto única a dispor de algumas dessas unidades, quanto a que detinha em melhores condições:

Com relação às unidades de Arquivo Médico, Enfermagem, Nutrição e Dietética, e Serviço Social, embora a sua existência no conjunto hospitalar seja imperiosa e reflita padrão técnico de uma instituição, possibilitando o apuramento das atividades desenvolvidas em favor dos seus pacientes, é significativo do déficit assistencial que se verifica no município de Campina Grande, o fato de somente o Hospital Alcides Carneiro possuir os cuidados apontados, em perfeito regime de funcionamento no que se refere as instalações e ao pessoal, muito embora o referido Hospital sob certos aspectos ou circunstâncias, esteja aquém do padrão técnico desejável (Estudo da Rede Médico-Hospitalar de Campina Grande, 1965, p. 55).

Foi-nos interessante a ênfase atribuída às unidades de arquivo e ao conteúdo que estas deveriam ter. Sua função consistiria na acumulação informativa de tudo que se passava no interior dos estabelecimentos hospitalares, a permitir possíveis coletas, apurações e análises destes dados estáticos. Segundo Foucault (2012), este serviço correspondia à base do sistema hospitalar e, logo, se apresentava fundamental para seu bom funcionamento, já que ele orientava o proceder médico no gerir das instituições, a melhorar o atendimento e os serviços, perceber as falhas e corrigi-las. Enquanto parte do padrão técnico- indispensável a qualquer instituição, o Estudo (1965) enalteceu de modo semelhante à concepção a respeito propagada no século XVIII e tratada por Foucault. Acrescentando que nenhuma melhoria, correção e ampliação dos serviços e funcionamento destas instituições poderiam ser bem orientadas com a inexistência destes dados. No entanto, esta era a situação da rede hospitalar campinense, pois segundo o Estudo (1965): “ficou evidente a inexistência completa de dados estatísticos, mormente daquelas referentes às apurações e análises das medidas hospitalares” (Estudo da Rede Médico-Hospitalar de Campina Grande, 1965, p. 62), o que muito dificultou, para os

técnicos, analisar a eficiência histórica destes serviços.

Com relação aos centros cirúrgicos e obstetrícios, nenhuma instituição apresentava áreas de conforto médico, vestiário, recuperação pós-anestesia e pós-operatório e sala de anestesia (Estudo da Rede Médico-Hospitalar de Campina Grande, 1965). O que apresentava apenas “ (...)sala de operações, esterilização central e subesterilização, dois lavabos e centro de material” (Estudo da Rede Médico-Hospitalar de Campina Grande, 1965, p. 567), correspondia, uma vez mais ao Hospital Alcides Carneiro que junto com a Maternidade Elpídio de Almeida possuíam, juntas, sala de pré-parto, duas salas de parto e um berçário nas péssimas condições e localizações expostas acima. Neste aspecto, a Maternidade Elpídio de Almeida foi mais de uma vez criticada, pois o espaço destinado a acolher os recém-nascidos se encontrava de forma desoladora e desorganizada:

(...) o berçário fica situado em andar superior, distantes da sala de obstetrícia e cirurgia, abrigando (40) quarenta berços, sem qualquer disposição ou arranjo técnico. As normas de funcionamento do berçário são precaríssimas mercê de sua planta física errônea e de seu pessoal sem qualquer habilitação profissional (Estudo da Rede Médico-Hospitalar de Campina Grande, 1965, p. 60).

Doravante, as críticas feitas a maternidade, sobretudo as referentes aos cuidados infantis e maternos dos recém-nascidos, reafirmou a ausência de uma sensibilidade moderna no trato para com as crianças. Já não contávamos com um serviço especializado, gratuito de qualidade e amplo para os infantes, sendo que, o pouco que restava, encontrava-se comprometido, deficiente e propício a tornarem as crianças doentes. Basta lembrarmos que os maiores índices de mortalidade infantil aconteciam às crianças recém-nascidas, as de zero a um ano. O Estudo (1965), ao ter feito estas denúncias, chamou a atenção deste estabelecimento, assim como outros que ofereciam este serviço, à necessidade de atenção para a correção destas incoerências de forma a oferecer um atendimento ao público infantil que prezasse pela promoção de sua saúde e bem-estar. O que não era o caso destas, exceto o Alcides Carneiro.

Este hospital, também se sobressaiu em conter univocamente serviços em unidades independentes e bem estruturadas, tais como pessoal, almoxarifado, contabilidade, tesouraria, lavanderia a vapor, oficina própria de manutenção e reparos, administração de edifício e uma biblioteca. A carência da biblioteca em todas as demais instituições foi tida, na escrita dos

consultores médicos, com muito pesar. Este, espaço, ainda de acordo Foucault (2012), permitia o apuramento técnico – científico, auxiliava o médico no caso de dúvida em um diagnóstico de doença, de um procedimento cirúrgico, enfim, facilitava o proceder médico a melhor desempenhar sua função enquanto condutor da máquina de curar, o hospital. Quando o médico não podia contar com uma biblioteca, lhe era negado uma parte de seus equipamentos. O livro, neste caso, era tão necessário quanto o bisturi.

Essas precariedades podem ser entendidas por boa parte dos hospitais não possuírem normas, regimentos orientadores de uma política de disciplinarização destes espaços. A medicalização pela metade, já que os consultores assim concebem estas instituições, por elas apresentarem muitas falhas em relação ao modelo de hospital moderno. Os hospitais campinenses apenas seriam modernos, de fato, quando estes obedecessem há um estatuto que além de exigir a normatização deste padrão, o colocasse em prática, por meio da disciplinarização dos próprios médicos, funcionários e pacientes. Dentre os hospitais examinados apenas o Alcides Carneiro e Pedro I, possuíam algo que assim pudesse pelo menos ser nomeado de estatuto, com organograma e manuais de rotina (Estudo da Rede Médico-Hospitalar de Campina Grande, 1965).

2.3 Medicalizando a rede-médico-hospitalar campinense

Apresentadas essas problemáticas, o Estudo (1965), deu-nos pertinência para compreendermos que o foco da problemática estava na ausência de um plano organizado que orientasse a assistência médico-hospitalar e que considerasse as necessidades da população. Em decorrência disso, tínhamos por um lado serviços em excesso de uma especialidade, embora deficiente, e do outro, a carência. Ações descontínuas e variáveis porque não havia diálogo entre as instituições e serviços estatais, pois os governos, municipal, estadual e federal pareciam não dialogar. Diálogo que também pareceu não acontecer entre a administração dos hospitais e a população, visto que estes se localizavam distantes e inacessíveis aos que mais necessitavam de seus serviços. Os mesmos, ainda poderiam melhorar se no lugar de pessoas sem instrução inadequada, com empregos apadrinhados, houvessem seus funcionários formados, qualificados e empregados de modo seletivo. E o mais importante, que os gestores públicos direcionassem verbas consideráveis e contínuas para financiar a saúde pública da cidade, pois a urbe contava com condições econômicas para este fim:

(...) Campina Grande conta, forçosamente, com substancial arrecadação tributária, cuja distribuição deverá ser orientada, convenientemente, de modo a possibilitar a destinação de parcela específica para custeio da assistência médico-social hospitalar em favor da população (Estudo da Rede Médico-Hospitalar de Campina Grande, 1965, p.69)

Nesse aspecto, somada a esta fonte capital, o Estudo (1965) orientava outras formas de obtenção de recursos que ajudaria a melhorar os serviços de saúde, como a criação da receita por meio de taxas específicas; a fundação de um Fundo de Melhoria Hospitalar; o estabelecimento de taxas hospitalares; um seguro de saúde e auxílio com entidades nacionais e estrangeiras como a OMS, FISI, Fundação KELLOG, ROCKFELLER e os nacionais, o SENAM, SUDEME, FSESP, DOH, DOS; um estruturado Plano de Cota, para controlar as despesas, financiamento de um sistema de transporte público e acessível; e uma granja municipal, para economia na alimentação e fornecimento de animais para uso experimental.

Assim, financiada a saúde, os consultores sugeriram que mudanças se iniciassem pela criação e instalação de um Conselho de Saúde, gerido pelo grupo médico, para assessorar o Secretário de Saúde da cidade, e que a nosso ver, consistia numa forma de controlar a verba pública destinada ao setor e evitar desvios. No organograma abaixo, para elucidação, estaria organizado da seguinte maneira:

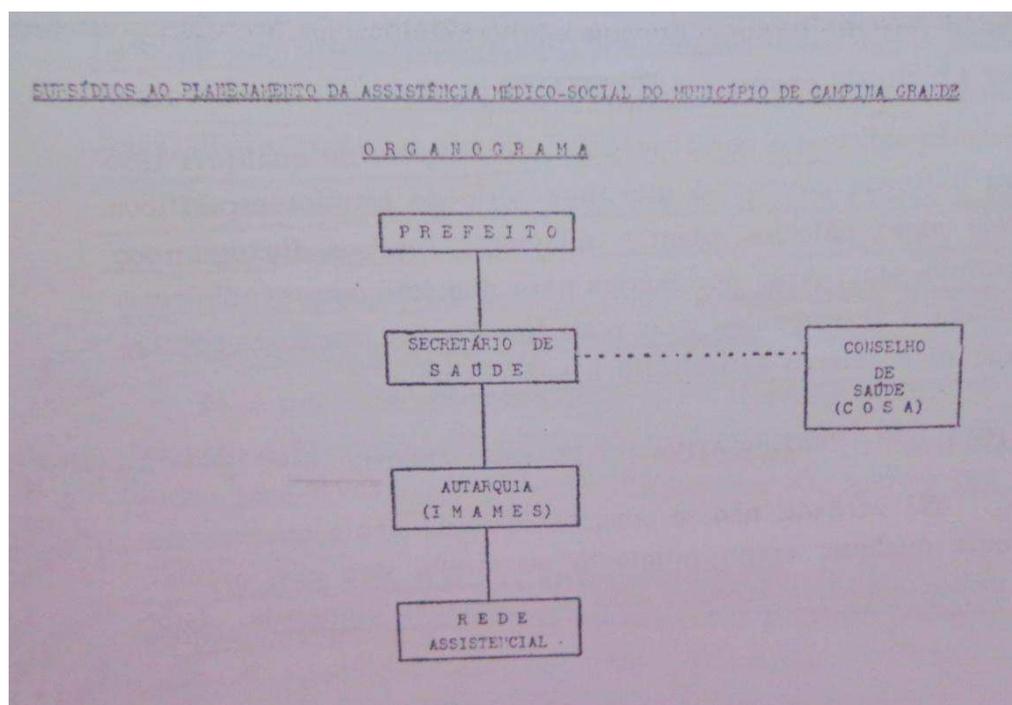


Figura 4- Localização do Conselho de Saúde

Fonte: (Estudo de Rede Médico-Hospitalar de Campina Grande, 1965).

Caberia, assim, ao Conselho, estabelecer um Plano Diretório de Assistência Médico-Hospitalar, no intuito de adotar medidas para arrecadação de recursos econômicos e financeiros no sentido de custear os serviços que envolveria tanto a parte administrativa quanto funcional dos hospitais, tais como a realização de construções e reformas dos edifícios, a compra de equipamentos, a manutenção, formação e aperfeiçoamento profissional, etc. Não esqueçamos das diretrizes para disciplinarização destes espaços, de modo a promover seu bom funcionamento e organização, vigiada para cumprimento de suas normas. O plano ainda deveria ser revestido por lei, enviado a Câmara de Vereadores, apresentando flexibilidade, podendo vir a ser alterado de acordo com as exigências e circunstâncias do momento (Estudo da Rede Médico-Hospitalar de Campina Grande, 1965,).

A parte que foi cabível à prefeitura, referente à gestão, seria por meio da criação de um órgão denominado IMANES para coordenar todo e qualquer serviço de saúde sob responsabilidade do município, como ficou perceptível no organograma abaixo:

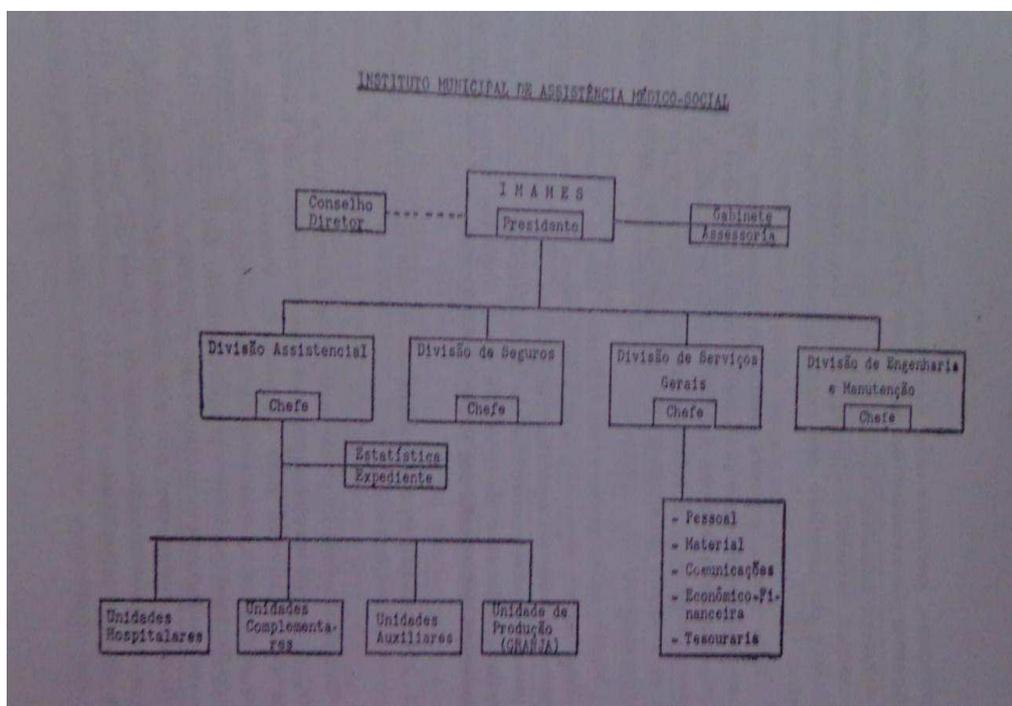


Figura 5- Organização do sistema de saúde em Campina Grande

Fonte: (Estudo de Rede Médico-Hospitalar de Campina Grande, 1965)

Na imagem acima, especificamente na parte esquerda do organograma, encontramos como deveria está organizado os serviços de saúde ambulatorial e hospitalar da cidade. Primeiramente um Hospital de Base, que não seria proveniente da construção dispendiosa de outro, mas da ampliação da Maternidade Elpídio de Almeida. Pois, segundo o Estudo (1965), o hospital apresentava uma localização acessível e condições espaciais que permitiria a ampliação de seus serviços e do número de beneficiados. Deste modo, este hospital realizaria serviços típicos de uma instituição moderna, como a medicina preventiva, curativa, educacional e a pesquisa. Ela deveria contar e oferecer a população todos os serviços que o Alcides Carneiro disponibilizava a seus clientes, incluindo a clínica pediátrica, a vacinação infantil e toda variedade de clínicas e especialidades conhecidas até este momento, porém com o diferencial de serem prestados com total eficiência e qualidade.

Seria auxiliado pelo Hospital Distrital que deveria corresponder, também, a ampliação do já existente Pronto Socorro, na revisão de sua estrutura física e funcional, no aumento dos leitos, seu reaparelhamento e na incorporação dos mesmos serviços e práticas administrativas introduzidas pela maternidade. Com a ressalva de que seu atendimento restringia-se ao emergencial. Além de ter uma forma particular de atendimento, seleção do paciente, uma unidade de tratamento intensivo (UTI) caso necessário, e não sendo recuperação em casa, e caso preciso, encaminhamento a outras unidades clínicas do mesmo hospital (Estudo da RedeMédico-Hospitalar de Campina Grande, 1965, p.91). Atentemos ao organograma abaixo, ele nos ofereceu uma explicação objetiva desta forma de atendimento:

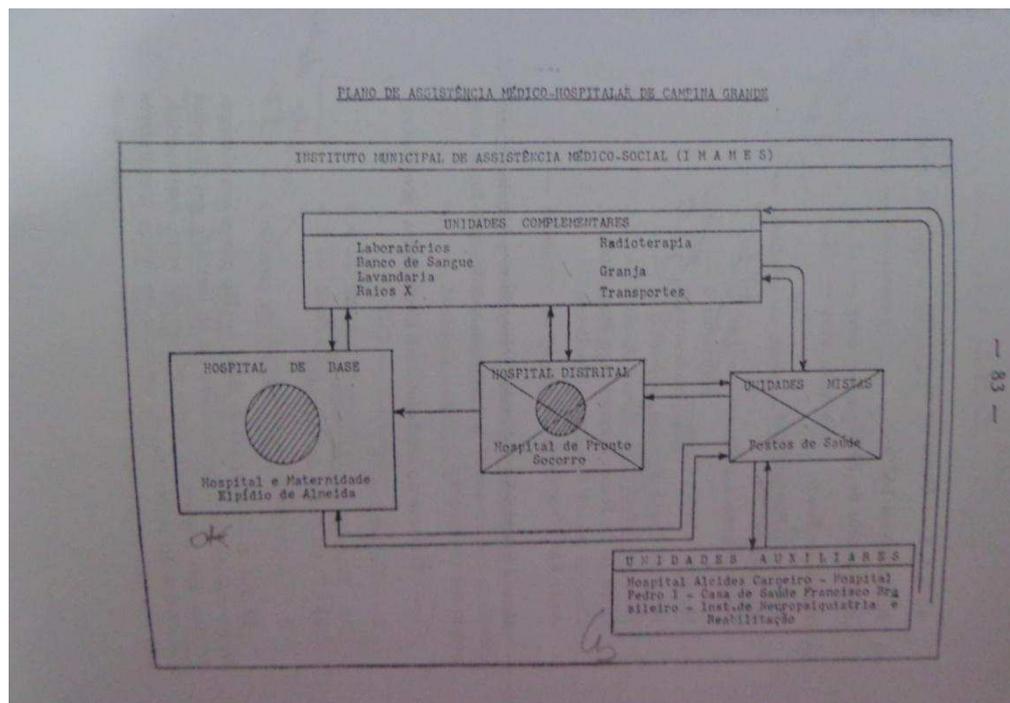


Figura 6- Plano municipal de assistência médico-social

Fonte: (Estudo de Rede Médico-Hospitalar de Campina Grande, 1965)

Para integrar esses serviços e evitar a superlotação dos hospitais em casos que apenas o atendimento ambulatorial era suficiente, orientava-se a criação de Unidades Mistas, de função técnica, de atendimento ambulatorial e de saúde pública. Dependendo da demanda populacional do bairro ou distrito, e de sua localização quanto ao distanciamento da rede hospitalar, poderia ser classificada como Tipo I, Tipo II, podendo ainda vir a ser um Hospital unidade-sanitária. A unidade Mista Tipo I, oferecia:

(...) atividades ambulatoriais ligadas a clínica médica, obstetrícia (e pré-natal), Pediatria (e puericultura), além daquelas específicas de saúde pública. Em duas das unidades que servirão aos bairros mais populosos, serão instituídos os atendimentos odontológicos, oftalmológico e otorrinolaringológico (Estudo da Rede Médico-Hospitalar de Campina Grande, 1965, p.97).

Somado a esses serviços oferecidos aos bairros mencionados em outro momento, já se realizava a entrega de medicamentos e leite em pó, bem como se cumpria exames de sangue, fezes e urina. Quanto a Unidade Mista Tipo II, ofereceria os mesmos serviços, porém devendo serem acrescentados “traumatologia e pequena cirurgia com Raio X portátil, sala de triagem com 3 leitos e garagem para ambulância” (Estudo da Rede Médico-Hospitalar de Campina Grande,

1965, p.98). Para este tipo de unidade seriam beneficiados os distritos de Galante e São Jose da Mata, pelas justificativas já ditas.

E por fim, as Unidades Auxiliares, que como o próprio termo definiu, agiria complementando o restante do serviço médico por meio de convênios com as entidades hospitalares públicas e privadas: a) as para hospitalares federais, IPAIS, SAMDU, SESI; b) hospitalares, Alcides Carneiro; privadas, Casa de Saúde Francisco Brasileiro, Pedro I, Instituto Neuropsiquiatria e Reabilitação, e por melhoramento de sua estrutura a vir a ser Hospital Infantil, o Pronto Socorro Infantil (hoje CLIPSE), e o Dispensário de Tuberculose. Colocadas em práticas estas orientações, de modo a permitir o bom funcionamento dos serviços de saúde em Campina Grande, os relatores sugeriram para uma funcionalidade em perfeita condição, a criação da Faculdade de Medicina, cursos de preparação e especialização profissional, a fundação de Escolas de Enfermagem em níveis técnico e superior, bem como de técnicos em Raio X e biomédica. Todo este conjunto, comporia a rede médico- hospitalar campinense, cujos serviços seriam realizados de forma competente e satisfatória. O que na prática não se realizou, pois como veremos, foi preciso, por meio da iniciativa filantrópica a fundação do Hospital Escola Assistencial da Paraíba-FAP, que embora projetado para ser uma instituição especializada em serviços médico-infantil, acabou funcionamento como geral, pelas carências que não foram em nada corrigidas.

Devemos, no entanto, fazer algumas considerações a partir das críticas e soluções que foram apresentadas à rede médico-hospitalar de Campina Grande, pela consultoria da Academia Brasileira Hospitalar. Foi-nos inegável que os hospitais da cidade e a saúde pública que financiava se encontravam nas situações colocadas; e que a população pobre, especialmente a infante, não era apenas desvalida economicamente, mas socialmente e culturalmente, de serviços de saúde e educação higiênica. Até, porque, não foi apenas o estudo que denunciou o descaso público da saúde, o mau funcionamento dos hospitais e a ausência de serviços especializados à infância pobre. Ora, iniciamos esta dissertação, especificamente no capítulo 1, tratando justamente deste assunto, de casos de descaso da saúde infantil, cujas mortes denunciadas pelo periódico o Diário da Borborema, aconteceram, pelo menos cinco das relatadas, em decorrência destas problemáticas. O que não podemos esquecer é que estas críticas partiram de sujeitos, médicos, que eram provenientes do sudeste do país, espaço que culturalmente produziu e ainda produz sujeitos que possuíam e possuem leituras e percepções em relação ao nordeste e seu interior como espaços do atraso, do retrogrado, de gente doente, analfabeta e sem acesso aos saberes científicos e racionais. Por

isto, as críticas feitas, não poderiam ser vistas sem que pesássemos a cultura formadora destes médicos.

Além do que, um notável “enaltecimento” do serviço de saúde privatista, representado aqui, no Hospital Alcides Carneiro, pode está articulado por ter sido este o setor que mais credenciava e contratava os médicos, bem como o que melhor lhes oferecia as condições de trabalho. Destarte, denunciar e apresentar as autoridades públicas um plano norteador de suas ações de saúde, equivalia, também, à obtenção de cargos por parte de médicos, sobretudo os especializados e, ainda, o oferecimento de condições no exercício da profissão. Pois, embora a fundação da Faculdade de Medicina date o ano de 1968, as lutas da Sociedade Médica de Campina Grande em fundá-la, antecederam este estudo, como o leitor verá no capítulo 4.

Porquanto, criar uma faculdade formadora de médicos correspondia na necessidade de criar e ampliar o mercado profissional para abarcar os profissionais recém-formados. Conforme Pereira Neto (2001), desde que a medicina se tornou uma profissão, com ética e regimento próprio, no início do século XX, sua principal prática foi agir como uma corporação em prol dos interesses do grupo, dentre eles as preocupações em torno do mercado de trabalho. Assim, melhorar os serviços de saúde oferecidos a população, modificar o modo de se olhar, de se perceber e de sentir os sujeitos, por mais que tenha envolvido sensibilidades e comoção dos esculápios, não deixou de fazer parte dos interesses e das práticas profissionais dos médicos desde a fundação deste saber e da institucionalização de suas especialidades. Afinal, foi assim, que à infância “nasceu”, no Brasil, enquanto conceito e sentimento, através de o olhar diferenciado em relação à criança, de um olhar e de uma sensibilidade que partiu do médico que institucionalizou o saber da medicina pediátrica por intermédio desta forma distinta de enxergá-la e percebê-la.

Carlos Arthur Moncorvo Figueiredo quando se apropriou da criança a tornando seu objeto de estudo, elaborou representações que fundaram a identidade do sujeito infante brasileiro, legitimando a fundação de um saber para dela tratar e cuidar. Do seu legado, por meio de outros pediatras e de outras instituições médicas, à infância foi deslocada, descentrada, e moldada continuamente como nos diria Hall (2003). Doravante, á infância, nos anos 1959-1979, apresentou, nuances de mudanças, não a permitindo ser lida tal como outrora, se apresentado ao leitor, enquanto uma nova textualidade, para uma nova leitura. Nem os médicos, nem às crianças eram os mesmos.

Assim, convidamos o leitor a conhecer a primeira instituição da “Rainha da Borborema”, fundada sob essas sensibilidades e representações, tendo como finalidade, ser o

primeiro hospital especializado em cuidar da infância pobre, de Campina Grande. Ao disponibilizar ao infante atendimento de qualidade e serviço especializado gratuito, tratando, curando e medicando este pequeno corpo, construiu representações, aflorou sentimentos e elaborou identidades acerca da infância pobre desta cidade. Conheçamos, então, a instituição que elaborou outras formas de ser infante, em Campina Grande: a Fundação Assistencial da Paraíba-FAP, que, posteriormente, tornou-se o Hospital Escola Assistencial da Paraíba-FAP.

3 CAPÍTULO III - DE UMA CARTOGRAFIA “ESCURA” E INANIMADA PARA OUTRA “ILUMINADA” E PRATICADA: O NASCIMENTO DO HOSPITAL FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL DA PARAÍBA-FAP

A idéia do Hospital Infantil de Campina Grande surgiu por uma observação ampla do problema da mortalidade infantil em nosso município. (...) Certamente que não somos nós os idealizadores, no subjetivismo de um pensamento unilateral e intrinsecamente particular. São as próprias necessidades campinenses que determinam o problema que deve ser o equacionamento pelos homens públicos da província. Quando lançamos a idéia, da tribuna do parlamento estadual, ela encontrou eco na sensibilidade e no humanismo de nossa gente, interessante a toda a comunidade. Da imprensa já recebemos o esperado e imprescindível apoio. A sociedade de Campina Grande certamente acudirá ao grito de desespero pela salvação das criancinhas, especialmente das mais humildes.⁹⁶

As representações são as percepções, as apreciações, a apreensão que homens, mulheres e mesmo crianças elaboram do mundo social. Estas imagens verídicas ou “enganosas” do mundo social que buscam construir o real dão a ele sentido, cor, traços, coerência e existência. São elaboradas por sujeitos, grupos que a partir de seus lugares e posições sociais proferem suas percepções do social de modo interessado e intencional. Nesta forma de conceber as representações, na perspectiva do historiador Chartier (1990), os sentimentos, as reações íntimas, individuais e coletivas; os desejos, os gostos e os desgostos dos sujeitos, não estão à parte nas maneiras de perceber e, porquanto nas formas de representar. Conforme Pesavento (2007), as representações e as sensibilidades andam juntas, são intrínsecas, pois toda e qualquer representação é fruto de algum sentimento, seja este de recusa, seja de aceitação. Exemplo disso foram os dizeres, na epígrafe acima, do então deputado estadual da oposição,⁹⁷ Antônio Vital do Rêgo, que ao justificar a necessidade da fundação de uma instituição hospitalar voltada para à infância, em Campina Grande, recorreu às representações acerca de sua fragilidade e vulnerabilidade, articulando-as a mortalidade

⁹⁶Entrevista do deputado estadual, Antônio Vital do Rêgo, ao periódico a Evolução, do dia 5 de abril de 1959.

⁹⁷Antonio Vital do Rêgo era vinculado a União Democrática Nacional (UDN), coligação esta que fazia oposição ao Partido Social Democrata (PSD), situacionista na gestão do Prefeito Elpídio Josué de Almeida, cujo mandato vigorou de outubro de 1954 até novembro de 1959. Dessa forma, o citado deputado, quando realizada a entrevista no periódico a Evolução, se posicionava enquanto contrário ao governo de Campina Grande em vigência.

infantil. Em sua concepção, a ausência de uma instituição direcionada a sanar este estado dava pertinência para que as crianças fossem acometidas pela morte recorrentemente. Por isso, que seu intuito propositado, como fica-nos evidente, foi utilizar-se das sensibilidades provenientes destas representações para sensibilizar e comover os demais segmentos da elite campinense, políticos, filantropos, médicos e pediátricas, a serem colaboradores na criação desta instituição, como pregava o instinto humanitário de ajuda e socorro aos que se encontravam desvalidos, desamparados e, por consequência, a mercê da dor, do sofrimento, do frio, da angústia, da doença e da morte, condições estas nas quais, segundo ele, se encontrava à infância pobre campinense. Porém, se essas representações aliadas às sensibilidades tivessem ocasionado interesse público a ponto de dar pertença a uma leitura próxima da apresentada por parte desse político pelos demais segmentos da elite, teríamos como resultado ações, práticas, de sujeitos da cidade, que culminariam na fundação, em poucos anos, da instituição. Pois, a representação apenas tem funcionalidade e existência quando a leitura que dela se faz produz uma ou várias práticas, dentre elas a citada, o que não aconteceu. Afinal, seus dizeres e tentativas engendradas na câmara dos deputados, foram insuficientes para sensibilizar e acarretar ações de políticas públicas que financiassem o empreendimento.

Por outro lado, se as representações apresentadas não interessaram a uma parcela da elite campinense, se ofereceram satisfatórias para se fazer partilhar por outros olhos, por outros ouvidos, enfim, por outros sujeitos. Sujeitos que vieram de longe, da Holanda, envoltos de uma outra cultura e de uma outra prática relacional para com à infância. Esses sujeitos, enfermeiras e, especificamente um médico, ao desembarcarem, no final da década de 1950 e início da de 1960, em Campina Grande, atentaram para as condições as quais se encontravam as crianças pobres da cidade, e praticamente sem apoio governamental brasileiro e local, ergueram a primeira instituição pensada e projetada para tratar e medicalizar esta infância. Doravante, o projeto do então deputado, saiu do discurso e do papel, tomando, no entanto outro corpo e outras feições, por resultar de outras leituras, de outras sensibilidades, de outros olhares.

Dito isto, o presente capítulo se dedicará em analisar o nascimento deste hospital, nomeado a princípio de Fundação Assistencial da Paraíba-FAP. Atentando para a iniciativa de quem a fundou e as ações de seus colaboradores; dos meandros que deram pertinência de sua criação e da organização de sua estruturação enquanto um espaço hospitalar moderno, por se tratar de uma cartografia de cura, de terapêutica e de pesquisa relacionada, especialmente, à infância. Sem esquecermos, claro, das mudanças que acarretou na paisagem em que foi

erguida, acabando que por fazer povoar uma territorialidade até então “escura”, inerte, isenta de casas e pessoas, para outra “iluminada”, praticada por caminhadas de crianças, professores, estudantes, médicos e religiosos.

3.1 Das “dores” das representações nasceu o Hospital Fundação Assistencial da Paraíba-FAP

Passados quase dez anos desse pronunciamento, essas e outras representações que circularam na imprensa e nos círculos sociais de Campina Grande, culminaram na fundação da instituição, que data, segundo o médico Francisco Brasileiro, de 02 de maio de 1968⁹⁸. Resultou da iniciativa do médico holandês Cornelius Rútjer, junto com o governo deste país, da Alemanha e da Suíça, com apoio ainda da Igreja Católica holandesa. Com o propósito de contemplar Campina Grande e sua população infantil e carente de um hospital para à infância (Diário da Borborema, Campina Grande, 15 de abril de 1967). Estas iniciais informações nos inquietaram a lançarmos as seguintes indagações: Por que um médico holandês junto com uma equipe deste mesmo país fundou em Campina Grande, no ano de 1968, o referido hospital? E por que seu intuito era que esta instituição fosse a priori voltada ao público infantil pobre da cidade? Tais dúvidas nos conduziram a pensarmos de imediato acerca das representações primeiramente referentes à infância pobre desta cidade, bem como as concernentes a cidade de Campina Grande. Dizemos isto, porque a leitura do corpus documental nos elucidou que estas percepções, em conjunto, acarretaram a fundação da instituição. No que concerne a Campina Grande, nas vozes de sua elite, a cidade comumente aparece representada enquanto próspera, moderna e desenvolvida. Dentre os representantes desta elite cidadina, o médico Francisco Brasileiro, reafirmou estas percepções ao falar-nos da cidade. Ressaltado o seu caráter economicamente forte, cosmopolita e aberta para o moderno:

Há mais de quatro anos, comemorávamos o centenário (estamos em 1968) desta terra maravilhosa, que é a capital do trabalho, e o maior empório comercial do interior nordestino. Com exceção feita das capitais, Campina Grande ocupa primeiro lugar em arrecadação nos municípios nordestinos. Não existem forasteiros aqui, porque todos que estão ligados ao desenvolvimento de Campina Grande, são de fato filhos desta terra. Como

⁹⁸ Francisco Brasileiro, em entrevista no ano de 1968. Apud, DINOÀ, Ronaldo. Memórias de Campina Grande, 1993, p. 279-280.

ponto de convergência a porta de entrada para o interior do Estado, por ela passa imensa população em trânsito, tornando-a, por assim dizer, uma cidade cosmopolita e heterogênea, dotada de um espírito pioneirismo⁹⁹.

Em seus dizeres, portanto, a cidade apresentava feições em consonância com que frequentemente era entendido enquanto modernidade, a saber, uma cidade de destaque na economia, no comércio e na cultura, sempre propícia a se apropriar das novidades circulantes no Brasil e na Paraíba. Modernidade, assim, no sentido de contínuas mudanças que associavam o novo em conjunto o que era bom, agradável e útil. Deste modo, a modernidade segundo Cambi (1999), necessariamente envolve estes dois atributos que de acordo com Fernandes (2010) podem partir de diversos âmbitos, do político, do social, do econômico, do cultural, do geográfico etc. Podemos dizer que para o caso de Campina Grande, a cidade apresentou uma modernização, que no decorrer de décadas, emergiu destes vários aspectos, porém se distanciando dos ritmos frenéticos de uma urbe movimentada e populosa, pois mesmo que o médico fale de “uma imensa população em trânsito” não apresentávamos, ainda, para este contexto, uma “super população urbana” comparável ao ritmo cotidiano e populacional de uma cidade metropolitana. Conquanto, a modernidade campinense desde a segunda metade do século XIX até aproximadamente os anos de 1970, se realizou pela apropriação e introdução dos símbolos tidos como modernos.

Aranha (2001) fala-nos a respeito, afirmando que a modernidade campinense se iniciou pela inserção dos símbolos da modernidade como o telegrafo, o telefone e, sobretudo o advento do trem. Símbolos que, em sua concepção, não modificaram apenas a fisionomia do espaço citadino, bem como o cotidiano, o imaginário e as sensibilidades dos moradores e visitantes da cidade. Embora o historiador se remeta a segunda metade do século XIX e da transição para o século XX, o referido documento que estamos analisando, deu-nos pertinência para compreendermos que mesmo o segundo meado deste último século, o desenvolvimento da cidade esteve atrelado à introdução de outros e novos símbolos da modernidade.

Dizemos isto, porque, desde o início dos novecentos a cartografia citadina campinense teve a ela acrescida outros signos que demonstravam sua modernidade, vinculados, deste então, principalmente a cultura e ao saber. Em deferência, já na década de 1930, na gestão do

⁹⁹ Francisco Brasileiro, em entrevista no ano de 1968. Apud, DINOÀ, Ronaldo. Memórias de Campina Grande, 1993, p. 277-278.

prefeito Vergniaud Wanderley¹⁰⁰, o saber médico, em Campina Grande, já se versava enquanto ciência autorizada para medicalizar, higienizar e sanitizar os espaços urbanos da “Rainha da Borborema”. A limpeza, a higiene das suas ruas, equivalendo ao controle dos odores e cheiros pútridos fizeram deste conhecimento um importante aliado na transformação da fisionomia citadina a ser moderna e próspera¹⁰¹. Assim sendo, a cidade moderna passou a ser também aquela que além do trem, do cinema, do telefone, do carro e da inclusão de outros símbolos do progresso relacionados a estes, era a que semelhantemente possuía médicos para intervirem no espaço citadino, o deixando com as “marcas da limpeza”, na sua modelação, na arquitetura e nas paisagens dos logradouros.

Não obstante, a medicina não se representava como símbolo da modernidade e do desenvolvimento apenas restringindo sua atuação ao higienizar os espaços citadinos e urbanos. A fundação dos hospitais, estes passando a fazer parte da composição arquitetônica da cidade, do mesmo modo se compuseram como importantes símbolos da modernidade e do desenvolvimento, sobretudo a partir da década de 1940. Tanto foi, que o hospital antes projetado para ser distante da urbe, por ser um foco de doença, desde então deveriam ocupar espaço de destaque na cartografia urbana, haja vista ser o hospital moderno, não mais espaço de risco, mas de cura dos citadinos. Lembremos que no capítulo anterior mostramos que, embora Campina Grande não contasse com uma rede médico-hospitalar de acordo com esse padrão vigente, tinha-se na cidade uma cartografia ou “núcleo hospitalar” que localizava os hospitais no seu centro, antes da fundação da FAP. Localização não por acaso, mas por ser, esta instituição, o hospital, mais um signo do desenvolvimentismo de uma cidade. Isto nos foi plausível de constatação ao continuarmos a analisar as representações do mencionado médico acerca da cidade:

Todos que vierem para Campina Grande, como eu, tinham um desejo imenso de ver a Cidade Rainha da Borborema crescer e se desenvolver. E como sempre acreditei no seu desenvolvimento e no seu progresso, idealizei fazer a Casa de Saúde e Maternidade, Dr. Francisco Brasileiro, cuja pedra

¹⁰⁰Foi prefeito de Campina Grande em duas gestões: de 1935-1938 e de 1940-1945.

¹⁰¹Para este contexto, eliminar as sujidades dos espaços urbanos ainda correspondia em retirar dos bairros centrais os pobres. Estes eram entendidos como elementos da sujeira pela aparência e comportamentos destoantes quanto à nova fisionomia que a cidade passava a ter, com as reformas urbanas e com a medicalização das ruas. Além disso, era preciso retirá-los desses espaços para que no lugar da arquitetura defasada de suas residências pudessem emergir prédios e casas de acordo com o padrão arquitetônico moderno, sobretudo francês. No que concerne a Campina Grande, o referido prefeito se apropriou dessas concepções de modernidade que circulavam pelas principais urbes brasileiras, as colocando em prática na “Rainha da Borborema”. Em suas duas gestões, reformou o centro, sua arquitetura e infra-estrutura, enlanguescendo suas ruas, por meio da expulsão de moradores podres dessa espacialidade.

fundamental foi lançada no dia 17 de maio de 1938 e inaugurada em 17 de maio de 1946, foi a segunda obra médica hospitalar e particular (porque a primeira, pertence a Maçonaria). Felizmente, o meu dedo pioneiro teve imitadores. Hoje, a cidade conta com outras instituições hospitalares e clínicas de natureza particular (...).Uma obra muito interessante. Hospital Escola Assistencial da Paraíba-FAP- inaugurado em 02 de maio de 1968, com a ajuda de vários países como Holanda, Suíça, entre outros. Esse hospital teve como primeiro diretor o Dr. Humberto Suassuna. É, incontestavelmente, um grande Hospital-Escola.¹⁰²

Enquanto médico, Francisco Brasileiro não concebia desassociar modernidade, desenvolvimento e prosperidade, desta urbe, da existência de uma vasta rede hospitalar citadina. Em seu modo de ver, o requinte e o crescimento da cidade dependeriam tanto quanto os outros signos da modernidade, de hospitais. No decorrer dessas falas ele mencionou todas as instituições hospitalares que Campina Grande contava, estando a que ele institucionalizou e as demais que citamos anteriormente, no capítulo segundo, inclusive a FAP, enaltecendo sua importância enquanto importante espaço de pesquisa, experimentação e viabilização, como veremos adiante, da Fundação da Faculdade de Medicina de Campina Grande.

A partir da instituição hospitalar, a cidade demonstrava está se desenvolvendo nos campos da saúde, do saber e da educação, símbolos da modernidade em voga, para este contexto de políticas públicas desenvolvimentistas do Regime Militar. Percebemos, deste modo, que o moderno em sua opinião, enfatizava-se no que diz respeito ao aspecto saudável, higiênico e medicalizado que a cartografia da cidade de Campina Grande e o corpo de seus habitantes deveriam apresentar pela comprovação de sua vasta rede hospitalar, pelo menos a partir das instituições que a cidade tinha, até o ano de 1968. Em suas falas, por conseguinte, a rede-médico hospitalar da cidade se oferecia como umas das melhores da região, o que não condiz ao cruzarmos este documento com o analisado relatório e as demais fontes, bem como em relação à tese que temos defendido, a de que a FAP resultou de leituras, representações e sensibilidades de está nossa infância desprovida de assistência médico-hospitalar especializada. Suas leituras e representações em relação à cidade foram, no entanto, compreensíveis. Ora, o referido médico além de ter fundado um hospital com fins lucrativos, exerceu diversos cargos públicos no setor da saúde, dentre eles: a chefia da Inspeção Federal

¹⁰²Francisco Brasileiro, em entrevista no ano de 1968. Apud, DINOÁ, Ronaldo. Memórias de Campina Grande, 1993, p. 279-280.

de Lutas contra a Seca, em 1932; Secretário de Saúde na gestão de Pedro Gondim¹⁰³ e deputado estadual em 1959; atuando ainda na fundação de importantes organismos da medicina campinense, como a Fundação da Sociedade Médica de Campina Grande, em 1941; colaborador da Fundação da Faculdade de Medicina de Campina Grande e de sua mantenedora, em 1966. Desse modo, realizou práticas que condiziam com a forma que em ele representava a cidade, sendo ele mesmo um representante e promotor do desenvolvimento que passava a “Rainha da Borborema”, no transcurso da segunda metade do século XX.

Doravante, foi importante entendermos que a década de fundação da FAP, tratou-se de uma época emblemática para a cidade de Campina Grande. Sua elite composta de políticos, médicos, jornalistas, educadores, religiosos, empresários, comerciantes e industriais, se articularam aos prefeitos e, posteriormente aos governadores militares, desde o ano de 1961, para elaborar uma série de reformas e construções¹⁰⁴, no intuito de, conforme Souza (2010) “reforçar a idéia do crescimento acelerado de Campina Grande nos cem anos até ali decorridos” (SOUZA, 2010, p.122).

A imagem sendo reforçada, portanto, a partir da celebração do desenvolvimento campinense na Festa do Centenário, realizada no ano de 1964. Campina Grande comemorou, nesse dia, seus cem anos de prosperidade, se mostrando aos seus conterrâneos e visitantes¹⁰⁵ enquanto uma urbe, que embora em plena “infância”, em poucas décadas adquiriu uma fisionomia de cidade “adulta”, “madura” e moderna. O festejo começou a ser programado em 1961, ainda na gestão do prefeito Severino Cabral¹⁰⁶ que criou uma “comissão do centenário” para este fim, com exceção de desempenhar uma campanha direcionada a diminuir os índices elevados do analfabetismo, sinônimo de vergonha e atraso da cidade. Um órgão que segundo Souza (2010), pouco realizou dentre as obras prometidas. O mesmo historiador ainda fala-nos que a circulação destas representações e da promoção do evento se fizeram, também, pela criação de um programa de rádio realizado pela Rádio Borborema denominado “Cidade Centenária”. Nele, a população tomava conhecimento dos motivos de festejar os cem anos da cidade, bem como a forma que seria organizada e promovida, pois nele os homens da elite eram convidados a lançarem suas concepções de como deveria ser organizado o evento.

¹⁰³ Governador do Estado entre 1961-1966.

¹⁰⁴ A respeito, a melhoria dos clubes sociais, a criação de escolas de alfabetização dos adultos, a construção de uma casa para abrigar crianças abandonadas, reformas e construções de parques e praças. Ver. SOUZA, 2010, p. 111.

¹⁰⁵ Conforme Souza (2010), além dos campinenses e moradores de cidades vizinhas, a festa atraiu aproximadamente 10 mil pessoas vindas de João Pessoa, Recife, Natal, Patos, Cajazeiras e Caruaru.

¹⁰⁶ Prefeito entre 1959-1963.

Segue abaixo uma imagem publicitária do festejo, ressaltando a aparência desenvolvimentista da “Rainha da Borborema”:



Figura 7- Propaganda do Centenário de Campina Grande

Fonte: Blog Cg Retalhos, 2011.

Assim, numa manhã de domingo, especificamente na do dia 11 de outubro de 1964, mulheres, homens e crianças foram convocados ao som de músicas e fogos de artifícios, a comemorarem o progresso da cidade. Até suas “mazelas”, prostitutas, bêbados, bicheiros e malandros juntaram-se as autoridades e “unidos” comemoraram o festejo. Mesmo as crianças pobres, foram contempladas com o Parque ConeyIsland Park, que vindo do Recife, trouxe brinquedos inéditos disponíveis gratuitamente a infância pobre da cidade. O festejo, destarte foi elaborado e realizado pela elite campinense para reafirmar as representações que esta tinha acerca da cidade, divulgada e compartilhada por homens deste tempo, a exemplo do médico Francisco Brasileiro.

O festejo não contemplaria as crianças “desvalidas” apenas nesse aspecto. Também em comemoração ao Centenário, a diretoria da Sociedade Médica de Campina Grande solicitou no ano de 1963, ao Sr. Oswaldo Ballarin, Diretor Presidente da Companhia

Industrial e Comercial Brasileira de Produtos Alimentares-Produtos Nestlé¹⁰⁷ o financiamento de uma *Semana Nestlé de Atualização em Pediatria*, em Campina Grande, no ano de 1964:

E, para satisfação da classe médica campinense, recebeu a Sociedade Médica, no 1^a trimestre de 1963, a visita do Sr. Oswaldo Ballarin que veio pessoalmente verificar as condições locais e confirmar a realização de uma Semana Pediátrica em nossa cidade, no Ano do Centenário. Em 1^a de Novembro de 1963, enviou um alto funcionário para acertar o programa, a ser executado de 29 de Julho a 5 de Agosto de 1964 (Relatório de 1964, da Sociedade Médica Campinense, 1964, p. 10).

Segundo o Relatório de 1964 (1964), o evento contou ainda com o apoio da Secretária de Saúde e Assistência Social do Estado da Paraíba e das cátedras de Pediatria e Puericultura da Universidade Federal da Paraíba. Se realizando na data mencionada acima, o evento foi representado como importante traço de uma sociedade que se considerava moderna pelos atributos científicos que os encontros do gênero suscitavam, somando-se a temática abordada, visto que falar e debater acerca deste saber e do objeto que este estuda, à infância, continuava sendo uma prática de “nações desenvolvidas”. O arrimo, à infância, assim, também correspondia a mais um signo de modernidade, sobretudo porque parte da infância campinense ainda apresentava trações de desvales que deveriam ser corrigidas de modo a incluir, Campina Grande, enquanto mais uma urbe que se dedicava a cuidar de seus infantes, devendo a semana, tratar de atualizar o conhecimento a respeito destes sujeitos e das condições em que se encontravam na cidade (Relatório de 1964, da Sociedade Médica Campinense, 1964).O evento, assim, adquiriu evidência não apenas por ter sido organizado pela elite médica da cidade e por sua articulação aos eventos comemorativos do “Centenário”; mas pela temática, pelo assunto discutido. Falar da infância pobre da cidade, nos anos de 1960, interessava a sociedade que se comovia e se incomodava porque nossas crianças ainda

¹⁰⁷Para sermos mais elucidativos, deste o início do século XX no Brasil, tem-se a fabricação de produtos com fins terapêuticos considerando as peculiaridades a sensibilidade comum à infância. Esse é o caso dos medicamentosos, que adquirem um sabor e, dependendo da idade a que é destinada, uma aparência conforme o paladar da criança que rejeitava com facilidade a ingestão de substâncias amargas e com sabor irritante. Ademais são pensados, também, para confortar e aliviar aos “dissabores” próprios à infância, o rompimento dos dentes, as cólicas, o coçarem das gengivas, os desarranjos intestinais. A somar, expandiu-se, também, uma considerável produção de produtos do gênero alimentício voltados para infância. Nesse aspecto a marca Nestlé fora pioneira com o famoso Leite Condensado Moça, que antes de ser um doce, fora um leite em pó, pensado para nutrir as crianças, assim como as farinhas e as papinhas. A mesma empresa ainda financiava eventos, de modo a conseguir a aliança médica, para a indicação dos usos dos seus produtos para a infância. Ver: TEXEIRA, 2010, p. 26-32.

viviam em condições de desamparo e desalento.

A respeito a já inaugurada TV Borborema não hesitou em incluir na programação da empresa, um programa intitulado “Temas Médicos Sanitários”. Sob responsabilidade da Sociedade Médica de Campina Grande, à infância se sobressaia nos assuntos tratados (Relatório de 1964, da Sociedade Médica Campinense, 1964). Aliás, o grupo “Borborema”, que controlava tanto o periódico, a rádio e o canal de televisão, apesar de pertencente à elite, e em alguns momentos enaltecer certos aspectos da modernidade da cidade, também trazia recorrentes matérias em seus veículos comunicativos que desconstruíam essas representações de uma “Rainha da Borborema” saudável em toda sua plenitude, pautando-se no descaso e descuido que os campinenses, especialmente as autoridades públicas, destinavam às crianças pobres da urbe. Assim, entendemos que para alguns sujeitos da elite campinense a cidade, nas condições que apresentava até o momento, se encontrava, de fato, na qualidade de uma urbe modernizada e nos rumos do projeto desenvolvimentista. Por outro lado, outros sujeitos desta mesma elite, não negavam ser a “Rainha da Borborema” uma cidade que trilhava o caminho da modernidade, mas compreendia que a existência das “mazelas sociais” evidenciadas pelo grupo Borborema se mostravam como entraves para que a modernidade da cidade pudesse se apresentar em perfeito estado, devendo ser corrigida de imediato.

Ficou-nos, desse modo, perceptível a aproximação de representações que nos remontaram as primeiras décadas do século XX. Representações estas, indicando o que outrora representava cidade, moderna e próspera era, bastante semelhante no decorrer dos anos 1959-1979. Isto é, sinônimo de cidade medicalizada, urbanizada, de povo higienizado, saudável, educado e alfabetizado, que se dedicava a cuidar dos seus infantes para torná-los, num futuro próximo, mão-de-obra capacitada para trabalhar e transformar a cidade num espaço do progresso e do desenvolvimento econômico, cultural e social. Percepções que permaneceram, apesar das mudanças de regime político, no transcurso das décadas de 1960-1970. Entendemos, por conseguinte, que os representantes do governo militar, na cidade de Campina Grande, realizaram uma leitura do projeto de modernização da nação do início do século XX, se apropriando dele, possível de ser visualizada tanto nas falas do médico Francisco Brasileiro¹⁰⁸, quanto na análise que realizamos acima. Porém, estas representações de Campina Grande, dadas as incoerências apresentadas, não foram lidas, nem tão pouco apropriadas por todos, do mesmo modo, que a elite campinense divulgava, a exemplo dos

¹⁰⁸ Não por acaso médico Francisco Brasileiro foi participante ativo do Diretório da UDN em Campina Grande, partido este que se filiou ao Regime Militar (Memórias de Campina Grande, 1993, p. 281).

associados do grupo “Borborema”.

Isto porque, essas representações se depararam com outras que as desconstruíam. De acordo com Andrade (2012), Campina Grande apresentava em suas feições, assim como nas feições de sua gente aspectos que demonstravam seu atraso e seu subdesenvolvimento. Apresentava traços ruralizados, animais transitavam por suas ruas e avenidas, cartografias pouco urbanizadas e sanitizadas, incluindo-se o bairro do Bodocongó no qual foi construída a Fundação Assistencial da Paraíba- FAP. A somar, a população pobre de Campina Grande, sobretudo suas crianças, apresentavam uma aparência apática em decorrência das enfermidades que as acometiam com facilidade e muitas vezes as levavam a óbito, tais como a paralisia infantil, a varíola, a febre tifóide, o sarampo e a meningite justamente por não contarem com um dos símbolos da modernidade, um hospital infantil. Doenças, que por sua vez, tinham vacinas que podiam evitar seus surtos de contaminação e que, porém, eram pessimamente distribuídas, em Campina Grande. Com exceção da varíola, quando ocorreu, na década de 1960, considerável Campanha de Vacinação, na cidade, no intuito de combater seu elevado surto entre as crianças campinenses (Jornal o Diário da Borborema, 07 de abril de 1967).

3.2 As representações da infância pobre campinense

O corpo do pequenino pobre campinense se constituía, portanto, em um corpo enfermo, em um corpo doente. Por conseguinte, este sujeito era identificado enquanto doentio, com aparência triste e apática, recorrentemente associado à falta de cuidados e proteção por parte dos genitores, médicos e gestores públicos. Estas feições nos revelaram o quanto tardiamente fez circular na “Rainha da Borborema”¹⁰⁹ as representações acerca da infância que foram propagadas pela Pediatria desde o início dos novecentos. Representações que entendiam à infância como uma fase da vida particular, frágil, vulnerável, complexa e, porquanto necessitada de cuidados e proteção. Cujo afago médico deveria desassociar da infância a doença e a melancolia, para coligar a saúde e a alegria, como apresentamos no capítulo 1. Estas representações não foram lidas até aquele momento por uma maioria considerável, já que não notamos uma mudança na prática relacional para com as crianças compatível com os preceitos da medicina Pediátrica. Afinal, elas continuaram sendo acometidas por doenças que já tinham tratamento e cura e, em virtude destas, pouca

¹⁰⁹ O médico Francisco Brasileiro nos fala do serviço de Puericultura oferecido pelo Serviço da Secretária de Saúde, durante a gestão do governador Pedro Godim (Memórias de Campina Grande, 1993, p. 279).

expectativa de vida. Consequência da cidade não contar com um hospital projetado para atendê-las, não apenas em caráter emergencial¹¹⁰, mas de modo contínuo e preventivo. A

As sensibilidades e as representações acerca da infância pobre campinense, dando estas pertinências para a fundação da FAP, nos foi possível, sobretudo por meio dos principais periódicos circulantes¹¹¹, na cidade, no final dos anos de 1950 e 1960. Como narramos anteriormente, o Diário da Borborema se destacou dos demais jornais em decorrência de muitas vezes ter-se colocado ao leitor enquanto um meio de comunicação imparcial, “justo” por não deixar de informar o leitor campinense dos problemas da cidade, mesmo que àquilo que divulgasse desconstruísse o que a elite da urbe anunciava e representava. No entanto, percebermos uma espécie de “meio-termo” em suas publicações. Bem, expliquemos melhor. Nas edições pesquisadas encontramos matérias que elogiavam iniciativas públicas e privadas que culminaram no desenvolvimento da cidade e de sua população infantil, como a Campanha de Vacina Nacional de Erradicação da Varíola, bem sucedida na cidade, no ano de 1967 (Jornal o Diário da Borborema, 07 de abril de 1967). Em contrapartida, se o jornal elogiou de um lado, ele criticou de outro, e foi justamente por estas “censuras” que podemos ter o conhecimento parcial dos sentimentos, das percepções e das identificações que a população de Campina Grande tinha a respeito de suas crianças pobres.

A somar, o ano de 1967 se constituiu, em nossa análise, como o mais importante dentre as edições do periódico, porque nele, além da data que antecedeu a inauguração da FAP, diferentemente dos outros números de anos anteriores e posteriores, à infância pobre da cidade apareceu em constância, seja por ser visualizada enquanto desamparada pelos setores públicos, seja por ter sido acolhida e bem cuidada, em outros momentos pelas iniciativas governamentais e filantrópicas. No entanto, a primeira percepção se sobrepôs em relação à segunda. Nas matérias do Diário de Borborema, desse ano, que trouxeram como tema as

¹¹⁰ Campina Grande contava apenas com o Pronto Socorro Infantil, ambulatório que além de funcionar com deficiências, se restringia ao atendimento apenas emergencial.

¹¹¹ A história dos periódicos, de Campina Grande, ainda se apresenta enquanto silenciosa. No decorrer das pesquisas e análises desse corpus documental encontramos como entraves o conhecimento dos fundadores, os anos das fundações e circulações, aspectos que consistem como fundamentais para uma análise crítica desse tipo de fonte. O que talvez possa se explicar pelo pouco tempo de duração e circulação dos jornais da cidade. Dos periódicos que analisamos acima, apenas obtivemos informações vagas, mas que nos ajudaram a melhor analisar as matérias escolhidas. A respeito do Diário da Borborema, o que dentre todos apresentou maior duração de circulação, quase 40 anos, foi fundado em 02 de outubro de 1957. A criação partiu da promessa feita por Assis Chateaubriand em contemplar o povo campinense com este jornal diário. Pertencia aos Diários e Emissoras Associadas, que além do jornal, posteriormente, na década de 1960 criaram o primeiro canal de televisão da cidade, nomeado pelo mesmo título do jornal. Quanto a Evolução, apenas temos conhecimento que foi fundado em 1958, tendo uma tiragem curta, até 1959. Em relação ao Semanário Oficial, sabemos de seu vínculo a gestão governamental da cidade como seu periódico oficial. Nas páginas seguintes um outro jornal comporá nossa análise, intitulado, Gazeta Campinense, contando com duração máxima de pouco mais de um ano, fundado em 19 de março de 1960, circulando até 17 de dezembro de 1961; criado e gerido pela Diocese de Campina Grande.

doenças que acometiam à infância pobre da cidade, destacamos a da edição do dia 7 de abril, em que uma das páginas mostraram-se que as crianças apenas contavam com um serviço privatista de pediatria, estando as demais, ou a maioria, desamparadas por este serviço. Em outra página, de mesma data, foi enfatizada a condição enferma do corpo infantil, enquanto o mais acometido pelo já mencionado surto de varíola da cidade, sobretudo as crianças que residiam nos bairros populares de Campina Grande, a exemplo do Monte Santo. Para representar e comover, o jornal fez uso de imagens de crianças doentes, em lágrimas, incomodadas com os sintomas da doença, cujo corpo trazia os signos da enfermidade:



Foto 1- Crianças acometidas pela varíola

Fonte: Diário da Borborema, 07 de abril de 1967.

Na edição do dia 15 de abril, uma vez mais à infância pobre foi tida como desvalida e desprovida de assistência médica, ao denunciar os casos que abriram o capítulo 1, de crianças doentes, acometidas pela morte por meio de ações de sujeito "ignorantes" como o caso da pequena Rosete, as crianças vítimas de meningite e a outra vítima de infanticídio. Quando utilizamos o termo "ignorante" nos referimos à ignorância no sentido da ausência de uma sensibilidade pautada no cuidado, zelo e amor por parte dos médicos, autoridades políticas e a gente comum no trato das crianças, tomando como exemplo os casos citados.

Na concernente ao dia 8 agosto, o jornal destacou ações particulares da elite campinense quando foi fundado o Pronto Socorro Infantil, da médica Madalena Crispim (hoje

CLIPSE), uma ação, portanto, médica subsidiada pelo governo federal ao ter como mantenedora a previdência social. O que uma vez mais restringiu o acesso das crianças pobres da cidade quanto aos serviços de saúde especializados, pois sabemos que boa parte das crianças carentes, neste contexto, não tinham, seus genitores, enquanto contribuintes da previdência social, por não terem vínculo empregatício com carteira assinada. O que em nossa leitura, enfatizou a representação do infante campinense como sujeito desamparado pela saúde pública da cidade. Em uma edição do dia 13 de julho, a representação como desamparado e desvalido foi reafirmada quando noticiou o pedido de ajuda de doações de berço e alimento, da Irmã Edith Avelino¹¹², para o Lar Betel, instituição de caridade que se prontificava em cuidar de crianças abandonadas quando ainda doentes:

Há um problema cruciante - declara a Irmã- que é o da alimentação. Temos muitos recém-nascidos que precisam de leite. Pelo menos as crianças que foram abandonadas há pouco tempo, necessitam de cuidados especiais, como leite e cobertor para a época de inverno. Há ainda o caso dos leitos e berços, que são insuficientes. No início da semana, conseguiram dois berços. O número, entretanto, ainda é precário. Constante, - adianta Irmã Edith- deixam recém-nascidos em nossa porta. Alguns têm morrido enregelados, pois quando encontramos, já ocorreram muitas horas¹¹³

Fundada em 1961 e localizada no Bairro do José Pinheiro, mais um dos populares da cidade, sua administradora nos evidenciou o quanto era recorrente, em Campina Grande, a já considerada prática repulsiva de abandono de recém-nascidos, principalmente os que se encontravam em condições enfermas. Em outro trecho de suas falas ela contou aos leitores do jornal de um caso ocorrido no estabelecimento, ainda sua residência¹¹⁴, de uma criança que a mãe rejeitou por apresentar enfermidade na pele, se encontrando a mesma depois de seus cuidados saudável e contando com 11 anos de idade. A Irmã Edith, assim, apresentava leituras e percepções em relação à infância pobre que não correspondiam ao modo como a maioria a sentia e a representava¹¹⁵, ao pedir doações de alimentos e de berços, evidenciando a

¹¹²A nomenclatura “irmã”, designada para ela no periódico, está associada à religião que a referida senhora praticava, a saber, o protestantismo.

¹¹³ Entrevista da administradora da instituição, a senhora Edith Avelino, ao Jornal Diário da Borborema, em 13 de julho de 1967.

¹¹⁴Dizemos a casa porque no período em que se passou o ocorrido, o abrigo não havia sido institucionalizado, funcionando na residência de sua fundadora, se apresentando, ainda, em seus anos iniciais de funcionamento.

¹¹⁵É importante não desvincularmos a essas leituras e percepções a influência protestante quanto ao repúdio aos maus tratos e abandonos, práticas entendidas como falta de amor e compaixão ao próximo.

importância de se cuidar da criança, de não maltratá-la e abandoná-la. Em sua concepção, além de um sujeito indefeso, poderia ser num futuro próximo um sujeito de risco social, e do mesmo modo, que este sujeito, enquanto criança, pertencente à infância, necessitava de cuidados especiais. Requerendo, portanto, uma alimentação segundo seu organismo e um espaço apropriado para seu sono, o berço. O berço em seus dizeres, não era apenas o lugar do sono, mas do conforto, do alívio do frio e da proteção contra doenças, pois o leito compartilhado dava pertinência para que as enfermidades se proliferassem, principalmente quando se tratava da infância, faze da vida por si só frágil (Diário da Borborema, em 13 de julho de 1967).

Essas sensibilidades e representações presentes nos dizeres da irmã Edith, que reforçavam a especificidade da infância, também se apresentaram em outros periódicos, a exemplo do já citado a Evolução, na entrevista do deputado estadual Antonio Vital do Rêgo, ao tratar da urgência em se fundar uma instituição hospitalar para à infância pobre da cidade. Bem como, no Semanário Oficial de Campina Grande. Que numa matéria de capa estampou uma foto, com legenda intitulada “flagelo e desolação”. Nela uma criança se encontrava no “chão, mal coberta com “trapos”, a mãe ao lado, distante, desviava seu olhar para o tempo. A criança, assim se achava numa condição de destrato, desalento e solidão. Atentemos a imagem para elucidação:



Foto 2 - Criança em desalento

Fonte: Semanário Oficial de Campina Grande (1964)

O interessante foi que o dito periódico incidia no meio principal da prefeitura prestar contas dos seus serviços a população, sendo comum as benfeitorias, o que nos causou estranheza denunciar as condições precárias e o descaso em que encontravam mãe e filho após desabamento da casa¹¹⁶ em que moravam, localizada no bairro de Nova Brasília. A incoerência pôde ser passível de compreensão, se levarmos em consideração a possibilidade do fato ter acontecido antes da gestão do prefeito João Jerônimo da Costa¹¹⁷ quando a notícia foi divulgada; o acontecendo o desabamento no dia 19 de julho de 1964, assumindo o dito prefeito em 15 de junho do mesmo ano. Nossa leitura, assim, entendeu que esta publicação pode ser um meio de desqualificar a administração anterior do prefeito Newton Vieira Rique¹¹⁸, se utilizando das condições da criança e das sensibilidades em relação à infância pobre, que aqui também, foi representada como desamparada e desvalida. Posto que os três jornais analisados apresentaram uma temática comum, a da mortalidade infantil. A evolução na referida matéria que consta a entrevista do Vital do Rêgo recorreu à mortalidade infantil para justificar a emergência do hospital (Jornal a Evolução, Campina Grande, 05 de maio de 1959). Não diferente, no Semanário oficial na edição citada acima (Semanário Oficial, Campina Grande, 19 de julho de 1964) passou a disponibilizar, desde então, o número obituário de crianças acometidas pela morte, sobretudo nos bairros populares da cidade. Um número, que se apresentava assustador.

Segundo dados da Secretária de Saúde do município, em maio daquele ano, morreram 56 crianças no bairro do Monte Santo, 23 no Cruzeiro e 33 no José Pinheiro, um total de 113 crianças em relação a 40 do total de adultos que morreram nos mesmos bairros, no mesmo período (Semanário Oficial, Campina Grande, 19 de julho de 1964). Em outro quadro obituário, porém baseado nos serviços de sepultamento dos cemitérios da cidade, o número foi ainda mais assustoso. No cemitério localizado no bairro do Monte Santo, 113 crianças foram sepultadas no mês de julho, 475 no José Pinheiro e 21 no Cruzeiro, este último com capacidade inferior aos demais; no total foram computados 609 sepultamentos de crianças e 132 de adultos (Semanário Oficial, Campina Grande, 09 agosto de 1964). O estado de mortalidade infantil somado as representações e sensibilidades apresentadas nas páginas antecedentes, acabaram que moldando a identidade infantil pobre desta cidade como aquele que além de frágil e vulnerável, era ainda desvalida, desamparada, desassistida, doente, enferma e desnutrida. Assim, à infância dos anos dos 1960 é aquela que sofreu, que chorou,

¹¹⁶ Não esqueçamos que a habitação, desde os anos 1960, passou a fazer parte dos indicadores de promoção da saúde e do bem-estar da população.

¹¹⁷ Prefeito entre 15 de junho de 1964 a 30 de novembro de 1964.

¹¹⁸ Prefeito entre 30 de novembro de 1963 a 15 de junho de 1964.

por dor, por comida, por frio, por abandono, pela falta de carinho e proteção; por isso, adoecendo, agonizando e sucumbindo até morte. Uma morte que na maioria das vezes não se dava no espaço hospitalar, após os cuidados e a assistência do saber médico-pediátrico, mas na vista de parentes, vizinhos ou mesmo tendo unicamente como testemunhas a noite, o luar e o silêncio das ruas, quando abandonadas assim que vinham ao mundo. E o leitor não se engane, não estamos no Rio de Janeiro, nem tão pouco no final do século XIX, quando nos narrou o pediatra Carlos Arthur Moncorvo Figueiredo situação semelhante. Ainda que a narrativa, o tempo e o espaço sejam outros, as sensibilidades, as representações, a identidade e as práticas relacionais parecem se confundirem.

Passaram-se quase dez anos, as autoridades campinenses propositalmente não liam, não se apropriavam dessas representações que demonstravam a importância e a necessidade da cidade e de suas crianças em serem contempladas com a fundação de um hospital infantil. Podemos dizer, que num território de concorrências, de representações, outros seguimentos da elite campinense, não deixaram de denunciar, não deixaram de enfatizar esta necessidade, por meio de representações da cidade e de suas crianças enquanto atrasada, suj, de gente doente, a mercê do descaso da Saúde Pública¹¹⁹ (Diário da Borborema, Campina Grande, 15 de abril de 1967).

3.3 O nascimento do Hospital Fundação Assistencial da Paraíba – FAP

Não lhes passando despercebido e, portanto compartilhando dessas representações e sensibilidades, o médico holandês Cornelius Rújter numa segunda visita feita a Campina Grande, no início da década 1960, percebeu as precariedades dos serviços de saúde da cidade e os problemas referentes a estes que afetavam à infância pobre de Campina Grande, sobretudo a mortalidade infantil:

Depois de um certo tempo, em nova oportunidade de visitar Campina Grande, aquele médico sentiu um dos seus mais angustiados problemas: a mortalidade infantil. E resolveu que deveria ser construído um Hospital

¹¹⁹ É interessante que no decorrer da década de 1960 parece haver com mais ênfase a circulação de representações, em Campina Grande, que buscam enaltecer a necessidade de amparo a infância, assim como a condenação a práticas que demonstram desamparo, falta de assistência e proteção, tais como doenças e óbitos por enfermidade e infanticídio. O periódico, o Diário da Borborema, apresenta matérias recorrentes abordando essas temáticas, principalmente no ano de 1967. Logo, percebemos mudanças nas sensibilidades em relação à infância.

Infantil em nossa terra. Traçou os planos. Angariou meios na Holanda (Jornal Diário da Borborema, 15 de abril de 1967).

Anterior a esta visita que culminou na elaboração do projeto que resultou no hospital FAP, o médico já havia visitado Campina Grande em outra oportunidade, provavelmente no ano de 1962. Isto porque, Dr. Rújter deve ter tido conhecimento da cidade e da suas problemáticas por intermédio de outros holandeses que antes dele, já prestavam a população pobre alguns serviços de saúde. Tratou-se primeiramente do Serviço de Enfermagem Cruz Branca e Amarela, que desde o final da década de 1950 oferecia educação higiênica, preventiva e medicalizadora a população pobre, especialmente as crianças desvalidas que moravam distantes do mencionado “núcleo hospitalar” (Gazeta do Povo, Campina Grande, 17 de dezembro de 1961). Na percepção do médico estas moças realizavam “um trabalho altruísta, dedicado, apostólico”(Jornal Diário da Borborema, 15 de abril de 1967), pois não hesitavam em caminharem por horas a pé, pelas estradas de terra, na ausência de transporte e intra-estrutura nos espaços em que atuavam¹²⁰, para levar socorro e conforto aos que se encontravam doentes (Jornal Diário da Borborema, 15 de abril de 1967).

O professor H.P.A Van Roomalen foi outro sujeito conterrâneo do médico que o pôde ter informado a respeito. O mesmo foi nomeado diretor do Instituto Municipal do Bem Estar Social da Província de Limburgo, Holanda. Sendo indicado pelo governo dos Países Baixos para orientar por três anos o serviço de enfermagem Cruz Branca e Amarela que se apresentava em fase de ampliação de suas atividades, em Campina Grande, no ano de 1961. A presença do professor especialista no serviço partiu de pedido do governador do Estado Pedro Gondim ao Ministério das Relações Exteriores e por solicitação do Serviço de Enfermagem da cidade (Gazeta do Povo, Campina Grande, 17 de dezembro de 1961). Na primeira visita, tendo o próprio médico conhecimento do que ouviu falar, providenciou para que outras enfermeiras viessem realizar o serviço assistencial, no intervalo de tempo que ele obtivesse meios para financiar a construção do espaço hospitalar e equipamentos de modo a promover seu pleno funcionamento. Como mostramos, no seu planejamento, o hospital deveria ser especializado, particular para o público infantil, com prioridade as crianças de baixo poder aquisitivo. Todavia, este projeto jamais resultou em prática porque, do mesmo modo, não foi comovente para sensibilizar as autoridades públicas a contribuírem não apenas para sua inicial construção, bem como para sua manutenção posteriormente:

¹²⁰As ditas moças atuavam nos bairros pobres da cidade, inclusive nas imediações do Bairro do Bodocongó.

Entretanto, o plano de construção daquele Hospital, por várias razões, não pode ser levado adiante. A comunidade campinense ainda não comportaria um hospital dedicado, apenas, as crianças. Não, porque não tivesse a quem assistir. Razões de ordem econômica, entretanto, falaram mais forte ¹²¹

Na leitura do médico, quando o mesmo disse que a cidade não comportaria ter um hospital especializado à infância, ele não estava se restringindo aos aspectos de ordem econômica, apesar de este ter importante significância; mas incluiu os de teor cultural. Em sua concepção os habitantes da cidade não apresentavam ainda práticas e sensibilidades em relação à infância em que seu cuidado e sua proteção numa relação com o saber médico e o hospital fossem ações cotidianas e normais. Esta prática relacional ainda consistia numa relação de alteridade e estranhamento por parte dos campinenses. Isso não quer dizer que os campinenses na relação pai/filhos não aprestassem sensibilidades de amor e carinho. O que estamos ressaltando é que parte destes sujeitos, até o momento analisado, não se apropriaram do modo de se relacionar com à infância como culturalmente entendia o médico Rújter. Destarte, em suas representações Campina Grande não apresentava aspectos que a pudesse representar enquanto moderna e desenvolvida. Ora, segundo ele, sua população era doente, suas crianças eram desprovidas de assistência e cuidados médicos, sua cartografia e seus espaços apresentam sujidades. Aspectos, que em sua concepção, desprovida destes serviços de saúde, não poderia a “Rainha da Borborema” se fazer enquanto textualidade que permitisse lida, interpretada e representada como moderna e prospera (Diário da Borborema, Campina Grande, 15 de abril de 1967).

Segundo Andrade (2012) essas representações do médico também foram divulgadas numa entrevista ao jornal holandês Clamavi, suscitando incomodo por parte da elite da cidade, que defendia seu status de moderna, requerendo retratação por parte do médico. O fato foi que médico Rújter, por meio destas representações, sobretudo da elevada mortalidade infantil, conseguiu recursos financeiros junto aos governos holandês e alemão para construir e dotar o hospital de equipamentos modernos para seu funcionamento.

Se o hospital não poderia ser especializado, cabia como solução sê-lo um Hospital Geral, que pelo caráter filantrópico e assistencial, foi nomeado inicialmente de Fundação Assistencial da Paraíba-FAP. Conquanto, à infância teria nele prioridade, não apenas nos serviços, assim como, no espaço dedicado a ela no interior do hospital: “Segundo informou o dr. Cornelis Rújter (...) A primeira ala a entrar em funcionamento será a que corresponde a ala

¹²¹ Entrevista do médico Cornelius Rújter ao Jornal Diário da Borborema, em 15 de abril de 1967.

destinada as crianças, entrando em função, pouco a pouco, as demais dependências” (Jornal Diário da Borborema, 15 de abril de 1967). Assim, a FAP se institucionalizou, enquanto um espaço hospitalar que mesmo atendendo a mulheres e homens adultos, destinou as crianças prioridade em seu atendimento. Contando com 110 leitos, num espaço de aproximadamente 4.300 metros quadrados e dotada de modernos equipamentos doados pelo governo holandês, como veremos no capítulo seguinte, iniciou seus trabalhos no dia 02 de maio de 1968. Sua gestão foi entregue a um Conselho Diretor da Fundação, composto de 13 brasileiros e um estrangeiro do mencionado país¹²², pois ainda segundo Rújter “Este é um trabalho feito para os brasileiros. E a eles será entregue. Nós aqui não permaneceremos” (Jornal Diário da Borborema, 15 de abril de 1967). Bem, o leitor pode está se perguntando: se o médico holandês, junto com as entidades filantrópicas e o governamentais deste país não tinham pretensão de manter o controle sob a gestão do hospital após a fundação, então porque a Holanda associada a outros países investiram no empreendimento? Uma parte deste questionamento já foi respondida, a de que o médico se sensibilizou pelas condições já ditas da infância campinense no período. Isto, porém, não dá conta de explicação, até porque se submetêssemos a esclarecermos sua fundação apenas por este meandro estaríamos realizando uma análise tradicional e salvacionista da medicina e dos sujeitos envolvidos na prática. Devemos entender, que desde o início do século XX, países como a Holanda, os Estados Unidos entre outros, financiaram programas em outras nações no intuito de promover a saúde, a educação e o bem-estar de suas populações, com ênfase em combater a mortalidade infantil, principal problemática dos países “subdesenvolvidos”, promovida pelo raquitismo e pela desnutrição¹²³. As nações escolhidos consistiam naquelas que apresentavam condições agravantes, especialmente nestes setores, a exemplo do Brasil, o que os desqualificava enquanto atrasados e até mesmo de gente “inculto” e ignorante.

De acordo com Faria (2003), apesar do espírito humanitário articulado, seja ao catolicismo, seja ao protestantismo, terem estimulado essas ações, há filantropia esteve imbricada há interesses no que concerne há uma espécie de “imperialismo” digamos econômico, político e cultural. Intervir nesses países financiando programas de saúde, permitia aos investidores novos mercados de consumidores, matérias-primas e sujeitos a disposição para experimentos de conhecimentos científicos recém desenvolvidos. E o mais importante, a mentalidade já histórica de que os europeus e mesmo os americanos do norte,

¹²²Tendo como representante do município José Gaudêncio e do Estado Lopez Andrade.

¹²³Segundo Macêdo(2003) a desnutrição é todo o desvio de nutrição normal, tanto para mais, quanto para menos. Para este contexto, a subnutrição parece enquanto relacionada à infância.

enquanto sujeitos oriundos de países de elevado desenvolvimento cultural, incluindo-se como produtores e disseminadores do saber e da ciência, se achavam na missão de “educar” outros países, desde então, também, pela ciência. Fazendo isso, estes sujeitos e os países que representavam se posicionavam enquanto colaboradores do desenvolvimento e da prosperidade da humanidade, ao promoverem o bem-estar de outros sujeitos, sobretudo às crianças e o melhoramento dos serviços de saúde nos países em que se realizava a interferência:

È uma organização particular, sustentada por entidades holandesas. Nem o próprio governo da Holanda tem ingerência na obra. Apenas doou o equipamento, revelando um elevado senso de integração nos problemas sociais do mundo. PARA OS BRASILEIROS.¹²⁴

Reafirmou, o médico Rújter, uma vez mais, a anulação de qualquer intenção por parte dos holandeses em gerir a instituição, se resultando a ação em somente fundar e equipar o espaço hospitalar. Ficou-nos evidente que nações como a Holanda se representavam como colaboradoras do projeto desenvolvimentista empreendido pelo Regime Militar dos anos de 1960-1970. Assim como amiga e aliada de outros povos ao ter-se colocado disposta a ajudá-los a solucionar problemas sociais, os quais sozinhos não conseguiriam dar conta de solucioná-los. Uma prática, aliás, recorrente entre os holandeses, sendo a ação realizada em Campina Grande apenas uma de tantas já cumpridas pelo “mundo afora”, pois segundo, ainda o médico a sua obra, bem como a de seus conterrâneos consistiu em: “(...) estende-se por muitos países, construímos, organizamos e entregamos ao povo, para quem se destina” (Jornal Diário da Borborema, 15 de abril de 1967).

3.4 Construindo uma “geografia de ações”

A promoção do desenvolvimento da cidade por meio da saúde e da ciência que os holandeses acreditavam está trazendo para Campina Grande se tornou concreto e mesmo histórico, quando erguido a arquitetura hospitalar da instituição, vinculando o lugar as práticas holandesas na “Rainha da Borborema”. Muito embora não deixemos de considerar que apenas o relato feito pelo médico da projeção do hospital já o tornava um “espaço

¹²⁴ Entrevista do médico CorneliusRújter ao Jornal Diário da Borborema, em 15 de abril de 1967.

existencial”, narrado; a partir das demarcações de como ele seria: seus leitos, alas, divisões, equipamentos e serviços. Um espaço, um lugar-praticado, portanto, por ser uma futura geografia de ações, intervenções, caminhadas de médicos, pacientes e funcionários. A respeito, o lugar que a prefeitura da cidade disponibilizou para sua construção, se localizava em uma das partes do bairro do Bodocongó. De acordo com as memórias do senhor José da Guia Carneiro, aquela cartografia consistia em uma paisagem ruralizada:

Quando foi construído aquele Hospital da FAP, pelos holandeses, ali era, como se fosse dizer hoje em dia, para ser mais claro, ali era como se fosse fazendas, terrenos públicos. Foi doado aos holandeses, eles construíram, eles mesmos, com padres, frades, não sei se era padre ou frade, só sei que eles mesmos pegavam na máquina para trabalhar, e fundaram a FAP, a Fundação Assistencial¹²⁵.

As memórias do colaborador nos permitiram conhecer um pouco daquela cartografia antes da construção da instituição e de como a mesma veio a alterar aquele lugar incluso em um espaço, bairro denominado Bodocongó, cuja delimitação correspondia, na época, ao que hoje é a Universidade Federal de Campina Grande, o açude de Bodocongó, e até a aproximadamente toda a geografia que abarca o Hospital na contemporaneidade. A parte correlativa as proximidades da instituição de ensino superior¹²⁶ era compreendida por algumas casas, tendo ao lado a famosa fazenda de Bento Figueiredo, conhecida como propriedade de “seu Belim”¹²⁷ e a S.A Indústria Têxtil, nas margens do açude. Do manancial em diante, apenas haviam fazendas e terrenos de propriedade pública e particular. Assim, no lugar em que foi erguida a FAP, ao invés de gente, casas e estradas, mesmo que de barro, tinha-se uma paisagem composta de vacas, bois, pastos e plantios, ou simplesmente mato, sem que houvesse se quer, um caminho que levasse aquela territorialidade verde e bucólica. Na fotografia que se segue pudemos perceber alguns destes traços:

¹²⁵ Relato do senhor José da Guia Carneiro,funcionário da Faculdade de Medicina desde 1970. E hoje, como curso de Medicina se encontra articulado a Universidade Federal de Campina Grande, se constitui como empregado desta instituição.

¹²⁶Relato do senhor José da Guia Carneiro,funcionário da Faculdade de Medicina desde 1970. E hoje, como curso de Medicina se encontra articulado a Universidade Federal de Campina Grande, se constitui como empregado desta instituição.

¹²⁷Relato do senhor José da Guia Carneiro,funcionário da Faculdade de Medicina desde 1970. E hoje, como curso de Medicina se encontra articulado a Universidade Federal de Campina Grande, se constitui como empregado desta instituição.

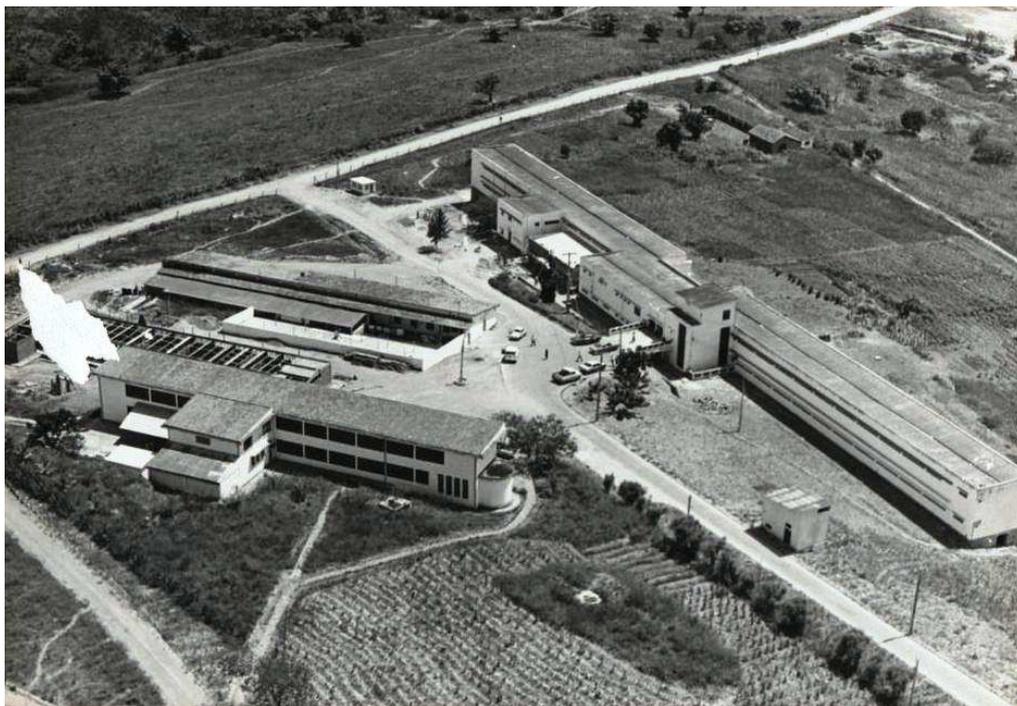


Foto 3- Vista aérea do Hospital Escola Fundação Assistencial da Paraíba
FAP(aproximadamente início da década de 1970)

Fonte: Acervo do Departamento de Medicina da UFCG

Embora a imagem se refira possivelmente ao início dos anos de 1970, quando já fundado o hospital, e este já estando vinculado a Faculdade de Medicina de Campina Grande, permite ao leitor perceber que, mesmo erguido o hospital, aquele lugar, ainda continuou a apresentar traços de ruralidade, ausência de casas e moradores, corroborando que anteriormente a fundação da instituição, a cartografia nada mais era que um lugar verde. Os caminhos de terra que conduziam ao hospital só passaram a ter existência por meio de sua construção. Construção, aliás, que segundo o colaborador partiu do trabalho braçal e do maquinário dos próprios holandeses, sobretudo, membros da Igreja Católica provenientes do mesmo país. Apesar de o senhor José da Guia Carneiro não ter conseguido lembrar com clareza a ordem religiosa da qual esses homens eram membros, nos elucidou, no entanto a presença de ações caritativas tanto na fundação do Hospital quanto em seu funcionamento, aspectos a serem tratados no capítulo seguinte.

Por outro lado, se prosseguirmos a analisar a fotografia acima, perceberemos as preliminares mudanças que a FAP acarretou naquele lugar. A demarcação geografia se representou bem considerável, sua edificação em três grandes blocos e as vias de acesso requereram um vasto desmatamento. E outra, pelas dimensões de sua arquitetura não podemos cogitar que sua construção apenas tenha se dado pelo trabalho dos religiosos. Isto

porque, na matéria da edição do Diário da Borborema do dia 15 de abril de 1967, o médico Rújter afirmou não ter recebido ajuda de custo governamental para financiar a construção, exceto vinte milhões de cruzeiros dotada do deputado Plínio Lemos. Toda a obra que fazia parte do conjunto que ocupava 100.000 metros quadrados, incluindo os espaços entre um bloco e outro, foi praticamente paga pela cooperação do povo holandês e alemão para com os brasileiros. Verbas que vieram não apenas para a compra de material de construção, bem como para financiar a mão-de-obra profissional que auxiliou a religiosa na edificação do hospital. Erguida a FAP, outras instituições foram fundadas nas proximidades.

Os holandeses, desse modo, estabeleceram posteriormente ou mesmo simultaneamente a Igreja Nossa Senhora do Perpetuo Socorro, conhecidamente como Igreja do Bodoncongó e ainda mais próximo à instituição hospitalar, a Escola Técnica Redentorista¹²⁸, que segundo Bélens (2013), foi fundada no ano de 1975 pela iniciativa dos padres Pitiá e Adriano Back, sendo o primeiro clérigo o mesmo responsável pela criação da mencionada basílica. Os holandeses ainda disponibilizaram os equipamentos elétricos de modo a viabilizar o ensino profissionalizante. A Escola, assim como o Hospital, se representavam como mais um signo da modernidade e do desenvolvimento implantado pelos holandeses em terras campinenses, fazendo parte, a instituição educacional, do projeto tecnicista e desenvolvimentista do regime militar para a cidade, o Estado e as regiões vizinhas. Há de se acrescentar como parte desse projeto, a fundação da Faculdade de Medicina de Campina Grande, datada no ano de 1968. Mais uma instituição de ensino que, além de modificar aquela cartografia quando construído o estabelecimento de educação médica próximo ao que viria a ser o Hospital, acabou que surgindo em função deste. Dizemos isto, porque, ainda que, o projeto da fundação da faculdade e a doação para seu terreno¹²⁹ sejam anterior a fundação da FAP, ela só foi possível em decorrência de já ser sabido que a cidade viria a ser contemplada com o referido hospital, em decorrência de sua arquitetura se encontrar praticamente pronta no ano de 1967, segundo relata o Diário da Borborema, em matéria intitulada “Hospital para Brasileiros”, ilustrou a foto que se apresenta abaixo:

¹²⁸De acordo com Bélens (2013), a Escola Técnica Redentorista tinha como mantenedora a Congregação advinda da Holanda do Santíssimo Redentor (Redentorista). Uma escola de caráter filantrópico e comunitário, organizada para a formação profissional de jovens das classes menos favorecidas. Nele se oferecia cursos de eletrônica e telecomunicações.

¹²⁹ A doação do terreno data em 26 de fevereiro de 1964.



Foto 4- Finalização das obras do Hospital Fundação Assistencial da Paraíba-FAP

Fonte: Jornal o Diário da Borborema, 15 de abril de 1967.

Como mostramos no capítulo anterior, Campina Grande já contava com uma considerável rede médico-hospitalar, embora deficiente e incoerente com os preceitos da medicina hospitalar moderna. Mesmo assim, as instituições existentes não apresentavam gestões que pudessem transformar seus espaços em escolas de medicina, para a Faculdade de Medicina, da cidade, que quando institucionalizada, correspondia enquanto privada e mantida em conjunto com a Sociedade Médica Campinense. Destes estabelecimentos de saúde incompatíveis tinham-se os hospitais Pedro I e o Alcides Carneiro¹³⁰, instituições que apresentavam fins lucrativos para o caso do primeiro de forma parcial, e vínculo federal para o caso do segundo. A FAP, por ser isenta destas articulações se apresentou como possibilidade de espaço para a realização do estágio obrigatório dos alunos do estabelecimento recém-fundado. Não entraremos aqui em detalhes sobre, porque no capítulo 4 trataremos melhor de sua fundação e de sua associação com a FAP, cujo estreitamento de laços entre as instituições, a de ensino e a hospitalar, fizeram do Hospital uma escola em que os alunos colocavam em prática os ensinamentos teóricos da medicina.

¹³⁰ A respeito da nula possibilidade desses hospitais vierem a serem escolas, está presente em matéria do Jornal Gazeta do Povo, da edição do dia 29 de maio de 1960, cuja capa estampa as justificativas de Campina Grande, naquele momento, apresentar incompatibilidade de ser contemplada com este estabelecimento de ensino, estando entre os motivos a ausência de um hospital-escola.

Porquanto, nos pareceu inegável que a construção da FAP, naquele lugar inerte e nas suas adjacências, modificou, ou mesmo “inventou” naquela paisagem, uma outra paisagem, a tornando uma geografia de novas arquiteturas, de ações, de pessoas, de caminhadas. De caminhadas de pequeninos pés humildes, que após a sua fundação recorriam aos seus serviços de saúde para sanar dor e desconforto; caminhadas de médicos, professores e alunos que realizavam pesquisa, experimentos e atendimentos gratuitos aos que para lá se dirigiam; caminhadas, também, de estudantes pobres que encontravam na Escola Técnica uma possibilidade de ascensão financeira; e, por fim, caminhadas de peregrinos, que devotos de Nossa Senhora do Perpetuo Socorro, se destinavam a Igreja para pedirem seu auxílio, ou mesmo agradecerem pelo apoio da santa recebido. Para o senhor José da Guia Carneiro falar deste espaço é falar destas quatro caminhadas, porém com ênfase as três que se encontram articuladas pela ação holandesa em suas respectivas fundações:

Os holandeses, eles mesmos construíram (...) fundaram a FAP, Fundação Assistencial. Atendia a comunidade, pobres e fazia até doações de roupas, feira-básica, atendimento as crianças, saia nas casas, fazia pesquisa sobre doenças de crianças, dos adultos, dos idosos. Depois eles criaram também o Redentorista, que era uma Escola técnica e que ainda hoje funciona, muito boa por sinal! Criaram a Igreja Nossa Senhora do Perpetuo Socorro e então esses três eram oligárquicos. Hoje, são separados, mas naquele tempo era, quando se falava nos holandeses, falava em Hospital da FAP, Redentorista e a Igreja¹³¹.

Em suas memórias as três instituições, portanto, aparecem vinculadas, usando nosso colaborador o termo “oligárquicos” para definir essa relação. Acreditamos que os mesmos padres ou pelos alguns deles participaram da criação dos estabelecimentos, apesar de não sabermos, até o momento, localizarmos o ano da fundação da Igreja, tendo a possibilidade de anteceder a própria FAP. Todavia, considerando nosso corpus documental frisamos pela ordem que se seguiu da FAP, a Igreja e por último a Escola Técnica. Outra particularidade da FAP, também se referiu, como acabamos de mostrar, a sua localização quando comparada a cartografia hospitalar da cidade. Por ter sido construído no bairro do Bodoncongó, o Hospital

¹³¹Relato do senhor José da Guia Carneiro,funcionário da Faculdade de Medicina desde 1970. E hoje, como curso de Medicina se encontra articulado a Universidade Federal de Campina Grande, se constitui como empregado desta instituição.

ocupava uma territorialidade distante e alheia do chamado “núcleo hospitalar”, atribuindo a ele a característica de uma instituição, digamos afastada da cidade, por ser distante do seu centro, o que não mais condizia com os preceitos da medicina moderna.

A respeito, tecemos algumas considerações. O terreno para a construção do hospital partiu provavelmente de um requerimento feito pelo médico Rújter ou de uma outra pessoa envolvida no empreendimento, redigido e enviado a Câmara de Vereadores da cidade, haja vista ser este o procedimento legal e jurídico para determinado fim. Se o hospital foi construído naquele lugar, foi porque a mesma instância aprovou o pedido. Consequentemente, para a escolha do terreno, considerou-se a disponibilidade das terras públicas pertencentes ao município, bem como o público que viria a ser contemplado com os serviços da instituição. No que concerne aos terrenos, o senhor José da Guia Carneiro relembrou em uma de suas falas, que parte das terras do Bodocongó eram públicas, sendo, portanto, mais viável para prefeitura doar um pedaço de terra que a ela pertencia, e em um lugar desvalorizado, do que a compra de um terreno dispendioso no centro. Há de pensar que a própria cartografia hospitalar da cidade, já se encontrava bastante povoada por hospitais, por casas e por outros estabelecimentos, não suportando um hospital com as tamanhas dimensões apresentadas, nem tão pouco permitiria uma possível expansão futura. Muito embora sua arquitetura, possivelmente foi elaborada ponderando o tamanho do terreno doado, por isso a amplitude de suas extensões.

Se consideramos as indicações do Estudo da Rede-Médico Hospitalar de Campina Grande, publicada no ano de 1965, os hospitais deveriam ser construídos de modo acessível ao público que contemplava. Não sendo este o caso dos hospitais que antecederam a FAP, pois boa parte deles se localizavam distantes e inacessíveis da população pobre. Doravante, a rede hospitalar da cidade foi elaborada e erguida para a elite campinense. Talvez, os vereadores que aprovaram a doação do terreno tenham estimado esta problemática ou simplesmente a ação de tal escolha tenha partido da necessidade de afastar os pobres desta cartografia elitizada. Infelizmente não podemos comprovar nem uma, nem outra proposição, porque a fonte a respeito¹³² não se apresenta conservável. Apesar de que, não estamos aqui lançando hipóteses infundadas, mas baseadas em nossas leituras do corpus documental e da

¹³² Referimo-nos ao requerimento elaborado e enviado a Câmara de Vereadores para doação do terreno e sua possível construção. Obtivemos informações da existência do tido documento, porém nas pesquisas que realizamos, com muito pesar, não mais o encontramos. Isto, devendo-se, as péssimas condições de armazenamento dos documentos produzidos pela Câmara de Vereadores de Campina Grande, cujo arquivo, se é que podemos assim nomear, se apresenta sujo, fechado e desorganizado. Nestas condições, diariamente, atas, requerimentos e etc. se deteriorizam e se perdem.

bibliografia disponível a respeito, o nos deu pertinência para acreditarmos em todas as hipóteses lançadas, já que uma não elimina a outra. Mesmo assim, sua localização num bairro periférico da cidade acabou sendo compensatória, afinal seu público-alvo, as crianças e as comunidades carentes da cidade e seus arredores, passaram a contar tanto com uma instituição que oferecia serviços especializados e gratuitos, quanto com um hospital que se mostrava geograficamente mais próximo e acessível dos bairros em que os índices de mortalidade infantil se apresentavam mais agravantes, a exemplo do Monte Santo, denunciado recorrentemente nos períodos circulantes e analisados até o momento. A imagem que se segue abaixo nos esclareceu a respeito desta imediação:



Foto 5- Proximidade da FAP com o bairro do Monte Santo (aproximadamente início da década de 1970)

Fonte: Acervo do Departamento de Medicina da UFCG

A fotografia acima foi retirada a partir de um ângulo que deu-nos pertinência de visualizarmos o bloco da Maternidade da FAP, no centro, na sua esquerda um compartimento de emergência e por cima, de longe, uma parte urbanizada, cercada por casas e ruas e que, possivelmente, correspondia ao mencionado bairro do Monte Santo e, um outro, denominado de Jeremias. Na fotografia, também, datada do início dos anos de 1970, o leitor tem, assim, a possibilidade de perceber e relacionar esta proximidade. Se o mesmo leitor, ainda lembrar das primeiras palavras proferidas na abertura deste texto dissertativo, especificamente na

introdução, atentar-se que foi citado à proximidade do hospital para com outro bairro popular da cidade, o Alto da Bela Vista, cuja imediação permitia a historiadora, quando criança, visualizar com detalhes a arquitetura da FAP. Este outro bairro não aparecendo na imagem em decorrência da posição e da intencionalidade do sujeito que fotografou aquela espacialidade, visando provavelmente enfatizar a arquitetura hospitalar.

Dessa forma, a mesma fotografia ainda tornou perceptível o conhecimento da arquitetura da instituição, que se apresentava em pavilhões-blocos de no máximo dois andares. Neste mesmo capítulo, ao falarmos da paisagem anterior a FAP, fizemos uso de uma fotografia aérea daquele espaço, e na mesma ficou-nos evidente esta arquitetura hospitalar composta de três pavilhões-bloco. Primeiramente um maior, e outros dois menores. Em outra fotografia de mesma época não apenas visualizamos esta arquitetura, bem como compreendemos que estes blocos desempenhavam funções diferentes:



Foto 6 - Ambulatório da FAP (aproximadamente início da década de 1970)

Fonte: Acervo do Departamento de Medicina da UFCG

Desse modo, o hospital apresentava uma divisão exterior das funções que desempenhava. O bloco acima era responsável, especificamente pelo atendimento ambulatorial, serviços desempenhados por professores e alunos da Faculdade, explicitado, o convênio, em letreiros grandes. O colaborador, José da Guia Carneiro, rememorou que este setor desempenhava a função de uma policlínica. Nele as crianças eram atendidas, clinicadas,

medicadas e quando necessária internação, encaminhadas para o setor hospitalar de internamento infantil, designadamente a ala da Maternidade, que se localizava no bloco anterior como mostramos¹³³. Vejamos o mesmo sob outra direção e ângulo:



Foto 7: Maternidade da FAP(aproximadamente início da década de 1970)

Fonte: Acervo do Departamento de Medicina da UFCG

Segundo Sanglard (2008) o hospital enquanto instituição reunida numa área, porém tendo seus serviços separados em blocos, se constituía como modelo arquitetônico comum aos hospitais modernos que foram construídos no Brasil, a partir dos anos de 1920. Um modelo, aliás, comum na arquitetura de hospitais franceses, alemães e acrescentamos holandeses. A Arquitetura da FAP, resultando, portanto de um projeto médico, europeu e holandês não poderia se distanciar deste padrão, devendo seu projeto arquitetônico ser conivente com os preceitos da higiene moderna hospitalar que, de modo, a promover a saúde e evitar surtos de contaminação no interior dos hospitais, entendia que as alas de maior risco, como as de internamento, deveriam ser reservadas e distantes, até certo ponto, dos demais serviços e alas, dentre eles o ambulatorial. A FAP, assim, segundo as imagens apresentadas, apresentava explicitamente esta separação, sobretudo se considerarmos que o seu público em destaque correspondia à infância. Uma infância, que mesmo em Campina Grande era lida

¹³³Relato do senhor José da Guia Carneiro,funcionário da Faculdade de Medicina desde 1970.

como frágil e vulnerável as enfermidades, fragilidade esta que começava desde o berço, desde o nascimento, desde a maternidade. Além da Maternidade e o Ambulatório, o bloco menor possivelmente exercia funções como copa, cozinha, lavanderia e atividades relacionadas ao mantimento da higiene do hospital. Para o caso da FAP, Sanglard (2008) ainda nos exemplifica que as instituições hospitalares, se tratando de Brasil, em que as verbas públicas faltavam com recorrência, construí-los em blocos e por parte, facilitava quando não se tinha capitais suficientes para que os pavilhões fossem erguidos concomitantemente. No que concerne a FAP, que não contou com a ajuda financeira governamental, sendo necessária para sua construção até mesmo o trabalho eclesialístico caritativo, como narrou-nos o senhor José da Guia Carneiro, realizar sua edificação por meio desta prática e arquitetura se apresentou viável. Em conjunto com esta estrutura arquitetônica, a FAP também não destoava dos hospitais modernos quanto à área que abrangia. Nos seus 100.000 metros quadrados, se aproximava das dimensões de instituições como o Hospital Virchow, de Berlim, contando 244.000 metros quadrados e o Hospital das Clínicas do Rio de Janeiro, com seus 144.000 metros quadrados.¹³⁴

Bem, até aqui, analisamos os meandros que deram pertinência da fundação da FAP na cidade, considerando as representações, as leituras e as sensibilidades acerca de sua cartografia e da sua infância pobre. Historicizamos seu engatinhar até seus primeiros passos, passando pela construção, pelas mudanças que acarretou num dado lugar e pela sua projeção como hospital moderno dedicado a cuidar da infância carente campinense. Da seguinte maneira narrada, o leitor apenas conheceu uma pequena parte de sua história. História, que até o momento, se deteve em tornar conhecido o seu exterior. No seu interior, no seu cotidiano, porém, é que está o “coração” daquilo que buscamos conhecer e decifrar, as representações, as sensibilidades e a identidade ou mesmo as identidades, que médicos, pediatras em conjunto com estudantes, professores e enfermeiras prescreveram as nossas crianças “desvalidas”. Afinal nossa caminhada não chegou ao fim e neste aspecto, apenas estamos no começo! Seguimos então...

¹³⁴SANGRARD, 2008, p. 150.

4 CAPÍTULO IV - POR ENTRE PAREDES, “CUEROS”, LEITOS E BERÇOS BRANCOS: VIVÊNCIAS INFANTIS E PRESCRIÇÕES IDENTIÁRIAS MÉDICO-PEDIÁTRICAS NO HOSPITAL-ESCOLA FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL DA PARAÍBA-FAP



Foto 8- Atendentes de enfermagem, da FAP, desobstruindo as vias respiratórias de um bebê (década de 1970)

Fonte: Acervo do Departamento de Medicina da UFCG

Durante a elaboração, desde capítulo, ficamos inquietados no “como” iniciá-lo. Queríamos trazer para o leitor uma aproximação para com as mudanças históricas ocorridas na FAP e nos serviços pediátricos de forma diferenciada da que realizamos nos demais tópicos, os quais foram principiados com a fala dos sujeitos que vivenciaram o contexto que analisamos. Desse modo, como a presente “peça” do texto, busca “iluminar” o olhar e as sensibilidades do leitor quanto ao que transcorria no interior desta “geográfica de ações”, pensamos: por que não começarmos apresentando, por meio de um outro texto, de uma imagem, um pouco dos contornos, dos traços, das cores, dos possíveis cheiros, dos rostos dos sujeitos e das práticas que compuseram o cenário que foi destinado às crianças e as pessoas para que delas cuidassem? Por que não, de imediato, pegarmos na mão de nosso

“interlocutor”, para conduzi-lo não apenas a um passeio, uma caminhada pelo pátio do hospital, bem como pela sua recepção, seus ambulatórios, laboratórios, salas cirúrgicas e alas que foram destinadas a tratar, a medicar e a curar o corpo enfermo infantil?

Optamos por esse caminho. Iniciamos com uma amostra visual do cotidiano do hospital, em decorrência de estarmos cientes, de que foi neste perpassar de caminhadas, de práticas médicas, curativas, de afloramento de sensibilidades, que os pediatras realizaram leituras, elaboraram representações e identidades á infância, tendo como referência o corpo da criança. Além disso, não recusaríamos por entendermos que as fontes iconográficas, neste caso, as fotografias, apresentam uma riqueza de detalhes visuais de espaços, sujeitos e atos que não encontramos em nenhuma outra fonte. As fotografias, por conseguinte, nos remetem a conhecermos feições de pessoas e lugares, que quando textualizadas em outras tipologias documentais, nos permitem, somente, uma breve e singela imaginação do que foram, do que eram. Longe de nós tratarmos, esse documento, enquanto copia fidedigna do que se passou na FAP e em seu interior. Mauad (1996), assim como Kossoy (2012) alertam-nos, constantemente a despeito, explicando-nos que versam como seleções, cortes, possibilidades e representações do olhar, da escolha e das sensibilidades de quem fotografou. Todavia, é nos inegável, que por meio das lentes do senhor José da Guia Carneiro, podemos conhecer, visualmente, o que um dia a FAP e sua ala pediátrica foram: as feições das crianças, dos médicos, dos professores, dos alunos, das atendentes de enfermagem, enfermeiras e demais funcionários, das concepções de saúde, de infância e, até mesmo, da forma como estes sujeitos agiam, cotidianamente. Foram aspectos que não se mantiveram, visualmente, nem mesmo no que concerne a arquitetura interior do hospital.

A respeito, a fotografia exposta nos permite ler, visualmente, um das práticas “curativas” realizadas nos ambulatórios desse hospital, dentre elas a desobstrução das vias respiratórias de crianças, geralmente bebês, que apresentavam excesso de secreção nasal e pulmonar. O que uma das colaboradoras, a atendente de enfermagem da ala pediátrica, Maria do Socorro Santos Lima¹³⁵, nomeou de “aspiração”. Percebemos, também, o quanto a condição enferma e algumas práticas curativas, causavam incômodos aos pequeninos: o bebê, por não saber expelir, se sufoca, se sente mal e se indispõe, ainda, com a interferência da profissional, cujos dedos ele segura, tentando se desviar do seu toque. A outra complementa os incômodos, segurando e evitando o movimento de suas pernas. As crianças, principalmente as mais “novinhas”, embora pequenas e indefesas, não deixaram de demonstrar, por meio dos

¹³⁵ Relato da técnica em enfermagem, aposentada, da FAP, Maria do Socorro Santos Lima.

sentidos e das sensibilidades, a rejeição e a negação quanto às prescrições e as práticas médicas realizadas nos seus corpos.

Essa foi uma pequena amostra, do que o leitor encontrará, no decorrer desse último capítulo. Um capítulo que tende a apresentar o espaço interior do hospital, o que se oferecia “protegido” por entre paredes, janelas, portas e sujeitos da saúde. “Lugar praticado” que será visualizado por intermédio, sobretudo, das fotografias, entrecruzadas com as memórias da primeira atendente de enfermagem, da ala pediátrica, a senhora Maria do Socorro Santos Lima; somando-se, aos demais vestígios textuais que temos utilizado na composição dos capítulos anteriores. E que, do mesmo modo, nos permitem ler e perceber outras práticas que compuseram este cenário clínico, médico, terapêutico direcionado ao cuidado da infância pobre campinense: as ações caritativas, de freiras; filantrópicas, de médicos, professores, alunos da recém institucionalizada, Faculdade de Medicina de Campina Grande. Outras “historietas” que se apresentam entrelaçadas para com a história do espaço médico-hospitalar, do Hospital-Escola Fundação Assistencial da Paraíba-FAP.

4.1 “Das mãos de Deus”, “das mãos da ciência”: práticas caritativas e filantrópicas, no Hospital Escola- Fundação Assistencial da Paraíba –FAP.

Se o leitor caminhasse pelos corredores e demais espaços, da FAP, no decorrer dos anos de 1960-1970, se depararia com algumas práticas e traços que misturavam ações caritativas e filantrópicas. No hospital ocorriam ações motivadas e embasadas tanto pelas concepções científicas, quanto religiosas. Talvez tais “cruzamentos de móveis” (CERTEAU, 1994) fossem comuns em hospitais holandeses. Talvez em deferência de uma herança colonial que nos manteve, por séculos, agregados a valores cristãos/católico. Talvez, ainda, tal vinculação, possibilitasse a conformidade, por parte dos pacientes, as práticas interventivas de curas, realizadas na instituição. Médicos como Moncorvo Filho, e até mesmo o fundador da FAP, o senhor Rújter, ainda que se representassem como homens da ciência e do saber, recorreriam, constantemente, a textos e discursos que estão associados a ambas as práticas, especialmente a compaixão piedosa.

Os colaboradores, o senhor José da Guia Carneiro¹³⁶, assim como à senhora Maria do Socorro¹³⁷, nos falaram em seus depoimentos, que a instituição apresentou, naquelas décadas, importantes vínculos para com a Igreja Católica Holandesa. Vínculos que expusemos na

¹³⁶ Idem

¹³⁷ Idem

criação da Escola Técnica Redentorista, em que a instalação da ordem antecedeu a fundação da escola; a própria Igreja do Perpetuo Socorro, de alicerce, também, holandês; e a presença das irmãs da Cruz Branca e Amarela, que além de algumas já realizarem trabalhos de higiene e medicalização dos corpos, dos pobres, de Campina Grande (Gazeta do Povo, Campina Grande, 17 de dezembro de 1961), outras foram convidadas, pelo médico Rújter, a prestarem serviços médicos e educativos, na FAP:

Elas vieram para a construção do Hospital... O dr.Cornelius e a madame Joana (sic) vieram da Holanda pra formar esse Hospital, aqui. E com eles, vieram, também, as freiras... Que era a irmã Pávula e a irmã Andréia. E acompanhadas por eles, vieram uma bioquímica que era Alquimia, uma enfermeira que era Gema e outra enfermeira chamada Mick e a enfermeira chefe geral era Gerda (...) Vieram para acompanhar e desenvolver um trabalho, o laboratório, essas coisas (...) Ai eu já estava trabalhando com elas e elas precisavam de uma moça pra ajudar na arrumação do Hospital... Meu irmão trabalhava na construção, ai meu irmão me levou (...) Ai eu deixei e sai da limpeza, como eu sabia ler, eu sai da limpeza, que elas falava assim: serviços gerais. Eu passei a ser atendente, porque elas me deram um curso (...) Curso de enfermagem, atendente, nesse tempo, era atendente de enfermagem. Elas me ensinaram assim, administrar medicação, ensinaram a fazer curativo, ensinaram, é... a lidar com prematuro, trabalhar com prematuro¹³⁸.

A depoente nos falou, assim, do seu primeiro emprego como auxiliar de serviços gerais, como chegou até ele, e da oportunidade que recebeu ao ser alfabetizada. “Letramento”, que lhe proporcionou receber a formação do que hoje equivale a um curso de técnico em enfermagem. Esta narrativa de vida (ALBERT, 2004), porquanto, nos permite que conheçamos os primeiros serviços que funcionavam na instituição, tais como os ambulatoriais, laboratoriais e os posteriores, pós-natais; os profissionais que atuaram a principio, como as enfermeiras seculares e religiosas e uma bioquímica. A mesma entrevista nos revelou, ainda, que até, aproximadamente 1969, contava o hospital com apenas um pediatra, o médico Humberto Suassura, também, diretor da instituição. Uma quantidade que foi

¹³⁸Relato da técnica em enfermagem, aposentada, da FAP, Maria do Socorro Santos Lima.

sendo acrescido com a inclusão, no corpo médico-pediátrico, de outros médicos, como o médico Antônio Virgílio Brasileiro Silva, que possivelmente foi contratado entre os anos de 1970. O depoimento, até mesmo, nos elucida acerca das relações entre caridade e filantropia, especialmente quando mencionou um curso de formação, ou mesmo uma “escola de enfermagem”, realizada, no interior da FAP, dirigida e ensinada pelas freiras da Cruz Branca e Amarela. Identificadas como Pavúla e Andréia, as irmãs realizavam atividades com traços filantrópicos por serem “exercícios”, práticas, que eram identificadas como parte dos saberes médicos e científicos, todavia motivadas por concepções do cristianismo católico, tais como humildade, piedade, amor e socorro ao próximo. No que concerne a essa “escola de enfermagem”, a depoente foi pioneira ao receber esta formação, no espaço hospitalar, da FAP, curso equivale ao que hoje nomeados de Técnico em Enfermagem ¹³⁹. A mesma não nos localizou o período de preparação e finalização do curso, o que nos deu margem para entendermos que havia uma curta temporalidade de aprendizado, de modo que a prática era precedida, rapidamente, após a demonstração ensinada. Dentre os ensinamentos enfatizou o aprendizado rigoroso e cuidadoso para com o trato das crianças que nasciam prematuramente ¹⁴⁰. Embora a FAP, em finais de 1967, já realizasse alguns consultas, seu funcionamento, pleno só ocorreu a partir de 1968. Quando no termino, desta década, para os anos de 1970, iniciou-se a ampliação dos serviços que prestava á infância, que não mais se restringiam a consultas, mais também, internamentos e nascimentos.

Ao incluir a obstetrícia como parte desses serviços, a ala pediátrica, do hospital careceu passar por melhoramentos em sua estrutura, que perpassaram pela inclusão de alguns instrumentos específicos para o parto e pós-parto, como macas e “separador de pernas” e outras “utensilagens” tecnológicas, isto se devendo, a alguns fatores. De acordo com Macêdo (2003), para os recortes estudados, a desnutrição materno/infantil apresentava-se elevada no Estado da Paraíba, se estendendo a cidades como Campina Grande. Muitas mulheres eram desprovidas de pré-natal, assim como de uma alimentação e demais orientações que possibilitassem uma gestação tanto saudável para as mães, quanto para os filhos. Por consequência não era incomum, a mortalidade materno/infantil no parto, ou no pós-parto, muitas crianças, inclusive, nascendo desnutridas, fora do peso convencional e até mesmo prematuras. Apresentando, estas condições, os recém-nascidos requeriam cuidados especiais, dentre estes “uma câmara” com temperatura e ambiente artificialmente análogos as condições do útero. Buscando proporcionar a estes infantes possibilidades de expectativas de vida, as

¹³⁹ Idem

¹⁴⁰ Crianças que nascem com menos de 37 semanas de gestação.

chamadas “incubadoras”¹⁴¹ foram incorporadas as práticas curativas filantrópicas, para recém-nascidos, na FAP:



Foto 9- Criança, possivelmente prematura, tratada e medicada em incubadora
(década de 1970)

Fonte: Acervo do Departamento de Medicina da UFCG

Para controlar a temperatura dos corpos dos bebês, a direção hospitalar adquiriu duas incubadoras, em meados da década de 1970. Mais um “símbolo” da modernidade hospitalar, somados a outros que apresentaremos, a instituição se constituía enquanto referência de práticas médicas modernas, de cura, voltadas á infância. A obtenção deste instrumento de trabalho se somava a um esforço, cuja emergência esta relacionada com a história de sua fundação e a de seus fundadores. Desde que criado pelos holandeses, primeiramente por estes e, posteriormente, pelos médicos, da cidade, o hospital mantinha a ele atrelado percepções de uma instituição que investia em tratamentos, instrumentos tecnológicos, modernos e sofisticados, que promoviam a saúde e o bem-estar dos que passavam pelas mãos dos médicos e enfermeiros, da FAP. Possivelmente, a administração hospitalar se direcionava a tecer uma

¹⁴¹Alguns estudiosos consideram que StéphaneEtienneTarnier, professor e obstetra parisiense, foi o responsável, ainda, no século XIX, pelo desenvolvimento da primeira incubadora aos moldes hospitalares. A respeito ver: OLIVEIRA, Isabel Cristina dos Santos. **O advento das incubadoras e os cuidados de enfermagem aos prematuros na primeira metade do século XX.** Revista Texto Contexto Enferm, 2004, julho-setembro, p. 459-466. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v13n3/a17v13n03.pdf>

história de práticas médicas bem sucedidas, para assim, adquirir investimentos públicos; bem como atrair pacientes para serem objetos de estudo, pois não esqueçamos que, em poucos anos da fundação, a instituição iniciou práticas de pesquisa, ao vincular aos seus serviços, o estágio médico.

Os recém-nascidos que usufruíam desse novo e moderno serviço, consistiam naqueles que nasciam, prematuramente, com menos de nove meses, abaixo de 2,5 kg, ou ainda, acometidos por infecções e outras enfermidades compreendidas como graves e suscetíveis de causa de morte¹⁴². Dessa maneira, estando um bebê com uma ou em varias destas condições, requeria um tratamento, ainda, mais criterioso quando comparado aos que eram dedicados aos demais infantes. Para Oliveira (2004), as incubadoras foram projetadas, especificamente, para os infantes prematuros, identificados (HALL, 2003) como sujeitos fracos, debilitados, que por terem nascido antes do tempo, não apresentavam um corpo e um organismo com capacidades de produzir calor, energia e defesas contra bactérias e vírus. Amparados pelo equipamento, pouco a pouco, se tornaria capacitado de viver, independentemente de seu auxílio.

Na fotografia apresentada, um bebê oferece tais complicações, sobrevivendo em meio de uma incubadora fechada, modelo Isolette¹⁴³, alimentada por soro e monitorada pelo olhar vigilante da atendente ou enfermeira, responsável por dele cuidar, a partir das prescrições do médico-pediatra. A incubadora o ajudava, nesta luta pela vida. Por uma vida que, aliás, apenas começava. A prática, parte do pressuposto de que o nascimento é a apenas o começo de uma existência a se prolongar. Aliás, torna-se compreensível a preocupação, por parte das irmãs, em ensinar a depoente as formas adequadas de cuidados dos bebês prematuros. Infantes frágeis, pequenos, magros, que requeriam “jeito”, e uma sensibilidade feminina, materna, como pensavam, para, por entre os orifícios da incubadora, encontrar veias, trocar as fraldas, limpar e higienizar aquele “corpinho”.

A medicina praticada na FAP, já se apropriava das noções modernas de isolar, separar e excluir os sujeitos, por leitos, neste caso, por incubadoras, para evitar contágios e contaminações. A mesma fotografia, ainda, nos torna perceptível que, em um contexto, no qual as incubadoras eram utensílios caros, a FAP não tinha como contemplar um número elevado de infantes que necessitassem do serviço, improvisando, em berços simples e

¹⁴²Relato da técnica em enfermagem, aposentada, da FAP, Maria do Socorro Santos Lima.

¹⁴³ O modelo Isolette, foi desenvolvido, em 1938, pelo médico Charles Chapples. Tornou-se o modelo padrão para os cinquenta anos que se seguiram. Sua visionomia a caracteriza por ser totalmente fechada, com temperaturas e oxigenação controladas e orifícios que possibilitam a entradas das mãos para a prática do cuidado.

cobertos, os cuidados que solicitavam os pequenos sujeitos prematuros¹⁴⁴. Pareceu-nos que a infância pobre e campinense, se apresentava na prática pediátrica de construir sentidos a este corpo (CHARTIER, 1998), como grácil e vulnerável. Por serem sujeitos, que pela vivência desvalida e desinformada, estavam à mercê das doenças, desde o momento da concepção, dizeres semelhantes dos que foram discursados e enunciados, pela Pediatria, desde o final dos noventa, e que, tardiamente, pareciam se apropriarem os médicos, a elite e a população, da cidade. Uma fragilidade, que causada pela ignorância, fome, desnutrição e atendimento médio-hospitalar acabou que por tornar, presente, para os sujeitos “cuidadores”, a mortalidade infantil. Por isso, as décadas estudadas demonstraram uma “nuance” de mudanças das sensibilidades paternas e da relação que estes sujeitos possuíam para com os hospitais pediátricos.

4.2 “Fubás”, roupas, calçados, cura... vamos a FAP!

Dores no corpo, nos ossos, na cabeça. Febre, olhos avermelhados, bocas amargas¹⁴⁵. Sensibilidades que misturadas às emoções de dores, de aflição (PASAVENTO, 2011), não eram suficientes para fazerem os sujeitos, especialmente os pais a condizem seus filhos aos hospitais. Muitos infantes, até o início dos anos de 1960, foram tratados e confortados, predominantemente, no leito do lar, entre ervas e chás preparados por vós, mães e tias. Até o período, o hospital pediátrico se apresentou como estranho para os campinenses pobres, em virtude da elite não considerá-los quando projetavam os hospitais e seus respectivos serviços de saúde. Como expusemos, a partir do Relatório da Rede Médico Hospitalar de Campina Grande (1965), além dos hospitais não serem espacialmente próximos, dos “desvalidos”, muitos deles, não disponibilizavam seus benefícios a estes sujeitos, especialmente aos filhos, de forma gratuita.

Assim, muitas vezes, foi mais viável, cuidar em casa, se utilizando da “auto-medicação”, como fez os pais de pequena Rosete, ou ainda, se utilizando das práticas do que se denominou de “medicina popular”, herbácea e homeopática, e que segundo Andrade (2010), não deixaram de serem praticadas, pelos campinenses, mesmo quando a cidade foi contemplada com a Faculdade de Medicina e com o hospital-escola. Apesar de que, ambas as instituições, aproximaram, da infância pobre, a medicina alopática, medicamentosa

¹⁴⁴ A partir da fotografia, ficou-nos, entendido, que a ala pediátrica voltada, exclusivamente, para os infantes recém-nascidos e prematuros contava, somente, com duas incubadoras.

¹⁴⁵Relato da técnica em enfermagem, aposentada, da FAP, Maria do Socorro Santos Lima.

laboratorial. A respeito, o corpus documental nos permite dizer que a FAP, contribuiu, significativamente, para intensificar o vínculo entre a infância pobre e doente e o hospital, ao educar e disciplinar os pais a recorrerem a instituição quando os filhos apresentassem os primeiros sintomas de doença. O que, aliás, foi possível se utilizando seu fundador, as freiras e, posteriormente, os médicos, de “atrativos” “compassivos” (CAPONI, 2000). Atentemos as falas a seguir:

Chegavam muitas crianças, muito doentes, lá. Elas tratavam com muita, assim, com muita dignidade...eles são muito perfeitos em tudo que fazem, sabe?O pessoal holandês, eles tem isso: gostam de perfeição. Então eles pesavam, mediam... Tinham crianças que já era acompanhada já, ali, por Dr. Humberto e a... pessoa, que a enfermeira que atendia com ele era Gema (...) Começou logo no ambulatório (...) Uma parte tinha o ambulatório e tinha uma creche, e, ai, depois que começou a funcionar mesmo o hospital, ai acabou a creche¹⁴⁶.

Sorrisos, brilho nos olhos, toques aveludados, palavras receptivas e calorosas. Deste tratamento recebiam das freiras, dos pediatras e das enfermeiras, as crianças e os pais que recorriam a FAP em busca de seus serviços de saúde. Práticas, que na concepção da depoente Maria do Socorro, causavam estranheza aos “populares”, ao ser uma instituição que prestava serviços de saúde gratuitamente. Culturalmente, as pessoas mais “comuns”, já partilhavam da concepção de que para serem “bem tratadas”, teriam que pagar, ou financiar por um dado serviço.

Essa recepção foi um dos atrativos utilizados, pelos sujeitos da saúde, para tornarem o espaço hospitalar familiar e acalentador para os que buscavam os serviços pediátricos. Foram, ainda, meios para fazer com que os pais e os filhos fossem ao hospital e agissem de modo docilizado, colaborando com a clínica e com os tratamentos prescritos. Sujeitos que, agradecidos pelo atendimento caloroso, permitiam que seus filhos fossem estudados. Os significados que os pobres atribuíam a FAP se elaboravam por meio das caminhadas, não apenas físicas que realizavam por sua “geografia”, mas também, pelos olhos e pelos demais sentidos que viam e recebiam essa forma de cuidar e de tratar (CERTEAU, 1994). Uma prática que, embasada na lógica compassiva, escondia sua face impositiva e disciplinadora (CAPONI, 2000).

¹⁴⁶Relato da técnica em enfermagem, aposentada, da FAP, Maria do Socorro Santos Lima.

Por outro lado, considerando que seu público-alvo consistia em um sujeito que requeria um tratamento diferenciado, doce, amigável e, sobretudo simpático, lidar com a infância exigiu do pediatra e dos demais sujeitos da FAP “todo um jeito de ser”, que se comportava na mansidão ao falar, na leveza ao tocar, no apuramento ao ouvir e um atentamento ao ver. Ações que se direcionavam a evitar a resistência das crianças a clínica e as práticas de medicalização do corpo. Procurou, assim, realizar a desarticulação que o imaginário social dos campinenses pobres, ainda, apresentava do hospital, enquanto espaço de doença, de dor, de morte, de choro¹⁴⁷.

Nesse sentido, a presença religiosa, nas pessoas das freiras, também contribuiu para a desconstrução dessas representações, pois as mesmas além de cuidarem, banharem e alimentarem as crianças; confortava a elas e aos pais em momentos de dor, enunciando palavras de consolação, esperança e alívio. Estas mulheres, inseriram, neste espaço, momentos de reflexão, de práticas do cristianismo católico, de espiritualidade e proximidade com Deus. Um “Deus”, que para os anos de 1960-1970, em Campina Grande, se relacionava, praticamente, com a religião Católica. Catolicismo este, que foi introduzido neste espaço, não somente, por meio destas práticas e destes sujeitos, se incorporando em símbolos, cruzes, missas e, posteriormente, em uma capela, cuja construção não data, no período da presente pesquisa, mas que exemplifica e ratifica este vínculo estreito entre caridade e FAP¹⁴⁸.

Vínculo, que, além disso, se estendeu há outro espaço que, embora tenha tido a durabilidade de seu funcionamento, digamos, efêmera, consistiu em mais um dos serviços que foram geridos e realizados pela caridade católica e holandesa na FAP, com fins de “ajudar”, mas também, de aproximar as crianças, deste espaço. A Creche, de acordo com a colaboradora, começou há funcionar alguns meses antes da inauguração do hospital, datado em 02 de maio, 1968¹⁴⁹. Portanto, seu funcionamento iniciou-se em 1967. Possivelmente, entre os anos de 1968-1969, a mesma deixou de compor o conjunto dos serviços fornecidos, pela instituição, acreditamos que devido à ampliação dos benefícios disponibilizados, solicitando das irmãs de tempo e dedicação de suas práticas, no hospital. Eis o espaço em que funcionava:

¹⁴⁷ Relato da técnica em enfermagem, aposentada, da FAP, Maria do Socorro Santos Lima.

¹⁴⁸ Encontra-se em anexo uma foto atual da Capela da FAP.

¹⁴⁹ Francisco Brasileiro, em entrevista no ano de 1968. Apud, DINOÀ, Ronaldo. Memórias de Campina Grande, 1993, p. 279-280.



Foto 10- Parte do hospital em que funcionou a Creche (década de 1970)

Fonte: Acervo do Departamento de Medicina da UFCG

Conforme a senhora Maria do Socorro, a Creche funcionava nesse prédio, especificamente no seu térreo, até por medida de segurança, e de se evitar que acidentes ocorressem caso funcionasse no andar de cima, que era utilizado como a residência das irmãs. Além de cuidarem e brincarem com as crianças, estas eram alimentadas. O termo “alimentação”, nada obstante, apareceu, nas falas dos depoentes, em demasiado, o que chamou-nos atenção. O senhor José da Guia Carneiro, fez menção de que os religiosos que prestavam serviços caritativos na FAP, costumavam entregar feiras e sextas básicas as famílias que levavam seus filhos para serem tratados no hospital, ressaltando as condições socioeconômicas do público atendido pelo estabelecimento de saúde¹⁵⁰. A colaboradora, do mesmo modo, citou tal prática, complementando-a, ao dizer-nos que foi mantida, posteriormente, pelos médicos, para as famílias das crianças que nasciam na FAP e mantinham os acompanhamentos pediátricos necessários após o parto:

Essa parte ai que você me mostrou, ta parecendo com o Charmuá. Era uma casa que tinha mais pra cima (...) que era onde Dr., Humberto morava e que

¹⁵⁰Relato do senhor José da Guia Carneiro,funcionário da Faculdade de Medicina desde 1970. E hoje, como o curso de Medicina se encontra articulado a Universidade Federal de Campina Grande, se constitui como empregado desta instituição.

depois que Dr. Humberto saiu, formou-se o Charmuá. Chamava-se o charmuá (...). Era assim: o pessoal ia consultar a criança que nascia no hospital, tinha um acompanhamento e ganhava uma... todo mês uma feira, assim... de açúcar, fubá, dessas coisas, pra crianças... (...) ai tinha um acompanhamento médico e tinha essa doação (...) Entãonera o charmuá (...) o médico com o tempo saiu da casa, ai ficou o ambulatório, onde o pessoal levava as crianças pra consultar e, principalmente, as crianças que nascia lá, meu sobrinho, nasceu lá e teve esse acompanhamento¹⁵¹.

Popularmente chamado pelos funcionários e pacientes por “*charmuá*”, que em francês se escreve *chez moi*, com tradução para o português de casa, ficou conhecido um dos ambulatórios que foi dedicado a clinicar e a medicar o corpo infantil, naquele espaço médico-hospitalar. Um espaço pertencente à FAP e construído ao lado do hospital e que, deste modo, praticava a caridade aliada à ciência e a filantropia. O *chez moi*, exercia o que é denominado, no campo médico, de uma medicina preventiva, ou seja, a realização de o acompanhamento médico e pediátrico, especialmente no pós-parto, para as crianças que nasciam ou não no hospital. Muito embora, as “naturais”, da FAP, correspondessem ao público preferencial deste serviço de saúde disponibilizado. Partindo desse pressuposto, pediatras como Humberto Susassuna, buscavam, nesta “geografia de ações”, orientar os pais no trato de seus “rebentos”, especialmente na alimentação e na higiene, detectar vulnerabilidades para algumas doenças e identificá-las quando já acometiam o corpo da criança:

¹⁵¹Relato da técnica em enfermagem, aposentada, da FAP, Maria do Socorro Santos Lima.



Foto 11- O “charmuá”(década de 1970)

Fonte: Acervo do Departamento de Medicina da UFCG

Com uma arquitetura que se assemelhava com uma casa, fazendo “jus” a titulação francesa, *o chez moi*, de fato, era uma casa e serviu de residência, inclusive para um dos pediatras já citados¹⁵². Esta associação, com um espaço familiar, segundo Andrade (2010), correspondeu como mais meio utilizado por médicos e gestores do hospital, para manterem a presença constante dos corpos das crianças, sob o vigiar atento, dos sentidos¹⁵³ e da prática médica. Isto se devendo, a serem estes corpos, sobretudo os dos recém-nascidos identificados (HALL, 2003) como frágeis e vulneráveis as doenças e a morte, necessitando-os de excesso de cuidados e proteção. O que, aliás, não era mero exagero da medicina pediátrica, tendo-se em vista, que os elevados índices de mortalidade infantil, na Paraíba, se localizavam, nos anos de 1960-1970, na faixa-etária entre 0-2 anos de vida, conforme os dados de mortalidade materno-infantil, deste Estado, pesquisados por Macêdo (2003).

Por conseguinte, oferecer a medicalização desses corpos, ocasionando perceptíveis curas, não consistiram em ações suficientes para manterem a relação médico-paciente cotidiana. A distribuição de donativos, feiras, vestimentas e calçados realizadas nos anos de Rújter e, posteriormente, por médicos, incentivavam pais e crianças a manterem, o que a

¹⁵² Referimo-nos a Humberto Susassuna

¹⁵³ FOUCAULT. Michel. **O nascimento da clínica**. Tradução Roberto Machado. -7 ed- Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

depoente Maria do Socorro se referiu como “triagem”. A triagem era um exame preliminar, predominantemente “clínico”, aquele que Foucault (2011) nos elucida enquanto uma prática que se realiza embasada nos sentidos médicos e nos conhecimentos que a medicina produziu e continuava a produzir a respeito das enfermidades. Cabendo aos esculápios, por meios de suas sensibilidades, lerem e identificarem, nestes corpos infantis, às vezes “mudo”, o lado oculto das doenças, sobretudo, por ter a criança dificuldades em especificar dores e incômodos. Algumas práticas, parte da triagem desenvolvida para esta fase da vida, auxiliavam, o pediatra, no exercício da prática clínica:

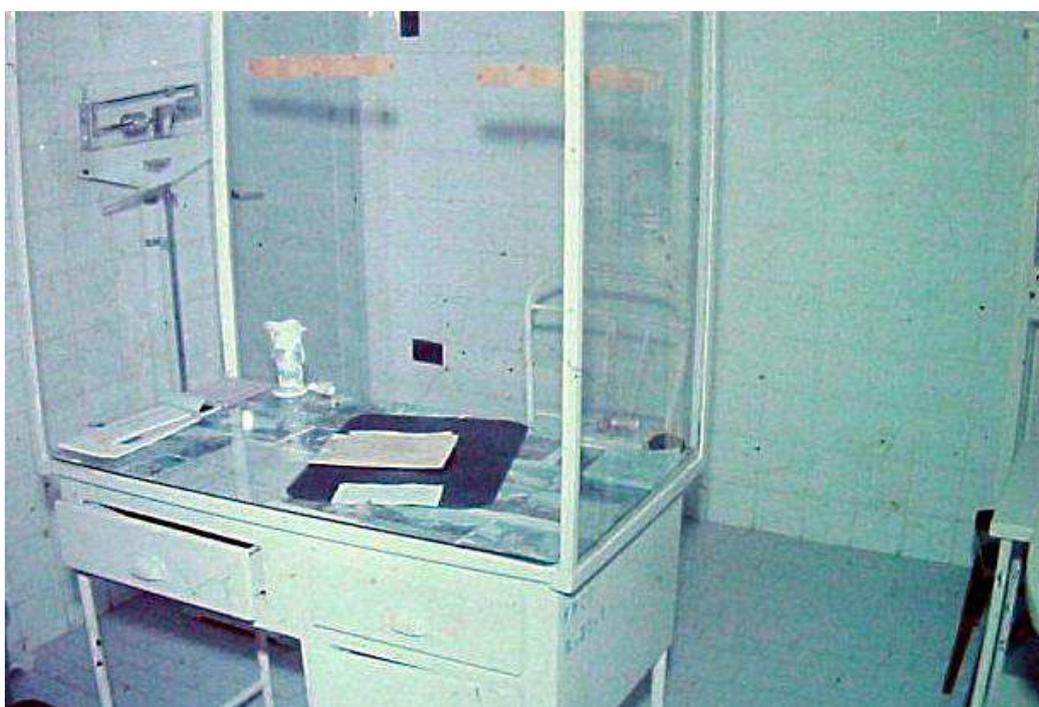


Foto 12- Ambulatório de triagem (década de 1970)

Fonte: Acervo do Departamento de Medicina da UFCG

A presente fotografia é uma representação de alguns desses ambulatórios em que se realizavam as triagens na infância.¹⁵⁴ Não compõe o *chez muá*, funcionando por entre as paredes do hospital, pois notamos que a cerâmica no tom branco fazia parte apenas da “decoração” que comportava a arquitetura interior hospitalar, por questões de higiene que serão abordadas no decorrer, desta escrita. A presença de uma balança, ainda, ratifica ter sido,

¹⁵⁴ Andrade (2010), fala-nos que outros serviços como ortopedia, ginecologia, otorrino e reumatologia eram, também, realizados no *chez muá*.

este espaço, usado para a clínica do corpo infantil.¹⁵⁵

Podemos dizer, que a balança se tornou um instrumento essencial para a prática médico-pediátrica, desde meados dos anos 1920¹⁵⁶, quando a infância teve a ela atrelada a “robustez” como signo de sua normalidade, saúde e beleza. Em ambos os contextos, o sobrepeso não era lido e apropriado como parte de uma doença mórbida infantil, sendo pré-requisito, corporal, de que estava, o corpo infante, saudável. Doravante, até mesmo para as décadas estudadas, as bochechas gordinhas e o corpinho repleto de dobras continuavam a ser traços e desenhos que representavam e identificavam uma criança como infante. Demonstrando que as identidades acerca da infância que foram prescritas, pela pediatria, da FAP, apresentavam diálogos e apropriações com anteriores percepções que tiveram emergência quando fundada a especialidade pediátrica. Corroborando com o que Hall (2003) diz a respeito, ao pensar, ele, as identidades como elaboradas por meios de constantes deslocamentos, rupturas, mas também por continuidades, visíveis e perceptíveis na pele, nos corpos.

A balança, assim sendo, auxiliava o médico a identificar os traços de doenças que iam além do olhar, da clínica, tais como a desnutrição infantil, cujo raquitismo representava a anormalidade de um sujeito infante. Utilizado para normatizar a infância, devendo, as policlínicas e os hospitais especializados tê-la como ferramenta que se apresentava tão importante quanto o estetoscópio. A depoente, inclusive, enfatizou, que o primeiro procedimento ambulatorial realizável a criança, assim que fosse conduzida para a triagem, na FAP, incidia na verificação do seu tamanho e peso, sinalizando o médico quanto há uma possível anormalidade. A prática, até aproximadamente a década, de 1970, era visualizada somente pelo médico, a atendente de enfermagem que a exercia, muitas vezes, e pelos acompanhantes, pais, irmão e tias. O médico, enquanto professor, e os alunos de medicina enquanto estagiários, não faziam parte desse cenário até aproximadamente o ano de 1972¹⁵⁷.

4.3 “Rainha da Borborema” se fez “científica”

Alunos caminham, observam, perguntam e experimentam. Professores explicam, alertam, corrigem e avaliam. Práticas corriqueiras de um hospital-escola que somente em

¹⁵⁵De acordo com as fotografias que dispomos, as balanças faziam parte, exclusivamente, dos ambulatórios voltados para a infância, não se apresentando nos demais ambulatórios destinados ao público adulto

¹⁵⁶ Os anais do Primeiro Congresso Brasileiro de Proteção à Infância, enfatiza o dito.

¹⁵⁷Relato da técnica em enfermagem, aposentada, da FAP, Maria do Socorro Santos Lima.

1972 se aplicam e se realizam, na FAP; quando a primeira turma que compunha a Faculdade de Medicina de Campina Grande, inaugurada, oficialmente, em 1968, iniciou a prática médica. Já em 1967, seu prédio, encontrava-se pronto, esperando, somente pela aprovação, do MEC, para seu funcionamento (Diário da Borborema, 24 de outubro de 1967).

O “sonho” da elite médica campinense, em contemplar, Campina Grande, com sua primeira Faculdade de Medicina teve visibilidade no início da década de 1960, permeada por dizeres e ações, dentre estas políticas, econômicas, sociais e culturais¹⁵⁸ as quais buscaram justificar sua necessidade e importância, bem como torná-la concreta institucionalmente e arquitetonicamente. Uma matéria, publicada em 29 de maio, de 1960, pelo jornal Gazeta Campinense, dizia não ser “(...) viável no momento uma Faculdade de Medicina em Campina Grande. O ensino é caríssimo e precisar-se-ia de trazer de fora os professores- Não há serviço hospitalar para a prática dos alunos.” Acrescido de que “(...) As Faculdades do Recife (e de João Pessoa) estão muito próximas” (Jornal Gazeta Campinense, 29 de maio de 1960).

Embora a matéria seja contrária ao incentivo em fundar, na cidade, uma Faculdade de Medicina, nos informa de que suas atividades educacionais aguardaram por um tempo considerável para serem colocadas em prática, esperando-se, para tanto, uma média de oito anos. E que foi, ainda, perpassada por dizeres e ações de oposições, que de certa forma, explicam os motivos pelos quais ocorreu, esta temporalidade, para que o ensino superior viesse a funcionar. Uma oposição, inclusive, que não partiu de um olhar estranho, de um profissional alheio a saúde, mas de um médico, que se diz e se posiciona como competente para discorrer e, mesmo se opor, quanto ao assunto. Infelizmente sua identidade não nos foi possível de identificação, pois a parte do jornal que contém a entrevista não o menciona pelo nome e simplesmente como médico. O que não retira a importância dos dizeres, pois suas justificativas contrárias serviram de base argumentativa para os médicos que defendiam o projeto, especificamente, os da Sociedade Médica Campinense.

Quando o esculápio, sem identificação, afirmou ser um ensino caro, não apenas no que concerne aos custos com instrumentos, funcionários, professores e mesmo o financiamento para os estudantes que almejavam tal profissão, talvez o mesmo não tenha considerado que havia um público elitizado e interessado, ou até ainda, entendesse que o ensino, ou melhor, a educação, não deveria ser elitizada, mas abrangente e com qualidade. Ambas as colocações merecem esclarecimentos. No término da entrevista, o dito médico diz que “Devemos [médicos, políticos e educadores] antes de cuidar de dar melhor formação secundária aos

¹⁵⁸Dente essas ações, dizeres que propagavam ser um projeto de aspiração de todos os campinenses, articulações com o governador Pedro Godim e o prefeito da cidade Newton Rique.

nossos jovens como primeiro passo para, de futuro, se poder aqui desenvolver o ensino superior” (Jornal Gazeta Campinense, 29 de maio de 1960). Afirmativa, que dentre várias possibilidades de leituras, nos permite que acreditemos que o mesmo entendia que se deveria investir na educação básica, para que, além de preparar os jovens, independentemente de seus lugares sociais, permitisse cursar, esta graduação, a qualquer estudante que assim desejasse.

E no que refere ao público estudantil interessado e elitizado, os mesmos aparecem, no citado periódico, como alguns dos sujeitos que se preocupavam com o desenvolvimento de um projeto que contemplasse a cidade com tal estabelecimento de ensino, pois faziam parte da minoria podia custear esta formação . O que, aliás, corrobora a afirmação de Andrade (2010), na qual a faculdade acabou que contemplado, predominantemente, os filhos dos médicos, de Campina Grande, e de outras cidades e capitais, do Nordeste. O que deveras ser, de fato, dispendioso uma educação superior, em medicina, legitimando o que foi em parte, dito, pelo médico. Ainda que o depoente José da Guia, nos informe de que mesmo o ensino sendo privado, como foi até 1979, o fornecimento de bolsas¹⁵⁹ possibilitou que algumas exceções¹⁶⁰ ocorressem na Faculdade, mas que foram, pelo menos para esta década, apenas exceções.

A proximidade geográfica para com as duas instituições de ensino que disponibilizavam a graduação em ciências médicas, a UFPB e a UFPE, consistiu em outro aspecto que justificaria a inviabilização da fundação da faculdade. Muito embora, estas universidades que formavam os médicos campinenses, foram às mesmas que disponibilizaram muito de seus médicos para comporem o corpo docente da Faculdade, por terem ciência, os médicos da cidade, que não estavam preparados e formados para a docência (Diário da Borborema, 24 de outubro de 1967).

Ainda, dentre os dizeres de oposição, encontramos a carência de um hospital para o estágio da prática médica, um hospital-escola. Sendo impensável, na concepção de uma medicina moderna, esta deficiência, o que, aliás, já foi explicado em capítulos ulteriores. Podemos, nesse sentido, afirmar, que a circulação do projeto da FAP, já em meados dos anos de 1963, acabou que por servir como “pedra inaugural” de um projeto que saía dos sonhos e

¹⁵⁹De acordo com Andrade (2010) na primeira turma da Faculdade, em 1969, todos os alunos foram contemplados com bolsas, independentemente, das condições socioeconômicas. Estas bolsas provinham do governo do Estado, especialmente do incentivo que, o então governador João Agripino (1966-1971), simpatizante, da instituição, desde seu projeto inicial. Nas turmas subsequentes a quantidade dos incentivos diminuiu, as bolsas tendo como preferência os alunos de “baixa renda”, cujos 10% do que não era financiado era depois pago após a formação.

¹⁶⁰O médico Fernando Queiroga, da turma de 1975, foi uma dessas exceções, contando com uma bolsa de estudos que financiou 90% de sua formação, pago o restante quando o mesmo já exercia a profissão. Ver: ANDRADE, Romerino de Souza. **Faculdade de Medicina: corpo, modernidade e sensibilidade em Campina Grande (1969-1979)**, defendida em 2012.

do papel, da elite médica, da cidade, se constituindo, como possibilidade concreta de realização. Às 20 horas, do dia 27 de janeiro, de 1964, em assembléia extraordinária, a Sociedade Médica de Campina Grande, anunciou está fundada, desde então, a Faculdade de Medicina de Campina Grande (Sociedade Médica, Ata de sessão de Assembléia Geral Extraordinária, do dia 27 de janeiro de 1964). Como parte das ações em comemoração a “Festa do Centenário”, a partir dessa data, até aproximadamente o ano de 1968, a referida sociedade buscou meios de viabilizar a construção do espaço, equipá-lo com a instrumentação médica moderna, dotá-lo de pessoal capacitado para execução das atividades e a autorização legal, pelos órgãos públicos responsáveis, para que funcionasse enquanto mais um estabelecimento de ensino superior em ciências médicas. Para tanto, teve como importante aliado propagandista o período, o Diário da Borborema, que direcionou a informar, sobretudo, a elite, acerca de todos os passos dados por médicos, para angariarem “apoios”, os quais corroborassem na fundação da instituição.

No dia seguinte, após a confirmação de criada a faculdade, o jornal noticiou o evento com matéria contendo o seguinte título¹⁶¹: “Fundada no ano do Centenário a Faculdade de Medicina de Campina Grande” (Diário da Borborema, 28 de janeiro de 1964). A mesma matéria, além de tratar da importância da instituição, como mais um símbolo da modernidade, ao investir nos setores da cultura e da saúde, mencionou que caberia, a Sociedade Mantenedora, as ações ditas anteriormente, ocorrendo, à criação desta sociedade, em algumas semanas, a posteriori. O que se realizou, quando mais uma vez, às 20 horas, a elite composta por médicos, engenheiros, professores, comerciantes e advogados se reuniram no prédio da Associação Comercial e elegeram o médico Elpídio de Almeida como presidente da Sociedade Mantenedora (Diário da Borborema, 02 de fevereiro de 1964).

Além do apoio financeiro do governador Pedro Godim se disponibilizando a doação de 50 milhões de cruzeiros (Diário da Borborema, 18 de março de 1964), foi estabelecido, em 1965, que se localizaria próximo a FAP, também, no bairro do Bodocongó. Na matéria que escreveu, especificamente acerca da doação do terreno, o Diário da Borborema insinuou ter ocorrido um certo “incomodo” entre a Sociedade Mantenedora e o então prefeito Williams Arruda. Haja vista, que o terreno que foi doado a princípio, era localizado no bairro do São José, onde funcionava o Parque Infantil “Coelho Lisboa” e que, segundo Arruda, a prefeitura necessitaria para a instalação da “COHAB”, acrescentando que a mantenedora tinha em torno de dois anos para erguer o prédio da Faculdade, as margens do açude do Bodocongó, sob pena

¹⁶¹ O jornal, ainda, noticiou e convocou os médicos para a reunião extraordinário que culminou na fundação da Faculdade. Sobre, ver: Diário da Borborema, 26 de janeiro de 1964.

de perder o terreno (Diário da Borborema, 19 de janeiro de 1965).

Falamos de incomodo, porque o terreno até então doado, estava inserido na cartografia valorizada, do “núcleo médico”, espaço, no centro da cidade, que concentrava a maioria das instituições de saúde. Não sendo possível, pois o prefeito preferiu a COHAB em detrimento da Faculdade. Por outro lado, estabeleceu tempo para a construção, em uma espacialidade ruralizada e desvalorizada, o que, poderia ter ocasionado um reclame público por parte da mantenedora, não ocorrendo, possivelmente, porque sua junta administrativa entendeu de forma positiva a proximidade que a Faculdade teria para com hospital-escola, de modo a facilitar os deslocamentos para as pesquisas e os experimentos. Além do que, o importante era ter um terreno, mesmo que distante da cartografia médico-hospitalar, da cidade, pois os hospitais, deste espaço, não se mostravam condizentes para com a prática do estágio.

No ano de 1966, foi exposto, por meio do citado periódico, o modelo arquitetônico, em maquete, da Faculdade, elaborado pelo arquiteto recifense, Tetuliado Dionisio. O qual resultou na seguinte fisionomia:



Foto 13- Prédio da Faculdade de Medicina (década de 1970)

Fonte: Acervo do Departamento de Medicina da UFCG

Numa arquitetura simples, composta, somente, de um prédio com térreo, foi lançada a “pedra fundamental”, da faculdade, numa tarde do dia 09 de julho, de 1966, estando presente

na solenidade o médico Francisco Brasileiro, neste momento presidente da Sociedade Mantenedora, médicos, autoridades políticas e, para tecer as bênçãos sobre o recinto, o bispo d. Manoel Pereira (Diário da Borborema, 10 de julho de 1966). Das matérias que dispomos referentes aos anos de 1967 e 1968, correspondem à nomeação para direção da faculdade por parte do médico Raul Dantas e a inauguração prevista para o ano de 1968¹⁶².

A Faculdade de Medicina de Campina Grande teve sua aprovação, pelo MEC, ainda, no ano de 1968, versando, muitas mais, na realização de um sonho por parte dos médicos e dos sujeitos da elite, da cidade, do que de “todos os campinenses” como divulgava o jornal Diário da Borborema (Diário da Borborema, 10 de julho de 1966). De acordo com Andrade (2010), a primeira turma passou a funcionar, em 1969, composta por alunos que estavam na lista de espera do vestibular da Faculdade de Medicina de João Pessoa. Isto, possivelmente, deveu-se por não ter saído à autorização do Ministério da Educação e Cultura, a tempo que de se pudesse realizar um vestibular. Segue abaixo, uma fotografia, desta turma:



Foto 14- Alunos da primeira da turma da Faculdade de Medicina de Campina Grande (década de 1970)

Fonte: Acervo do Departamento de Medicina da UFCG

¹⁶² As matérias publicadas pelo Diário da Borborema consistem nas do dia 26 de setembro de 1967 e 16 de janeiro de 1968.

Foram esses alunos, os primeiros a serem recepcionados pela, FAP, para o estágio e as aulas práticas. Dentre eles, o médico Virgílio Brasileiro, o rapaz que se encontra logo depois da moça de cabelos curtos. A partir do ano de 1972, o aprendizado desses discentes, não mais se restringiu as aulas laboratoriais e expositivas dos espaços da Faculdade de Medicina. Do mesmo modo, seus corpos e suas práticas, assim como os corpos e as práticas de seus professores, vieram a compor a “geográfica de ações”, do hospital, antes somente, cartografado pelas caminhadas dos pediatras, das enfermeiras, das atendentes, dos pacientes, acompanhantes e demais funcionários. Alunos e professores somaram-se aos demais sujeitos cujas ações se destinaram ao aprendizado da cura, da ciência, por intermédio da filantropia. Apenas entre o quarto e o sexto ano, de curso, os alunos passaram a compor a equipe que atuava no espaço hospitalar, da FAP, complementando o curso de formação médica. Uma das justificativas para ter sido, somente em 1972, a inclusão do hospital como estabelecimento que se constituía, também, como uma escola da prática médica, pois foi preciso esperar que a primeira turma atingisse o nível esperado para a realização do estágio.

Desse modo, segundo Andrade (2010) o espaço, da Faculdade, teve como ações predominantes aulas teóricas, geralmente em blocos, por exemplo, histologia, citologia, anatomia, realizadas ora de forma expositiva, ora prática, com auxílio de equipamentos considerados modernos e sofisticados para a época:

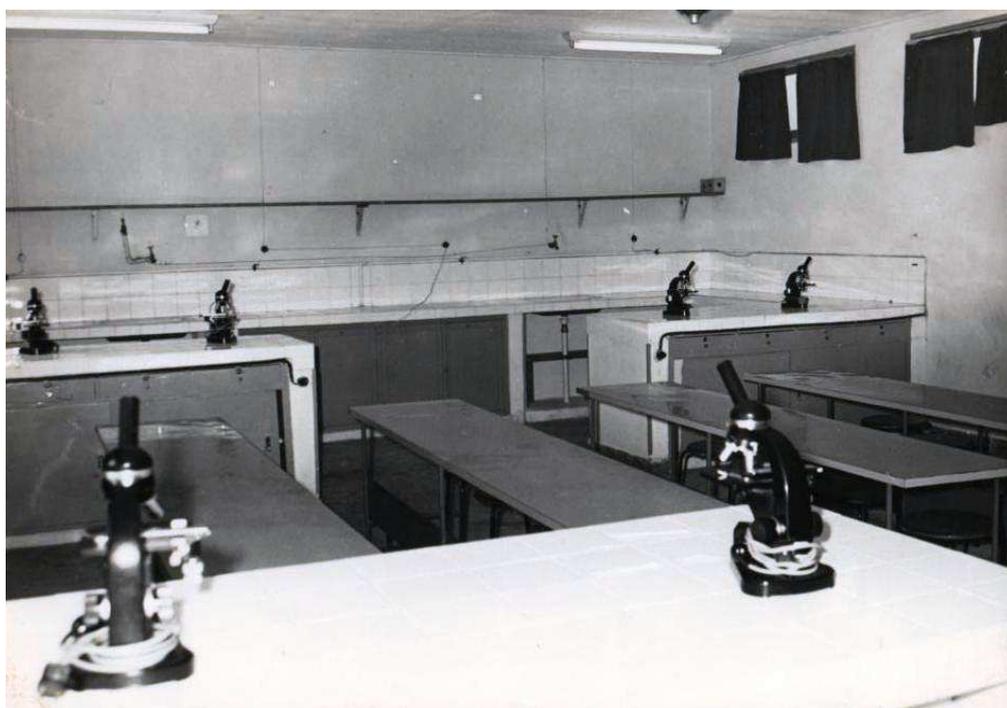


Foto 15- Um dos laboratórios da Faculdade de Medicina, usados para as aulas de histologia e embriologia (década de 1970)

Depois que desenvolvida e demonstrada à teoria microbiana de Pasteur, no século XIX, a existência de microorganismos, sejam bactérias, sejam vírus, foram legitimadas como causas e explicações para muitas das doenças que acometiam os corpos de crianças, de adultos e de idosos. Com o auxílio de um invento, que existe, desde meados do século XVII, aperfeiçoado e melhorado, a saber, o microscópio, os pesquisadores da medicina puderam desvendar muitos dos mistérios que faziam do corpo, esta “cartografia orgânica”, doente e enferma. No século XX, isto tendeu a ser mais enfatizado, porque de acordo com Moulin (2011) as políticas estatais e filantrópicas de promoção a saúde passaram a vê-la como direito do homem, devendo ser sua causa combatida, exterminada, através da descoberta do “foco”, da doença, que não mais se restringiram aos “miasmas” e aos espaços. Um foco que foi deslocado para o corpo, enquanto o potencial que estimula e desenvolve a doença. Por isso, que a “velha clínica”, necessitou “viver” um aprimoramento, de modo que, não bastava ao médico somente visualizar o exterior do corpo, mas também, seus tecidos e células, que eram tomados como hospedeiros para que microorganismos se disseminassem.¹⁶³ Os estudos anatômicos e laboratoriais permitiram tal êxito, com o acréscimo das lentes microscópicas, que permitiram ao olhar clínico, ver melhor e enxergar com maior lucidez, os motivos de velhas e novas doenças.

Os alunos da recém fundada faculdade, foram contemplados com ambas as práticas, estando o microscópio, sempre presente no cotidiano acadêmico. Andrade (2010) nos fala que, muitas dos pacientes doentes acompanhados na FAP por alunos e professores que não tinham as doenças diagnosticadas, poderiam ter pequenas amostras de tecidos retiradas para uma análise mais detalhada nos laboratórios do hospital, bem como nos da Faculdade¹⁶⁴. Disponibilizando o aluno de um microscópio, aprendia primeiramente, na Faculdade a treinar seu olhar quanto a análise de pequenos tecidos e células, para que posteriormente, na FAP, realizasse a mesma prática, em momentos de avaliações e estudos. Em dias avaliativos, o professor distribuía alguns desses pequenos organismos e cronometrava para que cada um identificasse a despeito do que se tratava. Não havia condições para “colas” ou repasses de

¹⁶³FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. Tradução Roberto Machado. -7 ed- Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

¹⁶⁴ A Faculdade, aliás, que realizava procedimentos experimentais com animais, cachorros, gatos, coelhos, e etc, buscando manipular possíveis tratamentos de cura. Logicamente, muitas dessas práticas concebíveis para os sujeitos, no momento, eram torturantes para com os corpos das “cambaias” que eram mutiladas e acometidas por diversos tipos de afecções. Um lado obscuro, da medicina e da ciência, que se alicerça em discursos de promoção de cura, para matar e maltratar outros corpos, outros seres, outras vidas.

respostas, metodologia, que foi interpretada por nosso comentador, como uma das explicações para a posição de destaque e qualidade, da educação realizada na instituição¹⁶⁵. Havia, inclusive, um espaço, um auditório, na FAP, para a realização dessa avaliação. Não nos chegou ao conhecimento de que os alunos, por exemplo, realizassem consultas orientadas por seus professores, como outras formas avaliativas, restringindo suas ações, nesse sentido, somente como observadoras. A foto a seguir é uma demonstração do agora dito:



Foto 16- Aluno observa procedimento cirúrgico realizado na FAP (década de 1970)

Fonte: Acervo do Departamento de Medicina da UFCG

A fotografia, exposta, nos apresenta os traços, as cores, os instrumentos, os gestos dos sujeitos, que fizeram parte de um dos espaços, da FAP, voltados para a promoção da cura, perpassada pela prática da aprendizagem. Uma sala cirúrgica composta de um estudante, que expressivamente observa, o médico que explica, do enfermeiro que auxilia e o paciente, aberto e sendo operado. As cores das vestimentas também nos ajudam a identificar os sujeitos, sendo o médico o que está de verde e com luvas e máscara, como orientava a higiene, e os demais de branco, cores comuns, neste espaço, para enfermeiros e alunos. Como veremos, as cores branco e verde, predominavam nos espaços, nas roupas dos funcionários e

¹⁶⁵ Somando-se, ainda, ao conteúdo que era repassado de forma serial, cuja reprovação em uma disciplina, faria o discente estudar, novamente, todo conteúdo aprendido durante o semestre e se, bolsista, a perca do financiamento.

pacientes, nos lençóis e paredes do hospital. Aliás, a cor e o modelo da roupa, em algumas situações, demarcavam lugares, posições, identidades dos sujeitos¹⁶⁶ que atuavam na instituição. Além de serem avaliados, os alunos assistiam cirurgias e consultas, estudavam e realizavam pesquisas, no próprio hospital¹⁶⁷. Apesar de não termos encontrado vestígios de alunos realizando práticas clínicas, medicamentosas e cirúrgicas em pacientes, não significa anularmos que uma vez ou outra, o prática ocorresse sob orientação do professor. Muito embora, fosse este vinculado a Faculdade, quem realizava a prática filantrópica de atender, gratuitamente, os pacientes, dentre eles, as crianças. Na fotografia de número 6, no capítulo anterior, apresentamos o ambulatório em que os docentes da Faculdade atendiam aos pacientes. Quanto aos alunos, suas ações filantrópicas nos pareceu se remeterem muito mais nas atividades de pesquisa no setor laboratorial, do hospital¹⁶⁸.

Das fotografias que foram produzidas pelo senhor José da Guia da Carneiro não encontramos nenhuma que se contraponha ao que acabamos de dizer acerca da atuação dos alunos. Se o contrário fosse corriqueiro teríamos algum episódio registrado, já que o colaborador, no ato de fotografar, tentou não fazer escapar, aos seus flashes, nada do que acontecia no cotidiano de ambas as instituições. Por isso, temos em mãos uma documentação iconográfica rica em cenários, situações, ações e feições dos sujeitos que passaram pela FAP e pela escola médica.¹⁶⁹ Pensamos, ainda, que os médicos, da época, tinham a preocupação de oferecerem um serviço médico e hospitalar seguro aos seus pacientes, conscientes de que seus alunos eram aprendizes de médicos, e não diplomados. Sabemos o quanto diagnósticos e medicações incoerentes podem trazer danos irreversíveis aos corpos dos pacientes, o que foi corroborado pela senhora Maria do Socorro, ao nos contar que as consultas eram demoradas, minuciosas e realizadas pelo médico¹⁷⁰.

Acrescentamos, ainda, que os estudos de anatomia, ministrados pelo professor Asdrubal de Oliveira, da UFPB, foram de suma importância para aperfeiçoar o olhar dos

¹⁶⁶HALL, Stuart. **A identidade cultural na pós-modernidade**. Tradução Tomas Tadeu da Silva, Guaracira Lopes Louro – 8 ed. – Rio de Janeiro: D&A, 2003.

¹⁶⁷Relato do senhor José da Guia Carneiro, funcionário da Faculdade de Medicina desde 1970. E hoje, como curso de Medicina se encontra articulado a Universidade Federal de Campina Grande, se constitui como empregado desta instituição.

¹⁶⁸Relato do senhor José da Guia Carneiro, funcionário da Faculdade de Medicina desde 1970. E hoje, como curso de Medicina se encontra articulado a Universidade Federal de Campina Grande, se constitui como empregado desta instituição.

¹⁶⁹Não encontramos vestígios em outras fontes.

¹⁷⁰Relato da técnica em enfermagem, aposentada, da FAP, Maria do Socorro Santos Lima.

alunos quanto às observações que seriam realizadas na leitura dos corpos dos pacientes nos estágios realizados, na FAP. A Faculdade destinou um de seus laboratórios para o ensino de Anatomia, especificamente a aula prática:

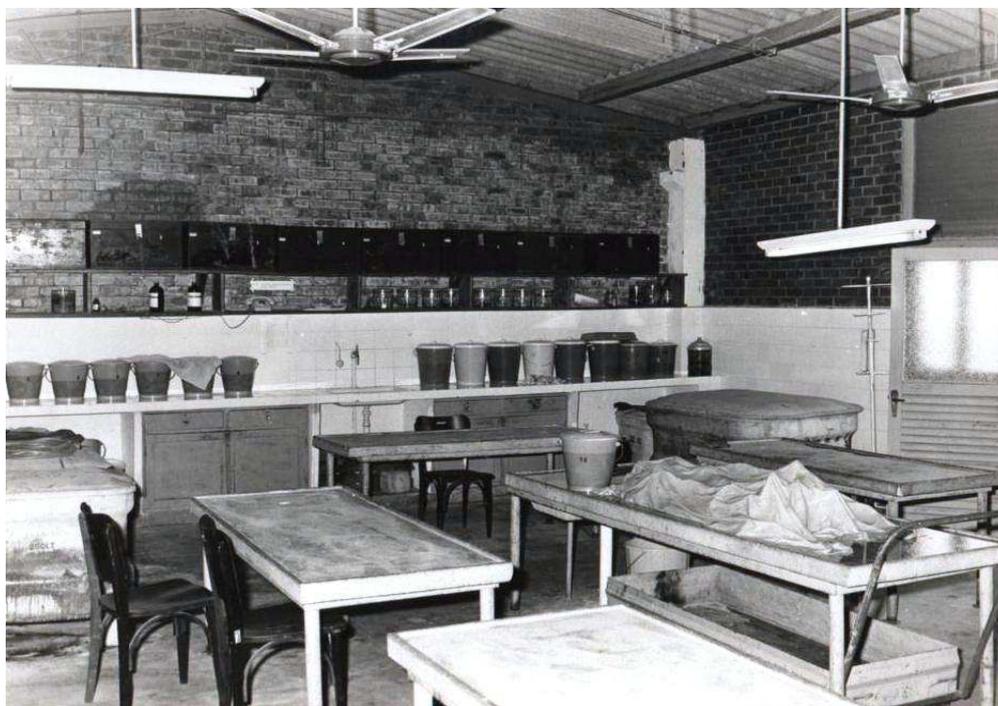


Foto 17- Um dos laboratórios de Anatomia, da Faculdade de Medicina (década de 1970)

Fonte: Acervo do Departamento de Medicina da UFCG

O ensino de anatomia, segundo Bastos (2006), é “a porta de entrada” do aluno que pretende cursar medicina e, portanto, pretende ser médico. Não por acaso, causa tamanho impacto, ao de imediato proporcionar ao discente, uma experiência com o corpo morto, aberto, dissecado, esquartejado. Ensina ao estudante desde logo a disciplinar não somente o olhar para identificar órgãos, tecidos, ossos, músculos, veias, bem como seus demais sentidos para suportar odores, toques, gritos e gemidos vindouros. A negar a dimensão necrófila, do corpo, por ter a morte como possibilidade. Aprende-se, assim, a não ter medo de olhar, a não ter nojo de tocar¹⁷¹. É um caminho que perpassa pela perda de algumas sensibilidades e ganhos de outras, pois o sujeito médico lida, no seu cotidiano profissional, com situações simples, complexas de penúrias com sucesso, de penúrias sem sucesso. Pacientes vivem e se curam, outras pelem e morrem sobe seus cuidados. Dessa forma, as aulas teóricas e práticas

¹⁷¹Os cadáveres utilizados nas aulas de anatomia provinham do Estado de Pernambuco. O IML, de Campina Grande apenas foi fundado no decorrer dos de 1970, situando ao lado do prédio da Faculdade, localização que, aliás, se mantém, atualmente.

de anatomia, que ocorriam no espaço fotografado, tinham como objeto fazer com que o aluno de medicina subjetivasse esses traços, apurasse seus sentidos, deslocasse a “posição social” de um mero estudante, para um sujeito discente com identidade médica (HALL, 2003). A aula se passava no espaço que era composto por um corpo a ser estudado, por bisturis, mesas e cadeiras para melhor auxiliar o aluno. Em meio ao formol e demais utensílios que serviam para coletar e receber pedaços do corpo examinado, o aprendiz de médico (incomodado ou não) aprendia a administrar todas as sensações que foram sentidas no ato de ver e dissecar corpos.

Disciplinado seus sentidos, como exigia a praxes médico/científica, desde o início do século XX (PEREIRA-NETO, 2001) tratando o paciente como um objeto a ser estudado e ele, pesquisador, a decifrá-lo. Porém, não o vendo como um pedaço de carne, orgânico, ausente de sentimentos, como muitos médicos o vêem em nossa contemporaneidade. A neutralidade, proposta pela medicina dos anos estudados não se confunde com a insensibilidade, mas com a “desconfiança” que o médico tem de si próprio, por ter ciência de ser um sujeito vulnerável, capaz de se envolver sentimental com seus pacientes. Temendo comprometer sua prática, ao ver-se diante de quadros, que machucavam o olhar de qualquer sujeito ao vê-lo, sobretudo, quando se referiam às crianças. Sujeitos que em nossa cultura novecentista, passaram a ser lidos como frágeis, todavia não resistentes a dor e ao sofrimento.

4.4 A Infância “clinicada”

Crianças doentes e em lágrimas. Pais aflitos, a espera de atendimento e “socorro” médico que pudessem aliviar as dores que seus filhos sentiam, ao terem seus pequenos e gráceis corpos acometidos por vírus, bactérias, “germes”. Sujeitos que, majoritariamente pobres, desvalidos, apenas contavam com a FAP para terem seus murmúrios ouvidos, seus corpos medicalizados, de modo que saíssem deste espaço, curados e sem dores. O hospital se representava, aos sentidos dos genitores, como uma “geografia de curas” (CERTEAU, 1994), um espaço de “milagres da medicina”, em que o infante adentrava triste e enfermo e o deixava feliz e saudável. Percepções (CHARTIER, 1990), que escondiam o insucesso¹⁷², provenientes de uma história hospitalar que se tecia através das narrativas “positivas” de seu cotidiano, do atendimento de qualidade que disponibilizava aos seus pacientes e dos resultados com êxitos,

¹⁷²Apesar de nas memórias não aparecerem casos de procedimentos maus sucedidos, o hospital, como tantos outros, propiciou momentos de cura, acrescidos, também, de diagnósticos sem “jeito” e sem solução. Embora estudadas e pesquisadas, haviam doenças, na época, que iam além do conhecimento que a medicina detinha.

obtidos até mesmo, quando seus pediatras se deparavam com quadros clínicos irreconhecíveis, porém decifrados e diagnosticados¹⁷³.

Foram sobre essas tessituras cotidianas que o hospital foi se constituindo enquanto uma cartografia de referência aos cuidados, amparo e proteção á infância. Nesta relação de protegê-la, de curá-la, mas também de discipliná-la, foi ensinado aos pais e demais cuidadores a perceberem as crianças, os infantes, da maneira como a pediatria os lia, os entendia e os identificava (HALL, 2003), presentes na maneira como indicavam seus cuidados, no interior dos espaços que o hospital para elas destinou. Os pais seguiam “a risca” as prescrições médicas, mesmo distantes do olhar vigilante dos funcionários da saúde? Em parte, pois a medicina popular até hoje se mantém atrelada as práticas médicas alopáticas, e as negligencias materno/paterna, especialmente á crianças que morriam enfermas, continuaram a acontecerem. Apesar de que, culturalmente, a FAP “acostumou” os campinenses “pobres” a procurarem os serviços de cura hospitalar quando os filhos se apresentavam doentes.

Somamos que os sucessos ocorridos na instituição, foram práticas que incentivaram os pais a manterem os cuidados indicados pela medicina, na medida em que, aprenderam, também, a desejavam a longevidade de sua prole. O que, a partir do século XX, com os avanços da medicina preventiva, se tornou algo possível e com concretude. A FAP, assim, é uma demonstrava da aproximação do público infantil, pobre e doente, para com esta espacialidade hospitalar:

¹⁷³Relato da técnica em enfermagem, aposentada, da FAP, Maria do Socorro Santos Lima.



Foto 18- Recepção da Ala Pediátrica (década de 1970)

Fonte: Acervo do Departamento de Medicina da UFCG

A fotografia representa, apenas, uma minúscula parte, dos rostos notadamente das mães e das crianças, pobres, que recorriam à instituição, em busca de seus serviços médicos-pediátricos. A recepcionista de branco, recolhia os dados pessoais, dos pacientes, e os principais desconfortos sentidos pelas crianças, para que depois fossem direcionadas ao atendimento ambulatorial. Segundo a depoente, este atendimento inicial, poderia ocorrer tanto no *chez muá*, quanto nos ambulatórios que faziam parte da ala da pediatria. Dentre eles o que continha uma balança métrica e que mostramos anteriormente. Foi recorrente, em suas falas a menção do objeto usado para a obtenção do peso e estatura da criança como primeiro procedimento realizado, antecedendo, inclusive, qualquer prática clínica. Feito isso, o médico já poderia ter em mãos, alguns dos possíveis indícios que quando associados à leitura (CHARTIER, 1998) que realizava do corpo infantil, o ajudava a identificar um possível quadro patológico.

As consultas nem sempre eram realizadas sob a presença exclusiva do pediatra, da enfermeira, de um estudante da faculdade e dos pais, geralmente a mãe. Outros sujeitos, às vezes desconhecidos, presenciavam a clínica médica:



Foto 19- Consulta pediátrica (década de 1970)

Fonte: Acervo do Departamento de Medicina da UFCG

O pediatra Virgílio Brasileiro, realizou, a consulta, em meio a um aglomerado de pessoas, que possivelmente levaram seus filhos para o mesmo procedimento ou estavam, ali, por mera curiosidade. O médico, atentamente, parece ouvir a mãe e observa a corpo da criança, que acreditamos ter aproximadamente entre 01 ou no máximo 02 anos de idade. Destas observações e diálogos, busca escrever as constatações que vai elaborando do caso. A triste feição apresentada pela infante, especialmente, os olhos “fundos”, nos indica que estava enferma; e o lado esquerdo da roupa descida, nos sugere que o seu corpo foi examinado. O médico, ainda, aparenta ter “jeito” e paciência, pois, geralmente as consultas pediatras ocorriam permeadas por choros e irritações das crianças. O que requer, como dissemos, toda uma sensibilização do pediatra para lidar e realizar com sucesso o procedimento clínico, o qual acontece pelo ato de ouvir, nas várias vezes a mãe, de olhar o corpo, verificar seu funcionamento e algum signo de anormalidade. Esta fotografia, além disso, nos esclarece, acerca do aumento do número de pacientes infantis que passaram a ser consultados na instituição, no decorrer dos anos de 1970. O aglomerado de pessoas presentes no mesmo espaço da consulta, o que era incomum na década de 1960¹⁷⁴, deveu-se, possivelmente pelas

¹⁷⁴A depoente falou-nos, que até aproximadamente, o início dos anos de 1970, as consultas eram demoradas e realizadas sob a presença, unicamente, do médico, da enfermeira, da mãe e, posteriormente de um estudante da

dificuldades que os funcionários tinham em organizar o excesso de pessoas que a cada dia se elevava, sendo necessário, em alguns casos, que as consultas não pudessem ocorrer em salas fechadas. Não esqueçamos, ainda, que não apenas de crianças contava o público da FAP, a partir do ano de 1972, bem como adultos e idosos.

Assim, esse procedimento tendeu a ser menos pormenorizado, pois segundo a senhora Maria do Socorro, a quantidade, cada vez mais numerosa de crianças provenientes de Campina Grande e seus distritos, não permitia as consultas demoradas de outrora. Afinal, seus médicos mesmo que reduzindo a qualidade e a duração das consultadas, não deixaram de atender a todas as crianças que para o hospital se direcionassem. O que por outro lado, nos torna perceptível que a instituição ao ser, gratuita e lida como de qualidade, se encontrava sobrecarregada, muito provavelmente, pela omissão e acomodamento dos órgãos públicos em ampliar os serviços de saúde, da cidade. A depoente, também, no familiarizou a despeito das doenças mais comuns que se chegavam ao conhecimento e a clínica pediátrica:

Tinha casos que era muito grave! Por exemplo, mesmo... Crianças com queimaduras graves, ficava no isolamento, crianças com outras doenças, que na época, a gente não sabia nem o que é que era, também ficava no isolamento para fazer os exames para descobrir qual era o problema e tratar (...). Tinha um, eu lembro, tinha um problema na pele que fazia muito hematoma, assim... na parte mais do pescoço, e ele ficou muito tempo, uns três meses... Descobriu, tratou e ficou bom¹⁷⁵.

Não conseguimos identificar a qual doença que foi descoberta e tratada na FAP se aludiu à colaboradora. Mas, o que chamou-nos atenção, em suas falas, foi à importância dada pela mesma quanto à cura de doenças, mesmo que desconhecidas, pesquisadas, tratadas e eliminadas. Obviamente, que como sujeito que faz parte da história da instituição pelos serviços que prestou, valorize as ações que nele se realizaram, sendo a pesquisa, e o apoio, sobretudo da Faculdade e seus alunos como importantes para que estas enfermidades silenciosas, ao olhar médico, fossem esclarecidas e possíveis de serem medicadas e curadas. A pesquisa nos laboratórios da FAP e na Faculdade eram recorrentes e intensificadas quando casos assim apareciam. Semelhante situação, a atendente contou-nos que, ainda, uma outra criança, com aproximadamente 07 anos, chegou ao hospital com sintomas de leucemia,

Faculdade. Isto sendo possibilitado em decorrência de o número de pacientes serem poucos e restritos aos infantes, pois, como dissemos a primeira ala a funcionar consistiu na pediátrica.

¹⁷⁵Relato da técnica em enfermagem, aposentada, da FAP, Maria do Socorro Santos Lima.

manchas pelo corpo, apática e debilitada. Doença, que para época, era desconhecida e podemos até dizer, que nova, dentro do campo médico¹⁷⁶. Após vários exames laboratoriais, foi diagnóstica, não sendo tratada, no hospital, pois o mesmo ainda não disponibiliza de um serviço raro e caro, como o agora dito, bem como pela criança ter proveniência familiar com condições socioeconômicas passíveis de financiar o serviço de saúde em uma das poucas cidades, do Nordeste, que realizava tratamentos direcionais a doença, neste caso Recife.

Embora a instituição tivesse os infantes desamparados como prioridade, seus pediatras não recusavam atendimento mesmo que tratando de crianças que não provinham das camadas pobres da sociedade campinense e de outras localidades. Dentre os traços da identidade infantil, estava a representação de que este corpo, pela vulnerabilidade apresentava, teria o direito “natural”, a medicação, ao cuidado, a assistência. Concepção que tornava culturalmente repudiável práticas que aludissem à desassistência e ao abandono. Ainda que, o caso apresentado, corresponda dentre as exceções. Para os casos que não foram ressalvas, crianças tinham seus corpos acometidos por bolhas d’ água, feridas, hematomas, cortes, queimaduras, febres, dores de cabeça, corizas, olhos avermelhados... Adentravam o espaço hospitalar em meio a dores, choros e lágrimas, por serem vitimadas por doenças que eram lidas e identificadas, pela pediatria, dos anos de 1960-1970, como comuns, próprias da infância: o sarampo, a rubéola, a catapora, a “papêra”¹⁷⁷, a poliomielite, a varíola, a meningite, as diarreias, vômitos e resfriados. A pediatria das décadas estudadas parece ser menos rígida quanto a eliminar do corpo da criança qualquer rastro de enfermidade, por não entendê-la, somente, como evidencia de desamparo e de desleixo público e paternos, conforme entendiam os fundadores desse saber.

Isto porque, segundo Pereira (2006), os pediatras da emergente pediatria buscaram desassociar a vulnerabilidade do corpo infantil as doenças por acharem que o estado enfermo, raquítico e morto resultavam da ausência de ações medicalizadas, a este corpo. A infância cabia o corpo saudável, isento de doenças, de dores, sequelas e demais signos, vinculados ao descaso e a ausência de cuidados.¹⁷⁸ A concepção médica, praticada na FAP, não rompe totalmente com esta percepção identitária (HALL, 2003), pois também entendia que se o país

¹⁷⁶ O câncer já era uma doença conhecida e preocupante, no início do século XX. Tanto era que Sanglard (2008) comenta, que em plena década de 1920, foi realizado um projeto que pretendia fundar, na capital do Brasil, um Hospital do Câncer. Entretanto, ainda não se falava em leucemia como uma das manifestações, desta doença, e que quando referente a câncer no corpo infantil, mencionavam-se tumores, principalmente, cerebrais. Nos anais do Primeiro Congresso Brasileiro de Proteção à Infância, é, inclusive, debatida uma de suas terapias.

¹⁷⁷ Relato da técnica em enfermagem, aposentada, da FAP, Maria do Socorro Santos Lima.

¹⁷⁸ Não esqueçamos, a pediatria se institucionalizou e se legitimou como saber específico aos cuidados da infância, através de dizeres que se comprometiam em curar e em salvar as crianças. Por isso, a ruptura entre corpo infante, vulnerabilidade e doença.

ao virem os filhos doentes não os conduzisse ao saber autorizado para deles cuidarem, estariam agindo de modo negligente, sendo a doença ou piora do quadro resultante de uma ação de descuido. Mas, a pediatria também percebeu que mesmo bem cuidados, por este saber, algumas crianças eram acometidas por doenças, doenças, aliás, que as privilegiavam como público alvo, por uma vulnerabilidade presente e inata em seus organismos. Dessa forma, a pediatria praticada, neste espaço, bem como nesta época, proporcionou deslocamentos e descentramentos a esta identidade, ao incluir outras representações as percepções que foram elaboradas, pela especialidade, em décadas anteriores.

Ao contrário dos fundadores, os pediatras, daquele momento, trazem, novamente, ao corpo infantil a noção de certas doenças enquanto comuns ao corpo infante. Um exemplo do agora dito eram os desconfortos provenientes das saídas dos dentes, sendo recorrentes, em bebês, diarreias e febres. Todavia, o fato de serem comuns, não significava que os infantes deveriam sofrer e obrigatoriamente conviverem com estes desconfortos, pois esta mesma pediatria estava ciente de que uma simples diarreia, dependendo de sua intensidade, era suficiente de debilitar e mesmo matar estes sujeitos. Por isso a importância de medicar o infante e sempre mantê-lo a disposição do olhar médico. “Prevenir, neste caso, era melhor que remediar”.

É incontestável que as vacinas foram um forte aliado, dessa medicina preventiva, ciente de que fazia parte da infância a gracilidade e certas enfermidades. Refletindo, a prática medicalizadora, diretamente nos índices de mortalidade infantil, muitas dessas vacinas já se mostravam presentes no cotidiano dos infantes campinenses, tais como de combate a varíola, a tuberculose (BCG) e a poliomielite. A última, sendo, inclusive fornecida e propagandeada, na FAP:



Foto 20 – Campanha de vacinação contra poliomielite divulgada em um dos ambulatórios da FAP (década de 1970)

Fonte: Acervo do Departamento de Medicina da UFCG

As vacinas acessíveis, na época, eram e são produzidas a partir dos próprios microorganismos que propiciam as doenças, utilizados, todavia, em suas formas atenuadas. Um avanço médico laboratorial que encontrou, historicamente, empecilhos para que as campanhas e suas respectivas distribuições ocorressem com sucesso. A “revolta da vacina”, acontecida nos primórdios do século XX, como consequência da ausência de esclarecimentos, pensando os sujeitos serem formas de eliminá-los ou fazê-los adoecerem, permaneceram no imaginário social, a ponto de as campanhas, em Campina Grande, não obterem os resultados esperados pelos órgãos públicos. Segundo Andrade (2010), tais medos e temores, fizeram com que os campinenses se recusassem, na época, a levarem os filhos aos postos e demais estabelecimentos que disponibilizavam os serviços de vacinação. Percepções culturais que a FAP, por meios de campanhas e incentivos, se direcionou a desconstruir, esclarecendo aos pais que vacinar seus filhos equivalia a evitar doenças e anomalias futuras, como a paralisia infantil, a magreza, o raquitismo e a morte, proveniente da tuberculose e outros tantos desconfortos causados pelas demais doenças que as tinham como preferência de acometimento. Pensando nesta fragilidade, priorizavam, as campanhas, vacinarem, primeiro, as crianças desde o nascimento aos 07 anos.

A foto apresentada, não é uma representação, apenas, da prática de vacinação desempenhada, pelo hospital, a qual veio a contribuir na diminuição de crianças cometidas pelas doenças. Se olharmos bem, os pormenores da espacialidade, notaremos que certos objetos, inclusos, a sua “decoreção”, aludem a respeito da assepsia e da higiene. Moulin (2011) afirma que, após a descoberta pasteuriana, associando as doenças aos microorganismos, o cuidado com a limpeza dos espaços e dos utensílios tornou-se uma prática preventiva, fundamental para combater as doenças em suas formas locais e endêmicas. Pias e toalhas espalhadas, por praticamente todos os espaços, do hospital, buscavam educar os sujeitos a higienizarem seus corpos, mãos, na entrada e saída dos recintos, evitando que inserissem ou levasse consigo microorganismos. Dessa forma, a microbiologia, na busca de eliminar as doenças por meio de vacinas e educação higiênica, acabou que por modificar a forma do médico e do próprio sujeito, ambos portadores de corpos, para este organismo olhar e se relacionar. O direito a saúde, que dissemos anteriormente, também abrangeu a submissão do corpo, ao olhar, as prescrição e as práticas médicas. Foi o poder disciplinador tratado por Foucault (2012) em sua forma “positiva”, promotora de conhecimentos, saberes, que propiciou a saúde e o bem-estar do corpo, mesmo que tenha partido de práticas de controle sobre o mesmo. “Um corpo-saber”, que aprendeu a entrar, viver e sair do hospital de forma higienizada, descontaminado, limpo. Uma assepsia que se estendeu ao branco das roupas, ao branco das pias, das cerâmicas e paredes, das camas, das vestimentas, toucas e luvas, de modo a denunciar o risco, a sujeira que mesmo limpa, não significava o branco ter-se eliminado a doença. Sem que esqueçamos, claro dos “otoclaves”, ainda, pequenos, que auxiliavam a desinfecionar os instrumentos médicos utilizados em curativos e cirurgias.

Um dos otoclaves, cama, balança e medicamentos, que apareceram na fotografia anterior, informam-nos que aquele ambulatório realizava atendimentos essenciais como acompanhamento médico, curativos e medicação. O que geralmente acontecia, quando terminado o procedimento clínico. Se ocorressem dúvidas, os pais acompanhavam as crianças para exames mais detalhados, ou internação, caso necessário. As fotografias que veremos a seguir nos elucidam a respeito dos dois últimos procedimentos:



Foto 21- Alunos e médico assistem paciente em radiografia (década de 1970)

Fonte: Acervo do Departamento de Medicina da UFCG

Uma vez mais, de acordo com Moulin (2011), a medicina, do século XX, adquiriu como parceira e aliada a “maquina”. O raio X, criado em meados dos noventa, agia e age enquanto importante instrumento de objetivação e esclarecimento por parte do médico, quando este se depara com sintomas que negam, confundem e silenciam, um diagnóstico. Utilizado, na FAP, como importante ferramenta, nos casos e acasos incompreensíveis e duvidosos, a radiografia consistia em apenas uma das muitas tecnologias modernas que foram implantadas pelos holandeses, neste espaço médico-hospitalar¹⁷⁹. Crianças e adultos, para esta sala eram direcionados quando seus sintomas necessitavam de esclarecimentos. Portanto, a radiografia diferentemente da anatomia, permitia que o corpo fosse visualizado vivo e em pleno funcionamento de suas faculdades. Doenças que não fossem vistas apenas pela clínica convencional e um exame laboratorial poderiam aparecer e se tornarem conhecidas por meio desta “utensilagem” tecnológica. Dependendo do resultado obtido no exame, os infantes eram medicalizados ou seguiam para a internação.

Quando falamos em medicalização, enquanto o ato de medicar o corpo, medicamentosamente, nos referimos à medicina alopática, elaborada e desenvolvida em

¹⁷⁹Relato da técnica em enfermagem, aposentada, da FAP, Maria do Socorro Santos Lima.

laboratório. A senhora Maria do Socorro contou-nos que os médicos apenas faziam uso desta medicação, medicação que legitimava o lugar do médico como sujeito cientista, qualificando o tratamento por ele sugerido, desqualificando outros procedimentos de cura alheios a ciência. Pereira Neto (2001), ao discorrer sobre a oposição entre a medicina alopática e as práticas medicinais opostas, homeopáticas, populares, as localiza enquanto formas de cura, que demarcam fronteiras, posicionam sujeitos, remetendo a identidades (HALL, 2003). Tudo aquilo produzido e orientado longe dos olhos da ciência, da experiência e do laboratório não pertenciam ao campo da medicina, mas de charlatões, de espíritas e de curandeiros, práticas, que na concepção médica, eram ausentes de validade e de certificação de cura. Em decorrência dessas identidades que poderiam suscitar dúvidas quanto à legitimidade de um médico, muitos dos que atuavam, na FAP, evitavam prescrever medicamentos que fizessem alusões de componentes cuja base derivassem de plantas e de ervas. Andrade (2010) diz que, embora muitos acreditassem nas propriedades das substâncias homeopatas, seus lugares enquanto médicos/cientistas os autorizava a prescrever, o que de fato, apresentava resultados, nisto entendendo-se, para o contexto, os medicamentos feitos sob as diretrizes da ciência. Seja medicada e recomendada que fosse cuidada em casa, seja medicada e internada, esta era a medicação prescrita pela “tinta” pediátrica.

4.5 Por entre as grades dos berços e dos leitos: as “geografias de cura” de reclusão e de “exclusão”

Com os corpos em dor e com sintomas de doenças, muitos infantes não tiveram na medicação imediata a possibilidade de cura de suas “agonias”. Quantas crianças entraram, em lágrimas, no interior do espaço hospitalar, não simplesmente para uma consulta e na sequência um retorno para casa. Tendo, por muitas vezes, que adentrarem seus leitos e permanecerem escusas por entres as grades das camas e dos berços, para durante dias, semanas, meses serem tratadas, medicadas, de modo a deixarem a FAP, curadas, saudáveis, por entre risos, por entre alegrias¹⁸⁰. A internação era recomendada, ainda, quando os prognósticos permaneciam em silêncio, necessitando de serem estudados em detalhes, de maneira a ser possível a cura; para os casos graves de doenças infecto-contagiosas que pudessem ter seus quadros agravados, enfermidades bacterianas, virais, com risco de contaminação a terceiros; e queimaduras e cortes com possibilidade de acometimento de

¹⁸⁰Relato da técnica em enfermagem, aposentada, da FAP, Maria do Socorro Santos Lima.

morte. Para tanto, a ala pediátrica contava com um setor de internamento, sem necessidade de separação espacial dos demais leitos; e de outro, que pela gravidade, necessitava de exclusão, chamando-se “zona de isolamento”¹⁸¹:



Foto 22- Setor de internamento, da ala pediátrica (década de 1970)

Fonte: Acervo do Departamento de Medicina da UFCG

A fotografia agora exposta refere-se ao setor de internamento disponibilizado aos infantes que apresentavam enfermidades sem riscos maiores de contaminação e agravamento do quadro clínico. A criança, que inclusive, se apresenta internada aparenta ter uma lesão na perna, que pode ter sido ocasionada por acidente doméstico, pelo correr e brincar nas ruas, ou, ainda, um ferimento causado por doença. É perceptível vermos um hematoma avermelhado, que como pode implicar em uma inflamação dolorosa, no ato de mover a perna, fez com que o membro fosse isolado, para que se evitassem dores e complexidade do quadro. A ala pediátrica de internamento era composta por quartos e utensílios, em sua maioria, na cor branca, pelos motivos de higiene dissertados em outro momento: na cômoda, nas camas, nos lençóis e na vestimenta das crianças. As mesmas eram separadas por leitos, para garantir conforto, no ato do descanso, pois as camas eram pequenas e em conformidade com a estatura

¹⁸¹Relato da técnica em enfermagem, aposentada, da FAP, Maria do Socorro Santos Lima.

comum á infância. O utensílio apresentava também grades recolocáveis, os transformando ora em cama, ora em berços, uma especificidade que se recorria dependendo da idade, do quadro clínico, do infante, de modo que fosse apresentável possibilidades de acidentes, como quedas.

Com esta fisionomia e características o leito do hospital destinado á infância se apresentava, pelo menos esteticamente, bem diferente quando comparado aos quartos hospitalares comuns a nossa contemporaneidade, decorados, coloridos e aconchegantes. Ficamos, claro, não ser esta a preocupação imediata dos hospitais da época, que prezavam muito mais por uma decoração higiênica, denunciadora da sujeira e da doença. A proteção relacionada à saúde parecia se sobrepuser aos demais aspectos. Contudo, mesmo se tratando em um quarto higiênico, notamos que o mesmo era pensado considerando as especificidades “tipicamente” infantis, como o tamanho, o peso e a vulnerabilidade. Preocupação, que, aliás, para Perrot (2011), não está desvinculada do nascimento do quarto, do leito infantil, de meados do século XVIII, resultante muito mais do medo católico do incesto que dos preceitos da medicina que dava seus primeiros passos. A igreja e não o médico, retirou o infante do leito, da cama compartilhada com os pais e os irmãos, lhe sugerindo um quarto, a princípio com traços adultos, escuros, com camas grandes. Posteriormente, na transição dos séculos XIX e XX, com a pediatria já institucionalizada, o espaço adquiriu outras feições que, culturalmente eram vistas como próprias da infância: luminosidades, cores e camas menores. O espaço hospitalar adaptou esta concepção de quarto domestico infantil para o leito hospitalar, porém, retirou dele o excesso do amarelado, do azul, do verde, do rosa e do lilás que contornavam os desenhos de flores e de animais, dos papeis de parede, fazendo prevalecer o branco que não permitia confundir sujeira com pintura e gravuras.

Ademais, as crianças passavam por uma higienização corporal que tornavam as cútis e demais partes componentes higiênicas e compatíveis com a brancura e limpeza do leito/infantil/hospitalar:

Toda criança que chegava lá tinha que dá o banho, quando ia se internar. Quando era pra ficar internada, a mãe levava todos os pertences dele e fazia [a atendente de enfermagem] o nosso procedimento como dá banho, cortar unha, limpar o ouvido... essas coisas todas¹⁸²

¹⁸²Relato da técnica em enfermagem, aposentada, da FAP, Maria do Socorro Santos Lima.

As prescrições médicas orientavam que as técnicas em enfermagem, realizassem este serviço inicial, de praxes, como disse a colaboradora. O que cabia ainda as mesmas a responsabilidade de mudarem os lençóis da cama, as vestimentas das crianças e alimentá-las. A senhora Maria do Socorro, assim como as demais enfermeiras que apenas tinham uma formação técnica da enfermagem não podiam medicar, função esta cabível as enfermeiras que possuíam o ensino superior e ocupavam o posto de enfermeiras chefes. As práticas citadas, de cuidados aos infantes, que hoje são desempenhadas pelos sujeitos que os acompanham nos casos de internação hospitalar, eram realizadas pelas atendentes porque, no período, a instituição não autorizava que os pais, ou pelo menos a mãe, permanecesse junto à criança, no leito, durante a internação. A criança, doravante era conduzida com seus pertencentes para os leitos de internação sem a companhia da mãe ou de um irmão. Juntava-se com as demais crianças, que em mesmas condições, contavam apenas pelas presenças do pediatra, das atendentes e das enfermeiras.

Conforme Perrot (2011), o leito do hospital atentou para as singularidades dos sujeitos em grupos, gêneros, doenças no intuito de facilitar os estudos e as experimentações, de trazer cura e o aliviar da dor; porém excluía e segregava o doente a solidão, ao silêncio do leito, a falta de um ombro amigo, o mesmo se estendo aos infantes sujeitos que sofriam, muito vezes, sozinhos, na presença de estranhos e desconhecidos. A criança, da foto, foi representada, nessas condições, condições estas que faziam dos dias de internamento tristes e dolorosos para muitas destes pequenos “resignados”, não apenas pelas rotinas de medicamentos, curativos e injeções, bem como, pela ausência dos sujeitos os quais estavam habituados a serem banhados, cuidados e alimentados.

Essa relação pode também ser explicada em decorrência de o saber médico pediátrico ter incluído o infante na categoria de paciente. Por mais que a criança, por suas características particulares necessitasse de um atendimento prioritário, diferenciado, sensível e humanitário, a mesma estava ali, sobretudo, para ser curada e tratada como uma paciente. Uma paciente que assim como os demais deveriam receber do tratamento excludente que era destinado a todos que considerados pacientes. Ao perguntarmos a depoente de como ela e os demais profissionais da saúde liam as crianças, a mesma respondeu-nos: “pacientes”.¹⁸³Evidentemente, tratar de uma criança, ou melhor, se relacionar com a mesma,

¹⁸³Relato da técnica em enfermagem, aposentada, da FAP, Maria do Socorro Santos Lima.

requeria práticas, gestos, formas de falar que não eram as mesmas usadas quando diante de um paciente adulto, sendo corriqueiros colocá-las no colo, insistirem para se alimentarem, conversas e brincadeiras para as tornarem maleáveis e dóceis. Afinal, estamos falando de crianças que choravam e se irritavam por sentirem a ausência de casa, dos pais e da família, por estarem exclusas, e dependendo, do quadro clínico imóveis. Situação, talvez, mais excludente, se referiu a depoente, ao setor de isolamento, composto por infantes em quadros clínicos graves e que necessitavam de ficarem restritas por terem doenças contagiosas. O espaço, embora, não se assemelhe tanto as unidades de terapia intensa, exercia as atividades destinadas à mesma:



Foto 23- Ala pediátrica, setor de isolamento (década de 1970)

Fonte: Acervo do Departamento de Medicina da UFCG

O setor de isolamento fazia “jus” a sua nomenclatura, haja vista que as crianças que para este espaço eram enviadas, além de passarem pelas mesmas práticas de higiene corporal pelas quais eram submetidos os infantes do setor analisado anteriormente, tinham seus corpos ainda mais vigiados, medicalizados e “separados”. Antes de tudo, eram isoladas por uma estrutura de vidro que permitia que fossem visualizadas e controladas a distância sem a necessidade da entrada e da saída de médicos, enfermeiros e atendentes. Estes sujeitos adentravam o espaço em momentos específicos de consulta, medicação, higiene e alimentação. E mesmo quando entravam tomavam de ações cuidadosamente higiênicas.

Na foto, ficou-nos evidente que possivelmente a enfermeira, obedeceu a estas concepções estando munida de toca, mascara e bata de modo a proteger-se e proteger os infantes, que já frágeis poderiam ser acometidos por outras doenças que pudessem ser levadas pela profissional de saúde. Não temos a certeza de sua atuação, que pode ser a de realização de uma medicação, caso enfermeira, ou preparação de alimentação, caso atendente, pois próximo a uma das crianças visualizamos uma mamadeira evidenciando que não somente de soro, se alimentam as crianças. Apesar, a dieta das crianças internados em ambos os setores consistiam em alimentos leves para organismos fracos e debilitados dentre estes “mingaus, sopinhas, bolachas “Maria” com chá¹⁸⁴. A mamadeira, presente nessa fotografia e na anterior, já era bastante criticada por muitos médicos, no contexto, por ser um utensílio propício para acumular fungos e bactérias pela umidade que adquiria, ao ir à boca, de modo muitas vezes, instantânea, por ser comum as crianças quando doentes, deixarem as comidinhas e líquidos ministrados, pela metade e retornarem para ingerirem, em outro momento, sobretudo chás e água.

Uma crítica, que, aliás, se remete ao início do século XX, e que foi estendida a chupeta, que apesar de não ter utilidade alimentar, distraia e calava os choros das crianças, de quando irritadas. Chamado, também de “consolo” eram compreendidos, por muitos médicos, dentre eles, o Moncorvo Filho, como “um grande prejuízo a saúde da criança”¹⁸⁵ por ser entendido como um dos promotores do desenvolvimento do bacilo causador da tuberculose, ocasionar deformidades labiais e dentárias, cujas consequências ultrapassavam a estética: dificuldades na mastigação e trituração dos alimentos, processos fundamentais para evitarem engasgos e mal-estares, durante o processo de alimentação e funcionamento, normal, da indigestão.

Ainda que estas críticas tenham sido perpassadas e apropriadas por muitos médicos pediatras, dos anos de 1960-1970, as fotografias que temos utilizado, apontam que as chupetas e as mamadeiras faziam parte do cotidiano infantil e, que mesmo as crianças quando internadas, na FAP, não eram privadas de seus usos. Talvez por uma sensibilização do pediatra, que via, de fato a chupeta como “um consolo”, e a mamadeira, como facilitadora, na ato de administrar a alimentação, por permitir, inclusive, que as crianças fizessem o procedimento sozinhas, dependendo da idade, dispensando as atendentes para alimentarem, diretamente, na boca, os infantes menores e mais debilitados. Há de acrescentarmos, também,

¹⁸⁴ Relato da técnica em enfermagem, aposentada, da FAP, Maria do Socorro Santos Lima.

¹⁸⁵ Votação de proibição da chupeta, proposta por Moncorvo Filho, Alfredo Ferreria Magalhães e Almeida Pires. Anais, 1922, p. 245.

que as vacinas, trazendo o discurso promotor de um corpo imune e protegido, permitissem que, na prática, a medicina pediátrica fosse mais ponderada, menos determinante e rígida.

Não esqueçamos, ainda, que a Nestlé, umas das responsáveis por produzir esses e outros produtos direcionados especificamente para a infância, financiava congressos, eventos e pesquisas, para pediatras e instituições de renome envolvidas em projetos acerca do melhoramento da qualidade de vida, dos infantes. Como discurremos, Campina Grande e sua sociedade médica foram contempladas com um destes acontecimentos, a exemplo da Semana Pediátrica, financiada, claramente, pelo grupo. Portanto, não seria muito coerente que os pediatras, fizessem, digamos, “uma briga”, condenando os usos dos referidos utensílios, já que propagandear e indicar os produtos da marca relacionava-se a incentivos financeiros ao desenvolvimento e legitimidade da especialidade. Os pediatras enfatizando, muito mais a higiene dos utensílios, que necessariamente sua eliminação na rotina infantil doméstica e hospitalar. Insistindo que os pais e as técnicas em enfermagem cobrissem as chupetas e as mamadeiras para que moscas e insetos não pousassem, e os lavassem e os banhassem em água quente fervente, os comumente chamados “escaldos”. Desse modo, os dizeres da higiene parecem ter tido como alvos, nesse espaço, os utensílios e as vestimentas que faziam parte dos cenários em que eram atendidas e internadas as crianças:



Foto 24- Crianças internadas na zona de isolamento (década de 1970)

Fonte: Acervo do Departamento de Medicina da UFCG

Uma vez mais, utensílios e alimentos protegidos. Camas brancas, lençóis brancos, porém acrescidas de cobertas que aparentam serem mais quentes, quando necessário de uso, por frio ocasionado, por febres e criança com meias e roupas, também, brancas. Possivelmente a que se apresenta com a roupinha aberta podia está com catapora ou doenças semelhantes, ou ter tido febre, está com febre, sendo comum a retirada de roupas, para permitir os suares que aciona o estado febril. A moça ao lado da cama, provavelmente corresponda a uma das atendentes de enfermagem, pois a identificamos, em outra fotografia, cuidando dos recém-nascidos prematuros. Embora a mesma, não tenha seu corpo coberto com luvas, tocas e túnicas, não adentrou o quarto sem passar pelo procedimento de uma higienização, mínima, das mãos. A depoente falou-nos que as duas bacias colocadas ao lado da entrada desses quartos excludentes, tinham a função de limpar e higienizar as mãos, sendo o liquido escuro um “anti-germe”, alusivo a nossa prática de hoje, quanto ao uso do álcool gel, que era enxaguado na bacia seguinte, composta de água. Estando às mãos limpas e isentas de “germes”, poderiam os visitantes, bem como os pediatras e os demais funcionários adentrarem o espaço e tocarem nas crianças, nos utensílios, nas camas e nas vestimentas. Procedimento, que não se iniciava apenas dentro do espaço excludente, mas na “geográfica” que antecedia suas portas:



Foto 25- Sala de procedimentos iniciais de higienização (década de 1970)

Fonte: Acervo do Departamento de Medicina da UFCG

Chegar, trocar-se, lavar as mãos, consistiam em caminhadas, atos, que faziam parte de todo um procedimento cuidadoso de higienização dos corpos, dos sujeitos, especialmente, dos da saúde, que adentravam para clinicar e medicar o corpo enfermo infantil excluído. Além de cerâmicas, pias brancas, e um trocador, túnicas, toalhas e lixeiras, terminavam por traçar as cores e os contornos de mais um, espaço, desta cartografia médico hospitalar, que impõe a todos os sujeitos, sejam as crianças doentes ou os adultos que delas cuidavam um corpo controlado, por práticas, que visavam disciplinar e mesmo fazer com que o sujeito se educasse e subjetivasse tais atos como inerentes e indispensáveis aos espaços que se propõem a curar e a eliminar a doença. Ações que como temos discorrido se apresentam em todos os espaços que faziam parte de um espaço maior que era a FAP. A pia, a toalha e os sabonetes, foram os elementos utilizados para “acostumar” os corpos de todos, que adentrassem, aos preceitos da higiene e da higienização dos corpos. Pois não bastava ver e aprender. Devia-se praticar (CERTEAU, 1994).

A higiene e a “fissura” por corpos higienizados, limpos, se estendiam de forma, mais leve, para os demais espaços que recepcionavam o público infantil. O berçário, embora recebesse as crianças que se apresentavam na etapa da fase infância, que mais requeria cuidados, quando não prematuras, ou com outras complicações, não tinham em seus espaços, os signos dessa imposição higiênica que foi despendida, para o setor de isolamento:

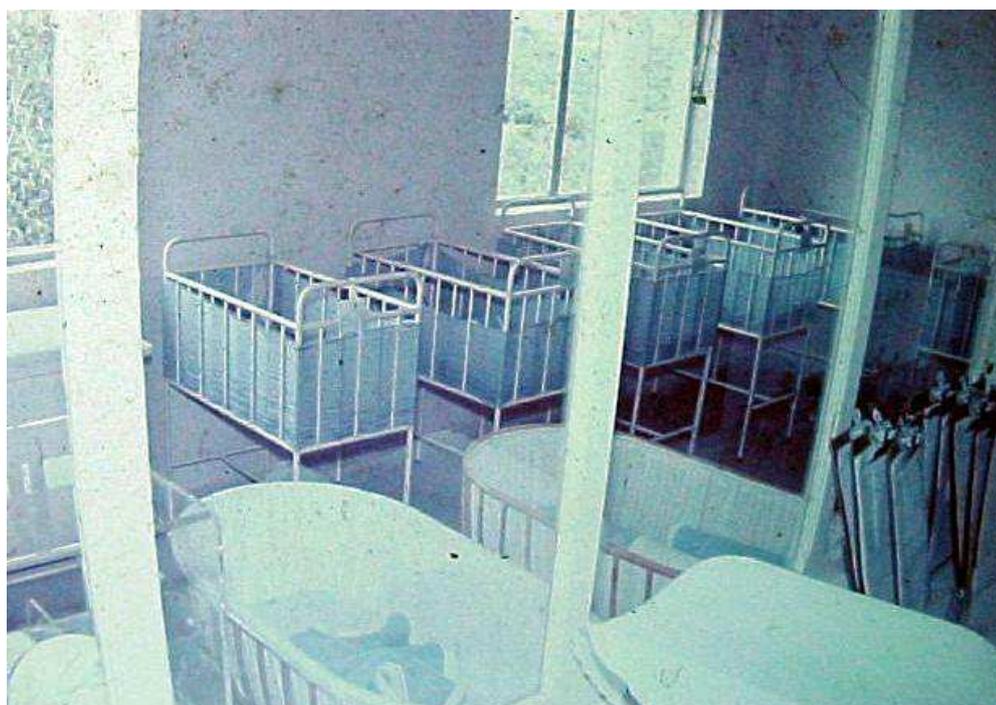


Foto 26- O berçário (década de 1970)

Fonte: Acervo do Departamento de Medicina da UFCG

Diferentemente, dos outros espaços que foram elaborados e reservados aos infantes, nenhum se apresentou, em nossa leitura, com tamanha leveza e luminosidade, quanto este espaço. Espaço voltado para os recém-nascidos que nasciam doentes, mas, sobretudo, para os que vinham ao mundo bem. Alguns preceitos, digamos, de uma higiene mais leve, mais acolhedora são notáveis. Janelas sem cortinas, para luz e o calor do sol adentrarem; “bercinhos” quentinhos, limpos, com cobertores que protegem do frio, com rolinhos que evitam mortes por asfixia¹⁸⁶; proteções laterais dos berços cobertas, para que o corpo pequeno e suscetível ao frio não sinta os desconfortos “da frieza do ferro” que compõe a matéria-prima, que a medicina, elegeu para os berços. E que segundo Perrot (2011), partiu do princípio sanitarista de que os berços de madeira apodreciam, quebravam e colocam em risco a vida do bebê.

Aliás, uma invenção antiga, medieval, que aprimorada pela medicina, atribuindo à cor branca e a mudança contínua da vestimenta, o transformando de um lugar passível de risco, para promotor da saúde, da vida, mas principalmente de conforto para o bebê. Um conforto, todavia, “disciplinador”, pois o próprio Rousseau indicou que não o habituasse as doçuras do *barcelonnette*¹⁸⁷, as doçuras do berço. Tais doçuras não se perderam por completo quando do mesmo foram retirados a estrutura que lhes permitia o movimento do balanço. Os berços da FAP e as feições que apresentam, já trazem em si uma doçura, que parece como exigência de uma sensibilidade infantil, não naturalizada, desde o “berço”, incorporada ao cotidiano infantil. Sensibilidade perceptível no momento de arrumá-lo, decorá-lo, deixá-lo prontinho para receber um corpo que precisava de horas e dias para acostumar sua sensibilidade as novas texturas, novos cheiros, novas cores, novos cuidados. Por isso, o berço, como nova cama, devia ser o mais apazível possível. Apesar de todos esses atributos, nem sempre os berços conseguiam substituir os confortos do útero, se apresentando como espaços apazíveis aos bebês:

¹⁸⁶O berço foi bastante incentivado, no decorrer do século XX, em virtude de muitas crianças morrerem asfixiadas ao dormirem junto aos pais. Uma prática que se mantinha, ainda, comum, no período que estudamos para muitos dos bebês que nasciam e eram atendidos na FAP, haja vista ser o berço um objeto caro.

¹⁸⁷Berços que além de cama, balançavam e “mimavam”, os bebês. A respeito ver: PERROUT, Michelle. *Historia dos quartos* - Michelle Perrot; tradução Alcida Brant. São Paulo; Paz e Terra, 2011.



Foto 27- Enfermeira “mimando” bebê (década de 1970)

Fonte: Acervo do Departamento de Medicina da UFCG

Mesmo a FAP, desmobilizando berços limpos, quentinhos e cobertos, os bebês, por meios de choros, requeriam, digamos, o “niná” que o berço não oferecia, afinal tudo para ele era novidade, desconhecido e estranho. As técnicas em enfermagem, acabavam que por cederem aos pequenos caprichos, os retirando dos berços e os recolocando para dormirem¹⁸⁸. Vestida, higienicamente, estas mulheres realizam, além dos “mimos”, os cuidados básicos que tratamos anteriormente, feitos, com toda uma exigida minuciosa por estarem, neste caso lidando com corpos muito pequenos, com unhas e orifícios com tamanha delicadeza. Quanto à vestimenta, a colaboradora disse-nos que consistia em uma exigência higiênica, moral e religiosa imposta pelo hospital, com proibição para que partes dos corpos ficassem amostra, prática, que, aliás, era verificada, pelas irmãs da Cruz Branca e Amarela. “Disciplina”, que podíamos, dizer, ainda, como demarcadoras, uma vez mais de identidades, pois as mesmas apenas cabiam o uso da toca; a inclusão de alternância de vestimentas nas cores, branco e verde, para as enfermeiras; e as mesmas cores com nomenclatura do médico, para os esculápios, os únicos a usarem jalecos como sobreposição a esta vestimenta. A nomenclatura

¹⁸⁸Relato da técnica em enfermagem, aposentada, da FAP, Maria do Socorro Santos Lima.

do profissional de saúde e do serviço que realizava, como única “burocracia” compartilhada por todos os que trabalhavam no hospital¹⁸⁹.

Pequenos detalhes, que embora, disciplinadores e identitários, não deixaram de representar os cuidados com a informação e com o atendimento que era prestado aos pacientes. Estes cuidados e a apreensão médica em fornecer um serviço de qualidade foram bastante ressaltados pela depoente. Segundo a mesma os esculápios se preocupavam em manter as visitas clínicas constantes as crianças que ficavam internadas, para estarem cientes das mudanças das condições apresentadas, pelo corpo, que podiam ocasionar a saída da zona de isolamento para a parte da pediatria voltada para os doentes cujos casos fossem inferior em gravidades e deste para alta domiciliar. Desse modo, “todo dia eles passava, as visitas médicas. A gente deixava as papeletas lá, ai eles aia lá, olhava o que tinha acontecido, com menino, qualquer reação que tivesse, ai eles ia saber, né?”¹⁹⁰

O mesmo tratamento era destinado aos infantes recém-nascidos em que nas duas fotografias é possível visualizarmos as papeletas, na primeira foto, próximas ao berço e na segunda, na parede, cada uma, numa altura acima do berço. Assim, quando o médico chegava para clinicar, cada criança, já obtinha informações de como nasceu, se apresentou alguma alteração, se necessitava ou de não de alguma intervenção. É importante ressaltamos que a ala pediátrica não era separada da maternidade. Por conseguinte, o berçário recebia as crianças que nasciam tanto em bom, quanto em condições preocupantes, sendo compostas de berços e incubadoras; recebiam infantes, que embora nascidos em outras instituições eram pequenos, com meses, por isso notamos diferenças entre os berços, outros maiores, outros menores, uns mais cobertos outros não; e a presença do cercado, na foto agora apresentada, objeto voltado para as crianças que já sentavam e engatinhavam. No mesmo bloco, as alas de internação e os ambulatórios, juntos, formavam a ala pediátrica¹⁹¹. Assim, dividida, percebemos que o hospital contemplou sua maior ala aos infantes, que em praticamente todos os aspectos se distancia dos espaços destinados aos sujeitos adultos, desde a sua presença proibida, nas internações e no pós-parto, restritas, de tal modo, aos sujeitos adultos da saúde. A humanização do parto, pro exemplo, parece inexistir, na época, no sentido de aproximar o filho da mãe de imediato, no momento em que o parto era finalizado. Ambos, mãe e filho, não chegavam a seguir direções opostas, mas quartos diferentes.

¹⁸⁹Relato da técnica em enfermagem, aposentada, da FAP, Maria do Socorro Santos Lima.

¹⁹⁰Relato da técnica em enfermagem, aposentada, da FAP, Maria do Socorro Santos Lima.

¹⁹¹Relato da técnica em enfermagem, aposentada, da FAP, Maria do Socorro Santos Lima.

Não obtivemos imagens do leite materno, mas pelas informações colhidas no depoimento, junto aos textos que tratam da temática, as técnicas em enfermagem apresentavam os filhos a suas respectivas mães. As incentivando e orientando, dentre outras práticas, a amamentar, no peito, ou mesmo na mamadeira, com o leite materno, os recém-nascidos:

Agente tem um trabalho, feito lá, muito bonito, do aleitamento, na maternidade, até hoje (...) e os prematuros eram alimentados pelo leite materno. A mãe, a gente insistia, pra mãe trazer, porque a Catarina já tinha conhecimento da importância do leite materno¹⁹²

A importância do leite materno, data, de divulgação, no Brasil, aproximadamente no final do século XIX, quando as concepções higienistas começaram a ser divulgadas, ressaltando sua importância como um alimento primordial por ser rico em vitaminas que proporcionam, para os bebês, proteção e produção de anti-corpos, fortalecendo o organismo do infante, o tornando um sujeito resistente. O psicanalista Costa (1979), fala-nos que o incentivo a prática, além de associado a estas descobertas científicas, foram utilizadas como maneiras de aproximar a mulher da maternidade, para que esta se tornasse uma “verdadeira” mãe higiênica: protetora dos filhos, do marido e do lar. Aquela que aprendia, junto ao médico a cuidar do seu corpo, para não reproduzir filhos doentes e não por em risco os projetos de uma nação que fazia recair seus sonhos e esperanças à infância; colocando em prática, as prescrições médicas no ato de limpar, de alimentar e educar a prole. Práticas, que não faziam parte do mundo patriarcal, por serem as crianças representadas, como dissemos, pequenos, “mini adultos”.

Nesse sentido, culturalmente, as mulheres, no Brasil, até meados do século XIX, não tinham o hábito de amamentarem, por questões de estética, mas também pela ausência discursiva de que amamentar era uma forma de amar, uma forma de cuidar, destinando o ato às escravas. O médico higienista foi modificando esta forma de ver, de sentir e olhar, quando passou a educar as mulheres, ensinando-as que as crianças precisavam de cuidados, de que os negros, sujeitos de raça inferior, eram doentes e transmitiam suas enfermidades, por meio do aleitamento. E que a responsabilidade da vida, e da saúde, da criança, era exclusivamente

¹⁹²Relato da técnica em enfermagem, aposentada, da FAP, Maria do Socorro Santos Lima.

materna, pelo menos no ato do cuidado, porque o homem se acometido por doenças, se tornou um procriador doente em potencial, responsável, também, pela produção de filhos doentes.

Cuidados, que doravante, foram sendo moldados cotidianamente, e cada vez, mais enfatizados, durante o século XX, quando o “posto” da maternidade se viu abalado pelo movimento feminista, que tendeu a considerar “elegante e chic a esterilidade”, nisto, igualmente, “Alimentar o próprio filho, o que era uma tarefa abençoada e apetecida, é hoje coisa de nojo e de fastio”¹⁹³. Assim, se o incentivo a amamentação teve sua emergência associada a dizeres em prol da saúde da infância, que incontestavelmente, passou por melhoras, sentidas, no decorrer das décadas; do mesmo modo, esteve imbricada a motivações de ordem capitalista e disciplinadora, visando à produção de um Estado composto por sujeitos saudáveis, dóceis e, portanto, produtivos, cuja recusa da mulher a maternidade e a amamentação significavam romper e inviabilizar este projeto de modernização que se colocava em prática, em meados, dos anos 1920, 1930, 1940, 1950 com suas ressonâncias nas décadas estudadas.

Desse modo, o incentivo ao aleitamento materno, praticado, pela FAP, resultou desse histórico de políticas de controle sobre o corpo feminino, pelas tentativas de médicos, pedagogos e demais sujeitos articulados ao Estado, de imporem à identidade materna a mulher (FREIRE, 2009). De elaborarem uma representação de mulher, mãe que foram perpassados por dizeres médicos acerca, deste corpo, enquanto propício, naturalmente, para procriar, amar e amamentar. Culturalmente fomos aprendendo que o amor materno, o amor ao infante se resumia as práticas de cuidar, de higienizar e de bem alimentar. Dizeres que a citada enfermeira Catarina, bem como os pediatras se apropriaram, fizeram circular e colocaram em uso, em prática, na instituição, quando levavam as crianças para serem amamentadas, diretamente no peito, ou na mamadeira, porém com o mesmo leite materno. Depois da alta, as mães eram orientadas a manterem o mesmo procedimento, em casa, no ato de cuidarem dos filhos. A recorrerem ao hospital, de forma que a saúde dos dois, especialmente, da criança, fosse mantida. A presença, deste sujeito, não deveria sob hipótese alguma ausentar-se dos olhos vigilantes da medicina e da pediatria.

O mesmo se estendia para os que, embora, não tivessem nascidos, não fossem “naturais”, da FAP, passaram por seus berços e leitos, pelas mãos e pelos cuidados dos seus médicos. Sujeitos, pequenos, cuja história de seus quadros clínicos, das dores que sentiram, das lágrimas que derramaram, dos cuidados que lhes foram destinados, tiveram seus corpos

¹⁹³ Anais, 1922, p. 312.

lidos, representados e “marcados” por identidades e sensibilidades, que o olhar médico-pediátrico elaborava a partir dos sucessos e insucessos, apresentados nas práticas de tratar e de curar. “Cenas” que acabaram por tornar o Hospital-Escola Fundação Assistencial da Paraíba-FAP como referência médico-pediátrica no acolhimento, nos tratamentos e na promoção da saúde dos sujeitos que faziam parte da infância, sobretudo, os pobres e desfavorecidos das políticas públicas de saúde, no decorrer das décadas de 1960-1970. Se fazendo representar como o “berço” dos infantes desamparados, da cidade, de Campina Grande, da “Rainha da Borborema”.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A década de 1960, na cidade, de Campina Grande, foi representada, por sua elite, como emblemática. Emblemática, porque comemorava, a urbe, seus cem anos de desenvolvimento, de prosperidade e de progresso. A respeito, somadas as ruas alargadas, a cartografia industrializada e a elite educada e letrada, a cidade foi incorporando aos seus espaços outros signos que eram compreendidos como símbolos da modernidade, comuns a segunda metade do século XX: “geografias de ações”, de estudos, de pesquisas, de práticas direcionadas a promoção da cura e da saúde dos campinenses. Dentre estas, sua elite médica e política elaborou uma espacialidade, uma “cartografia médica”, que contemplava, praticamente todas as instituições médicas e hospitalares, da cidade, cuja deficiência se apresentava por não considerar o público infante e pobre, como parte dos sujeitos que necessitava de medicar e de curar.

Estender cuidados médicos de qualidade para com a infância eram práticas consideradas tão modernas quanto as demais citadas, incluindo-se a construção de espaços especializados para que a mesma fosse tratada e medicada. Outros símbolos de uma modernidade, que se chegou lenta, em Campina Grande, através de ações de sujeitos que não tinham procedência campinense. Os holandeses, além de fundaram o Hospital Fundação Assistencial da Paraíba- FAP, inseriram outras “geografias de ações”, que permitiram com que a espacialidade bucólica e ruralizada, de parte do Bodocongó, fosse moldada enquanto um espaço de cura, de práticas médicas, educacionais, e até mesmo religiosas: a Ordem Redentorista, a Igreja Nossa Senhora do Perpetuo Socorro, a FAP, a Escola Técnica Redentorista e, por outras iniciativas, embora incentivadas por estas, a institucionalização da Faculdade de Medicina de Campina Grande.

Aproximações entre saúde e educação, que, aliás, desde os anos de 1920, tornaram-se, assunto, de pauta entre políticos, médicos, juristas e industriais. Interesse ocasionado pelas concepções médicas de que um corpo doente, era um corpo improdutivo fisicamente, mentalmente e demograficamente, correspondendo, portanto, em empecilho para um Brasil que almejava ser uma economia forte, fruto do trabalho de uma população higienizada, educada e bela. Foram projetos e sonhos, que se chegaram aos anos de 1960-1970, vivenciando sucessos e fracassos, na busca pela “cura”, do mal do “retrocesso”. Sucessos, porque os governantes, por meio desses dizeres médicos, atentaram para as degradantes condições de saúde, do povo, brasileiro, especialmente, das crianças, acometidas,

drasticamente, pela mortalidade infantil. Ao depositarem, também, nestes sujeitos, as possibilidades de o país trilhar os caminhos do progresso, do desenvolvimento. Sucesso, ainda, em decorrência de os mesmos dizeres, por meio de representações e elaborações identitárias, modificarem as formas de olhar e de sentir, á infância, que tornaram intoleráveis práticas de abandono, de descuido e desassistência pública e familiar para com os infantes. Fracassos, porque estas percepções e “posições sociais”, não foram suficientes para comoverem a elite política, do país, nacional e local, de modo a investirem, peculiarmente, em projetos que amenizassem as mortes de crianças, por doenças que tinham cura, por meio de tratamentos e vacinação. Fracassos, assim, porque os anos foram passando, sem que atos significativos, por parte dos governantes, sortissem efeitos sobre a qualidade de vidas da infância pobre brasileira e campinense. Não negamos terem ocorridas iniciativas governamentais, para esse fim, como programas nacionais e locais de imunizações, de controle de doenças, de educação médico-higiênica. Contudo, foram ações, muitas vezes, descontínuas, desorganizadas e sem incentivo financeiro que permitissem de serem ininterruptas. Em decorrência disso, os governos se substituíam e se apropriavam do discurso anterior da necessidade do investimento na saúde pública materno-infantil, sem que fossem notáveis ações para a mudança do quadro obituário pueril. Um dos exemplos desta política pública de saúde defasada correspondeu à ausência dos hospitais especializados, para este público, até aproximadamente os anos de 1950. Condição, que, aliás, não foi apenas comum a Campina Grande, mas também compartilhada por muitas cidades “sulistas”, sanado o mal, através de iniciativas, na maioria das vezes, filantrópicas.

A filantropia, porquanto, foi fundamental para o melhoramento da saúde infantil no país e em suas cartografias cidadinas, ao fundarem nas suas espacialidades os hospitais especializados, embelezando modernamente, suas geografias; embelezando, também, os corpos que medicava e curava ao proporcionar saúde, cor e vivacidade nas feições, na pele do sujeito infante. Para o caso de Campina Grande, a mesma foi contemplada pelas ações da filantropia holandesa, somada há algumas práticas caritativas, que acabaram por realizar “mutações no “olhar, de quem via e se relacionava com á infância, da cidade, especialmente a pobre e desamparada. Percepções, que estão articuladas a velhos e novos conhecimentos que a especialidade pediátrica produzia, moldava, no trato, cotidiano hospitalar de clinicar e medicar o corpo deste sujeito.

A partir das práticas realizadas em atendimentos ambulatoriais, emergenciais, de internamentos e nascimentos, percebemos que o conhecimento médico pediátrico, dos anos de

1960-1970, aprimorou o que se conhecia, da infância, ao contar com ajuda de novas “utensílagens” tecnológicas, que permitiram aprofundar seu olhar clínico sobre este corpo. Somando-se as pesquisas e o conhecimento que a Faculdade de Medicina, de Campina Grande, disponibilizou, filantropicamente, por meio de seus professores, alunos e demais funcionários. Sem que fosse, este conhecimento protrusões totais com o que se sabia anteriormente, mas rupturas parciais, complementativas, quanto ao conhecimento que existia a respeito. Conhecimentos que, antes de tratarem das práticas de cura, de intervenções, classificava, delimitava e definia o que era este sujeito, para que posteriormente, prescrevesse tais práticas. O que a infância era, no período, antecedia, ao mesmo tempo precedia, as ações que nela se realizavam, pois a literatura anterior orientava os passos, bem como, pelo atos cotidianos e pelas situações novas, tinha alguns aspectos complementados e outros refutados.

Doravante, a infância elaborada e preconizada, pelo saber médico pediátrico, da FAP, a entendia como doente e desamparada, considerando as condições em que o corpo infante chegava às suas instalações. Sujeitos magros, raquíticos, pequenos, acometidos, na maioria dos casos, por doenças que eram entendidas como comuns a fase da vida, porém intoleráveis por serem combatidas por meio de vacinação e cuidados básicos de higiene. Às vezes complexo, por apresentarem enfermidades novas, raras, que estudadas, poderiam ser medicadas e curadas. Frágil, vulnerável não somente as doenças, mas a quedas, queimaduras e cortes devendo de ser olhadas, vigiadas, pelos pais, pelos médicos. Gracilidade, que apesar de retirada, deste corpo, pelo olhar dos pares fundadores, foi tolerada pela especialidade, na época, pois mesmo estando seus médicos cientes e aparelhados pela tecnologia, ocorriam enfermidades específicas à infância que não matavam e que não eram passíveis de evitá-las. Além disso, essa medicina especialista da infância demarcou-a com uma especificidade nunca dantes vista. Tudo que fosse destinado para os infantes deveria ser preparado especificamente para os mesmos. Espaços, leitos, roupas, utensílios, alimentação e cuidados.

O mesmo saber também a elegeu como paciente, como sujeito consultado e/ou internado para a cura, mas um padecente diferente, necessitando de tratado distintivo: falava-se com ele de um jeito, o higieniza e o medicalizava de outro. Até o afeto foi medicalizado e higienizado, expandindo-se pelas fronteiras, do hospital, dos seus leitos, de suas paredes e de seus ambulatórios, se estendo na prática cotidiana e doméstica de cuidar e de ver o infante. Afinal, a mãe que desejava ter sua prole bem e saudável tinha que pelo menos seguir parte das prescrições pediátricas, pois nem sempre os pais tinham condições de fazerem com que seus filhos “consumissem”, tais “determinações”.

Prescrições, estas, que traziam resultados satisfatórios, legitimando as percepções e identidades, prescritas, pela pediatria, ao sujeito infante, atendido e medicado, na FAP. Tornando um espaço referência aos seus cuidados, a sua proteção, elevando o público infantil, que a cada dia, mês e ano, aumentava na rotina cotidiana de tratar, de curar. No decorrer, das décadas estudadas, aproximou e ensinou os sujeitos pobres a recorrerem ao hospital, a desmitificarem seus medos e representações acerca deste, a subjetivarem o saber médico e pediátrico como aquele autorizado a dizer “isto e aquilo” sobre os corpos de seus filhos.

6 ANEXOS



Foto atual da Capela

Fonte: Disponível em: <http://campinagrandepb.com.br/rede-cegonha-avanca-com-habilitacao-de-leitos-de-uti-neonatal-da-fap>. Acesso em 10/12/2014

7 FONTES

7.1 Fontes impressas:

Anais do I Congresso Brasileiro de Proteção à Infância (1921-1922). Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1924.

Carta de Acaccio Pires a Belisário Penna, do dia 07 de julho de 1921.

Estudo da Rede Médico-Hospitalar de Campina Grande. Departamento da Imprensa Nacional, 1965.

Gazeta do Povo, Campina Grande, 17 de dezembro de 1961.

Jornal A Imprensa, Paraíba, 32 de outubro de 1912.

Jornal A Imprensa, Paraíba, 25 de novembro de 1912.

Jornal A União, Paraíba, 18 de maio de 1932.

Jornal A União, Parahyba, 29 de janeiro de 1931.

Jornal a Evolução, do dia 5 de abril de 1959.

Jornal a Evolução, Campina Grande, 05 de maio de 1959.

Jornal Diário da Borborema, 28 de janeiro de 1964.

Jornal Diário da Borborema, 26 de janeiro de 1964.

Jornal Diário da Borborema, 02 de fevereiro de 1964.

Jornal Diário da Borborema, 18 de março de 1964.

Jornal Diário da Borborema, 19 de janeiro de 1965.

Jornal Diário da Borborema, 10 de julho de 1966.

Jornal Diário da Borborema, 26 de setembro de 1967.

Jornal Diário da Borborema, 24 de outubro de 1967.

Jornal Diário da Borborema, Campina Grande, 15 de abril de 1967

Jornal Diário da Borborema, 07 de abril de 1967.

Jornal Diário da Borborema, em 13 de julho de 1967.

Jornal Diário da Borborema, 16 de janeiro de 1968.

Revista Era Nova, 01 de maio de 1921.

Revista Era Nova, 01 de outubro de 1921.

Relatório de 1964, da Sociedade Médica Campinense, 1964.

Semanário Oficial, Campina Grande, 19 de julho de 1964.

Semanário Oficial, Campina Grande, 09 agosto de 1964.

Sociedade Médica, Ata de sessão de Assembléia Geral Extraordinária, do dia 27 de janeiro de 1964

Memorial do médico Carlos Arthur Moncorvo Figueiredo, pedindo ao governo imperial a criação de uma cadeira de clínica infantil, nas faculdades de medicina brasileira, Rio de Janeiro, 25 de fevereiro de 1882 (1882 Apud ROCHA, 1947, p. 53).

7.2 Relatos orais:

Relato do senhor José da Guia Carneiro, funcionário da Faculdade de Medicina desde 1970. E hoje, como curso de Medicina se encontra articulado a Universidade Federal de Campina Grande, se constitui como empregado desta instituição.

Relato da primeira enfermeira da Ala Pediátrica da FAP, Maria do Socorro Santos Lima, funcionária na década de 1960.

7.3 Fontes iconográficas:

150 fotografias provenientes do acervo do Departamento de Medicina da UFCG.

7.4 Referências

ALBERTI, Verena. **História dentro da História**. In: Fontes Históricas/ Carla Bassanezi Pinsky-São Paulo: Contexto, 2010.

_____. **Ouvir e contar, textos em História Oral**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004.

_____. **Manual de História Oral**. – 3 ed- Rio de Janeiro: Editora FGV, 2005.

ALVES, José Maxsuel Lourenço. “**Graças a Deus e ao MOBREAL**: as representações da transformação cultural na vida dos (ex) alunos na cartilha Cartas ao Domingo MOBREAL (1970- 1977). Monografia em historia na UFCG. Campina grande, 2013.

ALVES, Maria Ferraz B. **ENTRE A CARIDADE E A ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA**: As diversas atividades desempenhadas pela Santa Casa de Misericórdia na Parahyba imperial. Disponível

http://www.anpuhpb.org/anais_xiii_eeph/textos/ST%2006%20%20Naiara%20Ferraz%20Ban-deira%20Alves%20%20TC.PDF Acesso 4 junho 2013.

ALVES, Maria Helena Moreira. **Estado e Oposição no Brasil (1964-1984)**- Bauru, SP: Edusc, 2005.

ANDRADE, Romerino de Souza. **Faculdade de Medicina: corpo, modernidade e sensibilidade em Campina Grande (1969-1979)**, defendida em 2012.

ARANHA, Gervácio Batista. **Trem, modernidade e imaginário na Paraíba e região: tramas político-econômicas e praticas culturais (1880-1925)**. Campinas, SP, 2001.

ARIÈS, Philippe. **História Social da Família e da Criança**. Tradução: Dora Flaksman, - 2.ed. – Rio de Janeiro: LTC, 2006.

BASTOS, Liana Albernaz de Melo. **Corpo e subjetividade na Medicina**. Rio: EDUFRRJ, 2006.

BARROS, João José D'. **História Cultural e a contribuição de Roger Chartier**. Revista Dialogos, vol9, n 1. P. 125-141, 2004. Disponível em <http://pt.scribd.com/doc/27945105/A-Historia-Cultural-e-a-contribuicao-de-Roger-Chartier-BARROS-Jose-D-Assuncao> Acesso 1 junho 2011. Acesso 1 junho 2011.

BÉLENS, Jussara Natália Moreira. **“Sob a torre de marfim”: A Escola Técnicas Redentorista, um lugar de memórias, estratégias e praticas de gênero em Campina Grande (1975-1985)**. João Pessoa-2013.

BILLOUTOU, Maria José. **“El niños um todo y debe ser servido como tal”. Las relaciones entre El Children’ Bureau y dirección de protección a La primera infância**. In: CARBONETTI, Adrián; LEANDRI, Ricardo González. *Historias de salud y enfermedad em América Latina*. Org. – 1ed.- Córdoba:Centro de Estudio Avanzados- Conicet, 2008.

BRESCIANI, Estela; NAXARA, Márcia (Orgs). **Memórias e ressentimentos: indagações sobre uma questão sensível**- Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2001.

BURITI, Iranilson. **Palmatória da Saúde, Estetoscópio da Educação: leitura, circulação e recepção dos discursos médico-pedagógicos na Parahyba (1919-1945)**. Projeto de Pesquisa. CNPq, 2010.

BURITI, Iranilson. **“Brasil Eugênico, Brasil Novo”: Imagens e Leituras da Infância Higienizada nos Anais do I Congresso Brasileiro de Proteção à Infância (Rio de Janeiro, 1922)**. Anais do III encontro de História Cultural. Florianópolis, SC, 2005.

BURITI, Iranilson. **“FORA DA HIGIENE NÃO HÁ SALVAÇÃO”: a disciplinarização do corpo pelo discurso médico no Brasil Republicano**. *Revista de Humanidades* (publicação do Departamento de História e Geografia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte), vl.4, n.7, fev/mar. de 2003. Disponível também em <http://www.cerescaico.ufrn.br/mneme/pdf/mneme07/002-p.pdf> Acesso 23 julho 2011.

BURITI, Iranilson; SOUSA, Débora da Silva; FREIRE, Leonardo Q. B; LOURENÇO, José Maxsuel. **A Cartilha higiene: Normatização Curricular e Docente nas Escolas**. Rev. Humanidades, Fortaleza, v. 26, n. 1, p. 50-62, jan./jun. 2011. Disponível em <<http://www.unifor.br/index.php?option=com>> Acesso 20 Agosto 2011.

BURKE, Peter. **A escrita da história**. São Paulo: Martins Fontes/ Editora da UNESP: 1993.

CAMARA, Sônia .**Sementeira do Amanhã: o primeiro Congresso Brasileiro de Proteção à Infância e sua perspectiva educativa e regeneradora da criança pobre**. In: VI Congresso Luso-Brasileiro de História da Educação, 2006, Uberlândia. Percursos e Desafios da Pesquisa e do Ensino de História da Educação. Uberlândia : EDUFU, 2006, p. 757. Este artigo também se encontra disponível em<<http://www.faced.ufu.br/colubhe06/anais/arquivos/66SoniaCamara.pdf>> Acesso em 15 julho 2011.

_____. **Por uma ação preventiva e curativa da infância pobre: os discursos jurídico educativo no Brasil e em Portugal nas décadas de 1910-1920**. In: LOPES, Alberto; FARIA FILHO, Luciano Mendes; FERNANDES, Rogério (orgs). **Para a compreensão histórica da infância**. Belo Horizonte: Autêntica, 2007, p. 263-280.

CAPONI, Sandra. **Da compaixão á solidariedade: uma genealogia da assistência médica**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000.

CERTEAU, Michel de. **A escrita da história**. Rio: Forense, 2000.

_____. **A invenção do cotidiano**. Petrópolis: Vozes, 1994

CHARTIER, Roger. **A história Cultural entre práticas e representações**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1990.

_____. **A aventura do livro: do leitor ao navegador**; tradução Reginaldo Carmello Corrêa de Moraes – São Paulo: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo: Editora UNESP, 1998.

_____. **A beira da falésia: a história entre incertezas e inquietude**. Tradução Patrícia Chittoni Ramos.- Porto Alegre:Ed. Universidade/UFRGS, 2002).

_____. **A força das representações: história e ficção**. João Cesar de Castro Rocha (Org.). – Chapecó, SC: Argos, 2011.

CORBIN, Alan; COURTINE, Jean-Jacques; VIGARELLO, George.**História do Corpo: As mutações do olhar, século XX**; tradução e revisão Elphraim Ferreira Alves. 4ed- Petrópolis: RJ: Vozes, 2011, p. 15-35.

COSTA, Jurandir Freire. **Ordem médica e norma familiar**. Rio de Janeiro: Edições Graal. 1979.

DÀVILA, Jerry. **“Construindo o homem brasileiro”**. Política social e racial no Brasil – 1917-1945. São Paulo: UNESP, 2006.

DE LUCA, Tania Regina. **História do, do nos e por meio dos periódicos**. In: Fontes Históricas/ Carla Bassanezi Pinsky-São Paulo: Contexto, 2010.

DO NASCIMENTO, Dilene Raimundo ; CARVALHO, Diana Maul MARQUES; Rita de Cássia (orgs). **Uma História Brasileira das Doenças**, vol I eII,Rio de Janeiro: Mauad X, 2004, 2006).

FARIA, Lina Rodrigues. **A Fundação Rockefeller. Objetivos, Ideologias e Utopias- A ação educativa**. In: SANTOS, Luis de Antonio Castro. **A reforma sanitária no Brasil: ecos da Primeira República- Bragança Paulista: EDUSF, 2003.**

FARIAS, Rosineide Alves de. **As artes de fazer nascer: do parto doméstico ao parto hospitalar – o corpo feminino medicalizado Campina Grande (1950– 1970) / Rosineide Alves de Farias. – Campina Grande, 2012.**

FERNANDES, Silvana Torquato. **Progresso e Modernização em Campina Grande:da época de ouro algodão ate a consolidação do setor educacional. In: Cidade (re)iventadas: sujeito(s), fonte(s), historia(s) na Paraíba e Ceara/ Francisco Jose Gomes Damasceno e Antonio Clarindo Barboza de Souza (orgs)/ Fortaleza/Campina Grande. EDUECE/EDUFCG, 2010.**

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. Tradução Roberto Machado.- Rio de Janeiro: Edições Graal, 2012.

_____.**O nascimento da clínica**. 2. ed. Rio de Janeiro.

FREIRE. Maria Martha Rocha de Luna. **Mulheres, mães e médicos: discurso maternalista no Brasil**. Rio de Janeiro: FGV, 2009.

GARCIA, Renata Monteiro; SILVA JUNIOR; Nelson Gomes de Sant' Ana. **Moncorvo Filho e algumas histórias do Instituto de Proteção e Assistência á Infância**. Revista Estudos e Pesquisas em Psicologia, UERJ, Ano 10, n 2, p. 613-632, 2010. Disponível em <<http://www.revispsi.uerj.br/v10n2/artigos/pdf/v10n2a19.pdf>> Acesso 25 setembro 2011.

HALL, Stuart. **A identidade cultural na pós-modernidade**. Tradução Tomas Tadeu da Silva, Guaracira Lopes Louro – 8 ed. – Rio de Janeiro: D&A, 2003.

HALBWACHS, Maurice. **A memória coletiva**. Tradução de Beatriz Sidou. São Paulo: Centauro, 2003.

LANGUE, Frédérique; PESAVENTO, Sandra Jatahy. **Sensibilidades na História:memórias singulares e identidades sócias**- Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007.

LIMA, Solange Ferreira; CARVALHO, Vania Carneiro. **Usos sociais e historiográficos**. In: O historiador e suas fontes. Carla Bassanezi Pinsky- e Tania Regina de Luca (orgs). São Paulo: Contexto 2011.

LOPES, Alberto; FARIA FILHO, Luciano Mendes; FERNANDES, Roberto.(orgs). **Para a compreensão histórica da infância**. São Paulo: Autêntica, 2007.

KOSSOY, Boris. **Fotografia e História**. – 4 ed. São Paulo:Ateliê Editorial, 2012.

KUHLMANN JR, Moises. **Histórias da Educação Infantil Brasileira**. Fundação Carlos Chagas. Disponível em <[http://www.anped.org.br/rbe/rbedigital/RBDE14/RBDE14_03 MOYSES KUHLMAN.](http://www.anped.org.br/rbe/rbedigital/RBDE14/RBDE14_03_MOYSES_KUHLMAN.)> Acesso em 15 julho 2011.

MACÊDO, Antônio Cesar Dias de. **Evolução histórica da política de saúde no Estado da Paraíba: 1960 a 1990**.- João Pessoa: Idéia, 2004.

MALERBA, Jurandir. **A história escrita. Teoria e história da historiografia**. Contexto, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: **70 anos de história** /, 2011. Disponível [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/70 anos historia saude crianca.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/70%20anos%20historia%20saude%20crianca.pdf). Acesso 15 junho 2013.

MIRANDA, Carlos Alberto Cunha. **O urbanismo higienista a e implantação da Companhia do Beberibe e da DrainageCompanyLimited na Cidade do Recife**. Revista Gestão Pública: Práticas e Desafios, Recife, v. III, n.5, outubro de 2012, p. 143-169.

MORELLI, Ailton José. **Memórias da Infância em Maringá: transformações urbanas e permanências rurais (1970–1990)**. Tese defendida em 2010. Disponível em <www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8137/tde.../ajmorelliTESE.pdf> Acesso 2 julho 2011.

MAUAD, Ana Maria. **Através da imagem: fotografia e historia interfaces**. Tempo, Rio de Janeiro, voll n 2, 1996, p. 73-98. Disponível em <http://www.yimg.com/kq/groups/20486128/1422449897/name/Fotografia.pdf> . Acesso 4 julho 2013.

OLIVEIRA, Isabel Cristina dos Santos. **O advento das incubadoras e os cuidados de enfermagem aos prematuros na primeira metade do século XX**. Revista Texto Contexto Enferm, 2004, julho-setembro, p. 459-466. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v13n3/a17v13n03.pdf>. Acesso 2 novembro 2013.

PEREIRA, Junia Sales. **História da Pediatria no Brasil no final do século XIX e meados do século XX**. Tese defendida em 2006. Disponível em <[http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/1843/VCSA6X6KSN/1/tese_doutora do_junia.pdf](http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/1843/VCSA6X6KSN/1/tese_doutora_do_junia.pdf)> Acesso em 2 julho 2011.

PEREIRA NETO, André de Faria. **Ser médico no Brasil: o presente no passado**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

PERROT, Michelle. **Historia dos quartos** -; tradução Alcida Brant. São Paulo; Paz e Terra, 2011.

PESAVENTO, Sandra J. **Sensibilidades no tempo, tempo das sensibilidades**. Coloquio, Nuevo Mundo Mundos Nuevos, Número 4 – 2004. Disponível em: <<http://nuevomundo.revues.org/229?lang=pt>> . Acesso em: 25 jul. 2011.

_____. **História e história cultural**. Belo Horizonte: Autêntica, 2003.

QUATRO DÉCADAS : compromisso com a criança e com o pediatra. –São Paulo : Sociedade de Pediatria de São Paulo, 2012.

RIBEIRO, Lidiane Monteiro. **Filantropia e assistência à saúde da infância na Bahia: a Liga Baiana contra a mortalidade infantil, 1923-1935** / LidianeMonteiro Ribeiro. – Rio de Janeiro: s.n., 2011. Disponível em http://www.fiocruz.br/ppghcs/media/dissertacao_lidiane_monteiro.pdf. Acesso maio 2013.

ROCHA, José Martinha. **Introdução a História da Puericultura e Pediatria no Brasil**. Rio de Janeiro, 1947.

SANGLARD, Gisele. **Entre os salões e laboratório: Guilherme Guinle, a saúde e a ciência no Rio de Janeiro, 1920-1940**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

SILVA, Tomaz Tadeu da. **Identidade e diferença: a perspectiva dos estudos culturais/** Tadeu Tomaz da Silva (org). Stuart Hall, Kathryn Woodward. 12 ed – Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

SILVA, Renato da. **“Abandonados e Delinqüentes”:** A infância sob os cuidados da medicina e do Estado – O Laboratório de Biologia Infantil (1935-1941) / Renato da Silva. – Rio de Janeiro: 2003. Disponível em <http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/6131/2/37.pdf>. Acesso 15 julho 2013

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **História da Pediatria Brasileira. Coletânea de textos e depoimentos**. Patrocinada impressão pelo Serviço de informação científica da Nestlé, 1996.

SOUSA, Kledna Sonalle Batista. **TERNURA VESTE BRANCO”:** História, Espaços e Sensibilidades na Escola Estadual de Auxiliar de Enfermagem – Campina Grande. 2013. (não publicada).

SOUZA, Antonio Clarindo Barboza. **O dia em que a cidade (quase) pertencia a todos: o Centenário de Campina Grande (1964)**. In: Cidade (re)inventadas: sujeito(s), fonte(s), historia(s) na Paraíba e Ceara/ Francisco Jose Gomes Damasceno e Antonio Clarindo Barboza de Souza (orgs)/ Fortaleza/Campina Grande. EDUECE/EDUFCG, 2010.

STEPHANOU, Maria. **Saúde pela educação. Escolarização e didatização dos saberes médicos na primeira metade de século XX**. Disponível em :<http://www.sbhe.org.br/novo/congressos/cbhe1/anais/114_maria_ste.pdf> Acesso em : 5 julho 2010.

SCHWARCZ, Lilia Moritz. **O espetáculo das raças: cientistas, instituições e questão racial no Brasil - 1870-1930**. São Paulo: Companhia das Letras, 1993.

TABORDA, Marcus Aurelio; BELTRAN, Claudia Ximena Herrera. **Uma educação para a sensibilidade: circulação de novos saberes sobre a educação do corpo no começo do século XX na Ibero-América**. Revista Brasileira de Educação, setembro de 2013. Disponível em: <http://www.rbhe.sbhe.org.br/index.php/rbhe/article/view/346>. Acesso 3 outubro 2013.

REIS, José Carlos. **Escola dos Annales - A renovação em História**. São Paulo: Paz e Terra, 2000.

ROIZ, Diogo da Silva. **A nova História Cultural: questões e debates**. Revista Pensamento Plural | Pelotas [02]: 181 – 186 janeiro/junho 2008. Disponível em <<http://www.ufpel.edu.br/isp/ppgcs/pensamento-plural/edicoes/02/09.pdf>> Acesso em 3 setembro 2011.

TEXEIRA, Kerolyn Daiane. **A puericultura nas páginas do jornal em Curitiba, entre a virada do século XX até 1930**. Monografia defendida em 2010. Disponível em <<http://www.generos.ufpr.br/files/2664-monografia-kerolyn.pdf>>; Acesso em 1 julho 2011.

VAGO, Tarcisio Mauro. **Cultura escolar, cultivo dos corpos**. São Paulo: USF, 2002.

VIVEIROS, Kilza Fernanda Moreira. **O Instituto de Assistência á Infância: saúde e educação da criança maranhense (1911-1922)**. Natal, RN, 2011, 181p.

WARDE, Mirian Jorge. **Repensando os estudos sociais de história da infância no Brasil**. Revista PERSPECTIVA, Florianópolis, v. 25, n. 1, 21-39, jan./jun. 2007. Disponível em <http://www.perspectiva.ufsc.br/perspectiva_2007_01/3-Mirian.pdf> Acesso 29 julho 2011.