



**PÓS-GRADUAÇÃO
ENSINO, FILOSOFIA E
HISTÓRIA DAS CIÊNCIAS**

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA

VIRLENE CARDOSO MOREIRA

**A PEDIATRIA NA BAHIA:
o processo de especialização de um campo científico
(1882-1937)**

Salvador
2017

VIRLENE CARDOSO MOREIRA

A PEDIATRIA NA BAHIA:
o processo de especialização de um campo científico
(1882-1937)

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ensino, Filosofia e História das Ciências, da Universidade Federal da Bahia e da Universidade Estadual de Feira de Santana, como requisito básico para a obtenção do título de doutora.

Orientadora: Profa. Dra. Marta de Almeida

Salvador
2017

Moreira, Virilene Cardoso
A Pediatria na Bahia: o processo de especialização de um
campo científico (1882-1937) / Virilene Cardoso Moreira. --
Salvador, 2017.

252 f. : il

Orientadora: Dra. Marta de Almeida.
Tese (Doutorado - Ensino, Filosofia e História das Ciências)
-- Universidade Federal da Bahia, Instituto de Física, 2017.

1. História das Ciências. 2. Pediatria . 3. Infância . 4.
Bahia. I. de Almeida, Dra. Marta. II. Título.

UFBA
UEFS
Programa de Pós-Graduação
em Ensino, Filosofia e
História das Ciências



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO, FILOSOFIA E HISTÓRIA
DAS CIÊNCIAS

INSTITUTO DE FÍSICA
Campus Universitário de Ondina
40210-340, Salvador, Bahia, Brasil
Fone: (71) 3283-6608, Fax: (71) 3283-6606
E-mail: ppefhc@gmail.com

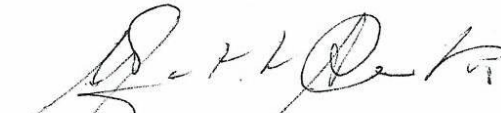
UFBA/INSTITUTO DE FÍSICA
Está conforme o original

Data 27 / 03 / 2013

Marcos Paulo S. da Silva
Auxiliar Administrativo
Mat.: 1579953

ATA DA DEFESA PÚBLICA DA TESE DE
DOUTORADO DE **VIRLENE CARDOSO
MOREIRA**, REALIZADA NO DIA 27 DE
OUTUBRO DE 2017.

No vigésimo sétimo dia do mês de outubro de dois mil e dezessete, às quatorze horas e trinta minutos, na sala de seminários do Instituto de Física da Universidade Federal da Bahia, foi instalada pela Professora Dra. Marta de Almeida (Orientadora – MAST/RJ), por delegação do Prof. Dr. Luiz Márcio Santos Farias, Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Ensino, Filosofia e História das Ciências, a sessão pública para julgamento da Tese Final intitulada "A PEDIATRIA NA BAHIA: O PROCESSO DE ESPECIALIZAÇÃO DE UM CAMPO CIENTÍFICO (1882-1937)" elaborada pela estudante Virlene Cardoso Moreira. A banca julgadora foi constituída pelos seguintes professores: Marta de Almeida (Orientadora – MAST), Dra. Cleide de Lima Chavés (Examinadora Externa – UESB), Dr. Luiz Otávio Ferreira (Examinador Externo – FioCruz), Dr. André Luís Mattedi Dias (Examinador Interno – UFBA) e Dra. Christiane Maria Cruz de Souza (Examinadora Interna – IFBA). Passou-se à exposição da doutoranda Virlene Cardoso Moreira, seguida da arguição dos professores integrantes da banca. A banca reuniu-se, então, em separado, tendo resolvido, por unanimidade, pela **APROVAÇÃO** da tese apresentada. Nada mais havendo a tratar, foi encerrada a sessão e lavrada a presente ata. Salvador, 27 de outubro de 2017.


Christiane Maria Cruz de Souza
André Luís Mattedi Dias

A cada mulher, que, como eu, produziu (ou produzirá) uma tese de doutorado conciliando docência e maternidade solo.

AGRADECIMENTOS

Há, certamente, no panteão dos deuses um dedicado ao pesquisador, que coloca em nosso caminho pessoas que farão a diferença no processo. No percurso de pesquisa arquivística, faço um agradecimento especial a Cristina Maria Mascarenhas Fortuna, memorialista da Faculdade de Medicina da Bahia, que em conversa numa tarde de maio de 2015 prestou-me informações valiosíssimas, como nomes e documentos que não constavam nos catálogos, alerta quanto a registros desatentos e descuidados de rigor em publicações sobre a faculdade, e dicas de como conduzir as pesquisas no acervo da instituição. Mas o que mais me marcou nesse encontro foi o fato de ela ter reacendido minha paixão pela pesquisa que estava adormecida havia pelo menos uma década. Depois dessa tarde, mudei a relação com meu estudo.

Aos responsáveis pelos acervos da Faculdade de Medicina da Bahia, tanto da Biblioteca Gonçalo Muniz como do Memorial, do Arquivo da Liga Álvaro Bahia Contra Mortalidade Infantil e do Memorial da Santa Casa de Misericórdia da Bahia, sempre muito solícitos aos pesquisadores, agradeço pelo acolhimento.

No Rio de Janeiro, foram consultados os acervos da Sociedade Brasileira de Pediatria, da Biblioteca de História das Ciências e da Saúde/Casa de Oswaldo Cruz (COC) e Biblioteca de Manguinhos (Seção Obras Raras). Nessa última, um agradecimento a Maria Cláudia que se empenhou ao máximo para que eu conseguisse consultar tudo que precisava em tão pouco tempo que dispunha na cidade. Esse mesmo cuidado com minha pesquisa demonstrou Paulo Henrique Antunes da Silva, responsável pelo Memorial da Sociedade Brasileira de Pediatria. Agradeço imensamente aos dois por tornar possível que em poucos dias eu coletasse fontes substanciais, em quantidade e qualidade.

À Marta de Almeida, minha orientadora, agradeço a paciência e confiança. O melhor orientador é aquele que ajuda o orientando a trilhar o caminho que ele próprio (o orientando) traçou. Obrigada por isso!

Externo, ainda, sinceros agradecimentos aos professores que participaram dos exames de Qualificação e Defesa: André Luis Mattedi (UFBA), Cleide de Lima Chaves (UESB), Christiane Maria Cruz de Souza (IFBA) e Luiz Otávio Ferreira (Fiocruz). Contribuíram muito para aperfeiçoar o trabalho, e o fizeram de uma maneira tão generosa. Senti-me honrada em ter minha tese avaliada por profissionais competentes, comprometidos e respeitosos.

E, por fim, agradeço à deusa da pesquisa por termos que defender uma tese de doutorado somente uma vez em cada existência.

MOREIRA, Virlene Cardoso. **A Pediatria na Bahia: o processo de especialização de um campo científico (1882-1937)**. 252 f. il. 2017. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Ensino, Filosofia e História das Ciências, Universidade Federal da Bahia e Universidade Estadual de Feira de Santana, Salvador/Feira de Santana, 2017.

RESUMO

O processo de especialização da pediatria no estado da Bahia é o foco deste estudo. Duas premissas nortearam as discussões. A primeira é a de que a reivindicação de um lugar autônomo da pediatria no país não se deu pela infância, e sim a partir de questões científicas, no contexto da medicina experimental, em que os médicos cientistas entendiam que quanto mais reduzido o campo de pesquisa maior a probabilidade investigativa. O discurso social em torno da infância, pautado nos índices de mortalidade infantil, foi um componente nesse processo. A segunda posição que este trabalho assume é que o processo de singularização de uma área científica possui uma complexidade que envolve algumas dimensões. Para o contexto estudado, três circuitos foram importantes: 1. círculos institucionalizados de aprendizagem e prática profissional (hospitais, cátedras, dispensários); 2. circuitos de divulgação científica (congressos e revistas especializadas); 3. medidas de defesa e intercâmbio profissional (sociedades especializadas). A particularidade baiana reside no fato de que os três circuitos tiveram como elo a disciplina de Pediatria da Faculdade de Medicina da Bahia. Assim, a pediatria baiana será entendida como um conhecimento que se individualizou a partir da formação de disciplina científica na faculdade de medicina e foi se consolidando numa rede que envolveu duas instituições filantrópicas de assistência à infância, fundadas por professores de pediatria da mesma faculdade: o Instituto de Proteção e Assistência à Infância da Bahia-IPAI/Ba e a Liga Bahiana Contra Mortalidade Infantil. Da criação da cátedra de ‘Clínica de molestias medicas e cirurgicas de crianças’ nas faculdades de medicina, em outubro de 1882, até a afirmação da Sociedade de Pediatria da Bahia, na década de 1930, foram cerca de meio século, que compreende a baliza deste trabalho.

Palavras-chave: História das Ciências. Pediatria. Infância. Bahia

MOREIRA, Virilene Cardoso. **A Pediatria na Bahia: o processo de especialização de um campo científico (1882-1937)**. 252 f. il. 2017. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Ensino, Filosofia e História das Ciências, Universidade Federal da Bahia e Universidade Estadual de Feira de Santana, Salvador/Feira de Santana, 2017.

ABSTRACT

The process of specialization of pediatrics in the state of Bahia is the focus of this study. Two premises guided the discussions. The first is that the claim of an autonomous place of pediatrics in the country did not come from childhood, but from scientific questions, in the context of experimental medicine, in which medical scientists understood that the smaller the field of research the greater the investigative probability. The social discourse around childhood, based on infant mortality rates, was a component in this process. The second position that this work assumes is that the process of singling of a scientific area has a complexity that involves some dimensions. For the context studied, three circuits were important: 1. institutionalized circles of learning and professional practice (hospitals, professorships, dispensaries); 2. circuits of scientific divulgation (congresses and specialized magazines); 3. measures of defense and professional exchange (specialized companies). The particularity of Bahia resides in the fact that the three circuits had as a link the Pediatric discipline of the Faculdade de Medicina da Bahia (Medicine College of Bahia). Thus, the pediatrics from Bahia will be understood as a knowledge that was individualized from the formation of scientific discipline in medical school and was consolidating in a network that involved two philanthropic institutions of childcare. Founded by pediatric professors of the same college: the Instituto de Proteção e Assistência à Infância da Bahia-IPAI/Ba (Institute of Protection and Assistance to the Children of Bahia) and the Liga Bahiana Contra Mortalidade Infantil (League Against Child Mortality of Bahia). From the foundation of the professorship of 'Clínica de molestias medicas e cirurgicas de crianças' (Clinic of medical and surgical discomforts of children) in the medicine colleges, in October of 1882, until the consolidation of the Sociedade de Pediatria da Bahia (Pediatric Society of Bahia), in the 1930s, has passed half a century which marks the goal of this work.

Key words: Science History. Pediatrics. Childhood. Bahia

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Curva de ganho de peso das crianças	53
Figura 2	Ganho de peso do lactente por mês em diferentes referências..	54
Figura 3	Puerímetro	55
Figura 4	Tabela de crescimento	56
Figura 5	Ficha de Registro Clínico do Serviço de Pediatria do Hospital da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro	58
Figura 6	Tabelas de referências para medidas do corpo infantil	59
Figura 7	Tabelas de referências para medidas do corpo infantil	59
Figura 8	Tabelas de referências para medidas do corpo infantil por cor..	60
Figura 9	Indicação de predisposição às doenças por cor	60
Figura 10	Desenho do atelier fotográfico construído no Hospital Santa Isabel	80
Figura 11	Desenho da fachada do Instituto Clínico construído no Hospital Santa Isabel	81
Figura 12	Quadro geral de anamnese infantil	148
Figura 13	Ficha de atendimento do Departamento Nacional de Saúde Pública/Inspetoria de Higiene Infantil.....	176
Figura 14	Campanha de Higiene Infantil do Departamento Nacional de Saúde Pública em parceria com a Liga Baiana Contra Mortalidade Infantil	180

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Lista dos principais assuntos das lições de Moncorvo de Figueiredo na Clínica de crianças da Policlínica Geral do Rio de Janeiro	40
Quadro 2	Corpo docente da cátedra de pediatria da Faculdade de Medicina da Bahia (1888-1910)	89
Quadro 3	Lista de teses doutorais defendidas na cátedra de Clínica Pediátrica da Faculdade de Medicina da Bahia (1890-1910)	97
Quadro 4	Corpo docente da cátedra de Clínica Pediátrica Médica e Higiene Infantil da Faculdade de Medicina da Bahia (1911-1920).....	112
Quadro 5	Corpo docente da cátedra de Clínica Pediátrica Cirúrgica e Ortopedia da Faculdade de Medicina da Bahia (1911-1920)	113
Quadro 6	Lista de teses defendidas pela cátedra de Clínica Pediátrica Cirúrgica e Ortopedia da Faculdade de Medicina da Bahia (1919-1920)	126
Quadro 7	Lista de teses defendidas pela cátedra de Clínica Pediátrica Médica e Higiene Infantil da Faculdade de Medicina da Bahia (1919-1920)	127
Quadro 8	Organograma das perturbações gastrointestinais na alimentação artificial do lactente proposto por Martagão Gesteira	161
Quadro 9	Organograma de doenças gastrointestinais em amamentação natural proposto por Fernandes Figueira	164
Quadro 10	Teses defendidas pela cátedra de Clínica Pediátrica Médica e Higiene Infantil da Faculdade de Medicina da Bahia (1921-1932)	185

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Composição nutricional dos leites de animais	105
Tabela 2	Estatística do atendimento do Instituto de Proteção e Assistência à Infância da Bahia-IPAI/BA até 1918 (crianças de 0 a 15 anos)	123
Tabela 3	Estatística do atendimento do serviço clínico do professor Martagão Gesteira, no Hospital Santa Isabel	124
Tabela 4	Crianças de 0 a 2 anos com afecções gastrointestinais atendidas Instituto de Proteção e Assistência à Infância da Bahia-IPAI/BA (1904-1915)	155

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
1 A delimitação das fronteiras da especialidade médica infantil	22
1.1 Carlos Artur Moncorvo de Figueiredo (Moncorvo Pai) e o primeiro Curso de Pediatria do Brasil	28
1.2 Elementos da Semiologia Infantil	47
2 A Faculdade de Medicina na gênese da especialização da pediatria baiana	63
2.1 Os desafios institucionais na implantação de um ensino prático	66
2.2 A cátedra de Pediatria da Faculdade de Medicina da Bahia.....	83
2.3 A medicina infantil através das teses doutorais	95
3 A Pediatria em seu lugar de ciência	110
3.1 Os espaços de ciência	114
3.2 Alfredo Magalhães e um fazer científico: o caso da coxite tuberculosa ...	130
3.3 Martagão Gesteira e a Clínica Pediátrica	144
4 A especialização da pediatria através da clínica	167
4.1 A Liga Baiana Contra Mortalidade Infantil e a construção de um espaço peculiar ao ensino oficial da Clínica Pediátrica e Higiene Infantil.....	172
4.2 A cátedra de clínica pediátrica e sua agenda científica	183
4.3 A Sociedade de Pediatria da Bahia em seus primeiros passos	201
ALGUMAS CONSIDERAÇÕES	209
REFERÊNCIAS	213
FONTES	226
APÊNDICES	229

INTRODUÇÃO

Discutir a singularização de uma especialidade científica em um campo como a medicina, cujas dimensões científica, profissional e social são indissociáveis, faz dessa incursão investigativa uma ação densa. E tensa também, na medida em que esse tripé, por ser uma construção histórica, não apresenta um percurso linear, nem homogêneo, muito menos harmônico. A primeira necessidade imposta ao estudo aqui proposto, o de discutir o processo de delineamento da pediatria enquanto especialidade científica na Bahia, foi refletir sobre quais elementos autorizam precisar o momento em que se pode categorizar a autonomia da medicina para crianças.

O título de especialista em Pediatria no Brasil é relativamente recente, data de 1966. A iniciativa partiu do grupo que estava à frente da Sociedade Brasileira de Pediatria, que ao conferir um título permanente de pediatra ao médico que exercesse exclusivamente a medicina infantil, ansiava estimular a especialização, a qualificação e o reconhecimento entre os pares de um corpo ainda disperso, espacial e profissionalmente.¹ Jairo Rodrigues Valle e outros pediatras são categóricos em afirmar que até a década de 1940, apesar da existência da disciplina como especialidade nos cursos superiores de medicina, ainda havia uma promiscuidade entre a clínica geral e a clínica pediátrica.

Embora a certificação da pediatria tenha ocorrido somente a partir da década de 1960, médicos exerciam a medicina para crianças desde o último quartel do Oitocentos. Edmundo Campos Coelho,² em trabalho que estuda as três profissões “imperiais” - medicina, engenharia e advocacia - no Rio de Janeiro entre os anos de 1822 e 1930, apresenta um cenário que aponta para uma atuação profissional na medicina a partir de especialidades já em 1877, antes mesmo da institucionalização do ensino de algumas áreas médicas, como medicina infantil, por exemplo, que só teria instituída uma cátedra nas faculdades de medicina a partir de 1882. Os dados que o autor se baseia para argumentar em favor de uma especialização médica em consonância com o mercado de serviços médicos são do Almanack Laemmert para

¹ VALLE, Jairo Rodrigues. Título de Especialista em Pediatria. In: AGUIAR, Álvaro; MARTINS, Reinaldo Menezes. História da Pediatria Brasileira: Coletânea de Textos e Documentos. Sociedade Brasileira de Pediatria: Serviço de Informação Científica Nestlé, 1996.

² COELHO, Edmundo Campos. As profissões imperiais: medicina, engenharia e advocacia no Rio de Janeiro – 1822/1930. Rio de Janeiro: Record, 1999.

o ano de 1877, onde se registram entre oculistas, operadores, especialistas das moléstias das cavidades nasais, em medicina de mulheres, médicos da garganta, do útero, da pele e de sífilíticos, 21 especialistas em moléstias de crianças. Para o autor, a formação de especialidades médicas foi sedimentada por uma segmentação da atuação profissional no mercado de trabalho, em um processo de inserção dos egressos da faculdade de medicina sem que os mesmos tivessem que disputar competitivamente um espaço profissional.

Os registros nos almanaques administrativos e noticiosos da capital baiana para o mesmo período (1883, 1886, 1887, 1888, 1889, 1890, 1898, 1903 e 1915-1916) não distinguem especialidades, listando os profissionais sob o título de médicos ou clínicos gerais. Estes registros não nos autorizam a afirmar que não havia especialistas em medicina infantil em Salvador neste período, da mesma forma que não é suficiente para alicerçar uma tese de que a especialização da medicina está ancorada no contorno do mercado de serviços médicos - pelo menos para o caso da pediatria, conforme defende Coelho. A exceção foi um médico chamado Horácio Cezar, que anunciou seus serviços como operador especialista em crianças regularmente entre os anos de 1883 e 1887.

O anúncio de Horácio Cezar evidencia o quanto a demarcação do surgimento de uma especialidade médica é complexa: estaria no exercício profissional? No reconhecimento e visibilidade social do especialista, ou seja, no momento em que ele passa a ter um público? Na reunião de um conhecimento científico particular? Na institucionalização do ensino daquele saber? Na criação dos mecanismos de regulamentação profissional? Estaria, enfim, no estabelecimento de uma cultura científica?

Em 1929, o pediatra Adalbert Czerny, professor em Berlim, foi convidado por um médico brasileiro a responder o porquê de a pediatria ser uma especialidade. Iniciou sua explanação questionando se a especialidade seria do ponto de vista do ensino médico ou em relação ao exercício da clínica. Para ele, a separação entre a clínica infantil e do adulto não teria sido consequência de causas científicas, mas de simples organização técnica, da necessidade de separar os espaços de cura em diferentes fases da vida.³ A resposta do professor alemão reforça a constatação de

³ CZERNY, Adalbert. Porque é a Pediatria uma especialidade? *Pediatria Prática*, Setembro de 1929, p. 248-250.

que a singularização de uma área médica não pode ser pensada a partir somente de um componente.

Flávio Edler⁴ e Júnia Pereira⁵ justificaram a especialização da pediatria brasileira a partir de dois enfoques diferentes. O primeiro autor, em parceria com Luis Otávio Ferreira e Maria Raquel Fonseca, explicou a singularização da medicina infantil como resultado de uma necessidade clínica, relativa ao aumento da resolubilidade das práticas de cura, num contexto em que a mortalidade infantil deveria ser combatida, prevenida e expurgada. Júnia Pereira, por sua vez, defende que explicar o surgimento da pediatria pela vertente da ‘redução de campo’ não abarcaria a complexidade inerente, vez que a pediatria ao focar sua atenção a uma faixa etária específica não estaria reduzindo seu objeto e sua prática a uma parcela da totalidade dos processos médicos, mas ao contrário, ela traria ‘uma nova semiologia, uma nova terapêutica’, assim como novos objetos na formação médica.

O trabalho de Júnia Sales Pereira ‘História, ciência e infância: narrativas profissionais no processo de singularização da pediatria como especialidade’⁶ foi imprescindível ao estudo aqui proposto. Especificamente voltado à Pediatria, a autora defende que o que estava em curso era a construção da singularidade da infância frente o binômio saúde-doença. Tomando de empréstimo os argumentos de “antigos médicos de crianças”, assegura que

a pediatria nasceu de maneira diferenciada em relação às demais especialidades. Enquanto estas se fundavam no pressuposto da segmentação do saber e sua verticalização (em um órgão ou patologia), aquela, a pediatria, fundava-se no pressuposto do atendimento a toda e qualquer necessidade de atendimento e acompanhamento médico de uma parcela da população que, segundo relata [o médico Martagão Gesteira], representava cerca de 1/3 dos doentes da clínica geral naquele contexto.⁷

Assim, a pediatria seria uma especialidade “especial”, pois não estaria restrita a um sistema orgânico, nem a um grupo de patologia, nem a um conjunto de terapêutica, e ao mesmo tempo tudo isso constitui seu objeto de interesse.

⁴ EDLER, Flávio Coelho; FERREIRA, Luis Otávio; FONSECA, Maria Rachel Fróes da. A Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. In: Dantes, Maria Amélia (org.). Espaços da ciência no Brasil (1830-1930). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. p. 59-80.

⁵ PEREIRA, Júnia Sales. *História, ciência e infância: narrativas profissionais no processo de singularização da pediatria como especialidade*. Brasília, DF: CAPES; Belo Horizonte, MG: Argumentum, 2008.

⁶ Ibid.

⁷ Ibid., p. 60.

Especialidade difícil também, segundo as justificativas para sua legitimação, vez que requereria uma instrução médica ampla e profunda, com bases na fisiologia, patologia, higiene e medicina geral. Júnia Pereira explica o surgimento da pediatria no processo de construção social da infância. O discurso médico construiu uma concepção de infância como tempo de fragilidade e imperfeição, reclamando ao pediatra o papel de protetores da vida, difundindo-se, assim, uma representação da infância como “categoria” que deveria ser cuidada por profissionais.

[A] medicina de crianças como especialidade médica fundar-se-á no Brasil a partir de dois fundamentos epistemológicos e práticos: o **primeiro**, assentado na ideia de que **a mortalidade infantil**, a despeito do que diziam os relatórios, as estatísticas e o imaginário social vigente, em especial no século XIX, **não era dado natural** e, portanto, seria possível e necessário agir – nesse caso, apropriando-se e acionando-se um conhecimento “científico, racional e sistemático”; o **segundo**, assente na concepção de que **as crianças seriam** fundamentalmente diferentes dos adultos especialmente porque **sujeitos em crescimento**.⁸

O presente estudo pretende explicar o surgimento da pediatria no Brasil a partir de questões científicas. A organização técnica dos espaços de cura e a construção do discurso social da infância foram componentes nesse processo de consolidação. Uma medicina para crianças começou a ser reivindicada no país no contexto da medicina experimental, em que os médicos cientistas entendiam que quanto mais reduzido o campo de pesquisa maior a probabilidade investigativa. Não se trata, porém, da ideia de redução de campo na perspectiva clínica, conforme tratado por Flávio Edler, mas em relação ao foco de pesquisa. Defende-se aqui que a especialização da medicina infantil não surgiu pela infância, mas pela experimentação científica.

A segunda posição que este estudo assume é que o processo de singularização de uma área científica possui uma complexidade que envolve algumas dimensões. Para a pediatria no contexto estudado, três circuitos⁹ foram importantes: 1. círculos institucionalizados de aprendizagem e prática profissional (hospitais, cátedras, dispensários); 2. circuitos de divulgação científica (congressos e revistas especializadas); 3. medidas de defesa e intercâmbio profissional

⁸ PEREIRA, 2008. p. 126.

⁹ Essa ideia de circuitos foi emprestada de RODRIGUEZ OCAÑA, E.; PERDIGUERO, E.: Ciencia y persuasión social em la medicalización de la infancia em Espanha, siglos XIX-XX. História, Ciências, Saúde-Manguinhos, v. 13, n. 2, p.303-24, abr.-jun., 2006.

(sociedades especializadas). A particularidade baiana, porém, é que os três circuitos tiveram como elo a cátedra de Pediatria da Faculdade de Medicina da Bahia.

Sobre a Bahia especificamente, há uma carência de estudos historiográficos da pediatria. Além do livro de Júnia Sales Pereira, que ao estudar as narrativas em torno da singularização da especialidade abordou instituições e personagens baianos, somente outros dois foram encontrados. Nelson de Carvalho Assis Barros escreveu um artigo publicado na *Gazeta Médica*¹⁰ intitulado 'Histórico do Ensino da Pediatria na Bahia no século XX' e Lidiane Monteiro Ribeiro defendeu uma dissertação sobre a 'Filantropia e assistência à saúde da infância na Bahia: a Liga Baiana Contra Mortalidade Infantil, 1923-1935'¹¹.

O trabalho de Barros não traz quaisquer discussões a respeito da institucionalização do ensino de pediatria, preocupa-se em elencar alguns pediatras que para ele foram importantes professores na faculdade de medicina. Quanto a Ribeiro, ao tratar da institucionalização da filantropia trouxe à tona uma reflexão sobre os circuitos de aprendizagem e prática profissional da pediatria em Salvador. Embora não tenha feito referência ao papel da Clínica Infantil do Hospital Santa Izabel como espaço para o ensino prático da pediatria, apresentou os espaços clínicos do Instituto de Proteção e Assistência à Infância da Bahia e da Liga Baiana Contra Mortalidade Infantil como essenciais nesse processo.

O estudo que aqui se apresenta pretende analisar o processo de especialização da Pediatria em uma relação com o programa acadêmico da Faculdade de Medicina da Bahia. O recorte cronológico transita entre os anos de 1882 e 1937. Para tanto, a pediatria será entendida como um conhecimento que se individualizou a partir da formação de uma disciplina na faculdade de medicina e foi se consolidando numa rede que envolveu duas instituições filantrópicas de assistência à infância, fundadas por professores de pediatria da faculdade: o Instituto de Proteção e Assistência à Infância da Bahia (criado em 1903) e a Liga Bahiana Contra Mortalidade Infantil (criada em 1923).

Além dos diálogos com aos autores mencionados e demais apresentados ao longo do texto, dois outros foram fundamentais como suporte analítico, trata-se de

¹⁰ BARROS, Nelson de Carvalho Assis. Histórico do Ensino da Pediatria na Bahia. *Gaz. Méd. Bahia* 2007;77:2 (jul-dez): 101-116

¹¹ RIBEIRO, Lidiane Monteiro. *Filantropia e assistência à saúde da infância na Bahia: a Liga Baiana Contra Mortalidade Infantil (1923-1935)*. 151p. Dissertação (Mestrado) – Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, 2011.

Timothy Lenoir¹² e Pierre Bourdieu¹³. De Lenoir, extraiu-se o conceito de disciplina científica, utilizado para entender o papel da cátedra de medicina infantil da faculdade de medicina como estruturante no processo de institucionalização da pediatria. A ideia de campo científico, proposto por Bourdieu, traz o apoio interpretativo para se pensar a autonomização da pediatria na ciência médica.

Para Lenoir, disciplinas científicas organizam esquemas de percepção, apreciação e ação, sendo estruturas essenciais para sistematizar, organizar e incorporar as práticas sociais e institucionais relativas a determinado conhecimento científico. A disciplina, ao forjar especialidades e habilidades, estabelece limites e demarca hierarquias entre especialistas e amadores. Por fim, a identidade disciplinar forma a identidade vocacional de um investigador, estabelecendo problemas e definindo ferramentas para abordá-los.¹⁴

A relevância do conhecimento construído no âmbito disciplinar, para Lenoir, está no discurso/conteúdo de verdade ali produzido. Esse regime de verdade, por sua vez, solidifica a ligação entre o conhecimento e o sistema de relações de poder. Lenoir explica regime de verdade como discursos e práticas que uma sociedade aceita e faz funcionar como verdadeiros, assim como, mecanismos e instâncias que permitem ao indivíduo distinguir proposições verdadeiras e falsas pelas quais cada uma delas é sancionada. Desse modo, construção de verdade torna-se central para se pensar a relação do poder com o conhecimento.¹⁵ Com essas questões, o autor propõe que os conteúdos do conhecimento científico devem ser tratados levando-se em consideração suas formas institucionalizadas. Essa discussão na perspectiva de Lenoir, e adotada para este estudo, coloca a disciplina como central à micropolítica de produção do conhecimento e será estruturante no processo de singularização da pediatria enquanto campo científico.

A concepção de campo científico de Pierre de Bourdieu, por sua vez, será importante para a análise da dinâmica que resultou na especialização da pediatria. Para ele, o

Campo científico – sistema de relações objetivas entre posições adquiridas em lutas anteriores – é o lugar e o espaço de uma luta

¹² LENOIR, Timothy. A disciplina da natureza e a natureza da disciplina. In: LENOIR, Timothy. *Instituindo a Ciência: a produção cultural das disciplinas científicas*. Tradução de Alessandro Zir. Rio Grande do Sul: Editora Unisinos, 2004.

¹³ BOURDIEU, Pierre. O Campo Científico. In: ORTIZ, Renato (org.). *A Sociologia de Pierre Bourdieu*. São Paulo: Olhos D'Água, 2003. (Textos de Pierre Bourdieu)

¹⁴ LENOIR, 2014.

¹⁵ Ibid. p. 66.

concorrencial. O que está em luta são os monopólios da autoridade científica (capacidade técnica e poder social) e da competência científica (capacidade de falar e agir legitimamente, isto é, de maneira autorizada e com autoridade) que são socialmente outorgadas a um agente determinado.¹⁶

O que subjaz a esse conceito é a ideia de que a ciência, longe de ser um universo “puro” e desconectado com o exterior, é um campo social como outro qualquer, com formas específicas de relações de força e monopólios, lutas e estratégias, interesses e lucros. O que torna o campo científico específico, segundo o autor, é o que os concorrentes concordam sobre os princípios de verificação de determinada “realidade”, a respeito dos métodos de validação de hipóteses e teses. Dito de outro modo, o que torna o campo científico singular é o consenso entre os pares/concorrentes sobre o contrato tácito, que é político e cognitivo, que funda e rege o “trabalho de objetivação.”¹⁷

As instituições e as produções científicas dos pediatras foram os enfoques deste estudo. Quatro objetivos nortearam as investigações: 1. associar a institucionalização da aprendizagem e da prática profissional da pediatria à Faculdade de Medicina da Bahia, ao Instituto de Proteção e Assistência à Infância da Bahia e à Liga Bahiana Contra Mortalidade Infantil; 2. identificar os elementos científicos que conferia à pediatria uma especialidade médica distinta; 3. interpretar produções científicas dos pediatras baianos; 4. examinar o intercâmbio dos pediatras que atuavam em Salvador com a rede nacional de circulação científica, tendo como enfoques as revistas especializadas em pediatria.

Do ponto de vista metodológico, a pesquisa foi desenvolvida numa perspectiva cronológica. A escolha por uma narrativa que privilegia o decorrer do tempo deu-se por duas constatações: a de que os aspectos propostos nos objetivos específicos possuíam uma relação imbricada; e que o processo de especialização da pediatria na Bahia entre 1882 e 1937 passou por três períodos distintos, marcados por singularidades. Antes de discutir o contexto baiano, porém, tornou-se necessário explicar o processo ocorrido no Rio de Janeiro, não por ter sido nesta cidade as primeiras ações de surgimento da especialidade no país, mas pelo fato do evento na Bahia ter sido consequência desse pioneirismo.

¹⁶ BOURDIEU, 2003, p. 112.

¹⁷ BOURDIEU, Pierre. Os usos sociais da ciência: por uma sociologia clínica do campo científico. Tradução Denice Barbara Catani. São Paulo: Editora UNESP, 2004. p. 33.

O primeiro capítulo dedica-se às questões relativas ao pioneirismo do Rio de Janeiro, trazendo à tona duas produções fundamentais: a criação do primeiro curso de pediatria no país por Arthur Moncorvo de Figueiredo, que culminou com a criação da cátedra de pediatria nas faculdades médicas do Brasil; e o tratado 'Éléments de Séméiologie Infantile', escrito por Fernandes Figueira, que demarcou nacionalmente os elementos epistemológicos que singularizariam a pediatria.

O contexto baiano começa ser esmiuçado a partir do segundo capítulo. Compreendendo os anos entre 1884 e 1910, discute o processo de afirmação da cátedra de pediatria na Faculdade de Medicina da Bahia, mostrando que o ensino prático e a pesquisa científica ainda não estavam disseminados no período. O que se pretende no capítulo é mostrar que o ensino ainda era eminentemente teórico até a primeira década do século XX. Ainda que não tenha sido o foco de análise, é possível afirmar que os pediatras se reconheceram enquanto especialistas primeiro pelo exercício da profissão.

O termo ciência começou a aparecer nos discursos e a pesquisa nas práticas dos professores da cátedra a partir de 1911. É sobre esse momento que o capítulo três discorre. Até 1920, os professores das cátedras de Pediatria Cirúrgica e Pediatria Médica da Faculdade de Medicina da Bahia, Alfredo Ferreira Magalhães e Joaquim Martagão Gesteria, respectivamente, aliaram ensino prático e pesquisa numa parceria que teve como elo as atividades do Dispensário Infantil do Instituto de Proteção e Assistência à Infância da Bahia.

Importante destacar que as questões discutidas ao longo dos capítulos dois e três têm como referência os elementos que nortearam a reforma do ensino médico da década de 1880. O que está em pauta é o processo de legitimação da pediatria, que em coerência com a abordagem defendida aqui, tem sua gênese no ensino acadêmico, fruto de um projeto de reforma de ensino que tinha como eixo central a concepção de "medicina experimental", que os contemporâneos denominaram também de medicina científica. A medicina científica se diferenciaria por acrescentar às investigações das doenças - além da observação dos corpos e suas lesões - os conhecimentos da física, química e fisiologia.

Cabe, ainda, advertir que o uso e abuso dos termos 'ciência', 'científico' e seus derivados no terceiro capítulo tem um propósito, o de trazer à tona a atmosfera encontrada nos escritos do período. O que se pretende é demarcar o momento em

que o ensino de pediatria na Bahia se pôs em afinação com o modelo de medicina almejado nos círculos institucionalizados de saber.

O último capítulo, por sua vez, interpreta os acontecimentos ocorridos até 1937. Nesse ano, Martagão Gesteira transferiu-se para a Universidade do Brasil, encerrando em Salvador uma trajetória de dezessete anos de hegemonia da clínica e higiene infantis. Em torno dos seus serviços médicos/didáticos, que envolvia os espaços da Liga Baiana Contra Mortalidade Infantil, instituição fundada por ele e sua equipe de assistentes, formou-se uma geração de pediatras que iria completar o circuito de consolidação da especialidade médica em tela, com a fundação da Sociedade de Pediatria da Bahia.

CAPÍTULO 1

A delimitação das fronteiras da especialidade médica infantil

A pediatria surgiu no Brasil em fins do Oitocentos, século em que a medicina ocidental passou por transformações importantes. Desde fins do século XVIII, médicos do velho mundo europeu vinham consolidando a sistematização de observações empíricas e desenvolvendo uma forma de analisar e interpretar os processos patológicos que desprezou gradualmente a teoria dos humores. As mudanças consistiam em desvelar as lesões anatômicas como ponto de partida para decifrar os padecimentos e interpretar as enfermidades. O saber médico começou a estabelecer uma relação mais estreita entre as séries de fenômenos: a observação clínica dos registros corporais dos pacientes e as lesões de caráter anatômico. Esse método ‘anatomoclínico’, na análise de Luiz Otávio Ferreira,

veio a ser resposta a três problemas fundamentais da medicina da época: 1) o de reconhecer no indivíduo determinada doença mediante a observação criteriosa de seus sinais (o sintoma); 2) o de distinguir no cadáver uma patologia específica através da análise das alterações internas (a lesão); 3) o de combater a doença pelos meios que a experiência tenha demonstrado serem os mais eficientes. Trata-se de estabelecer, com rigor, a relação entre diagnóstico, lesão interna e terapêutica.¹⁸

O método anatomoclínico passou a representar o que Michel Foucault denominou medicina clínica, uma ciência em que o “leito” do doente tornou-se campo de investigação e alvo de um discurso racional. A clínica, considerada em seu conjunto, propôs ao médico uma percepção inovadora sobre o corpo doente, produzindo uma mudança na relação entre o médico e o paciente. Em todos os níveis da experiência médica a “relação do significante com o significado” se alterou: entre os sintomas e a doença, entre a descrição e o que era descrito, entre o acontecimento e o prognóstico, entre a lesão e o mal por ela assinalado.¹⁹

¹⁸ FERREIRA, Luiz Otávio. Das doutrinas à experimentação: rumos e metamorfoses da medicina no século XIX. Revista da SBHC, n. 10, p.43-52, 1993.

¹⁹ FOUCAULT, Michel. O nascimento da clínica. Tradução de Roberto Machado. 7 ed. Rio de Janeiro: Forence Universitária, 2014.

Nesse contexto, o hospital²⁰ passou a lugar privilegiado para essas atividades, que se converteu em centro de operações das novas propostas, um espaço de investigação e docência. A observação rigorosa dos fenômenos patológicos, por sua vez, incorporou métodos de registro e de exploração dos corpos cada vez mais detalhados e precisos, como a auscultação, facilitada pelo estetoscópio, as percussões torácicas, os aparatos da medicina craniana e outros instrumentos e ferramentas cujas funções eram reformar o caráter mensurável das observações médicas, de acordo com os parâmetros científicos da época, em que exatidão e objetividade constituíam valores permutáveis.²¹ Na França, esse processo se desenvolveu de maneira particularmente importante durante a primeira metade do século XIX, o que levou a chamada “escola anatomoclínica” a um patamar de referência internacional, que influenciou decisivamente a orientação e o fazer científico dos países latino-americanos.

Tal qual Consuelo Ramos de Francisco para Venezuela²², Argentino Landaburu para a Argentina²³, historiadores no Brasil atestam que a medicina francesa constituiu a principal referência científica do ensino médico durante o século XIX. No caso brasileiro, na primeira metade do século XIX, garantem Flávio Coelho Edler, Luiz Otávio Ferreira e Maria Rachel Fróes da Fonseca,²⁴ havia uma influência quase exclusiva da cultura francesa no pensamento médico brasileiro, ao ponto das polêmicas e controvérsias científicas de Paris serem reproduzidas no meio acadêmico da corte como se fossem locais.

²⁰ Até o século XVIII, o hospital era uma instituição de assistência aos pobres doentes. O doente era para ali levado não para ser curado, mas para morrer. A partir de 1870, o hospital começou a ser organizado numa perspectiva terapêutica, instrumento de intervenção sobre a doença e doente com o objetivo de produzir cura. Ver FOUCAULT, Michel. O nascimento do Hospital. In: _____ Microfísica do Poder. Organização e Tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

²¹ TRONCOSO, Alberto del Castilho. La visión de los médicos y el reconocimiento de la niñez em el cambio del siglo XIX al XX. *Bol Mex His Fil Med*, 2003; 6 (2).

²² FRANCISCO, Consuelo Ramos. La Pediatría venezolana a través de su literatura: 1830-1908. In: COLMENARES, German Yopez (Coord.). *Historia de la salud em Venezuela*. Fondo Editorial Tropykos, s/d.

²³ LANDABURU, Argentino. Las ciencias de la salud em Buenos Aires desde 1852 hasta 1910. *Anais do Segundo Congresso Latino-Americano de História da Ciência e Tecnologia*, 30 de junho a 04 de julho de 1988 [Organizador Ubiratan D'Ambrosio] São Paulo: Nova Stella, 1989.

²⁴ EDLER; FERREIRA; FONSECA, 2000. p. 59-80.

É nesse cenário que entra na discussão dos fundamentos do saber médico ocidental a noção de “medicina experimental”.²⁵ A “medicina experimental”, de modo geral, propunha que a doença não fosse estudada somente a partir da observação do doente e das lesões decorrentes (método anatomoclínico), mas explicada à luz de métodos experimentais da física e da química, assim como dos estudos da fisiologia,²⁶ cujo destaque estaria no campo da forma e funções dos processos orgânicos. Em decorrência, um novo espaço médico-didático surgiu em contraposição ao hospital: os dispensários. Como estabelecimentos de cura, os dispensários foram idealizados como meio de se evitar os contágios a que os doentes estariam submetidos durante o internamento hospitalar e a insuficiência de leitos para atender todos os necessitados. O estabelecimento de dispensários deu forma a um modelo clínico inovador, a policlínica. Compartilhando o mesmo espaço, os atendimentos poderiam ser feitos por especialistas diferentes.

Do ponto de vista do ensino médico, as discussões acenavam para a necessidade de reformas, cujo modelo preconizado propunha associação entre ensino e pesquisa, transformando o professor em médico-cientista. As reformas, assim, pretendiam transformar a instituição de ensino em centro de pesquisa científica, tornando-se necessária a especialização das clínicas e um ensino de caráter prático. A Alemanha foi pioneira tanto em formular as bases teóricas quanto em promover transformações institucionais que revolucionaram o saber médico no último quartel do século XIX.

Antônio Pacífico Pereira publicou em 1877 na Gazeta Médica da Bahia²⁷ uma série de artigos em que discutia a necessidade de reformas no ensino médico brasileiro. O professor de Histologia da Faculdade de Medicina da Bahia, de volta de uma viagem à Europa, apresentou ao leitor uma proposta de ensino inspirada no modelo germânico. Destinado aos “médicos deputados” do parlamento, o autor, ao mesmo tempo em que ressaltava a importância da presença dos médicos no cenário político nacional, chamava o governo à responsabilidade pelo “pão da ciência”, ou

²⁵ Luiz Otávio chama atenção para o caráter pouco preciso da denominação “medicina experimental” que emergiu no século XIX. Ver FERREIRA, 1993.

²⁶ Sobre a autonomia científica da fisiologia ver: FERREIRA, 1993.

²⁷ PEREIRA, Antônio Pacífico. Aos médicos deputados. Reformas necessárias à legislação sanitária e ao ensino médico. GAZETA MÉDICA DA BAHIA, Salvador, ano IX, jan a out. 1877.

seja, os recursos necessários às investigações experimentais e demonstrações práticas, indispensáveis ao ensino de qualquer dos ramos das ciências médicas.

A reforma radical que se operou na organização e nos métodos de ensino na Alemanha, outrora idealista [...], hoje realista, perscrutando pelos meios positivos os recessos do organismo, devassando amplamente os domínios das ciências naturais, construindo a ciência da organização humana pelo conhecimento minucioso de todas as leis físicas, químicas e fisiológicas [...] esta reforma que tão grandes conquistas valeu àquele país e a todo o mundo científico, veio apontar-nos o verdadeiro caminho para chegarmos com segurança ao progresso maravilhoso que ali admiramos.²⁸

Ações isoladas, defendia Pacífico Pereira, não seriam suficientes para elevar o ensino médico brasileiro ao patamar científico europeu. No projeto, apresentou os itens da reforma e um custo aproximado, tomando como referência os investimentos feitos por universidades alemãs. Em seu apelo ao governo brasileiro, vinculou o progresso científico ao desenvolvimento da nação. Flávio Edler, Luiz Otávio Ferreira e Maria Rachel Fróes²⁹ constataram que esse recurso, de construção de uma imagem pragmática para ciência, foi estrategicamente utilizado pelos reformistas do ensino médico brasileiro na década de 1870, mostrando-se crucial para angariar apoio à causa.

A proposta de reforma apresentada por Pacífico Pereira previa uma reorganização completa, contemplando estrutura física, currículo e carreira docente. Ao ensino clínico, porém, dedicou mais atenção. Lamentava o fato de não existir nas faculdades do império um único curso de clínica especial e a ausência de aulas práticas nas clínicas gerais. O ensino clínico, dizia ele, devia possuir “seus cursos especiais de moléstias dos olhos, da garganta, do ouvido, das vias urinárias, de moléstias de pele e sifilíticas, **moléstias de crianças**, psiquiatria, eletroterapia e moléstias nervosas.”³⁰ E para desmontar o argumento daqueles que desencorajavam as clínicas especiais pela dificuldade de encontrar doentes, dedicou páginas do artigo descrevendo o sucesso das policlínicas em cidades alemãs e francesas.

A policlínica compreende não só o ambulatório, ou clínica ambulante, de consultas e tratamento gratuito nos serviços clínicos hospitalares, como as vistas domiciliares a doentes pobres que não possam ir à consulta. Numa hora determinada o lente recebe no anfiteatro, ou numa sala convenientemente preparada a este fim, os doentes do ambulatório, e

²⁸ PEREIRA, 1877, p. 338.

²⁹ EDLER; FERREIRA; FONSECA, 2000. p. 59-80.

³⁰ PEREIRA, op. cit, p. 440.

nestas consultas os alunos de clínica são chamados para interrogar e examinar o doente, dar o diagnóstico e formular o tratamento. [...] O lente discute o diagnóstico e prognóstico dados pelo aluno, e o tratamento proposto, e deste modo adquirem os estudantes o hábito de diagnosticar, a rapidez de percepção que deve ter o clínico, e facilidade e segurança na arte de formular.³¹

A reforma do ensino médico proposta por Pacífico Pereira, embora não tenha alcançado o objetivo, tornou-se referência para muitos médicos. Não foram poucos os depoimentos creditando ao médico baiano o pioneirismo na proposição da instalação de policlínicas como espaço médico-didático.

Na Corte, um grupo de médico unido pelos incipientes espaços de publicação científica, geração que Flávio Edler³² denominou elite médica, vinha se mobilizando em prol de mudanças que possibilitassem a implementação da medicina experimental. Em 1878, o Ministro Leôncio de Carvalho nomeou uma comissão para elaborar um projeto de reorganização do ensino médico. No ano seguinte, a tão ansiada reforma do ensino médico brasileiro foi possibilitada com o decreto n. 7247, de 19 de abril. De inspiração germânica, o modelo de ensino proposto a partir de então trazia duas questões importantes: a especialização e o ensino prático. Esperava-se com essas medidas que os médicos brasileiros, dotados de uma cultura científica fundamentalmente teórica, pudessem desenvolver investigações originais.

Compondo esta elite médica estava Carlos Arthur Moncorvo de Figueiredo³³ - defensor do ensino médico especializado e prático, baluartes da medicina experimental. O médico tornou-se o fundador do primeiro curso de pediatria do Brasil e responsável pela criação da cátedra de clínica de moléstias de crianças nas faculdades de medicina do Império. Entre 1882 e 1901 (ano de sua morte), o denominado pai da pediatria brasileira foi fundamental por fincar as bases de instituições caras à especialização da pediatria. A posição defendida aqui, porém, é

³¹ PEREIRA, 1877, p. 437

³² EDLER, Flávio Coelho. As reformas do ensino médico e a profissionalização da medicina na Corte do Rio de Janeiro (1854-1884). São Paulo/SP: FFLCH-USP, 1992 (Dissertação de Mestrado); EDLER, F.C. O debate em torno da medicina experimental no segundo reinado. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, III (2) 284-299, Jul.-Out. 1996.

³³ Carlos Arthur Moncorvo de Figueiredo nasceu na cidade do Rio de Janeiro em 1846, doutorou-se em 1872 pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, morreu em 1901. A trajetória científica e profissional do pediatra será apresentada ao longo do capítulo.

que suas ações estavam mais afinadas com a solidificação da medicina experimental do que com a teoria de Charles West,³⁴ que propunha a pediatria como uma clínica especial por trazer ‘uma nova semiologia, nova patologia, nova terapêutica’. Os estudos empreendidos por Moncorvo de Figueiredo prezavam pela experimentação, em diálogo com cientistas de diversas áreas, e pouco levava em consideração, pelo menos explicitamente, a particularidade do corpo infantil em suas discussões, questão basilar da especialidade que surgia.

Os primeiros estudos sobre a clínica pediátrica a apresentar uma discussão das enfermidades infantis a partir do corpo e fisiologia especiais da criança foi o pediatra Fernandes Figueira³⁵. Doutorou-se em 1887, pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, e a partir do ano seguinte começou a publicar artigos na revista *Brasil Médico*, nas seções de Bacteriologia e Terapêutica. Em 1893, publicou o trabalho ‘Do exame do baço nas crianças’, na seção Clínica Pediátrica, narrativa afinada com a epistemologia da pediatria ocidental. Em 1903, publicou o livro ‘*Éléments de Séméiologie Infantile*’, o primeiro tratado brasileiro de pediatria.

Consideram-se aqui as “práticas experimentais”, desenvolvidas por Moncorvo de Figueiredo, e a teoria, representadas pelo livro de Fernandes Figueiras, como ações pioneiras e essenciais à especialização da pediatria no Brasil. Sobre estas questões que o presente capítulo irá se debruçar.

³⁴ Charles West foi um clínico inglês, autor do livro ‘*Lectures on the diseases of infancy and childhood*’, em que defendia a medicina infantil como ‘uma nova semiologia, nova patologia, nova terapêutica’. Uma resenha dessa obra foi publicada na *Gazeta Médica da Bahia* em 1868, e nenhuma outra informação sobre a obra ou sobre o autor foi encontrada. Charles West e sua frase famosa foram citados inúmeras vezes por pediatras brasileiros no final do século XIX e posteriormente sua frase virou “domínio público” e nas primeiras décadas do século XX muitos a empregavam como próprias. No relatório enviado ao ministério por Moncorvo de Figueiredo solicitando a cátedra de pediatria nas faculdades do império, o autor inglês foi uma referência importante para construção dos argumentos do pediatra carioca.

³⁵ Antonio Fernandes de Figueiredo nasceu na cidade do Rio de Janeiro em 1863, doutorou-se em 1887. Iniciou sua carreira como clínico em Lage de Muriaé (RJ), retornou à capital por um curto espaço de tempo, mudou-se para Simão Pereira (MG) onde exerceu a medicina e escreveu diversos artigos e o tratado de pediatria que será tratado neste capítulo. Retornou à capital do Rio de Janeiro em 1903, onde permaneceu até sua morte em 1928. ((FERNANDES FIGUEIRA, pelo Dr. Carlos Prado. *Pediatria Prática*, Abril de 1928). Até 1910, quando fundou a Sociedade Brasileira de Pediatria, já possuía extensa produção científica, entre livros e artigos em periódicos, sendo que só no periódico *Brasil Médico*, Gisele Sanglard registrou 30 artigos publicados entre 1888 e 1910. Foi chefe da enfermaria de crianças do Hospital São Sebastião de 1900 a 1910; foi também contratado por Juliano Moreira como médico responsável pela enfermaria que cuidava do tratamento e educação das crianças no Hospício Nacional dos Alienados. Em 1909, foi convidado a assumir a direção da Policlínica das Crianças a assumir a direção da Policlínica das Crianças Pobres da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro. (Para uma biografia atual de Fernandes Figueira ver SANGLARD, Gisele (Org.) *Amamentação e políticas para a infância no Brasil: a atuação de Fernandes Figueira, 1902-1928*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2016.)

1.1 Carlos Artur Moncorvo de Figueiredo (Moncorvo Pai) e o primeiro Curso de Pediatria do Brasil.

Em todos os compêndios e memórias que fazem referência à história da pediatria no Brasil, Carlos Artur Moncorvo de Figueiredo é referido como o ‘pai’ da especialidade no país e o documento escrito por ele, intitulado ‘Rápida indicação dos motivos que justificam a criação nas Faculdades de Medicina Brasileiras de uma cadeira de Clínicas de Moléstias de Crianças’,³⁶ tratado quase como uma certidão de nascimento da pediatria brasileira. Embora haja o reconhecimento histórico, a trajetória desse personagem ainda não foi alvo de estudos específicos. Júnia Pereira, porém, dedica algumas páginas do seu livro ao pediatra, mostrando como ele “constrói suas narrativas sobre as doenças infantis, como concebe o papel do médico e de que maneira percebe seus pacientes, sobretudo os pacientes da Policlínica – crianças pobres.”³⁷ A autora, ao analisar comunicações de pesquisa e referências ao trabalho do médico veiculadas em periódicos científicos, propõe uma interpretação sobre suas narrativas como construção de auto imagem de “médico pesquisador”, uma retórica de “auto-referenciação”.

Para além da construção de um discurso, caminho percorrido por Júnia Pereira, Moncorvo de Figueiredo será analisado neste capítulo como fruto de um tempo em que a ciência se estabelecia no Brasil como profissão, delimitando fronteiras, não somente frente outros conhecimentos, mas internamente através de especializações médicas e consequentes ampliações de áreas temáticas de investigação. Este personagem histórico será aqui apresentado como ‘homem de ciência’, uma expressão utilizada por Dominichi Miranda de Sá.³⁸

O ‘homem de ciência’, ou cientista, seria o “profissional da pesquisa aplicada”, um intelectual especializado em atividades científicas, que defendia a ciência como imagem da ‘civilização’ e da ‘modernidade’. Entre os elementos dessa atividade encontravam-se “a padronização conceitual, o emprego da evidência empírica e da

³⁶ Rio de Janeiro, 25 de Fevereiro de 1882. In: MONCORVO FILHO. Histórico da Protecção à Infancia no Brasil 1500-1922. Rio Janeiro: Departamento da Criança/Empreza Grafica Editora, 1926. p. 96 a 106.

³⁷ PEREIRA, 2008, p. 76-77.

³⁸ SÁ, Dominichi Miranda. A ciência como profissão: médicos, bacharéis e cientistas o Brasil(1895-1935). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

prova, a importância da observação e do experimento, a adoção da técnica, do parcelamento das atividades profissionais e de uma pedagogia da disciplinarização do tempo do trabalho”.³⁹

Moncorvo de Figueiredo doutorou-se pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 1871⁴⁰. Após defender sua tese, estagiou por dois anos na Europa estudando a medicina nas principais capitais e mais detidamente a medicina para crianças. Anteriormente a Antônio Pacífico Pereira, publicou ‘Do exercício e do ensino médico no Brasil’ (1874).⁴¹ Nessa obra, fazia severas críticas ao ensino médico nacional e propunha reformas que passavam por criação de novas cadeiras, clínicas especiais e laboratórios, destacando as clínicas de parto e de crianças, esta citada como “problema vital”. Enfatizava a necessidade de se prestar mais atenção ao ensino das afecções próprias da infância, que exigiam um estudo apurado e particular, que, por sua vez, estava absolutamente subordinado à criação de um hospital voltado exclusivamente às moléstias infantis.⁴²

A questão principal das críticas feitas por Moncorvo de Figueiredo ao contexto brasileiro residia em um ensino médico desprovido de prática, daí a necessidade de clínicas especiais com seus respectivos espaços médico-didáticos. O médico afinava o discurso com uma geração de jovens médicos que pregavam o desenvolvimento de pesquisas na área médica, defendendo para isso a especialização da medicina. Geração que se situava em um contexto, não apenas de discussão de reforma do ensino médico, mas do início de um processo em que a ciência ganhava uma conotação de progresso e civilização do país. À atividade científica eram inseridas novas ideias, práticas, especialidades e narrativas.

Em 1874, a Revista Médica veiculou a seguinte notícia:

A OFTALMOLOGIA NO BRASIL. – Publicamos no n. 7 desta Revista o princípio da conferência do Sr. Dr. Hilario de Gouvêa sobre anomalias de acomodação e refração, feita no seu curso de oculista; depois em vários outros números continuamo-lo.

Nessa ocasião fizemos preceder o belo estudo de S. S. de algumas considerações nossas, e lamentamos que facultativos **representantes de outras especialidades** não tentassem conferências da mesma natureza, como procedem Drogat-Landré e o ilustrado Dr. Pires Ferreira. Hoje

³⁹ SÁ, 2006, p. 18.

⁴⁰ MONCORVO DE FIGUEIREDO, Carlos Artur. Dyspepsias e seu tratamento. Rio de Janeiro: Typographia Universal de Laemmert, 1871. (Tese de Doutorado). (aprovada com distinção)

⁴¹ Esta obra não foi encontrada entre os acervos pesquisados.

⁴² MONCORVO FILHO, 1926, p. 84 a 85.

lamentamos ainda que, por exemplo, os Drs. Alfredo Guimarães, Werneck e Samico não façam um curso de ginecologia, o Dr. Silvino de Almeida de dermatologia, o Dr. Pedro Affonso de qualquer parte da cirurgia, o Dr. Marinho de moléstias de crianças, **o Dr. Moncorvo de moléstias do aparelho digestivo**, o Dr. Rocha Lima de patologia cardio-pulmonar, o Dr. Assis Bueno de moléstias das vias genito-urinárias, o Dr. Alfredo Rego sobre fisiologia e patologia do sistema nervoso, os Drs. Antenor e Fazenda sobre questões de higiene, e tantos outros inteligentes médicos que podiam concorrer de um modo efetivo e brilhante para a regeneração e reforma do ensino medico brasileiro.⁴³

Anteriormente à efetivação de um ensino médico oficial por clínicas especiais, o fazer da ciência médica apontava para uma racionalização, para a especialização das atividades e funções. O articulista é bastante claro ao relacionar a “regeneração” do ensino médico à especialização da medicina. Conclama os médicos a assumirem-se como especialistas daquela área que estivesse mais próximo. Através da matéria, e de outras fontes, é possível inferir que o movimento pela particularização de áreas médicas nesse momento histórico partiu de uma discussão a respeito da prática e método científicos e não de questões isoladas sobre aspectos epistemológicos relativos a um ou outro ramo do saber médico. Nas instruções acima, Moncorvo de Figueiredo foi relacionado às moléstias do aparelho digestivo. De fato, nesse momento o médico não tinha se voltado exclusivamente para o público infantil, e suas pesquisas direcionavam-se às moléstias gástricas (principalmente terapêutica), independente se em adultos ou crianças.

As primeiras pesquisas médicas em crianças desenvolvidas por Moncorvo de Figueiredo datam de 1875, cujo resultado foi divulgado no artigo ‘Do emprego do chlorato de potassa na diarrhéa das crianças’.⁴⁴ O interesse pelo tema, conforme confessou, ocorreu após a mãe de uma criança que estava tratando uma diarreia ter ministrado sal ao invés de uma fórmula deixada por ele (o que fez com que a diarreia melhorasse). A partir do incidente, o médico passou a fazer observações sobre o emprego do sal de Berthollet no tratamento de certas espécies de diarreia infantil, relatando que àquela época a ciência médica não se ocupava do tema, exceção feita à publicação do médico Bonfigli, cujo resultado da pesquisa ele mesmo só teria tido conhecimento após suas próprias descobertas da propriedade

⁴³ NOTICIÁRIO. Revista Médica (Jornal de Sciencias Medicas e crurgicas), Rio de Janeiro, ano II, N. 2, 30 de junho de 1874, p. 28.

⁴⁴ Revista Médica (Jornal de Sciencias Medicas e cirúrgicas), Rio de Janeiro, Ano II, N. 13, 16 de agosto de 1875. Até o ano de 1877 publicou o desenvolvimento dessa pesquisa em diferentes periódicos.

do sal na enfermidade em questão.⁴⁵ No artigo publicado, dialogava com trabalhos da medicina experimental e não com referências de pediatras que estavam trazendo uma discussão sobre a especialização da medicina infantil a partir da particularidade fisiológica da criança.

Da confirmação do ensaio, animou-se a prosseguir nas experimentações. No mesmo ano, a hipótese da eficácia do cloreto de potássio no tratamento de diarreias já era “fato comprovado”, atestado por médicos de distintas especialidades que enviavam os resultados de suas observações clínicas a Moncorvo de Figueiredo, corroborando sua tese. O consenso terapêutico, porém, não resolvia a questão completamente, pois não se conhecia as propriedades do medicamento nem como atuava na mucosa intestinal. Ao longo de meses, o pediatra procedeu a experimentações laboratoriais em porcos da Índia, assim como em salivas, fezes e urinas de pessoas adultas e crianças, com o objetivo de investigar a ação do sal de Berthollet no intestino e, ainda, demonstrar um fato contestado por autoridades científicas que era a eliminação do cloreto de potássio pela mucosa intestinal. O caminhar das pesquisas iam sendo divulgadas em periódicos, e em 1877, reuniu as anotações desse percurso e publicou um volume com quarenta páginas ‘Do emprego do chlorato de potassa na diarreia das crianças’.⁴⁶

1ª experiência: às três horas e um quarto da tarde administramos pela boca a um porco da Índia, regularmente desenvolvido e perfeito estado de saúde, uma solução de cloreto de potassa (15 grammas d’água para uma grama de sal). Deixamos repousar o animal durante meia hora e, depois de havê-lo esterizado completamente, praticamos-lhes a abertura do ventre.⁴⁷

O comportamento apresentado por Moncorvo de Figueiredo até aqui já fornece elementos para inseri-lo no perfil de ‘homem de ciência’: a centralidade da pesquisa experimental, que corroborou sua hipótese e justificou as insistentes referências à originalidade de suas incursões científicas. O local onde essas experiências eram feitas, porém, não fica claro em seus trabalhos. O que se sabe é que entre 1874 e 1881 ele exercia suas atividades médicas em clínica particular e na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro.

⁴⁵ Origem das pesquisas que resultaram no atual ‘soro caseiro’ para tratamento de diarreias infantis.

⁴⁶ FIGUEIREDO, C. A. Moncorvo de. Do emprego do chlorato de potassa na diarreia das crianças. Rio de Janeiro, Typ. Acadêmica, 1877.

⁴⁷ Ibid., p. 115.

Além das pesquisas, esteve empenhado no fortalecimento de espaços de divulgação científica, este também um preceito da nova atitude científica do campo médico que estava se esboçando no Brasil. Entre 1876 e 1879 esteve na redação e administração da revista científica *O Progresso Médico*,⁴⁸ cujo primeiro número saiu em novembro de 1876. A partir desse período, as revistas científicas foram aumentando em número e duração. Entendia-se que a pesquisa só teria valor quando publicada e em suportes “imparciais” e especializados.

Desses estudos sobre o sal na diarreia, Moncorvo de Figueiredo foi concentrando os estudos em crianças, mas sempre afinado com as questões da medicina experimental. A ausência de um espaço clínico para estudo e ensino das moléstias em crianças prendeu a atenção de Moncorvo de Figueiredo no início da década de 1880. Em suas memórias, mencionou que sempre envidou esforços para criar ao menos um teatro de observação para o ensino da medicina infantil, mas não obteve êxito.⁴⁹ Em 1881, enviou ao Conselheiro Visconde de Saboia, então diretor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, uma proposta para a criação e manutenção, às suas expensas, de uma “Policlínica Infantil”⁵⁰. Segundo ele,

único meio de se obter, nesta cidade, crianças para o ensino da especialidade na Faculdade de Medicina, atenta à pobreza dos casos interessantes que oferece o Hospital da Misericórdia, devido à dificuldade com que, neste país, consentem as mães, ainda as mais pobres, em recolher seus filhos ao hospital.⁵¹

As policlínicas surgiram como espaço de cura, uma vez que para os hospitais se dirigiam as pessoas em adiantado estágio da enfermidade, e de ensino, pois conseguia atrair maior diversidade de doentes. Já era realidade na Europa desde a

⁴⁸ Na lista de periódicos médicos do Rio de Janeiro publicada pelo *Brasil Médico* em 1893 (LISTA DE PERIÓDICOS MÉDICOS NO RIO DE JANEIRO, *Brasil Médico*, Ano VII, n.13, 1º de Abril de 1893, p. 168) somente o nome de Domingos de Almeida Martins Costa consta como fundador e diretor da revista ‘*O Progresso Médico*’. Em uma correspondência enviada ao *Brasil Médico* em 13 de abril de 1891, Moncorvo de Figueiredo esclarecia que Martins Costa o convidara para fundar uma revista científica em setembro de 1876, que foi denominada ‘*O Progresso Médico*’, e ele aceitou, mas pediu que seu nome só constasse no conselho editorial quando o novo acordo sobre a capa da revista fosse executado. O ajuste foi realizado e ambos concorreram para redação e administração da revista durante o primeiro e parte do segundo ano, quando Martins Costa afastou-se. Moncorvo de Figueiredo seguiu com a revista até 1879, quando encerrou as atividades. (BRASIL MÉDICO, Ano III, n. 15, 22 de abril de 1891, Seção Correspondência)

⁴⁹ MONCORVO DE FIGUEIREDO, Carlos Artur. *Clinica das Molestias das crianças – 1882-1891*. Rio de Janeiro, 1891.

⁵⁰ O modelo das Policlínicas estava disseminado na Europa, Viena tornou-se referência. Em 1877, Pacífico Pereira publicou uma série artigos na *Gazeta Médica da Bahia*, em que propunha a criação em Salvador de uma Policlínica sob os moldes da de Viena, que acabava de visitar em viagem à Europa.

⁵¹ MONCORVO FILHO, 1926, p. 89-90.

década anterior e no Brasil começou a ser requerida como espaço ideal para o ensino das clínicas com Antônio Pacífico Pereira, conforme visto. O público alvo desse atendimento médico era a população pobre. Os históricos das policlínicas apontam para um empreendimento caracteristicamente filantrópico, na medida em que partia de uma iniciativa individual e a implantação e manutenção da instituição dependia de doações de simpatizantes da causa. “Na Inglaterra eles [os dispensários] se têm tornado a fonte de inesgotáveis benefícios, tanto para os pobres que os procuram como para o ensino”.⁵² Como se vê, a justificativa central da criação dos dispensários estavam relacionados à diversidade de casos clínicos que poderiam oferecer ao ensino e à pesquisa.

Dois médicos do Rio de Janeiro⁵³ visitaram policlínicas em Viena, e quando um deles⁵⁴ retornou ao país em 1881 convenceu Moncorvo de Figueiredo a empreender o projeto na cidade do Rio de Janeiro. Este reuniu em sua casa - à rua da Lapa, 93 - um grupo de médicos e fundou em 10 de Dezembro do mesmo ano a Policlínica Geral do Rio de Janeiro⁵⁵. Por unanimidade, Moncorvo de Figueiredo foi eleito diretor da policlínica, ficando encarregado de tudo quanto dissesse respeito à fundação e direção da instituição, assim como da tesouraria. Treze médicos compunham a equipe da instituição, tendo cada um o direito de escolher um assistente para realizar seus trabalhos, podendo ser um médico ou estudante de medicina nos últimos semestres do curso.⁵⁶

O dispensário infantil da policlínica agregava crianças enfermas em quantidade e qualidade interessantes ao estudo científico, para onde convergiram médicos e estudantes interessados na medicina infantil. A partir dessa meteórica experiência, Moncorvo de Figueiredo encaminhou ao governo imperial (25 de fevereiro de 1882) uma solicitação para que fosse criada uma cadeira de clínica infantil nas faculdades de medicina do país. Na ‘Rápida indicação dos motivos que

⁵² POLICLÍNICA Geral do Rio de Janeiro, União Médica, Rio de Janeiro, 1882, N. 1, Janeiro, p. 5.

⁵³ Loureiro Sampaio e João Pizarro Gabizo

⁵⁴ Loureiro Sampaio não regressou, morreu em Viena (1882?), notícia da morte dele na matéria sobre a Policlínica, União Médica, 1882, junho, p. 267 (Discurso de Silva Araújo)

⁵⁵ A Policlínica Geral do Rio de Janeiro continua atuante. Sua sede atual é na Av. Nilo Peçanha, 38, instalações próprias desde 1938. (<http://pgrij.org.br>. Acesso em 20.10.2016)

⁵⁶ Julio de Moura, Martins Costa, Teixeira Brandão, Rocha Lima, Moura Brazil, Francisco R. de S. Dantas, Carlos Ramos, Rodrigues dos Santos, Silva Araújo, Cypriano Bethamio, João Pizarro Gabizo, Pedro S. de Magalhães e Antonio Loureiro Sampaio (estava em Viena). (ATA DE CRIAÇÃO DA POLICLÍNICA GERAL DO RIO DE JANEIRO, União Médica, 1882, N. 1, Janeiro, p. 7-9)

justificam a criação nas Faculdades de Medicina Brasileiras de uma cadeira de Clínicas de Moléstias de Crianças⁵⁷ ressaltou a carência de espaços em condições satisfatórias para tratar as moléstias das crianças e ao mesmo tempo possibilitar o exercício da medicina infantil. Como resolução ao problema, apresentou o modelo das policlínicas, bem sucedidas na Europa, Estados Unidos e Argentina, garantiu ele, como instituição adequada à cura das crianças e promoção de exame especializado de suas patologias e terapêuticas.

Como o objetivo do memorial era a criação de uma cátedra de clínica infantil, os argumentos utilizados pelo proponente referiam-se à “exagerada” frequência das doenças infantis, a grande letalidade delas decorrentes e as particularidades que tais doenças ofereciam. Após descrever realidades de outros países, reforçou o pleito com a informação de que os estudos dos conhecimentos especiais exigidos pela clínica infantil por se tratar de “[...] uma nova semiologia, uma nova patologia, uma nova terapêutica”, conforme preconizado pelo inglês Charles West, andavam a passos largos ocidente a fora.

O teor do documento conduz à interpretação de que o surgimento da pediatria no país estava relacionado às condições da infância, sobretudo pobre. Certamente ele corroborou para que Junia Pereira⁵⁸ afirmasse que a especialização da pediatria entre nós relacionou-se ao combate à mortalidade infantil. Enquanto discurso sim, era necessário sensibilizar as autoridades imperiais, ainda mais que as crianças representavam o futuro da nação. Na prática, porém, não se encontra entre os artigos de Moncorvo de Figueiredo um olhar sobre seu objeto em que o corpo infantil tenha sido o centro das análises, ou que a pediatria fosse tratada a partir do recomendado por Charles West. O que prevalecia era uma conduta que pretendia fortalecer a medicina experimental, como afirmado anteriormente.

Certamente, a fundação da Policlínica Geral do Rio de Janeiro, “cujo âmbito rescindia uma atmosfera de estudo e de experimentação clínica como jamais se vira [no Brasil]”,⁵⁹ deu o respaldo necessário à Lei N 3.141, de 30 de outubro de 1882, que criou a ‘Clinica de molestias medicas e chirurgicas de crianças’ nas faculdades de medicina do Império. Determinou-se, no mesmo documento, que o provimento da

⁵⁷ MONCORVO FILHO, 1926.

⁵⁸ PEREIRA, 2008.

⁵⁹ MONCORVO FILHO, Op. cit. p. 191

cátedra de pediatria, assim como de todas as cátedras especiais, fosse mediante concurso. Moncorvo de Figueiredo se recusou a passar por uma banca avaliativa, não ocupando, assim, a cátedra de pediatria da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, como era de se esperar. Continuou, então, desenvolvendo suas atividades de ensino pediátrico independente das instalações da instituição oficial de ensino médico da capital.

Gisele Sanglard e Luiz Otávio Ferreira creditaram o não acolhimento de Moncorvo de Figueiredo na faculdade de medicina às ideias sobre o ensino médico que o pediatra vinha divulgando desde 1874, onde criticava os métodos de ensino, a vitaliciedade das cátedras e o vínculo entre a faculdade de medicina e o hospital da Santa Casa de Misericórdia para as aulas práticas.⁶⁰ Outro aspecto, estritamente político, que pode alumiar a reflexão é o fato do ministro Rodolpho Dantas, que tinha apoiado as causas defendidas pelo médico, não compor mais o governo ministerial à época da implementação da cátedra de pediatria. Talvez, por questões de afinidades políticas Moncorvo de Figueiredo fosse associado a um perfil que não interessava naquele momento.

O estatuto da policlínica apresentou a instituição como uma associação humanitária, cujos fins seriam ofertar consultas e medicamentos gratuitamente à população pobre, sem distinção de idade, sexo e nacionalidade, em compatibilidade com os recursos financeiros disponíveis.⁶¹ Formalmente, tratava-se de uma instituição filantrópica de assistência à saúde. Para cumprir a finalidade de instalações próprias, Moncorvo de Figueiredo solicitou auxílio do Ministério dos Negócios do Império e conseguiu parte dos cômodos do edifício da Secretaria de Instrução Pública, com os móveis neles existentes.⁶²

A inauguração da policlínica aconteceu em 28 de junho de 1882, e contou com a presença do Imperador, do Conde D'eu e diversas personalidades públicas da Corte, assim como de médicos e estudantes da Faculdade de Medicina do Rio de

⁶⁰SANGLARD, Gisele; FERREIRA, Luiz Otávio. Médicos e Filantropos: a institucionalização do ensino da pediatria e da assistência à infância no Rio de Janeiro da Primeira República. *Varia História*, Belo Horizonte, vol. 26, n. 44: p. 437-459, jul./dez. 2010.

⁶¹ ESTATUTOS DA POLICLÍNICA GERAL DO RIO DE JANEIRO (Decreto N. 8587, de 17 de Janeiro de 1882), *União Médica*, Rio de Janeiro, 1882, Julho, N. 7, p. 345-48.

⁶² POLICLÍNICA GERAL DO RIO DE JANEIRO, *União Médica*, Rio de Janeiro, 1882, N. 2, p. 49

Janeiro. As primeiras instalações da policlínica contavam com nove salas, um laboratório de medicina experimental, biotério e viveiro.⁶³

A Diretoria, localizada na primeira sala, destacou em pintura uma personalidade política e uma científica, o Conselheiro Rodolpho E. Souza Dantas e Luis Pasteur, respectivamente. O primeiro, uma clara gratidão pelo apoio dado à causa de Moncorvo de Figueiredo, o segundo, um emblema da medicina experimental.

Nas salas seguintes à diretoria acomodavam-se as clínicas de oftalmologia e clínica interna, destinada à clínica médica em geral, e especialmente à patologia intertropical, à pneumo-cardio patologia e às moléstias do sistema nervoso. Encontravam-se nesses espaços duas coleções de estampas coloridas, representando os órgãos torácicos, os pulmões, e respectivos vasos e uma árvore traqueobrônquica, em tamanho próximo ao real, e um desenho preto, mostrando diferentes cortes do sistema nervoso central, também em tamanho aumentado. Na sala cinco, voltada ao atendimento de dermatologia, sifilografia e ginecologia, as paredes foram ornadas com quadros representando variados casos de moléstias sífilíticas e de pele, havendo microscópios e acessórios, assim como instrumentos necessários à arte de partos e camarim para exames ginecológicos. A sala seis, destinada à Cirurgia, Laringologia, Otologia e Rinologia, também expunham quadros representativos de anatomia e patologias desses órgãos, e possuía aparelhos próprios da especialidade, mesa de cirurgia, camarim para exames de doentes, com leito. A sala seguinte, de número sete, alojava o laboratório de análises químicas, com os instrumentos e material necessários para as análises.

A clínica de moléstias de crianças, dita a primeira do Brasil, ocupou a sala oito. Quadros representativos de diferentes moléstias próprias da infância e fotografias, balança, vitrine com material necessário à exploração clínica; mesa para exames e camarim instantâneos, como em outros cômodos, compunham o espaço. À sala nove, Gabinete de eletricidade, com as seguintes instalações:

Grande bateria elétrica, modelo Callaud-Trouvé, aperfeiçoado pelo Sr. Benjamin Gairaud, com 60 elementos grandes, contidos em uma bela peça de marcenaria, representando uma elegante chaminé, modelo Luiz XIII. Material elétrico de indução. Rica coleção de eletrodos, de variadas e multiplicadas formas, para as diferentes aplicações. Copiosa coleção de acessórios, para o emprego médico da eletricidade, especialmente

⁶³ POLICLÍNICA GERAL DO RIO DE JANEIRO, 1882, p. 241-250

galvanômetro, voltâmetro, reostato diferencial de Trouvé, isoladores para os membros superiores e inferiores, suporte para estes últimos. A bateria, bem como grande parte dos acessórios acima referidos, foram executados segundo modificações a ele impressas pelo Dr. Moncorvo. Todas as peças de marcenaria desta instalação elétrica são feitas, bem como todo o demais instrumental, nesta cidade, este pelo Sr. B. Gairaud e aquelas pelo Sr. Gros. É incontestavelmente a primeira instalação elétrica da América do Sul.⁶⁴

O laboratório de Medicina experimental, descrito como o terceiro laboratório do gênero no país, possuía mesas com fixação para trabalhar com cães e rãs, para exames microscópicos e análises biológicas, assim como uma bancada de mármore para autópsias e outra para exames anatomopatológicos.⁶⁵ O que se vê na descrição das instalações da Policlínica geral do Rio de Janeiro é que efetivamente se moldou espaço médico-didático e de pesquisa.

Além das instalações acima, a policlínica contou com uma revista científica chamada União Médica.⁶⁶ Seus editores a justificaram com as palavras abaixo.

Um movimento verdadeiramente científico se tem operado na classe médica brasileira durante estes últimos anos [...] Grandes obras de alto valor têm sido ultimamente publicadas por alguns distintos professores e outros membros da nossa corporação. As teses inaugurais e de concurso deixaram de ser meras formalidades legais [...] Apesar, porém, do que acabamos de expor, não são dados à luz tantos escritos quantos seriam para desejar, donde resulta que médicos eminentíssimos morrem sem deixar um atestado de seu grande merecimento [...] Nestas condições, torna-se muito necessária a publicação de uma revista, que seja durável, em a qual fiquem arquivados os frutos das elucubrações daqueles que quiserem contribuir para o adiantamento da medicina nacional, e que a todo tempo seja um documento do que foi feito na época em que vivemos.⁶⁷

O conselho editorial não reivindicava a vanguarda de um movimento científico, reconhecendo que a publicação que se inaugurava era um efeito inevitável de uma cultura em curso. Pretendia, assim como a Gazeta Médica da Bahia, ser um jornalismo médico sólido e antenado com as discussões médicas nacionais e internacionais. Na ótica de Moncorvo de Figueiredo, e dos outros redatores da revista, as pesquisas desenvolvidas pelos médicos só alcançariam o estatuto de

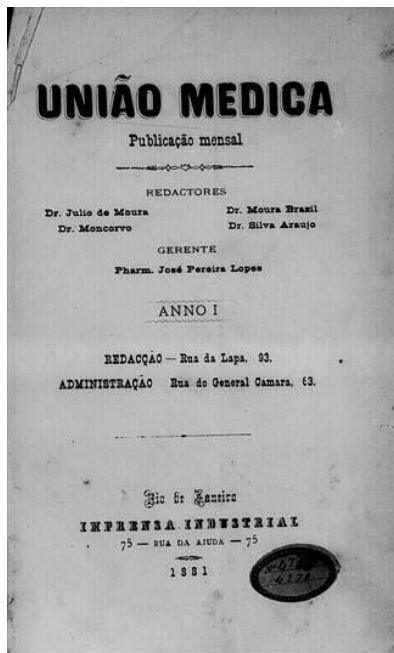
⁶⁴ POLICLÍNICA GERAL DO RIO DE JANEIRO, 1882, p. 249.

⁶⁵ POLICLÍNICA GERAL DO RIO DE JANEIRO, 1882, p. 249.

⁶⁶ Periódico científico de publicação mensal, a 'União Médica' foi fundada e dirigida por Moncorvo de Figueiredo, Silva Araújo, Júlio de Moura e Vieira de Melo (1881-1891). (LISTA DOS PERIÓDICOS MÉDICOS DO RIO DE JANEIRO, Brasil Médico, Rio de Janeiro, Ano VII, N.13, 1º de Abril de 1893, p. 168). A Biblioteca Nacional do Rio de Janeiro dispõe de todas as edições até o ano de 1890 (a versão consultada foi a da Hemeroteca Digital)

⁶⁷ Palavras dos Editores. União Médica, N. 1, Janeiro de 1881, p. 1-5.

ciência se fosse validado pelos centros de pesquisas de referência e, para isso, a publicação tornava-se imprescindível. Percebe-se também na concepção inicial da revista o fortalecimento da medicina especializada, perceptível através de seções definidas por clínicas. Havia uma meta de cada especialidade ter seu órgão próprio de divulgação. Em 1890, anunciou-se que a partir do ano seguinte a União Médica teria um conselho editorial para cada especialidade médica, uma experiência que talvez tenha comprometido a existência da própria revista.



Até o editorial de janeiro de 1886, as palavras do redator-chefe da revista focavam na necessidade de divulgar e fortalecer as pesquisas nacionais, e este ano em especial congratulava-se por ter contribuído para um cenário em que a ciência no Brasil possuía uma literatura própria. Ainda nesse ano, em dezembro, a redação anunciou que diante do desenvolvimento da medicina e da repercussão que a União Médica alcançou internacionalmente, pesquisadores estrangeiros começaram a solicitar espaço. Assim, a revista passou a publicar artigos de pesquisadores estrangeiros. De 1887 em diante, artigos em português e outros idiomas se misturavam nas seções da nova 'União Médica: Archivo Internacional de Sciencias Medicas'. A manutenção do idioma original do artigo foi um princípio adotado pelo conselho editorial.

O idioma a publicar as pesquisas era uma questão importante naquele momento. Quando a União Médica passou a publicar trabalhos estrangeiros, muitos

médicos brasileiros enviavam suas investigações em francês, que era a língua internacional da ciência. Dos trabalhos publicados por Moncorvo de Figueiredo, por exemplo, uma pequena parte foi divulgada em português, e estavam concentradas no início da carreira.⁶⁸ Além do idioma estrangeiro, abundavam notícias sobre a repercussão nacional e internacional dos trabalhos do pediatra. Júnia Pereira interpretou essa prática como um “apelo”, o uso da autoridade para legitimar seu lugar de cientista e isto o teria ajudado a transformar-se em referência nacional na especialidade.⁶⁹ Dominichi de Sá,⁷⁰ por sua vez, explica o fenômeno como um processo de “internacionalização dos cânones científicos”, cuja padronização da linguagem constituía um elemento importante na especialização da ciência.

O curso de clínica de moléstias da infância deu-se início logo em 1882. Até 1886, Moncorvo de Figueiredo adotou o método que chamou de misto, que consistia em pequenas conferências e demonstrações práticas ao lado dos doentes, bem como, em dois semestres do ano, uma série de lições orais sobre uma ou mais questões referentes à patologia, clínica ou terapêutica pediátrica. Desse ano em diante, passou a utilizar o método “destinado ao verdadeiro ensino prático da clínica”, destinando-se ao estudo particular de cada caso, acompanhado das reflexões e das considerações que as pesquisas na área sugeriam.⁷¹ Abaixo, os principais assuntos das lições de Moncorvo de Figueiredo na Clínica de Crianças da Policlínica Geral do Rio de Janeiro.

⁶⁸ Os estudos desenvolvidos da policlínica foram publicados na União Médica, Revue mensuelle des maladies de l'enfance (Paris), Revue générale de clinique et de thérapeutique (Paris), Union Médicale (Paris), Bulletin general de thérapeutique (Paris), Progrès Médical (Paris), Gazette Hebdomadaire (Paris), Bulletin et mémoires de la Société de Médecine Pratique (Paris), Archivio de enfermedades de los niños (Madrid), Revista de enfermedades de los niños (Barcelona), Annual of the universal medical sciences (Filadélfia), Bulletin de l'Académie de Médecine de Paris, Annales de la Policlínique de Paris, Annales de dermatologie et de syphiligraphie (Paris). La Pediatria (Nápoles), La médecine infantile (Paris). Ver APÊNDICE A

⁶⁹ PEREIRA, 2008, p. 82-83

⁷⁰ SÁ, 2006, p. 114

⁷¹ MONCORVO DE FIGUEIREDO. Clínica das Moléstias das crianças. Rio de Janeiro, s/d. (refere-se aos trabalhos desenvolvidos na Policlínica Geral do Rio de Janeiro entre os anos de 1882 e 1894)

TEMAS	OBSERVAÇÕES
Das gastropathias na infância e notoriamente da dilatação gástrica nas crianças	Sendo a dilatação gástrica assinalada pela primeira vez por ele, sendo o primeiro também a praticar a lavagem do estômago nas crianças, firmando-lhes as principais indicações.
Do rachitismo e suas etiologias com a heredo-syphilis	Demonstração pela primeira vez feita da grande frequência do raquitismo no Brasil.
Atrophia muscular progressiva na infância	Descrição de um novo tipo a propósito de um interessante caso observado na clínica
Paralysis espinhal da infância: estudo clínico e therapeutico baseado sobre casos observados no serviço	
Natureza, sede e tratamento da coqueluche	
Emprego tópico da resorcina como agente germicida e do chlorhydrato da cocaína como anestésico local	
Lepra na infância, suas modalidades, seu diagnóstico e tratamento	
Da elefantíase dos Arabes na infância, sua produção durante a vida intra-uterina, seu tratamento.	
Spina bífida e seu tratamento pelo método de Morton	Empregado pela primeira vez no Brasil por Moncorvo de Figueiredo
Estudo completo da fisiologia do recém-nascido, precedido de noções sobre embriologia	
Da esclerose multilocular na infância, sua patogenia e tratamento	
Da heredo-sifilis, sua frequência no Brasil, suas modalidades, sua influência sobre a degeneração da infância brasileira, suas relações etiológicas com o raquitismo.	
Da trachelhematoma a propósito de um caso tratado no serviço	
Sobre o emprego da antipyrina na therapeutica infantil	
Da terpina, sua ação fisiológica e terapêutica	
História da pediatria, acompanhada de uma revista crítica dos trabalhos a ela consagrados nas diferentes literaturas.	
Da asma na infância: demonstração do valor terapêutico da tintura de lobelia inflata em alta dose contra as crises da asma infantil	
Das encefalopatias na infância, seu diagnóstico diferencial e seu tratamento.	
Mal vertebral de Pott, suas condições, suas complicações e seu tratamento	
Do cephalhematoma a propósito de interessantes casos observados na clínica.	
Particularidades da malária na infância, sobre as dificuldades frequentes do seu diagnóstico e conduta terapêutica	
Malária na infância: natureza infecciosa das complicações secundárias, tais como bronquite, bronco-pneumonia, pneumonia, enterite, meningite etc. e seu tratamento profilático	

Quadro 1. Lista dos principais assuntos das lições de Moncorvo de Figueiredo na Clínica de Crianças da Policlínica Geral do Rio de Janeiro

Fonte: MONCORVO DE FIGUEIREDO. Clínica das Moléstias das crianças. Rio de Janeiro, s/d.

Ao lado da clínica infantil, o pediatra mantinha um laboratório provido dos recursos necessários às investigações experimentais da clínica e da terapêutica, utilizando nas demonstrações os exames químicos, as análises dos líquidos orgânicos e outros suportes científicos para o diagnóstico. Entre 1883 e 1893 foram 17 teses doutorais produzidas a partir de pesquisas no serviço infantil da policlínica. Um interno publicou 8 artigos com material colhido no mesmo serviço entre 1892 e 1894. Entre 1882 e 1894 foram 8.375 crianças atendidas, 8.794 operações e aparelhos, 6.282 sessões de eletricidade.⁷² A clínica infantil da Policlínica Geral do Rio de Janeiro possibilitou a Moncorvo de Figueiredo empreender uma trajetória científica de projeção internacional. De 1883 a 1901 foram mais de 60 publicações em diferentes revistas científicas, nacionais e estrangeiras.⁷³

Dos temas das aulas, os estudos bacteriológicos e terapêuticos da coqueluche teve maior destaque. Moncorvo de Figueiredo dedicou mais de uma década às investigações, cujos resultados promoveram amplos debates. Relatou que a primeira vez que entrou em contato com a coqueluche foi em seu gabinete particular, no dia 31 de agosto de 1882. Desde então, a afecção começou a atingir um número crescente de crianças, com grande intensidade, e todos os casos apresentando-se com “forte inspiração sibilante” da “expulsão de abundante quantidade de mucosidades esbranquiçadas e extremamente viscosas”.⁷⁴ A partir de 20 casos, investigou a natureza parasitária da moléstia em questão, passando a examinar, com o auxílio do microscópio, os catarros de crianças afetadas de coqueluche, tanto no período catarral quanto no espasmódico, e não só das que se não achavam ainda sob a influência de qualquer medicação, como também das que estavam submetidas ao emprego da resorcina, achando-se mesmo algumas destas muito próximas da cura.

Quando Moncorvo de Figueiredo iniciou suas primeiras pesquisas sobre o germe da coqueluche, os estudos de Burger de Bonn asseveraram ser a coqueluche produzida por um parasita, que descreveu como um pequeno bastonete ou bacilo elipsoide e alongado, de dimensão variável, que examinado por meio do aparelho Abbé, apresentou um estrangulamento central, dando-lhe uma forma análoga a de

⁷² MONCORVO DE FIGUEIREDO. Clínica das Moléstias das crianças. Rio de Janeiro, s/d.

⁷³ Ver APÊNDICE A

⁷⁴ MONCORVO DE FIGUEIREDO. Da coqueluche e seu tratamento pela resorcina. União Médica. Rio de Janeiro, maio de 1883, p. 232.

uma ampulheta. Bonn distinguiu o bacilo de outros germes comuns à saliva, que não tinha sido verificado em nenhum outro produto da expectoração. O que faltou na investigação de Bonn, segundo Moncorvo de Figueiredo, foi a cultura do suposto germe da coqueluche e fazer inoculações que viessem mostrar a evidência e a identidade do bacilo.

O primeiro trabalho que sobre o assunto publicou,⁷⁵ Moncorvo de Figueiredo relatou que nos catarros colhidos por crianças acometidas por coqueluche logo após expectoração, descobriu, à simples inspeção, uma grande quantidade de pequenas massas amarelas, irregularmente redondas, do volume aproximado da cabeça de um alfinete, imersas nas mucosidades. Ao exame microscópico, sem adição de reativos ou corantes, encontrou células epiteliais pavimentosas, polídricas, irregulares e providas de um núcleo, glóbulos de pús, mais ou menos numerosos, globulinos e uma quantidade considerável de *micrococci*. O desenvolvimento das pesquisas com os *micrococci* lhe deu indícios da relação de causalidade entre a coqueluche e o germe desenvolvido sobre a mucosa da laringe.⁷⁶

A narrativa dos artigos científicos publicados pelo pediatra segue um caminho comum. Junia Pereira propôs o seguinte roteiro:

Primeiro procede-se comumente à descrição de polêmicas a respeito da origem de determinada doença e seu tratamento, fala-se então do doente, sobretudo de suas origens sociais e dos supostos hábitos alimentares e higiênicos de sua família, apresenta-se a terapêutica empregada ao mesmo tempo em que se apresenta o diagnóstico, ressaltando-se no final a situação de cura e recuperação de um estado de normalidade, muitas vezes descrito pelo médico como um estado de felicidade da criança.⁷⁷

Para a autora, a narrativa evidenciava o papel do médico: o que cura. O médico como mediador de mudanças sociais, que se coloca acima das práticas sociais das famílias pobres, que associa doença à pobreza, enfim, o pediatra como o profissional mais autorizado a falar sobre o cuidado com a criança. A morte, assim como contestações ao seu fazer médico, não estaria presente nestas narrativas.

Para a análise aqui proposta, as comunicações científicas de Moncorvo de Figueiredo denunciavam, novamente, um 'homem de ciência': uma escrita objetiva,

⁷⁵ MONCORVO DE FIGUEIREDO. De la Nature de la Coqueluche et de son traitement par la résorcine. Rio de Janeiro, G. Leuzinger & Fils; Paris, O. Gerthier Editeur, 1883.

⁷⁶ Apresentou essa etapa da pesquisa em Comunicação no 9º Congresso Internacional de Medicina, realizado em Washington, 1887.

⁷⁷ PEREIRA, 2008, p. 77

que anunciava o debate científico sobre o tema e o estágio atualizado das pesquisas, que assumia uma posição teórica, se apropriava do seu objeto e seguia rumo ao laboratório, onde encontraria as respostas às perguntas e hipóteses por ele mesmo formuladas. E para completar, reivindicava insistentemente para si a novidade de uma verdade. Uma atividade intelectual cuja prática privilegiava um trabalho coletivo.

No início de 1886, em parceria com seu assistente Jayme Silvado,⁷⁸ e contando com técnicas mais avançadas de bacteriologia, Moncorvo de Figueiredo empreendeu novas investigações acerca do germe em questão.⁷⁹ Por essa ocasião, foram praticadas pelos dois experimentadores culturas e inoculações em cobaias, com resultados. Em 1890, possibilitado pela introdução de lentes duplas nos microscópicos, o professor verificou que os *micrococci*, sempre encontrados nos escarros das crianças com coqueluche, eram alongados, em forma de bastonete.⁸⁰ Novas culturas e inoculações vieram identificar esse agente microscópico. Para assegurar a inoculação do mal em cobaias, provocava-lhes previamente a irritação da laringe por meio de diversas substâncias.

Durante as pesquisas e experiências verificou ainda que os cães adultos, submetidos às mesmas provas, escapavam aos seus efeitos. Chegou mesmo a introduzir diretamente o micróbio no laringe após a laringotomia, e nem mesmo assim esses animais apresentaram sequer sintoma algum de coqueluche.

Uma importante conclusão se depreende das investigações experimentais do Dr. Moncorvo, isto é, que não se pode olvidar a condição particular do contágio do mal.⁸¹

Esse experimento reforçaria uma hipótese que vinha sendo defendida por Moncorvo Figueiredo e seu assistente desde 1886, a de que a integridade do epitélio da laringe constituiria um obstáculo à penetração do germe. Ou seja, a desproteção dessa mucosa abriria a porta ao parasita, o que explicaria a grande frequência de coqueluche no decurso de qualquer inflamação brônquica.⁸²

⁷⁸ Tornou-se médico clínico.

⁷⁹ Jayme Silvado defendeu sua tese de doutoramento na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, em 1887, a partir desses experimentos.

⁸⁰ Apresentou essa etapa em Comunicação ao Congresso Internacional de Terapêutica de Matéria Médica de Paris, 1890.

⁸¹ MONCORVO FILHO. Microbiologia e terapêutica da coqueluche. Brasil Medico, Rio de Janeiro, N. 45, 01 de dezembro de 1897. p. 397

⁸² Ibid., p. 397

Em relação à terapêutica, com suas próprias observações clínicas, concluiu sobre o êxito da resorcina contra a coqueluche, cujo método consistia em embrocações na região periglótica com uma solução de resorcina a 10%. E juntamente com seus assistentes, fez testes com outras substâncias antissépticas: asapol, ácido cítrico ou limão e creolina.⁸³

Após muitas investigações, publicou a seguinte conclusão:

1º que a coqueluche, cuja natureza fora até uma época muito recente, sujeita às mais diversas interpretações em relação à sua gênese, pode ser hoje, segundo as últimas pesquisas microscópicas, incluída na classe das moléstias parasitárias.

2º que a moléstia parece poder ser atribuída à presença de micrococcus que se multiplicam prodigiosamente na porção hyperglottica do larynge, infiltrando-lhe as células epiteliais que parecem ser a sede de predileção para seu desenvolvimento;

3º que a resorcina, aplicada diretamente sobre a mucosa laryngeana, conseguiu, em todos os casos em que foi empregada, fazer decrescer rapidamente o número de quintas, abrandar-lhe a intensidade, e operar, finalmente, a cura, em breve espaço de tempo, sem o auxílio de nenhum outro agente medicamentoso.⁸⁴

Já em 1883, Aquino Fonseca, interno de um hospital em Niterói, enviou uma correspondência à União Médica, atestando a eficácia do emprego da resorcina no tratamento da coqueluche, lembrando que foi Moncorvo de Figueiredo o primeiro a usar essa terapêutica. Na oportunidade, destacou a expansão no país da medicina prática, influenciada pela doutrina parasitária, “levando-se em nossos dias no terreno da experimentação pela mão potente de Pasteur”. Após as felicitações, explanou a utilização feita do método, registrando o sucesso obtido.⁸⁵ Dois anos depois, o médico Pourchet apresentou um testemunho de utilização bem sucedida do método terapêutico proposto por Moncorvo de Figueiredo no tratamento da coqueluche. O médico, lembrando-se da orientação do pediatra sobre a ação anestésica da coca e da cocaína sobre as mucosas e das vantagens, prescreveu a uma criança doente a resorcina, “cujo valor na coqueluche já não pode[ria] sofrer contestação”, em uma infusão de folhas de coca sob a seguinte fórmula: infusão concentrada de folhas de

⁸³ Seus assistentes eram Moncorvo Filho (que publicou suas investigações na Revista Pesquisas Científicas - N. 3 – O ácido cítrico na coqueluche, junho de 1883 - e Jayme Silvado - em 1889 publicou um artigo na União Médica sobre a eficácia da creolina na coqueluche).

⁸⁴ MONCORVO DE FIGUEIREDO. Da coqueluche e seu tratamento pela resorcina. União Médica. Rio de Janeiro, maio de 1883, p. 232.

⁸⁵ Nota sobre o tratamento da coqueluche pelo emprego da resorcina, segundo o método do Sr. Professor Moncorvo. União Médica, Rio de Janeiro, agosto de 1883, p. 368-368

coca (100 gramas) e resorcina quimicamente pura (1 grama), para aplicar com um pincel sobre o orifício glótico, 6 a 8 vezes, e duas em duas horas.⁸⁶

Durante a década de 1890, as investigações relativas à natureza, sede e tratamento da coqueluche continuaram. O debate internacional e o surgimento de novas técnicas bacteriológicas (aperfeiçoamento do microscópico, corantes, substâncias antissépticas, meios para culturas) impeliram novas pesquisas ao germe produtor da moléstia, convindo, para tanto, novos cultivos. Nessa empreitada, contou com a atuação de Moncorvo Filho.⁸⁷ Sem a menor ideia preconcebida, confessou Moncorvo Filho, “temo-las repetidamente executado”, as pesquisas, no Laboratório de Biologia do Ministério da Indústria, onde era assistente, e no Laboratório de Bacteriologia da Policlínica Geral do Rio de Janeiro. Os doentes examinados foram cerca de 50 crianças do Serviço de Pediatria da policlínica.⁸⁸

Das primeiras incursões, Moncorvo Filho afirmou que, não atuando a substância que emergiu das culturas do germe sobre os glóbulos vermelhos, a coqueluche seria uma afecção localizada na região da laringe, sem alteração de sangue, não acarretando perturbações febris, cujas intercorrência seria sempre a consequência de uma complicação sobrevinda no decurso da moléstia. Essas considerações, assim, estariam de acordo com a teoria moderna da natureza microbiana local da afecção.

Das nossas pesquisas bacteriológicas parece-nos poder concluir que o germe por nós capitulado de patogênico da coqueluche esteriliza-se completamente a 100°, podendo, não obstante, resistir ao frio de 10 ou 15 graus acima de zero. O seu *optimum* medeia entre 35 e 45°. A 50° c resiste, parecendo só a 60° c deixar de proliferar. Estas verificações estão ainda de acordo com o que se observa quanto à clínica e quanto à profilaxia.⁸⁹

No âmbito da terapêutica, estudou a ação de diferentes agentes sobre o micróbio da coqueluche: ácido bórico, benzonaftol, ácido fênico, permanganato de potássio, salicilato de sódio, sublimado corrosivo, ácido cítrico, quinina, antipirina, asaprol e resorcina. Na inoculação do micróbio da coqueluche procederam a

⁸⁶ Nota sobre um caso de coqueluche curada pelo emprego tópico da resorcina segundo o método do professor Moncorvo. *União Médica*, Rio de Janeiro, fevereiro de 1885, p. 69-71

⁸⁷ Carlos Arthur Moncorvo Filho (1871-1944). Graduiu-se em 1897 na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Durante a graduação trabalhou com seu pai na Policlínica geral do Rio de Janeiro. Com o falecimento de Moncorvo de Figueiredo, em 1901, tornou-se diretor da Policlínica.

⁸⁸ MONCORVO FILHO. *Microbiologia e terapêutica da coqueluche*. *Brasil Medico*, Rio de Janeiro, N. 45, 01 de dezembro de 1897. p. 403

⁸⁹ *Ibid.*, p. 404

estudos em gatos, cães, cobaias, ratos brancos, galinhas etc. Dessas experimentações *in anima vili* chegou-se à conclusão:

- 1º que os ratos brancos são de alguma sorte refratários a coqueluche.
- 2º que os cães adultos, como sucede com a espécie humana, dificilmente contraem-na, ao contrário do que parece suceder aos cães mais novos.
- 3º que os galináceos, conquanto exprimam a tosse com caracteres peculiares a de outros vertebrados superiores, não se mostram contudo refratários a cultura do germe na sua traqueo-artéria.
- 4º que a coqueluche desenhou-se com os seus caracteres próprios nas pequenas cobaias inoculadas com as culturas puras do germe, quer extraído diretamente das crianças afetadas, quer do laringe de outras cobaias.⁹⁰

Moncorvo de Figueiredo comunicou os resultados dessa pesquisa em correspondência ao médico H. Gillet, em junho de 1892.⁹¹ No mesmo mês, Moncorvo Filho publicou em um jornal de ampla circulação da cidade do Rio de Janeiro, 'O Fígaro', um resumo das pesquisas, que em seguida foi publicado em forma de brochura. Ao longo do ano de 1892, os estudos foram divulgados tanto no Brasil como no exterior por meio de publicações e comunicações enviadas a várias sociedades médicas. O Buletin de Medicina do Chile, os Anales del Circulo Medico Argentino, a Revista de Higiene Infantil (Buenos Aires), a Revista Medica do Chile e a Chronica Medica de Peru publicaram o trabalho em espanhol. Nos Analles de la Policlinique de Paris e na Sociedade Médica de Berlim também foram publicadas os resultados dessas pesquisas.⁹²

Moncorvo Filho deu prosseguimento aos estudos, o que tudo indica, até 1897. As experimentações o levaram às novas conclusões:

- 1º que as pesquisas de Ritter e Galtier [1896] não fizeram mais do que comprovar as que houveramos anteriormente publicado.
- 2º que a coqueluche é evidentemente uma afecção local, cuja sede esta bem verificado ser o laringe
- 3º que o seu micróbio patogênico é um *coccus*, que apresenta mais geralmente a forma alongada, simulando um bastonete, grupando-se de modo diferente, ora sob a forma de diplococcus de cadeias retas ou curtas, ora em grupos ou coogles, sendo quase sempre o seu habitat as células epiteliais, que dele se infiltram consideravelmente.
- 4º que esse germe é suscetível de culturas em vários meios; é no agar-agar solido que melhor se cultiva. A sua inoculação em certos animais não produz a moléstia com os seus caracteres.
- 5º que a medicação tópica por meio de certos antissépticos é a única racional e aquela que tem fornecido à clínica as maiores vantagens. A

⁹⁰ MONCORVO FILHO, 1897. p. 413.

⁹¹ MONCORVO DE FIGUEIREDO. Coqueluche, son microbe, son traitement par la résorgine (1) – correspondance. Paris: Analles de La Policlinique, junho/1892.

⁹² MONCORVO FILHO, op. cit. p. 414.

resorcina, o ácido cítrico e o asaprol, como provamos, parece ser até hoje os mais poderosos e ativos recurso contra a coqueluche.⁹³
 6º que o ácido cítrico ou o próprio limão demonstrou ser não só excelente meio curativo, mais também profilático de vantagem inconcussa.⁹⁴

Nessa publicação, Moncorvo Filho relatou, com muita tristeza, que apesar das inúmeras demonstrações feitas por Moncorvo de Figueiredo e amplamente divulgadas em diversos meios científicos internacionais, ainda havia pesquisadores que iniciavam investigações sobre a natureza da coqueluche e ignoravam as pesquisas feitas no Rio de Janeiro, como os citados no item 1º das conclusões acima. Ele creditava esse ato, não a um possível desconhecimento dos trabalhos, mas ao fato de se tratar de ciência desenvolvida no Brasil.

A importância da ação de Moncorvo de Figueiredo para a pediatria deveu-se muito mais à sua atuação política em favor da criação da cátedra de pediatria nas faculdades de medicina e pela manutenção de um curso livre de clínica especial em medicina infantil responsável por formar importantes nomes da primeira geração de pediatras do Rio de Janeiro. Seus trabalhos, no entanto, devem ser analisados com cautela no que se refere à produção de conhecimento pertinente à construção do arcabouço epistemológico da especialidade pediátrica. Esse aspecto está muito mais presente nos trabalhos do pediatra Fernandes Figueira, um dos frequentadores do curso de pediatria da Policlínica Geral do Rio de Janeiro, que objeto do tópico seguinte.

1.2 Elementos da Semiologia Infantil

As crianças [...] formarão pelo menos um terço de todos os vossos doentes, e suas moléstias são tão graves que de cinco crianças, morre uma dentro de um ano de nascida, e de três uma antes dos cinco anos.
 Estes fatos, realmente, apresentam argumentos concludentes para convencer-vos da importância de vigiar atentamente qualquer ataque de moléstia que invada o corpo enquanto esta tão frágil; mas por si sós seriam apenas razões suficientes para que eu vos apontasse estas moléstias como assuntos de um estudo especial.

⁹³ Moncorvo Filho, 1897.

⁹⁴ Ibid.

O corpo entretanto, é não só mais frágil na infância, do que nas épocas posteriores da vida, como também são mais extensas e delicadas as simpatias entre suas diferentes partes.

Raras vezes um órgão sofre só; até os efeitos das moléstias locais se estendem a todo o sistema e de tal sorte desordenam o seu trabalho que muitas vezes não é fácil determinar a sede da afecção original. Ainda não é tudo; muitas consequências importantes resultam de ser o período da infância de incessante desenvolvimento.

No adulto a estrutura do corpo é completa, e suas funções são as mesmas hoje que eram ontem; porém, a criança aprende sucessivamente a respirar, a sentir e a pensar; e seu corpo experimenta diariamente modificações que o apropriam às novas funções, assim como diariamente cresce em força e tamanho. A moléstia, portanto, não perturba meramente o presente, mas sua influência alcança o futuro; não só interrompe a presente função do órgão afetado, mas impede por algum tempo o complemento do maquinismo geral do corpo, ou desarranja a proporção devida de uma parte para outra. Além disto, há períodos, os da primeira e segunda dentição, em que grandes mudanças têm lugar no organismo das crianças, e todos estes perigos são especialmente de recear. As moléstias são então muito mais frequentes e graves do que em outro qualquer tempo, e qualquer incomodo inspira dobrado temor; enquanto, de outro lado, se estes passam a salvo, sucede-lhes uma estação de imunidade comparativa para muitas afecções que eram antes comuns e perigosas.

Mas, sendo assim, deveis perceber já que para ser bem sucedido o tratamento das moléstias das crianças é essencial alguma coisa mais do que vigiar cuidadosamente o progresso delas, e adaptar a força e as doses dos medicamentos à tenra idade dos doentes. **Não é mera hipérbole dizer-vos que tendes de estudar uma semiologia nova e de aprender nova patologia e terapêutica.**⁹⁵

Essas palavras do médico inglês Charles West,⁹⁶ que não foram resumidas para não perder sua força, foram publicadas na Gazeta Médica da Bahia⁹⁷ em 1868 e constitui a primeira referência encontrada no Brasil a uma medicina especializada em crianças. O articulista da matéria apresentou a obra 'Lectures on the diseases of infancy and childhood' (em sua 5ª edição) como a mais completa em moléstias de crianças naquele cenário de raridade de estudos na área. West assinalava o quanto o corpo da criança era complexamente especial, pois ao mesmo tempo frágil e potencialmente em desenvolvimento. As moléstias acometiam esses corpos com muita frequência, numa proporção avassaladora e letal.

Charles West representava um momento, ou melhor, um mundo (ocidental) em que o corpo da criança estava associado a um estado de doença. Os séculos

⁹⁵ WEST, Charles. Lectures on the diseases of infancy and childhood. In: PRELIMINARES ao estudo das moléstias das crianças (Resenha) Gazeta Médica da Bahia. Salvador, 31 de outubro de 1868, p. 68-9.

⁹⁶ Não foram encontradas obras, nem dados biográficos deste pediatra, mas seu nome foi citado em diferentes textos brasileiros nos anos iniciais da Pediatria no Brasil.

⁹⁷ Periódico Científico publicado em Salvador entre 1866 e 1934, representava um importante espaço de divulgação científica de abrangência nacional.

XVIII e XIX, em coerência à concepção iluminista de tempo em progressão, representaram a infância como devir. Crescimento e desenvolvimento especificavam a infância, numa “concepção de que a passagem da infância à adultez seria, naturalmente, a execução de um percurso predeterminado rumo ao aumento de complexidade e, portanto, à concretização da escalada de uma condição inferior a outra, que seria superior a ela”.⁹⁸ A vida sendo pensada em fases, em escala evolutiva, forjou um discurso sobre a infância como etapa a ser vencida (dada a forte presença da morte). A partir de meados do Oitocentos, a sociedade ocidental foi deixando de ver a morte infantil como dado natural, passando a encará-la como descontinuidade, como problema a ser combatido.⁹⁹

Assim, a pediatria surgia como especialidade médica ancorada na diferenciação anatômica e fisiológica entre criança e adulto e na ideia de que os organismos infantil e adulto reagem às doenças de formas diferenciadas. Dessa maneira, as ideias de crescimento, a perspectiva de proteção da morte e a garantia de longevidade fundamentaram a afirmação desse campo do saber.¹⁰⁰ No Brasil, Fernandes Figueira foi pioneiro em estudar a medicina infantil a partir das ideias que justificavam sua particularidade. Em 1893, publicou o primeiro artigo em que as discussões e análises traziam à tona a semiologia infantil.¹⁰¹

Em 1903, Fernandes Figueira lançou a obra ‘Éléments de Séméiologie Infantile’. Publicada em Paris, foi prefaciada pelo renomado pediatra e professor Hutinel.¹⁰² O professor francês apresentou a obra do pediatra brasileiro como o segundo tratado de pediatria que se produzia,¹⁰³ cuja importância se dava por apresentar a criança não como um adulto em miniatura, mas como um esboço de homem. Ou seja, um ser em formação. Ao mesmo tempo em que o autor demarcava

⁹⁸ PEREIRA, 2008, p. 119.

⁹⁹ Ibid.

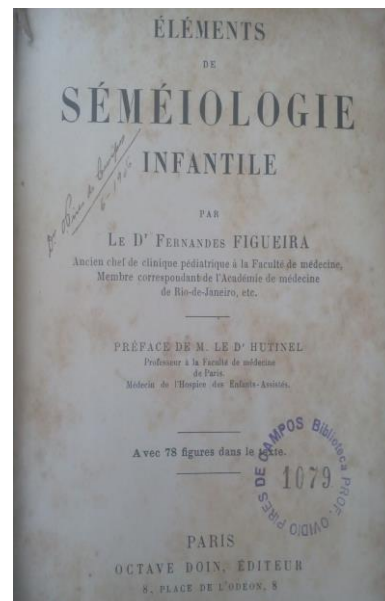
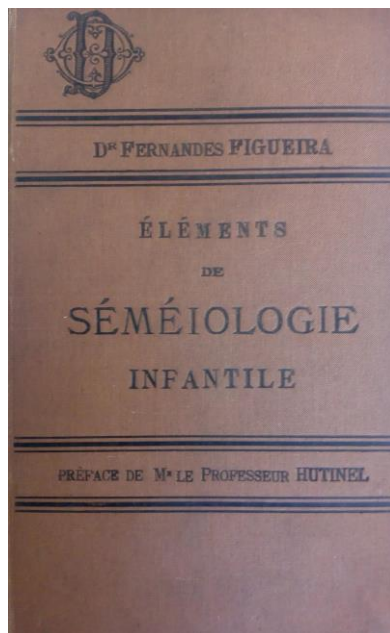
¹⁰⁰ Ibid.

¹⁰¹ FIGUEIRA, Fernandes. Do exame do baço nas crianças. O Brazil-Médico, Rio de Janeiro, N. 45, 01 de dezembro de 1893. A esta se seguiu outras tratando de semiologia infantil, até a publicação do livro em 1903: Semiótica do aparelho uropoiético, 1895; Diagnóstico das cardiopatias infantis, 1895, que a Academia de Medicina destinou o prêmio Alvarenga; Ensaio de urologia na infância e puerícia, 1896; A região precordial na criança, 1896; Diagnóstico do impaludismo na infância, 1901. (FERNANDES FIGUEIRA, pelo Dr. Carlos Prado. *Pediatria Prática*, Abril de 1928, p. 28)

¹⁰² Victor Henri Hutinel (1849-1933). À época era médico do Hospice des Enfants Assistés, desde 1889. Hutinel foi figura importante na pediatria francesa, sendo o fundador da Association Internationale de Pédiatrie. Em 1909, publicou em 5 volumes o tratado *Les maladies des enfants*, fonte muito citada por pediatras brasileiros durante muitos anos. (NECROLOGIA. *Brasil Médico*, Rio de Janeiro, N. 21, 27 de maio de 1933)

¹⁰³ O primeiro foi o de Filatow.

as diferenças entre os corpos nessas diferentes fases da vida, insistia o prefaciador, mostrava suas analogias e reconciliações. A obra de Figueiras tornou-se referência nacional e internacional.¹⁰⁴ Na Bahia, começou a ser citada em 1911.¹⁰⁵



Entre seus onze capítulos, a semiótica da pele e tecido muscular, dos sistemas digestivo, respiratório, cardiovascular e nervoso, assim como as propedêuticas do sangue, linfa e temperatura, enfim, todo o corpo infantil teve sua anatomia, fisiologia e patologias devassadas por Fernandes Figueiras. Dois pressupostos foram centrais no livro: a predisposição mórbida da criança e o estado da nutrição como elemento essencial na avaliação de qualquer enfermidade. Sua nosologia apresentava a hereditariedade, o contágio e a maneira de reagir às doenças como fatores de extrema importância na medicina infantil.

¹⁰⁴ Pediatras argentinos, uruguaios, franceses, alemães e italianos referiram-se à obra como excepcional. Em 1904, surgiu a tradução italiana. No Brasil, a Academia de Medicina considerou o trabalho como “excelente e de maior valor didático” e o Congresso Nacional, como prêmio, mandou restituir no ano seguinte a despesa feita com a impressão. (FERNANDES FIGUEIRA, pelo Dr. Carlos Prado. *Pediatria Prática*, Abril de 1928)

¹⁰⁵ AGUIAR, Euclides Barreto. *O exame anamnético em Pediatria. Tese Inaugural*. Bahia: Escola Typ. Salesiana, 1911.

Para o fator hereditariedade, os principais problemas estariam associados à sífilis, tuberculose, neuropatia, taras e artrismo. Quanto ao contágio, desde o ato do nascimento a criança já estaria exposta a bactérias patogênicas do útero ou da vagina da genitora; nos primeiros dias de vida, o umbigo seria uma porta à infecção, podendo resultar em inflamação local ao tétano; e durante seu desenvolvimento, à exposição a infecções se daria por diversos meios, pele, nariz, orelha, vagina, intestino, boca. A imunidade da criança a colocava iminentemente em estado mórbido de acordo suas condições higiênicas.

Baseando-se em estudos estatísticos, apresentou uma classificação relativa à capacidade mórbida da criança: 0 a 6 meses – época de atrepsia; 6 meses a 2 ½ anos - época de evolução da predisposição mórbida e diatésica; 2 ½ a 5 anos – época diatésico-epidêmica; 5 a 7 anos – época de calma mórbida ou de transição; 7 a 10 anos – época de vitalidade normal; 10 a 15 anos – época de coração reumático e vitalidade normal.

Na perspectiva de Georges Canguilhem,¹⁰⁶ a construção de uma identidade dos fenômenos vitais em normais e patológicos, aos quais seriam atribuídos valores opostos, tornou-se uma espécie de dogma no século XIX, cientificamente garantido pela autoridade de biólogos e médicos, sobretudo. Na França, Augusto Comte e Claude Bernard expuseram esse dogma com intenções diferenciadas. De Augusto Comte¹⁰⁷ vieram as ideias cuja finalidade era determinar especulativamente as “leis do normal” como substituto de experimentação biológica - que nem sempre eram passíveis de realização. O interesse no pensamento de Comte se dirigia do patológico ao normal, cujas identidades demarcadas garantiram o conhecimento do normal. No pensamento de Claude Bernard, ao contrário, o interesse dirigiu-se do normal ao patológico, com a finalidade de uma ação racional sobre o último. Bernard, através do conhecimento da doença, procurada por meio e a partir da fisiologia, tentou precisar as identidades do normal e do patológico numa interpretação de caráter quantitativo e numérico, utilizando-se de métodos de experimentação, ao passo que Comte faz suas afirmações numa dimensão conceitual. Estes dois autores, assevera Canguilhem, influenciaram

¹⁰⁶ CANGUILHEM, Georges. O normal e o patológico. Tradução de Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1966.

¹⁰⁷ Influenciado por Broussais.

consideravelmente a filosofia e a ciência do ocidente oitocentista. Por caminhos, e com argumentos diferentes, os dois pensamentos reforçaram a teoria das identidades dos fenômenos vitais do normal e do patológico correspondente, explicando a patologia e a fisiologia humana numa relação de reciprocidade. Tanto para Comte como para Bernard, só seria possível proceder logicamente partindo do conhecimento fisiológico para a técnica médica.¹⁰⁸

Analisando o texto de Charles West, citação que abre o presente tópico, e a obra *Éléments de Séméiologie Infantile*, de Fernandes Figueira, percebe-se muito do pensamento de Augusto Comte. Apropriando-se do conceito de patologia positiva, de Broussais, Comte defendia que o estado fisiológico se constituía, sob um aspecto qualquer, um prolongamento mais ou menos extenso dos limites de variações, superiores ou inferiores, peculiares a cada fenômeno do organismo normal, sem poder traduzir fenômenos realmente novos que não tivessem seus análogos fisiológicos correspondentes. Assim, a avaliação de quaisquer patologias deveria se basear num conhecimento prévio do estado normal correspondente. Acresce-se, ainda, que os estudos vitais deveriam levar em consideração as fases da existência dos corpos vivos.¹⁰⁹ Esta ideia, da particularidade do funcionamento dos organismos em fases, foi central na justificativa da pediatria enquanto especialidade.

A crítica feita por Canguilhem a essa teoria é que ela nega, intencionalmente, as diferenças qualitativas entre os fenômenos, o que leva à lógica de que há uma homogeneidade quantitativamente exprimível. Assim, o estado normal ou fisiológico deixa de ser uma disposição detectável como um fato para ser a manifestação de um valor. Ao sugerir que os órgãos funcionam com toda regularidade à uniformidade que são capazes para um ideal de perfeição sobre essa tentativa de definição positiva.

Fernandes Figueira afirmava que anatomia e fisiologia infantis, possuindo diferenças em relação ao corpo adulto, reagiam às doenças também de maneira especial. Daí ser imprescindível ao pediatra conhecê-las, assim como reconhecer seu processo de desenvolvimento. Quatro fatores denunciariam o desenvolvimento - se normal ou anormal- de uma criança: aspecto geral, peso, tamanho e dentição.

¹⁰⁸ CANGUILHEM, 1966.

¹⁰⁹ *Ibid.*, p. 27-42.

Um lactente, de gordura regularmente distribuída, pesando sete quilos, por exemplo, e já tivesse incisivos médios superiores ou inferiores, deveria estar entre seis e sete meses de vida. Por outro lado, se apresentasse a dentição regular para a idade, mas baixo peso e tecido adiposo insignificante, poderia indicar alguma enfermidade, já que o lactente estava fora da curva de normalidade fisiológica. O estudo de desenvolvimento também poderia excluir diagnósticos de entidades mórbidas incompatíveis com a idade.

Segundo as instruções de Fernandes Figueira, a criança deveria ser pesada imediatamente após o nascimento. Durante o primeiro mês de vida recomendava-se a pesagem diária, depois a cada oito ou quinze dias. Esses dados registrados no gráfico de peso apropriado (Auvard) iria fornecer a curva do ganho de peso.

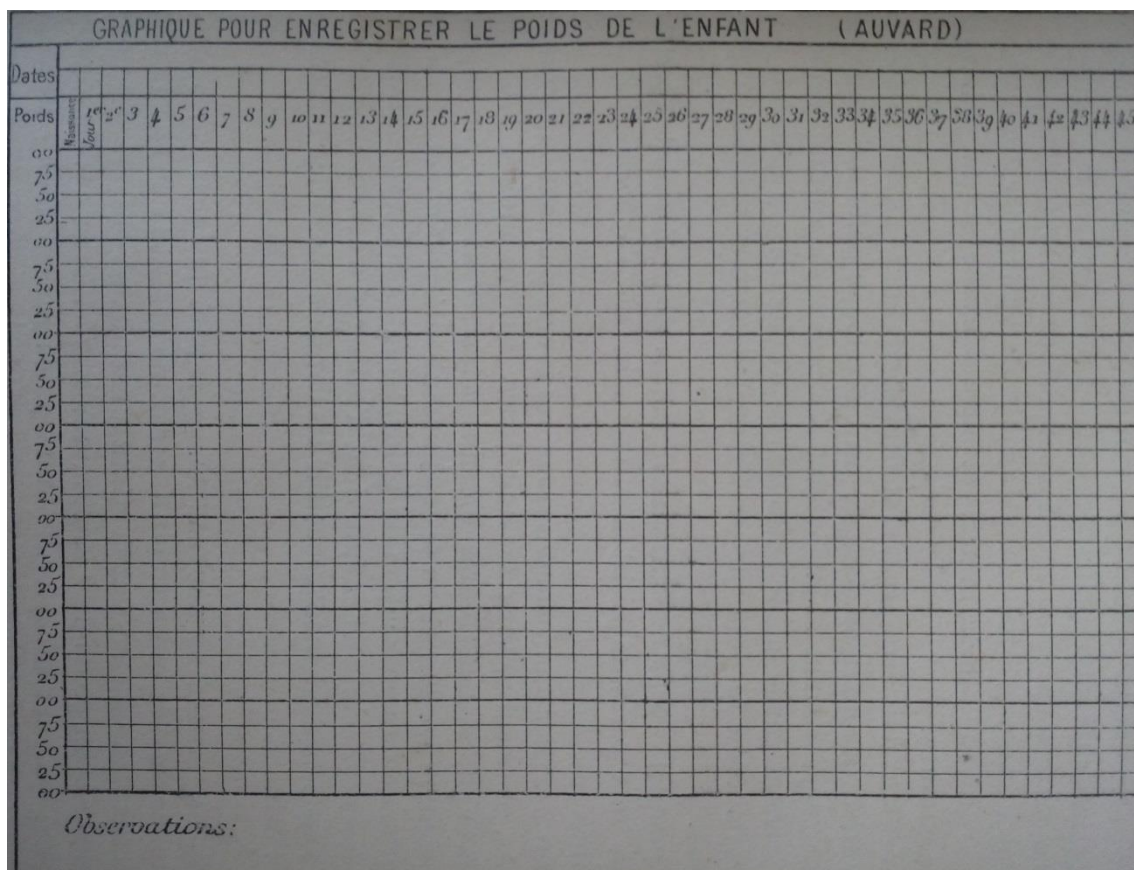


Fig. 1 - Curva de ganho de peso das crianças

Fonte: FIGUEIRA, Fernandes. *Éléments de Séméiologie Infantile*. Paris, Octave Doin, Éditeur, 1903. p. 127

O peso médio normal aceito da criança ao nascer era 4 quilogramas. A curva do peso normal obedecia alguns princípios: 1. sofre dois acidentes em seu aumento

gradual (um na primeira semana e outro aos nove meses), se o recém-nascido não recuperar o peso inicial em oito ou dez dias estaria com alteração nutricional; 2. as crianças alimentadas naturalmente dobraria seu peso no quinto mês, e o triplicaria aos doze meses; 3. ao passo que as alimentadas artificialmente levariam o dobro do tempo para alcançarem o ganho de peso das amamentadas; o peso dos meninos excediam 100 a 200 gramas o peso das meninas, mantendo-se até os doze anos, quando a proporção se invertia; 4. em todas as doenças os distúrbios gastrointestinais prejudicam a curva do peso. Abaixo, uma tabela de referências de ganho de peso nos primeiros meses da criança, utilizada por Figueira.

AUGMENTATIONS MENSUELLES				
AGES	SUTILS	BOUCHARD	ODIER	BLACHE
	Grammes.	Grammes.	Grammes.	Grammes.
Naissance.	3.000	3.250	3.500	3.500
1 ^{er} mois	750	750	750	750
2 ^e —	700	700	750	750
3 ^e —	650	650	750	750
4 ^e —	600	600	750	750
5 ^e —	550	550	750	750
6 ^e —	500	500	450	300
7 ^e —	450	450	450	300
8 ^e —	400	400	450	300
9 ^e —	400	350	300	300
10 ^e —	350	300	300	300
11 ^e —	350	250	300	300
12 ^e —	300	200	300	300

Fig. 2 - Ganho de peso do lactente por mês em diferentes referências.

Fonte: FIGUEIRA, Fernandes. *Éléments de Séméiologie Infantile*. Paris, Octave Doin, Éditeur, 1903. p. 134

No Rio de Janeiro, Moncorvo Filho idealizou um instrumento de pesagem e medição de crianças, que chamou de puerímetro, que começou a ser utilizado no Instituto de Proteção e Assistência à Infância do Rio de Janeiro em 1904.¹¹⁰ Apontou “a questão do desenvolvimento físico da criança, sob seus múltiplos aspectos, pelo estudo do peso e da altura em relação com as raças, as idades, aos estados

¹¹⁰ O Instituto de Proteção e Assistência à Infância do Rio de Janeiro foi fundado por Moncorvo Filho, em 1899. No próximo capítulo a fundação desse instituto será abordada.

mórbidos, a herança, etc.”¹¹¹ entre os problemas mais interessantes à Puericultura. Justificou que a ideia de construir o instrumento surgiu da necessidade de se obter dados precisos relativos à puerimetria em todas as épocas da vida, do nascimento à puberdade, que discriminasse as indicações exatas em confronto com uma tabela das médias normais.

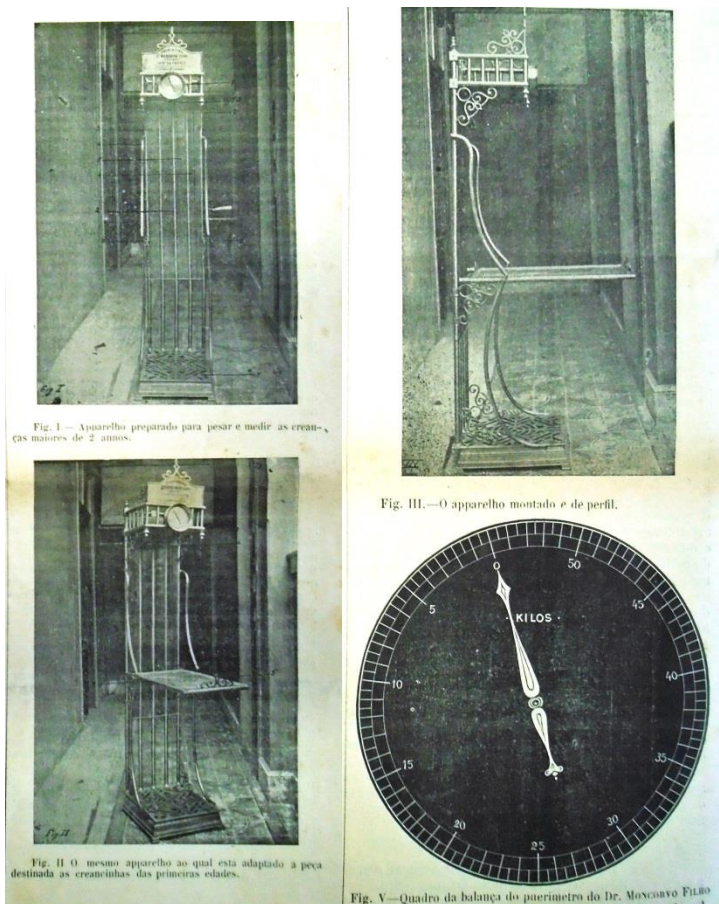


Fig. 3 - Puerímetro

Fonte: MONCORVO FILHO. Puerímetro. Revista Brasil Médico, Rio de Janeiro, N. 13, 1º de abril de 1904. p 123-124

O aparelho possuía um dispositivo que possibilitava que no mesmo momento que a criança fosse pesada as médias normais para as diferentes idades e o peso que deveria ganhar para alcançar o padrão apareciam para o profissional. Tratava-se de uma obra exclusivamente nacional, nas palavras do idealizador, que custou “alguns contos de réis” e foi doado “por um dos maiores benfeitores” do IPAI-RJ.¹¹²

¹¹¹ MONCORVO FILHO. Puerímetro. Revista Brasil Médico, Rio de Janeiro, N. 13, 1º de abril de 1904. p 123.

¹¹² Às suas expensas, Carlos Sá Fortes contratou os serviços do mecânico Cattini, chefe das oficinas da Companhia de Laticínios na Estação da Mantiqueira (Minas Gerais).

A medição do tamanho era outro elemento essencial para avaliação do desenvolvimento da criança, embora não tão importante quanto o peso nos caso dos estudos da nutrição infantil. A medida média do recém-nascido normal era de 50 cm para meninos e 48 cm para meninas. Ao avaliar o tamanho, recomendava-se levar em consideração a influência dos elementos puramente fisiológicos. Entre os elementos patológicos que poderiam interferir no desenvolvimento normal da criança, o raquitismo ocupava lugar de destaque, embora a má alimentação, em geral, influenciasse decisivamente no processo. Em relação ao tamanho, Figueira também seguia referências aceitas como padrão.

TABLEAU D'ACCROISSEMENT EN LONGUEUR DE 0 A 15 ANS (QUÉTELET)		
AGE	TAILLE	ACCROISSEMENT ANNUEL
Années	Mètre	Centimètres
0	0,50	0
1	0,70	20
2	0,80	10
3	0,88	8
4	0,95	7
5	1,01	6
6	1,07	6
7	1,13	6
8	1,19	6
9	1,25	6
10	1,30	5
11	1,35	5
12	1,40	5
13	1,45	5
14	1,50	5
15	1,54	4
Total du gain en quinze ans		1,04

Fig. 4 - Tabela de crescimento

Fonte: FIGUEIRA, Fernandes. *Éléments de Séméiologie Infantile*. Paris, Octave Doin, Éditeur, 1903. p. 136

Recorre-se aqui novamente a Georges Canguilhem para retomar a ideia de normatividade biológica proposta pela medicina oitocentista, que criou um tipo ideal baseado no suposto “estado normal” do corpo humano.

é normal, etimologicamente – já que norma significa esquadro – aquilo que não se inclina nem para a esquerda nem para a direita, portanto o que se conserva num justo meio-termo; daí derivam dois sentidos: é normal aquilo que é como deve ser; e é normal, no sentido mais usual da palavra, o que se encontra na maior parte dos casos de uma espécie determinada ou o que constitui a média ou o módulo de uma característica mensurável.¹¹³

¹¹³ CANGUILHEM, 1966, p. 95.

Do conceito de norma, a fisiologia encontrou um equivalente objetivo e cientificamente válido, qual seja, o conceito de média. O belga Adolphe Quételet,¹¹⁴ em estudo que buscava as variações da estatura do homem, forjou uma noção de frequência estatística e de média, interpretando-a como signo de uma norma. A partir das pesquisas biométricas de Quételet, os processos antropométricos¹¹⁵ foram generalizados.

Na enfermaria de pediatria da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, onde Fernandes Figueira atuava, as fichas de observações eram baseadas em peso e medidas. Abaixo a reprodução de uma delas.

¹¹⁴ CANGUILHEM, 1966, p. 121-128

¹¹⁵ Em conceito “frio”, a antropometria designa uma técnica de medir as dimensões do corpo humano.

ENREGISTREMENT CLINIQUE
DU
SERVICE D'ENFANTS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
A L'HOPITAL DE LA MISERICORDIA (RIO DE JANEIRO)

Observation d'un cas de

Infirmérie	Lit n ^o	Clinique
----------------------	------------------------------	--------------------

Nom	Race	Nationalité
Lieu de naissance	Age	Sexe Profession

Date de l'entrée	Résultat du traitement
Date de la sortie	

ANALYSE DES URINES

CARACTÈRES PHYSIQUES Quantité Odeur Aspect Couleur Densité Réaction	CARACTÈRES CHIMIQUES Dosage { de l'acide urique de l'urée de la glycose de l'albumine des chlorures des phosphates	CARACTÈRES MICROSCOPIQUES
--	--	----------------------------------

DONNÉES ANTHROPOLOGIQUES

Le sujet est-il maigre, gros ou moyen Poids Klog. Gr. Force de traction au dynamomètre Pulsations par minute Respirations par minute Capacité pulmonaire Température : axillaire rectale	MESURES DE LA TÊTE A. — Crâne. 1 ^o Diamètres mil. Antéro-postérieur maximum Transversal maximum — frontal minimum 2 ^o Courbes Inio-frontale totale	MESURE DU TRONC ET DES MEMBRES 1 ^o Hauteurs au-dessus du sol mil. Du vertex (taille de l'individu) Du conduit auditif Du bord inférieur du menton De l'acromion De l'épicondyle
--	--	---

Couleurs { Peau { parties nues parties couvertes Yeux Cheveux Cheveux : droits, ondes, bouclés, frisés ou laineux Profil du nez Lèvres { 1 ^o grosses, moyennes ou fines 2 ^o droites ou renversées en dehors Denture : très bonne, bonne, médiocre, mauvaise ou très mauvaise Dents : grandes, médiocres ou petites Dents incisives : verticales, un peu obliques ou très obliques	Horizontale Transversale sus-auriculaire B. — Face degrés. 1 ^o Angle facial { de Camper alvéolaire mil. 2 ^o Pour les indices : Du point mentonnier à la naissance des cheveux De l'ophryon au point alvéolaire Largeur bi-zygomatique Longueur du nez Largeur du nez 3 ^o Autres mesures : De l'ophryon au point sous-nasal (ligne faciale) Largeur bi-mallaire	De l'apophyse styloïde du radius Du bout du doigt médius De l'ombilic De l'épine iliaque antéro-postérieure De la ligne articulaire du genou Du sommet du malléole interne 2 ^o Tronc. a. Thorax. Distances des deux acromions Longueur de la clavicule Espace intercoracoïdien Largeur du thorax Circonférence du thorax sous les aisselles Circonférence du thorax sous les mammelles Longueur de la paroi antér. du thorax Longueur de la paroi postér. du thorax b. Abdomen. De la base de l'appendice xyphoïde au bord supérieur du pubis De la base de l'appendice xyphoïde à l'ombilic De l'ombilic au bord supérieur du pubis De l'ombilic à l'épine iliaque { droite antéro-supérieure gauche c. Bassin. Distance des deux épines iliaques Distance maximum des deux crêtes iliaques Distance maximum des deux grands trochanters 3 ^o Membre supérieur. La grande envergure Le grand empan Le petit empan 4 ^o Membre inférieur. Longueur du pied totale — pré-malléolaire 5 ^o Hauteur du vertex au-dessus du sol, l'individu étant assis
---	--	---

Fig. 5 - Ficha de Registro Clínico do Serviço de Pediatria do Hospital da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro (Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro)

Fonte: FIGUEIRA, Fernandes. *Éléments de Séméiologie Infantile*. Paris, Octave Doin, Éditeur, 1903. p. 158-59

A riqueza de detalhes dos dados antropométricos colhidos pelo instrumento acima é significativo: aparência da criança (densidade corpórea, cor da pele, olhos e

cabelo, textura dos fios capilares, perfil do nariz, espessura dos lábios, aspecto da dentição); peso; força de tração; temperatura; capacidade pulmonar; medidas da respiração e pulsação por minuto; medições da cabeça (crânio – diâmetro e curvatura, face, diferentes pontos do queixo, largura e comprimento do nariz, e outras). O tronco e membros também deveriam passar por medições: alturas (do vértice, do canal auditivo, borda inferior do queixo, ponta do dedo médio, umbigo, espinhas íliaca, e outras); tórax (distância dos acrômios, comprimento da clavícula, largura, circunferência sob as axilas e sob os mamilos, largura da parede superior e inferior); abdome (base do apêndice xifoide à aresta superior e do umbigo ao púbis, do umbigo à espinha íliaca, e outras); bacia (distância entre as duas espinhas íliaca, entre as cristas íliacas, e outras); comprimento dos membros superiores e inferiores em toda extensão; e altura do vértice na criança sentada.

O tratado de Pediatria publicado por Fernandes Figueira é também rico em referências de peso e medidas que indicam a média normal de acordo com faixas etárias.

PARTIES DU CORPS	Nouveau-né.	ANNÉES					De la naissance jusqu'à 15 ans.	Depuis 15 ans jusqu'au complet développement.
		0-3	3-6	6-9	9-12	12-15		
Partie supér. de la tête . . .	12,0	7,0	2,8	0,3	1,1	0,6	11,8	1,6
Du vertex à l'orbite . . .	6,0	2,6	0,9	0,1	0,1	0,1	3,6	0,1
Corps thyroïde.	6,0	4,4	1,9	0,2	1,1	0,6	8,2	1,5
Du corps thyroïde à l'ais- selle.	3,9	4,7	1,4	0,7	1,3	1,4	9,5	2,2
De l'aisselle à la hanche . .	8,3	6,8	1,7	0,5	1,3	2,1	12,4	4,5
Extrémité supérieure. . .	20,1	21,5	8,4	10,4	1,3	7,6	49,2	6,9
Bras.	6,6	9,3	3,3	3,6	0,6	3,4	20,2	12
Avant-bras	7,5	8,0	4,4	4,6	?	2,3	»	»
Main	6,0	4,2	0,7	2,2	?	1,9	»	»
Hanche-genou	15,2	14,7	9,3	7,9	4,9	8,1	44,9	6,1
Genou-plante du pied . . .	9,1	13,3	4,6	1,6	2,4	5,8	27,7	3,9
Longueur du pied	8,1	5,0	3,0	1,5	2,5	4,0	16,0	1,9

	NOUVEAU-NÉS	ANNÉES				ACCROISSEMENT ABSOLU jusqu'à 15 ans	ACCROISSEMENT de 16 à 20 ans
		0-3	3-3	6-9	9-15		
Tête	9,7	2,7	1,2	0,6	0,8	5,3	1,4
Cou	6,6	0,6	0,8	0,8	0,3	12,5	12,8
Epaules	13,7	9,3	3,8	5,2	4,0	2,3	14,4
Cage thoracique à la hauteur de la fosse épigastrique.	10,5	5,5	2,6	3,8	3,6	15,5	5,2
Hanche, à la haut. des trochanters . . .	10,5	8,1	2,4	4,0	2,8	17,3	6,2
Région la plus large des fesses.	3,3	3,3	0,6	0,7	1,3	5,9	3,4
Largeur maximum des pieds.	1,3	2,7	1,4	0,6	1,0	5,7	0,6

Fig. 6 e 7 – Tabelas de referências para medidas do corpo infantil

Fonte: FIGUEIRA, Fernandes. *Éléments de Séméiologie Infantile*. Paris, Octave Doin, Éditeur, 1903. p. 139 e 161, respectivamente.

E em diferenças étnico raciais, no que se refere às medidas:

DIAMÈTRES		FOETUS BLANCS	FOETUS NOIRS	
Antéro- postérieurs . . .	}	MM	13,50	14,38
		OM	13	13,44
		OF	11,50	11,76
		SOB	10	9,53
Transverses. . .	}	BP	9,50	9,28
		BT	8	8,29
		BM	7,50	7,13
Vertical.		HB	10	9,47

Fig. 8 – Tabelas de referências para medidas do corpo infantil por cor

Fonte: FIGUEIRA, Fernandes. *Éléments de Séméiologie Infantile*. Paris, Octave Doin, Éditeur, 1903. p. 169

E na predisposição às doenças:

	ENFANTS DE COULEUR	ENFANTS BLANCS
Défauts congénitaux . . .	Moins.	Plus.
Rachitisme	Plus.	Moins.
Hauteur	Plus grande (3 ^{mm}).	Plus petite.
Poids	Plus petit.	Plus grand.
Proportion de la tête. . .	Plus petite.	Plus grande.
Forme du crâne	Dolychocéphalie.	Brachycéphalie.
Dentition	Plus régulière.	Moins régulière.

Fig. 9 – Indicação de predisposição às doenças por cor

Fonte: FIGUEIRA, Fernandes. *Éléments de Séméiologie Infantile*. Paris, Octave Doin, Éditeur, 1903. p. 169

Canguilhem faz uma crítica ao caráter vital imposto à normatividade biológica. Para ele, essa normatividade é social, uma vez que um valor é atribuído ao fato. Dessa maneira, padrões de normalidade obedecem ao contexto em que foram

criados e os processos partem de referenciais significativos para determinados grupos, o que nos obriga a vê-los menos como dados meramente mensuráveis e mais como fatos de valoração subjetiva.

Convém enfatizar que a antropometria não foi utilizada somente na medicina, principalmente a pediátrica. Nas primeiras décadas do século XX, ela já estava difundida como um saber científico e era empregada amplamente por diversas áreas, e em diferentes partes do mundo, para caracterização de aspectos morfológicos de crianças e adultos. Destaque para o uso da antropometria pela antropologia física, ramo da antropologia voltado para investigação da “história natural do gênero humano”, conforme definição de Paul Broca em meados do século XIX.¹¹⁶

No Brasil, as práticas da antropologia física estavam presentes nas faculdades de medicina, museus de história natural, gabinetes de polícia, escolas e instituições de assistência social, direcionadas “para o conhecimento, a intervenção e a organização do ‘corpo físico’ da nação brasileira”. No significativo repertório de suas investigações, destacavam-se estudos sobre grupos indígenas, negros, sertanejos e imigrantes europeus, subsidiando discussões sobre a miscigenação racial, imigração e eugenia, assim como estudos de biotipologia, medicina legal e antropologia jurídica.¹¹⁷

Nesse contexto, a infância também foi objeto de estudos de outras especialidades médicas, além da pediatria. Da Faculdade de Medicina da Bahia saíram médicos cujas teorias, que articulavam antropologia, psicanálise, educação e direito, propunham uma aproximação entre criminoso, criança, mulher e povos chamados primitivos. “O criminoso seria uma espécie de criança grande, um indivíduo cujo psiquismo, por degenerescência, não evoluiu, muito parecido com a mulher, cujo cérebro [...] era igual ao de uma criança de dez anos ou de um selvagem, assim como o do negro, índio e asiático”. Entre os principais defensores

¹¹⁶ SOUZA, Vanderlei Sebastião de. *Corpos, medidas e nação: antropologia física na capital da República brasileira na primeira metade do século XX*. Bol. Mus. Para. Emílio Goeldi. Cienc. Hum., Belém, v. 7, n.3, p. 639-643, set.-dez. 2012.

¹¹⁷ Ibid

dessas teorias, estavam Afrânio Peixoto, Leonídio Ribeiro, Oscar Freire e Arthur Ramos, que formavam a denominada “escola” Nina Rodrigues.¹¹⁸

No que diz respeito à pediatria, a antropometria fincou raízes. Depurados os elementos de valorações “raciais”, a antropometria enquanto instrumento de mensuração permanece importante. Crescimento, desenvolvimento e nutrição continuam sendo os três fenômenos indissociáveis na saúde da infância, e a antropometria permanece a técnica por excelência capaz de expressar quantitativamente as dimensões corporais da criança.¹¹⁹

¹¹⁸ Arthur Ramos, nas décadas de 1920 e 1930, voltou-se à questão da higiene mental e a ideia de criança problema. Ele vai transpor para o universo mental a ideia da pediatra de que a criança era um ser incompleto, em formação, daí a infância ser “a idade de ouro para a higiene mental”. Ver LOPES, Eliane Marta Teixeira. A psicanálise aplicada às crianças do Brasil: Arthur Ramos e a “criança problema”. In: FREITAS, Marcos Cezar de; KUHLMANN JR., Moisés (Orgs.). Os intelectuais na história da infância. São Paulo: Cortez, 2002.

¹¹⁹ EISENSTEN, Evelyn. Antropometria e Pediatria. *Jornal de Pediatria. Soc. Bras. Pediatria*, vol. 70, N. 4, 1994.

CAPÍTULO 2

A faculdade de medicina na gênese da especialização da pediatria baiana

O que se pretende discutir neste capítulo é o processo gerador da especialização da pediatria no contexto baiano. O primeiro aspecto a destacar é a vinculação entre este e a lei que criou a cadeira de pediatria nas faculdades de medicina do império em 1882, tratada anteriormente. Na Faculdade de Medicina da Bahia-FMB, o ensino de pediatria foi materializado em 1884. Até então, poucas referências foram encontradas relativas à medicina especializada em crianças: três publicações na Gazeta Médica da Bahia (1868, 1877 e 1880) e um anúncio no Almanack do Diário de Notícias da Bahia (1883).

A publicação da Gazeta Médica da Bahia em 1868 foi a tradução da introdução da obra 'Lectures on the diseases of infancy and childhood', do inglês Charles West, livro importante que tudo indica ter sido uma referência para reivindicar a medicina infantil como especialidade, conforme mostrado no capítulo anterior. Uma referência foi feita ao artigo 'Do emprego do clorato de potássio na diarreia das crianças' (1877), de Moncorvo de Figueiredo, destacando que o mesmo era fruto das observações clínicas e diversas experiências que seu autor vinha desenvolvendo desde os últimos anos, e que demonstrava a eficácia terapêutica do sal na moléstia em questão. Em 1880, a mesma Gazeta noticiou na seção 'Bibliografia' a publicação de mais uma obra do pediatra do Rio de Janeiro, intitulada 'Rheumatismo chronico nodoso das crianças'. A edição que chegou ao periódico baiano foi uma tradução francesa, enviada pelo redator do Jornal de Medicina de Bordeaux. Abaixo a nota publicada.

"Esta monografia, diz o ilustrado tradutor, é a primeira que conhecemos ao menos, escrita sobre o reumatismo crônico nodoso das crianças. Por este título, e independentemente das outras qualidades que a distinguem, merecia ser conhecida dos médicos franceses".

Facilitando aos colegas a leitura do trabalho clínico tão consciencioso e rico de erudição do Dr. Moncorvo, o distinto tradutor reconhece a utilidade da obra, e faz justiça ao mérito do nosso infatigável colega e patricio, que continua a enriquecer a literatura médica brasileira com os frutos de sua constante dedicação à ciência.¹²⁰

¹²⁰ BIBLIOGRAFIA, Gazeta Médica da Bahia, Salvador, N. 2, 1880, p 94-95

As palavras acima não apenas reforçam o alcance internacional dos estudos científicos de Moncorvo de Figueiredo, conforme visto, como chama atenção para o caráter triangular da circulação dessa produção científica: o conhecimento da pesquisa do pediatra brasileiro chegou à capital baiana por intercâmbio francês.

No Almanack do Diário de Notícias da Bahia, em 1883, Horacio Cezar veiculou o anúncio “Médico operador. Especialidade- Moléstias de crianças. Consultas grátis aos pobres. Residência – Rua das Mercês”. Horacio Cezar não cursou disciplinas específicas de moléstias infantis nas Faculdades de Medicina do país, vez que elas não existiam no período de sua formação. Ele pode ter se graduado em outro país ou ter frequentado o curso livre de pediatria na Policlínica Geral do Rio de Janeiro. Embora ele se reconhecesse especialista, o que pressupõe que detinha um conhecimento específico que o legitimava a atuar em uma área médica específica, não esteve vinculado, ao menos formalmente, no processo de institucionalização da pediatria no estado, o que poderia se esperar pelo fato de ter sido o primeiro médico na cidade a ostentar o título profissional de especialista em medicina infantil.¹²¹

As exceções mostradas acima confirmam que durante o século XIX não havia em Salvador cursos livres, médicos ou instituições engajadas em ação nomeadamente voltadas para a medicina infantil até lei de outubro de 1882, que criou a ‘Clínica de moléstias medicas e cirúrgicas de crianças’ nas faculdades de medicina do Rio de Janeiro e Bahia, as únicas do Brasil imperial. No que se refere ao processo de institucionalização da pediatria, a realidade baiana mostrou-se distinta do Rio de Janeiro. Aqui, a formação da cátedra na Faculdade de Medicina da Bahia foi central, não por ter sido a iniciativa geradora de toda ação em prol de

¹²¹ Almanack do Diário de Notícias da Bahia. Bahia: Editora ?, 1883. Estes anúncios se repetiram até a edição de 1890. Além dos anúncios mencionados, somente quatro registros foram encontrados a respeito de Horacio Cezar: em 1872 e 1885 sendo nomeado pela Mesa Administrativa da Santa Casa de Misericórdia da Bahia como médico adjunto do Hospital de Caridade mantido pela mesma (não havia referência à especialidade) (Nomeações para a Santa Casa de Misericórdia da Bahia, Gazeta Médica da Bahia, Salvador, N. 125, 15 de Outubro de 1872 e Relatório apresentado à Mesa e Junta da Casa da Santa Misericórdia da capital da Bahia pelo provedor Conde de Pereira Marinho por ocasião da posse em 2 de julho de 1885. Bahia: Litho-Typografia de João Gonçalves Tourinho, 1885, p. 29); em 1898 e 1903, seu nome constava em uma lista de médicos com clínica em Salvador (Almanack Administrativo, Indicador e Noticioso da Bahia. Bahia: Editores Reis & Comp. 1898; Almanack Administrativo, Indicador e Noticioso da Bahia. Bahia: Editores Reis & Comp. 1903)

uma medicina infantil, mas por terem sido os professores de pediatria da instituição a se engajarem em projetos sociais e científicos essenciais à especialização da medicina infantil.

No Rio de Janeiro, os espaços de ensino e pesquisa que consolidaram a pediatria se desenvolveram também em espaços externos à da faculdade de medicina. Em torno das ações empreendidas na Policlínica Geral do Rio de Janeiro (1881), no Instituto de Proteção e Assistência à Infância-IPAI (1899), na Policlínica de Botafogo (1899) e na Policlínica das Crianças (1909) se desenvolveram o ensino e a pesquisa em pediatria, numa rede política e institucional que não estava comprometida necessariamente com o ensino oficial da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.¹²² Para a Bahia, o ensino oficial da faculdade de medicina foi o primeiro esforço que formou as estruturas de apoio à sustentação da cultura científica da pediatria. A disciplina científica forjou um corpo de professores/pediatras e estes, com o capital de serem professores da instituição, conseguiram ampliar os espaços científicos.

Este capítulo se dedicará ao momento de estruturação da disciplina científica, contexto em que a FMB estava criando as possibilidades materiais e intelectuais para acolher as reformas do ensino médico, que reivindicava um ensino voltado para a prática, com vistas a transformar o médico em cientista. Do ponto de vista cronológico, trata-se dos anos entre 1884 e 1910. A baliza final respalda-se na mudança de cenário perceptível a partir do ano seguinte, em que há o desmembramento da pediatria clínica e cirúrgica e pela primeira vez se publica um trabalho científico no âmbito dessas cátedras, fruto de observações clínicas originais.

O que se encontra efetivamente nos vinte seis anos iniciais da institucionalização da pediatria na Bahia é um ensino médico ainda eminentemente teórico.

¹²² Sobre Policlínica de Botafogo e Policlínica de Crianças da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro ver SANGIARD; FERREIRA, 2010. Sobre o IPAI-RJ ver LEVY, Iete Cherem. A trajetória de Moncorvo Filho: puericultura e filantropia num projeto de assistência à infância (1901-1922). Rio de Janeiro: IFCS –Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1996 (Dissertação de Mestrado); FREIRE, Maria Martha de Luna e LEONY, Vinícius da Silva. A caridade científica: Moncorvo Filho e o Instituto de Proteção e Assistência à Infância do Rio de Janeiro (1899-1930). História, Ciências, Saúde-Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 18, supl.1, dez.2011, p.199-225.

2.1 Os desafios institucionais na implantação de um ensino prático

A reforma do ensino médico de 1879¹²³ impunha uma série de medidas que visavam dotar as faculdades de medicina de condições básicas a uma formação médica pautada no exercício prático. Dessa reforma, determinou-se a regulamentação dos exames para as faculdades de medicina,¹²⁴ as clínicas especiais foram legitimadas,¹²⁵ estudos práticos dos laboratórios foram regulamentados¹²⁶ e os regulamentos das faculdades de medicina no país passaram por algumas revisões no decorrer das duas décadas que se seguiram, com vistas a possibilitar que as instituições promovessem o ensino prático.¹²⁷

Este dispositivo legal, fruto dos anseios de uma elite médica atenta com os rumos da “medicina moderna”, conforme visto, se constituiu um impulso ao ambiente acadêmico baiano. Dois estudos sobre contextos baianos apontam as perspectivas da medicina científica dessa década como impulsionadora ao decurso de especializações de áreas médicas: Caroline Santos Silva, Obstetrícia e Ginecologia¹²⁸; e Ricardo dos Santos Batista, Dermato-sifilografia.¹²⁹ Estes autores demonstraram que a singularização dessas áreas médicas, assim como a pediatria, estiveram associadas ao ambiente científico suscitado a partir da reforma do ensino médico, em 1879.

O decreto de 30 de Outubro de 1882 reconheceu o estado de atraso de nossas Faculdades de Medicina, a penúria de recursos, a falta completa de local, de material e de instrumentos de trabalho para o ensino prático, que é tão indispensável para formar bons clínicos, como para fazer progredir a todos os ramos das ciências médicas.¹³⁰

¹²³ Decreto 7.247, de 19 de abril de 1879.

¹²⁴ Decreto 8.024, de 12 de Março de 1881.

¹²⁵ Lei 3.141, de 30 de Outubro de 1882.

¹²⁶ Decreto 8.995, de 25 de Agosto de 1883.

¹²⁷ No período tratado neste capítulo existiam apenas três faculdades de medicina no Brasil: Bahia e Rio de Janeiro (1808) e a do Rio Grande do Sul (1898). Foram quatro regulamentos no período que trata o presente capítulo: 1884 (Decreto 9.311, de 25 de Outubro), 1891 (Decreto 1.270, de 10 de Janeiro); 1893 (Decreto 1482, de 24 de Julho) e 1901 (Decreto 3.902, de 12 de Janeiro).

¹²⁸ SILVA, Caroline Santos. Com um fórceps na mão, há de se parir uma nação: ensino e prática da Obstetrícia e Ginecologia (1876-1894). FFCH/Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011. (Dissertação de Mestrado)

¹²⁹ BATISTA, Ricardo dos Santos. Distintas posições: médicos baianos e o ensino de Silografia na Faculdade de Medicina da Bahia (1895-1945). Dimensões, vol. 34, p. 184-203.

¹³⁰ NOVO REGULAMENTO para os estudos práticos nos laboratórios das faculdades de medicina do império (O). Gazeta Médica da Bahia, Salvador, N. 3, Setembro, 1883. p. 14

Com as palavras acima Antonio Pacífico Pereira¹³¹ iniciou um artigo com o objetivo de discutir o regulamento para os estudos dos laboratórios das faculdades de medicina, em 1883. Desde 1877,¹³² ao retornar de uma viagem para estudos na Europa, vinha publicando textos relativos à necessidade de adequar o ensino médico brasileiro à concepção de medicina corrente no velho mundo. Ao longo da análise sobre a importância de laboratórios, instrumentos, reorganização curricular, enfim, de medidas voltadas aos estudos práticos, ele deixa patente que a responsabilidade maior pelo desenvolvimento da ciência caberia ao Estado, pois para fazer investigações científicas os recursos eram imprescindíveis, e estes deveriam vir do poder público, já que através da ciência o país alcançaria a civilização.

Voltando-se à Faculdade de Medicina da Bahia, o professor afirmou que o decreto de outubro transformou a instituição “em um monstro [...], com uma enorme cabeça, muitos braços, e um corpo enfezado e raquítico”.¹³³ Tinham-se professores e preparadores, ainda que não satisfatoriamente, mas faltavam laboratórios, aparelhos, instrumentos, reagentes, tudo, enfim, que aulas práticas necessitavam. A situação tornava-se mais grave porque se naquele momento se obtivesse recursos para tal, as instalações não poderiam ser efetivadas por uma questão de infraestrutura, pois a faculdade não dispunha de um prédio minimamente compatível.¹³⁴

O investimento necessário para a instituição empreender o que prospectava o estatuto de 1884 era de grande monta. Dever-se-iam ampliar as cadeiras especiais (anatomia e fisiologia patológica, clínica oftalmológica, clínica médica de adultos, clínica cirúrgica de adultos, clínica de moléstias médicas e cirúrgicas de crianças, moléstias cutâneas e sifilíticas, moléstias mentais); implantar 13 laboratórios (física, botânica, terapêutica, química mineral, química orgânica, toxicologia, higiene, farmácia, anatomia descritiva, histologia normal e patologia, operações, fisiologia, cirurgia e prótese dentária) e um museu anatomopatológico. Além das instalações

¹³¹ Professor de Histologia. Foi diretor da Faculdade de Medicina da Bahia, como interino em 1883 (dez.), e em 1885 e efetivo 1895-1898.

¹³² Artigo publicado na Gazeta Médica da Bahia.

¹³³ NOVO REGULAMENTO..., 1883. p. 15

¹³⁴ Pacífico Pereira publicou mais dois artigos na Gazeta Médica da Bahia sobre os efeitos da reforma do ensino: ‘Apontamentos para a história da organização do Ensino Médico na Bahia’, em 1893 e 1898.

físicas, o estatuto previa ainda a criação de uma revista científica, a Revista dos Cursos da Faculdade de Medicina da Bahia.¹³⁵

Em 1885, o mesmo Pacífico Pereira, então diretor interino da faculdade na Bahia, enviou um relatório ao ministro do império acerca da situação em que se encontrava a instituição. Prestava conta dos recursos do governo, chamando a atenção para a insuficiência do mesmo diante da quantidade de problemas que ainda precisavam ser sanados: o prédio ainda passava por construção e reformas e os poucos laboratórios disponíveis estavam funcionando provisoriamente nos “pequenos e mal dotados gabinetes”. Muitas cadeiras ainda estavam sem professor, pois os concursos tinham sido suspensos por determinação ministerial. Não tinham sido providas ainda as cátedras das clínicas obstetrícia e ginecológica, infantil, moléstias cutâneas e sífilíticas, e, ainda, psiquiátrica. Estavam sem adjuntos (substitutos) as cadeiras de física médica, anatomia e toxicologia e uma de clínica médica. Química mineral, anatomia descritiva, histologia, fisiologia experimental, anatomia e fisiologia patológicas, terapêutica experimental, higiene e prótese dentária careciam de preparadores. E estavam vagos os lugares de ajudantes de preparadores e internos de clínicas.¹³⁶ A instituição estava se organizando para a implementar a reforma, mas numa velocidade pequena.

Em 18 de dezembro de 1882, a Congregação da faculdade tinha se reunido para discutir a dotação orçamentária do exercício em curso (1882-1883) referente às novas cátedras, pessoal e material dos laboratórios, já que não podia ser aplicados os recursos naquele momento, pois não havia estrutura física disponível. Como as medidas só poderiam ser implantadas no exercício seguinte, solicitou ao governo autorização para aplicar todo valor na construção de laboratórios. A autorização não chegou e deixou-se de investir a quantia de 270:000\$000. O governo tentou compensar essa omissão com uma verba em caráter de urgência no valor de 65:000\$000¹³⁷ para a construção dos laboratórios, prometendo no mesmo

¹³⁵ Decreto 9.311, de 25 de Outubro de 1884.

¹³⁶ PEREIRA, Antonio Pacífico. Relatório apresentado ao ministro do império pelo diretor interino da Faculdade de Medicina da Bahia. Gazeta Médica da Bahia, Salvador, N. 3, Setembro, 1885.

¹³⁷ Aviso do Ministério do Império de 16 de Fevereiro de 1883.

documento que no exercício seguinte uma verba no mesmo valor seria destinada para o mesmo fim.¹³⁸

As obras de construção dos laboratórios, em pavilhões novos que seriam erguidos anexos ao prédio da faculdade, consumiram muito tempo e no prazo final do exercício só se tinha conseguido gastar 26:524\$705, e as obras estavam em fase inicial, “achando-se apenas prontas as obras preliminares de preparo do terreno do lado da montanha, e começados os trabalhos de reforma na frente e corpo principal do edifício”.¹³⁹ Pacífico Pereira, assumindo interinamente a diretoria da faculdade a partir de 20 de dezembro, foi pessoalmente à Corte no mês seguinte e em audiência com o imperador e o ministro competente conseguiu um crédito de 50:000\$000 para o exercício 1883-1884. Assim, entre 1882 e 1884 a faculdade estava submersa nas obras do prédio, nada podendo investir nas instalações necessárias ao ensino prático e investigações científicas.¹⁴⁰

Uma das queixas feita pelo diretor em 1885 era a de que se o governo tivesse autorizado que as verbas destinadas ao custeio e pessoal do ensino prático entre 1882 e 1884, que ultrapassavam a quantia de 400 contos de réis, fossem direcionadas para a ampliação e reforma do prédio, a faculdade estaria em condição semelhante à da Corte. A esta se somou a de que a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro recebeu melhor atenção do governo imperial no contexto da reforma do ensino médico, o que favorecia a qualidade do seu ensino, atraindo, assim, mais alunos que a instituição baiana.¹⁴¹ Pacífico Pereira concluiu o documento solicitando ao ministro que incluísse no orçamento do exercício seguinte uma verba de 150:000\$000 para as desapropriações.

Apesar do tom ressentido do relatório, sobressai-se o otimismo para o ano letivo de 1886, quando seria restaurada uma parte do prédio existente e construído um dos pavilhões novos onde se instalaria alguns laboratórios, assim como a aquisição de instrumentos de pesquisa e material de custeio. A euforia com que os projetos foram apresentados evidencia o quanto um ambiente acadêmico voltado à

¹³⁸ PEREIRA, 1885.

¹³⁹ Ibid., p. 200

¹⁴⁰ Ibid.

¹⁴¹ O diretor apresentou dados das matrículas, mostrando a queda no número de matriculados. PEREIRA, 1885.

medicina prática era uma novidade, o que reforça a ideia de que o caráter teórico predominava no ensino médico baiano.

Se o governo não disponibilizou os recursos com a exatidão que as circunstâncias exigiam, autorizou concursos nos anos seguintes. Em dezembro de 1887, publicou-se o edital para vaga de pediatria. O professor concursado de pediatria esteve na comissão que iria elaborar as bases para mais uma reforma do regulamento da faculdade, a de 1893. A comissão foi criada em abril de 1892, a partir de uma determinação do Ministro da Instrução Pública, cujas justificativas convergiam, mais uma vez, à adequação da medicina às conquistas das ciências experimentais, e em cuja aplicação estaria a solução para muitos problemas que afligiam a saúde da população brasileira.¹⁴² A conclusão dos trabalhos foi apresentada na reunião da Congregação na sessão de 19 de maio do mesmo ano.

O estudo apresentado pela comissão reivindicava, além de recursos ordinários voltados para organização material do ensino prático e da concessão de direitos e vantagens ao corpo docente, uma autonomia institucional, tomando por modelo os centros universitários alemães, uma vez que as faculdades provavelmente seriam os nichos das futuras universidades do Brasil. Ainda seguindo referências europeias, propôs uma matriz curricular focada no ensino prático e experimental: criando a cadeira de Bacteriologia – justificada como matéria que forneceria extensas aplicações a “todos os ramos da patologia e higiene”, e sugerindo a supressão de cátedras cuja orientação seria eminentemente teórica – Patologia geral, História da Medicina e Obstetrícia. Em relação às demais cadeiras, a comissão apresentou reorganização no que se referia à carga horária e semestre em que deveriam ser ministradas.¹⁴³

Para o desenvolvimento do ensino clínico propôs-se que fosse instituída em cada clínica geral e especial a policlínica, que compreenderia seu laboratório (ou clínica de consultas) e visitas domiciliares pelos internos, sob direção e instrução dos catedráticos. Com organização proposta, ampliar-se-iam os casos clínicos,

¹⁴² Comissão formada pelos professores de Pediatria (Frederico de Castro Rebelo), de Histologia (Antônio Pacifico Pereira), de Fisiologia (Manoel José de Araújo), os substitutos da Seção de Medicina Legal e Higiene (Raymundo Nina Rodrigues) e de Pediatria (Joaquim Matheus dos Santos). Livro de Atas da Congregação da Faculdade de Medicina da Bahia 1890-1903 (Sessão de 25 de Abril de 1892) No ano anterior, sob decreto 1270, de 10 de janeiro, havia-se publicado um regulamento em substituição ao de 1884.

¹⁴³ Livro de Atas da Congregação da Faculdade de Medicina da Bahia 1890-1903 – Sessão de 19 de maio de 1892)

principalmente os especiais, oferecendo aos estudantes uma variação em relação às moléstias que os doentes contraíam no serviço hospitalar.¹⁴⁴

Para o reforço do ensino clínico numa perspectiva prática, a comissão sugeriu, ainda, a escrituração de dois livros: 1) assentamento das entradas e saídas dos enfermos da clínica (nome, data de entrada, enfermaria, número de leito, naturalidade, idade, sexo, estado, profissão, residência, histórico sucinto das moléstias anteriores e atual, causas e sintomas, quando apareceu, marcha e desenvolvimento, fazendo menção especial dos métodos e agentes terapêuticos empregados, inscrevendo, ainda, dia e hora do óbito, registrando-se os resultados fornecidos pela autópsia); 2) registro dos mapas das observações meteorológicas feitas pelo preparador de física e remetidas aos professores de clínica. Os registros ficariam a cargo dos assistentes, auxiliados pelos internos, que ao fim de cada ano extrairiam dos livros esclarecimentos importantes em relação às causas, natureza das doenças e métodos de tratamento, acompanhada estatisticamente e organizados mapas das médias diárias das observações meteorológicas, apresentando, por fim, uma conclusão que serviriam como indicações úteis à terapêutica e higiene.¹⁴⁵

Após a apresentação do trabalho da comissão aos pares, e os consequentes debates, o professor de clínica propedêutica¹⁴⁶ apresentou à Congregação um substitutivo ao projeto da comissão, propondo, entre outras coisas, a supressão temporária da cadeira de Clínica Pediátrica, ficando o ensino das moléstias infantis anexa às clínicas gerais de adultos até se poder dotar a faculdade de mais recursos, quando então se poderia criar uma cadeira especial para as moléstias das cavidades bucal, nasal e auricular. O argumento inicial utilizado por ele foi de contenção de despesas, mas na réplica aos protestos dos professores de pediatria, deixou entrever ser a favor de um ensino generalista, defendendo a diminuição quanto possível das cadeiras especiais. As cátedras especiais, para ele, estavam circunscritas à redução de estudos a um órgão específico do corpo, e nesta perspectiva a Pediatria nem teria razão de existir, vez que seu objeto de estudo

¹⁴⁴ Livro de Atas da Congregação da Faculdade de Medicina da Bahia 1890-1903 (Sessão de 19 de maio de 1892)

¹⁴⁵ Livro de Atas da Congregação da Faculdade de Medicina da Bahia 1890-1903 (Sessão de 19 de maio de 1892)

¹⁴⁶ Alfredo Tomé de Brito

nada trazia de novo, sendo o já existente em outras clínicas com a diferença de sua aplicação ser em crianças.¹⁴⁷

O professor titular de Pediatria o acusou de estar na contramão dos avanços científicos, não apenas por negligenciar os estudos médicos por especialidades, como também por propor a supressão dos lugares de preparadores e assistentes de clínica, conquista que valorizava a observação e experimentação no ensino médico. Quanto à Pediatria, utilizou-se de várias referências estrangeiras para convencer aos presentes que as crianças não eram adultos em miniatura, possuíam uma fisiologia própria e suas patologias refletiam a particularidade do seu organismo e isso influía sobre todo o processo das doenças – causa, frequência, lesões, sintomas, marcha, duração, desfecho, assim como, sobre a higiene e a terapêutica. Todos esses aspectos exigiam do médico uma formação especial, daí ser legítima a especialidade pediátrica.¹⁴⁸ A permanência da cátedra de pediatria teve apoio irrestrito dos presentes, tendo sido essa a única vez que sua legitimidade foi posta em questão, pelo menos oficialmente.

O que estava em jogo era a luta por espaço na faculdade de medicina num momento delicado de imposição de ampla reforma no ensino e poucos recursos. Uma questão eminentemente política. Este episódio remete ao apregoado por Timothy Lenoir de que a “luta política para dominar recursos não é inseparável do empreendimento cognitivo de definir o que constitui a ciência legítima e autorizada.”¹⁴⁹ O professor de pediatria, ao lutar para não perder sua cátedra, usou as armas cognitivas, apresentando o conhecimento já legitimado na área como força garantidora de um lugar institucional.

O debate suscitado na Congregação da faculdade foi importante por mostrar a permanência por mais uma década de questões que emergiram com a reforma do ensino para a chamada medicina científica: teoria versus prática, ensino generalista versus ensino especialista. A disciplina que o professor que pôs em xeque o ensino

¹⁴⁷ Livro de Atas da Congregação da Faculdade de Medicina da Bahia 1890-1903 (Sessões de 24 e 30 de maio e de 1892)

¹⁴⁸ Livro de Atas da Congregação da Faculdade de Medicina da Bahia 1890-1903 (Sessão de 27 de maio e de 1892)

¹⁴⁹ LENOIR, 2004, p. 73

da clínica pediátrica lecionava era teórica. Conforme defende Lenoir, as disciplinas são instituições políticas que demarcam áreas do território acadêmico.¹⁵⁰

Das sugestões propostas pela comissão, somente a supressão da cadeira de História da Medicina e os registros dos atendimentos da clínica foram acatados pelo regulamento de 1893¹⁵¹. A cadeira de Bacteriologia não foi criada, as de Patologia geral e Obstetrícia permaneceram e o espaço médico para aulas práticas não foi a policlínica. Quanto a este último ponto, além de ratificar o atendimento nosocomial, o espaço do hospital como recurso didático foi ampliado. Os regulamentos anteriores tinham sido tímido e omissos, respectivamente, em relação às aulas práticas das clínicas, dando protagonismo aos laboratórios: o de 1884 instruía que “para o ensino clínico haver[ia] as enfermarias e salas que fo[ssem] necessárias, com um gabinete anexo para a química e para a histologia patológicas”,¹⁵² o de 1891 dedicou 21 artigos ao que chamou ‘Dos Institutos de ensino prático’, onde não constava o ensino das clínicas.¹⁵³ O regulamento de 1893 assim se pronunciou:

Art. 11. Para o ensino clinico o Governo dotará as Faculdades:

§ 1º De um hospital, que será instalado com todos os requisitos higiênicos e dotado dos aperfeiçoamentos reclamados pelos progressos do ensino, tendo cada lente, além dos serviços clínicos, sedentário e ambulatório, um gabinete provido do material necessário às pesquisas químicas, histológicas e bacteriológicas, conforme as exigências de cada cadeira.¹⁵⁴

As aulas práticas do ensino médico da Faculdade de Medicina da Bahia, desde 1816, eram realizadas no Hospital São Cristóvão,¹⁵⁵ mantido pela Santa Casa de Misericórdia¹⁵⁶. No Brasil, afirma Gisele Sanglard,¹⁵⁷ as Misericórdias se

¹⁵⁰ LENOIR, 2004.

¹⁵¹ Decreto 1.482, de 24 de Julho.

¹⁵² Decreto 9.311, de 25 de Outubro. Capítulo IV ‘Do ensino clínico’ composto pelos artigos 14 a 20, sendo que seis deles referiam-se a relação entre a diretoria da faculdade e provedoria da Santa Casa de Misericórdia.

¹⁵³ Decreto 1.270, de 10 de Janeiro.

¹⁵⁴ Decreto 1.482, de 24 de Julho.

¹⁵⁵ Denominação até a inauguração do novo hospital em Nazaré, quando passou a se chamar Santa Isabel.

¹⁵⁶ Irmandade leiga católica, com destacada importância (hegemônica em determinados contextos) nas questões relativas à assistência tanto médica quanto social em Portugal e em suas colônias. O objetivo principal da irmandade era cumprir as “14 obras da Misericórdia”, que se traduziam em atendimento à infância (órfãos e enjeitados) e velhice, auxílio a doentes e loucos, distribuição de esmolas aos pobres e às viúvas, abrigo aos idosos, e, ainda, socorro aos presos em seu sustento e apoio jurídico. Somando a essas obras, prestava apoio espiritual, ministrando sacramentos e

transformaram em socorro médico por excelência, pelo fato dos seus hospitais assumirem o papel duplo de público e privado, e por inexistirem até a década de 1920 espaços médicos concorrentes. Por essa hegemonia, passaram a ocupar um posto importante de hospital universitário.

A autora defende que no decorrer da segunda metade do século XIX, tal qual aconteceu na França e em outros centros europeus, esses hospitais passaram por um processo de medicalização. Para o Rio de Janeiro, esse processo promoveu mudanças significativas no cotidiano e funcionamento do Hospital da Misericórdia daquela cidade, no que se refere ao aumento de enfermarias, cuja organização atentava-se aos tipos de enfermidades, assim como remodelação do quadro funcional, destacando-se aumento significativo de um corpo técnico e médico. O que se evidencia no processo é o aspecto terapêutico se sobrepondo ao caritativo que permeava a prática hospitalar da instituição.¹⁵⁸

Venétia Rios problematizou a utilização do termo ‘medicalizado’ para os procedimentos hospitalares do São Cristóvão [da Santa Casa de Misericórdia da Bahia] no decorrer do século XIX, pois se levado em consideração a perspectiva científica do contágio e transmissão de doenças, estes não atendiam aos requisitos básicos: limpeza, higiene das roupas, alimentação, espaço físico, controle dos doentes em relação às diferentes afecções, equipamentos e utensílios, atuação dos enfermeiros, etc. Além desses aspectos, somavam-se insuficiência de leitos e qualidade de camas, colchões, lençóis, etc.¹⁵⁹

A autora detectou também que em meados da década de 1860 a provedoria da Santa Casa começou a dar indícios de incômodos em relação ao público atendido pela instituição. Reproduziu a fala de um provedor, em relatório de 1863, na qual lamentava a degradação do hospital por ali se recolherem, “contra todas as

cerimônias religiosas, além de se encarregar do sepultamento de sócios e tantos quantos necessitassem. Para isso, mantinha um hospital, a Casa da Expostos (Casa da Roda ou Roda dos Expostos) e o recolhimento das Órfãs. A instituição era sustentada por esmolas, doações de fiéis, dotações governamentais, primeiro da Coroa portuguesa (período colonial) e depois dos governos imperial e republicano. (SANGLARD, Gisele. A construção dos espaços de cura no Brasil: entre a caridade e a medicalização, Revista Esboço, N. 16, UFSC, p. 11-33)

¹⁵⁷ Ibid.

¹⁵⁸ Ibid.

¹⁵⁹ RIOS, Venétia Durando Braga. Entre a vida e a morte: medicina, médicos e medicalização na cidade de Salvador, 1860-1880. Bahia: FFCH- Universidade Federal da Bahia, 2001. (Dissertação de Mestrado), p. 122

conveniências da casa”, velhos, mendigos e inválidos em grande número, que se apresentavam por apadrinhamento com atestados de pobreza e demoravam nas enfermarias por longo tempo, “como se fossem asilos de indigência”.¹⁶⁰

A ideia corrente na historiografia de que ao hospital da Santa Casa da Misericórdia recorriam predominantemente “pessoas de segunda classe”, sobretudo indigentes e escravos, foi contestada por Maria Renilda Barreto. Em suas pesquisas relativas à primeira metade do Oitocentos, mostrou que a clientela atendida pelo serviço hospital da instituição seguia o perfil social da população urbana de Salvador - de artista a oficial de justiça - predominando europeus com ocupação definida e homens livres - brancos e mestiços - pertencentes a estratos médios da sociedade soteropolitana. As mulheres representavam 25% dos atendimentos no mesmo período e, ao contrário dos homens, prevaleciam as mestiças, residentes na cidade e circunvizinhança, e sem ocupação declarada.¹⁶¹

Em meados do século XIX, oito enfermarias formavam a estrutura do Hospital São Cristóvão: São Fernando, São Francisco, São José, São Vicente e São Cristóvão eram destinadas aos homens; e São João, Assunção 1ª e Assunção 2ª ao público feminino.¹⁶² Além da separação por gênero, havia uma divisão por moléstias contagiosas, embora registros, apresentados tanto por Venétia Rios como encontrados neste estudo, denunciando a promiscuidade entre os doentes com doenças contagiosas sejam abundantes.

Mesmo sem avaliar os registros do funcionamento das atividades didáticas realizadas nesse hospital,¹⁶³ foi possível perceber as queixas sobre os inconvenientes da parceria clínica/didática entre a FMB e a Santa Casa, tanto no aspecto das instalações físicas como nas relações entre as duas instituições. Essa parceria era um tanto complicada, vez que cada instituição lidava com o hospital a partir de interesses distintos: para a Santa Casa de Misericórdia, representava um lugar de assistência social contido num projeto mais amplo de caridade cristã; e para

¹⁶⁰ RIOS, 2001, p. 123

¹⁶¹ BARRETO, Maria Renilda Nery. A Santa Casa da Misericórdia da Bahia e a assistência aos doentes no século XIX. In: SOUZA, Christiane Maria Cruz de; BARRETO, Maria Renilda Nery. (Orgs) História da Saúde na Bahia: instituições e patrimônio arquitetônico (1808-1958). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz / Manole, 2011.

¹⁶² RIOS, op. cit., p. 123

¹⁶³ Nas pesquisas feitas nos acervos dos memoriais da Santa Casa da Misericórdia da Bahia e da Faculdade de Medicina não foram encontrados registros de atendimento no Hospital da Santa Casa.

a faculdade de medicina, tratava-se de um espaço voltado para a formação profissional e exercício da ciência. Para os objetivos da medicina, as instalações nosocomial estavam longe de satisfazer as exigências, os professores se queixavam das acomodações, ventilação das enfermarias, rotina hospitalar, intransigência da diretoria do hospital contra os serviços da faculdade, e, em alguma medida, oposição à realização de melhoramentos dos serviços pelos médicos.¹⁶⁴

A tensão entre a Santa Casa e os médicos pelo controle do espaço nosocomial não foi privilégio de Salvador. Gisele Sanglard detectou o mesmo embate no Rio de Janeiro já em meados do século XIX, apontando a submissão dos médicos às regras de funcionamento imposto pela irmandade e a circulação de estudantes no hospital como causas de desentendimentos recorrentes. Outra questão dizia respeito aos conflitos envolvendo gestores leigos e religiosos, que poderia ser entre médicos e freiras, no tocante aos cuidados dispensados aos enfermos, ou entre médicos e administradores a respeito da função e do papel do hospital. Para Porto Alegre, Beatriz Weber identificou cenário semelhante no final do século XIX.¹⁶⁵

Os serviços hospitalares da Santa Casa de São Paulo apresentaram um cenário diferenciado das capitais aqui abordadas. Em 1885, foi inaugurado um novo hospital vinculado à irmandade da capital paulista, o Hospital Central, e logo na década seguinte iniciou-se um processo de modernização, não apenas em sua estrutura interna, mas no *modus operandi* da gestão. A criação do cargo de médico diretor, em 1891, e um regulamento, criado em 1894, que procurava dar um formato mais definido para as funções médicas e amplos poderes ao diretor médico certamente foi decisivo para que os serviços hospitalares se distanciassem de uma perspectiva caritativa que marcava as irmandades de outras capitais. Assim, o hospital passou cada vez mais a cumprir o papel de prestador de serviços tanto para

¹⁶⁴ Em diversos relatórios (1886 a 1909) sobre reforma no hospital essas queixas aparecem.

¹⁶⁵ SANGLARD, Gisele. A construção dos espaços de cura no Brasil: entre a caridade e a medicalização, *Revista Esboço*, N. 16, UFSC, p. 11-33; WEBER, Beatriz Teixeira. *As artes de curar: medicina, religião, magia e positivismo na República Rio-Grandense (1889-1928)*. Santa Maria/Bauru: Editora UFSM/EDUSC, 1999.

o estado como para instituições particulares, dotando sua dinâmica sintonizada com as necessidades da população.¹⁶⁶

Para a Bahia, uma ação significativa para transformar as dependências da misericórdia em espaço médico-didático foi a retomada da construção de um novo hospital da Santa Casa, cuja pedra (re) inaugural foi fixada no bairro de Nazaré, em 1884.¹⁶⁷ Ainda que o esforço da Santa Casa em construir um novo hospital de caridade independesse dos anseios clínicos didáticos da faculdade, esta foi convidada a formar uma comissão para apresentar um plano para que o hospital fosse edificado à luz das orientações higienistas. Segundo o plano, que atendia o sistema de técnica hospitalar recomendado à época -o de pavilhões isolados, sem nenhuma comunicação interna entre eles para preservar as atmosferas- o hospital deveria conter seis pavilhões, três de cada lado, ligados por uma varanda coberta, situados no fundo e paralelamente ao corpo principal do edifício (distante deste onze metros do primeiro pavilhão). A partir dessa construção, os outros espaços deveriam ganhar forma respeitando as disposições e distâncias calculadas a permitir a ventilação das enfermarias.¹⁶⁸

Até que esse novo espaço fosse disponibilizado, o que ocorreu somente em 1893, as crianças que eram atendidas no hospital ocupavam leitos em enfermarias com adultos, em condições insalubres, e acomodadas promiscuamente, sem se levar em consideração as doenças que acometiam os internos no mesmo cômodo. Além disso, os poucos leitos disponíveis limitavam a oferta de casos clínicos diversificados para estudo. Assim, o espaço didático de ensino que a pediatria dispunha até 1893 não atendia os requisitos solicitados pelos regulamentos que sucederam a lei de 1882.

¹⁶⁶ A partir dos primeiros anos do século XX, o hospital passa a palco de diversas atividades científicas, além do impulso ao ensino livre da medicina, e somente a partir de 1913 São Paulo terá um ensino médico oficial, com a fundação de uma faculdade. SILVA, Márcia Regina Barros da. O Laboratório e a República: saúde pública, ensino médico e produção de conhecimento em São Paulo (1891-1933). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014.

¹⁶⁷ As obras de construção de um novo hospital foram iniciadas em 1833, mas suspensas em 1840 por falta de recursos. E retomada em dezembro de 1884. O novo hospital, que passou a se chamar Santa Isabel, foi disponibilizado para transferência dos doentes em 15 de Julho de 1893, sendo sua cerimônia de inauguração em 30 do mesmo mês. (HOSPITAL SANTA ISABEL. Comemorando meio século 1893-1943. Bahia: Imprensa Vitória, 1943. p. 12-15)

¹⁶⁸ NOVO HOSPITAL DA MISERICÓRDIA (O). Gazeta Médica da Bahia, Salvador, N.8, Fevereiro de 1886.

A partir dos primeiros anos do século XX que é possível perceber um avanço nas reformas estruturais da FMB. Em 1902, foram projetadas novas bases para a reforma do ensino clínico. Nesta primeira fase, construíram-se dois pavilhões laterais no hospital Santa Isabel, um masculino e outro feminino. Neste, destinou-se uma enfermaria de partos, servindo provisoriamente de maternidade¹⁶⁹ e uma sala de operações assépticas e seus acessórios, com o respectivo anfiteatro para os alunos, e quatro gabinetes de clínicas, sendo um para cada uma das clínicas cirúrgicas, um para a clínica obstétrica e ginecológica e um para a clínica pediátrica. No pavimento masculino, construiu-se uma enfermaria e quatro outros gabinetes para as clínicas médicas, oftalmológica e dermatossifiligráfica.¹⁷⁰

Como se percebe, a FMB estava empenhada em transformar o hospital da Santa Casa em espaço médico-didático. Para completar o intento, a instituição de ensino firmou um acordo com a instituição caritativa com vistas a regulamentar o funcionamento do ensino médico: o documento foi assinado em 23 de junho de 1903. À Santa Casa de Misericórdia competia emprestar as enfermarias do hospital Santa Isabel, fornecendo medicamentos, dieta e enfermeiros necessários aos serviços dos médicos professores. Os médicos (lentes, substitutos, assistentes e internos) seriam fornecidos pela faculdade, assim como o instrumental médico cirúrgico. À medida que fossem vagando os facultativos do hospital, estes seriam substituídos por serviços clínicos da faculdade. A expectativa era que deixasse de existir no hospital médicos que não fossem lentes da instituição de ensino. Nos meses de férias (janeiro e fevereiro) a Santa Casa remuneraria os médicos pelos serviços prestados ao hospital. O médico diretor da instituição nosocomial seria nomeado exclusivamente pela Santa Casa, que exerceria a tarefa de fiscalizar todo o serviço clínico.¹⁷¹

Entre 1903 e 1906 foram instalados no Hospital Santa Isabel os projetos para o ensino clínico planejado em 6 de outubro de 1902: Instituto Clínico, pavilhão de operações assépticas, atelier fotográfico, instalações de hidroterapia, hidro eletroterapia, eletroterapia e radiologia em todos os seus ramos. O Instituto Clínico, “aspiração máxima para o futuro do respectivo ensino”, abrigou nove salas para

¹⁶⁹ Até que fosse construído o edifício próprio que já estava projetado para um terreno próximo ao hospital, comprado pela Santa Casa com recursos próprios e ajuda do governo federal.

¹⁷⁰ ENSINO na Faculdade de Medicina da Bahia (O). Revista dos Cursos da Faculdade de Medicina da Bahia. Bahia: Typ. Bahiana de Cincinato Melchiades, 1904.

¹⁷¹ ENSINO na Faculdade de Medicina da Bahia (O). Revista dos Cursos da Faculdade de Medicina da Bahia. Bahia: Typ. Bahiana de Cincinato Melchiades, 1904.

gabinetes das clínicas, sendo quatro no andar térreo e cinco no andar superior. Com exceção da clínica obstétrica, que funcionava na maternidade Climério de Oliveira, cada lente de clínica passou a ter seu gabinete de pesquisa.¹⁷²

Enfim, em meados de 1909 os laboratórios e as clínicas passaram a funcionar em acomodações próprias (até então alguns serviços compartilhavam espaços e equipamentos), atendendo aos planos dos docentes e alcançando sua instalação definitiva. Novos laboratórios foram inaugurados – História natural, Química médica, Medicina legal, Anatomia patológica e Bacteriologia – e outros foram reformados – Fisiologia, Terapêutica e Farmacologia.¹⁷³

¹⁷² ENSINO na Faculdade de Medicina da Bahia (O). Revista dos Cursos da Faculdade de Medicina da Bahia. Bahia: Typ. Bahiana de Cincinato Melchiades, 1904.; REUNIÕES da Congregação da Faculdade de Medicina da Bahia e suas deliberações no ao de 1904. Revista dos Cursos da Faculdade de Medicina da Bahia. Bahia: Typ. Bahiana de Cincinato Melchiades, 1905; DESENVOLVIMENTO do ensino em 1907. Revista dos Cursos da Faculdade de Medicina da Bahia. Bahia: Typ. Bahiana de Cincinato Melchiades, 1908.

¹⁷³ DESENVOLVIMENTO do ensino. Revista dos Cursos da Faculdade de Medicina da Bahia. Bahia: Typ. Bahiana de Cincinato Melchiades, 1910 (Tomos 7 e 8)



Fig. 10 – Desenho do atelier fotográfico construído no Hospital Santa Isabel

Fonte: Revista dos Cursos da Faculdade de Medicina da Bahia. Bahia: Typ. Bahiana de Cincinato Melchiades, 1904 (Tomo 2)



Fig. 11 – Desenho da fachada do Instituto Clínico construído no Hospital Santa Isabel
Fonte: Revista dos Cursos da Faculdade de Medicina da Bahia. Bahia: Typ. Bahiana de Cincinato Melchiades, 1904 (Tomo 2)

No decorrer dessa década, a publicação da Revista dos Cursos, em 1904, foi de extrema relevância. Criada pelo regimento de 1884, só conseguiu se materializar vinte anos depois.¹⁷⁴ O primeiro material reunido para publicação na revista foi organizado pela comissão de redação eleita pela congregação para o ano de 1902. Um dos membros da comissão relatou que desde que a lei foi sancionada, a cada ano, regularmente, uma comissão foi eleita para tal fim. As redações dos anos de 1902 e 1903 foram publicadas em 1904, e assim, com pelo menos um ano de atraso, a revista foi publicada até o ano de 1913. As matérias publicadas nos dois primeiros números referiam-se somente ao desenvolvimento do ensino, principalmente em relação às reformas que a instituição estava passando. Os seguintes, até o penúltimo número, trouxeram artigos divulgando pesquisas originais de professores da faculdade.¹⁷⁵

Ainda que pudessem dispor de estrutura física e instrumentos, o ensino das clínicas especiais, entre elas a pediatria, ressentia-se de valorização na matriz curricular do curso médico, vez que, enquanto complementares, possuíam exigências diferenciadas em relação aos exames que os estudantes deveriam prestar. O regulamento de 1893 retirou a obrigatoriedade de exames em todas as clínicas especiais e o de 1901 facultou aos estudantes a escolha de uma delas para os exames no quinto e sexto ano da formação médica, embora exigisse frequência integral às aulas.

A implementação das clínicas especiais na FMB ficaram, de modo geral, condicionadas à reforma do ensino médico que primava pela medicina prática. No caso da clínica pediátrica, a efetivação do ensino prático demandou, além de uma infraestrutura oficial compatível, de projetos materializados pelos professores da cátedra, mas a mudança de mentalidade do corpo docente e estudantes para a produção de trabalhos científicos na área não ocorreu sincronicamente, conforme se verá ao longo do capítulo.

¹⁷⁴ A Revista dos Cursos da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro publicou seu primeiro número em dezembro de 1884. (NOTICIÁRIO, Brasil Medico, Rio de Janeiro, fevereiro de 1885, p. 100)

¹⁷⁵ A revista publicada em 1913, relativas aos anos de 1911 e 1912, teve uma organização diferenciada e seria a primeira a divulgar trabalhos em pediatria, conforme se verá no capítulo seguinte.

2.2 A cátedra de Pediatria da Faculdade de Medicina da Bahia

Frederico de Castro Rebello,¹⁷⁶ professor concursado da cátedra de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da Bahia-FMB, enviou em 1883 uma solicitação ao Ministério dos Negócios do Império oferecendo-se para reger interna e gratuitamente o ensino de pediatria na FMB, uma vez que até aquele momento não havia sido autorizado concurso para provimento da 'Clínica de moléstias médicas e cirúrgicas de crianças'.¹⁷⁷ À Congregação da instituição, o médico dispôs-se a instruir os alunos no Hospital São Cristóvão (Santa Casa de Misericórdia) enquanto não fosse preenchida a cátedra respectiva.¹⁷⁸

A provedoria da Santa Casa emitiu o parecer favorável a Frederico de Castro Rebello em 30 de março de 1885, designando seis leitos para que o professor dirigisse o ensino prático relativo às moléstias da infância. Pesou a favor do requerente o fato do serviço não ter ônus contratuais para o hospital, o caráter especial da medicina infantil e, ainda, segundo o mesmo provedor, o fato de se tratar de um ramo a que o médico vinha se dedicando desde o início da carreira.¹⁷⁹

Se os registros históricos disponíveis não esclarecem a relação que Castro Rebello possuía com a medicina infantil a ponto de tal oferta, sua conquista remete a duas reflexões: um prestígio político que ele pudesse ter e a inserção que o governo imperial possuía sobre as faculdades de medicina. Quanto à primeira, as fontes apontaram que a família Castro Rebello estava muito bem representada na FMB e constava em diversas listas de beneméritos da cidade, embora registros de patrimônio não tenham sido encontrados.¹⁸⁰ Quanto ao segundo aspecto, não

¹⁷⁶ Frederico de Castro Rebello (1855-1928). Doutorou-se em 1878 na Faculdade de Medicina da Bahia. Em 1882 tornou-se assistente da 1ª Cadeira de Clínica Interna e no ano seguinte, por concurso, assumiu como adjunto a Clínica Médica. Entre 1884 e 1914 lecionou na cátedra de Pediatria, quando se aposentou. (OLIVEIRA, Eduardo de Sá. Memória histórica da Faculdade de Medicina da Bahia concernente ao ano de 1942. Salvador: Centro Editorial e Didático da UFBA, 1992. p. 297-298)

¹⁷⁷ Livro de Atas das Sessões da Congregação da Faculdade de Medicina da Bahia 1882-1888 (Sessão de 01 de março de 1883)

¹⁷⁸ Livro de Atas das Sessões da Congregação da Faculdade de Medicina da Bahia 1882-1888 (Sessão de 16 de abril de 1885)

¹⁷⁹ Relatório apresentado à Mesa e Junta da Casa da Santa Misericórdia da capital da Bahia pelo provedor Conde de Pereira Marinho por ocasião da posse em 2 de julho de 1885. Bahia: Litho-Typografia de João Gonçalves Tourinho, 1885

¹⁸⁰ Pesquisas feitas nos inventários do médico e de parentes próximos não acusam bens. Frederico ao morrer nada deixou à sua esposa e filhas.

faltavam queixas acerca da falta de autonomia das faculdades de medicina frente o governo imperial.

Conforme já mencionado, a autorização de concurso para a cátedra de pediatria ocorreu em dezembro de 1887.¹⁸¹ Frederico de Castro Rebello conseguiu a vaga defendendo a tese 'Relações entre siphilis hereditária e o rachitismo'.¹⁸² Este trabalho apresentou por objetivo discutir uma doutrina, que "no domínio da especialidade tem-se ultimamente discutido", que afirmava ser a sífilis hereditária o único fator etiológico do raquitismo. A discussão das questões foram feitas à luz da teoria de Parrot.¹⁸³ Seu intento era submeter a doutrina formulada pelo professor francês a exame escrupuloso. E cumpriu seu objetivo. O que foi apresentado à banca foi um trabalho teórico, de análise do percurso investigativo do especialista, sem, contudo, apresentar um diálogo com outras produções sobre o tema, nem apresentar observações próprias.¹⁸⁴

Pouco se sabe a respeito da trajetória acadêmica de Castro Rebello. Além de uma viagem feita à Europa em 1893,¹⁸⁵ em que representava a instituição, não consta que tenha se dedicado a quaisquer projetos de pesquisa. Não deixou trabalhos publicados, além da tese inaugural e de concursos na faculdade. Quanto às teses doutorais defendidas com temáticas pertinentes ao ensino de pediatria, apenas uma fez menção a um procedimento adotado pelo professor em atividade docente.

Enquanto catedrático, competia-lhe conduzir o ensino de sua clínica, sendo livre na escolha das obras que deveria nortear suas preleções, assim como deveria coordenar e acompanhar as aulas práticas, juntamente com um professor substituto,

¹⁸¹ Livro de Atas da Congregação da Faculdade de Medicina da Bahia 1882-1888 (Sessão de 01 de Março de 1888)

¹⁸² RABELLO, Frederico de Castro. Relações entre siphilis hereditária e o rachitismo. Tese de concurso à cadeira de Clínica médica e cirúrgica de crianças. Bahia: Imprensa econômica, 1887.

¹⁸³ Os estudos de Jules Parrot (1829-1883) sobre a sífilis hereditária iniciou com investigações nas alterações ósseas, cujo primeiro trabalho publicado foi 1872, com o título 'Sobre uma pseudo-paralisia causada por uma alteração do sistema ósseo nos recém-nascidos de sífilis hereditária'. Daí em diante este foi o assunto principal em seus estudos, e desde então passou a ser referência no tema. (BIO-BIBLIOGRAFIA. Brasil Médico, Rio de Janeiro, Fevereiro de 1885, pp 74-81)

¹⁸⁴ Esta tese foi citada no artigo: COSTA, Carlos. Da sífilis infantil no Brasil, suas relações com o raquitismo e a escrofulose (continuação). Brasil Médico, Rio de Janeiro, 22 de Dezembro de 1889, n. 47, p. 370.

¹⁸⁵ Frederico de Castro Rebello foi escolhido pela Congregação para fazer investigações científicas e observações práticas e estudar os melhores métodos do ensino e matérias das cadeiras. Livro de Atas da Congregação da Faculdade de Medicina da Bahia 1890-1903 (Sessão de 11 de Dezembro de 1893)

assistentes e internos. Os serviços do ensino da clínica pediátrica ficavam sob sua responsabilidade.

Além do catedrático, uma equipe compunha o ensino de pediatria. O professor substituto, além de assumir o lugar do catedrático quando necessário (em aulas teóricas ou práticas), possuía a incumbência de ministrar cursos complementares. Deveria acompanhá-lo, principalmente nas atividades das enfermarias, orientando os graduandos na observação e estudos das moléstias. Joaquim Matheus dos Santos¹⁸⁶ foi o primeiro substituto da cátedra de Clínica Pediátrica, sendo transferido, a pedido, para a 5ª seção (Medicina Legal e Higiene), por decreto de 28 de março de 1895. No mesmo ano, em agosto, Alfredo Ferreira de Magalhães¹⁸⁷ prestou concurso e foi aprovado para a vaga, onde permaneceu até 1910.

A relação de Joaquim Matheus dos Santos com a pediatria foi rápida, ainda que não restrita ao cargo de professor substituto da cátedra de Clínica Pediátrica. No percurso de seis anos, atuou em clínica particular como especialista em medicina infantil e outras especialidades, mas não esteve envolvido em estudos em pediatria, assim como não publicou trabalhos na área. Tão logo mudou de cátedra, porém, ainda como substituto, publicou trabalhos no Brasil Médico.

Alfredo Ferreira de Magalhães prestou concurso defendendo a tese 'Da alimentação das crianças em geral e sob o ponto de vista da higiene e da clínica.'¹⁸⁸ A escolha do tema foi justificada pelo desejo de tratar de um assunto de utilidade pública, entre os profissionais e para a população em geral.

^{1º} porque, além de que para o profissional não há assunto que deixe de ter utilidade, este, como todos os que se relacionam com a grande ciência que ensina a prevenir para não ter que curar – a higiene, - deve prender-lhe

¹⁸⁶ Joaquim Mateus dos Santos (1865-1903). Doutorou-se pela Faculdade de Medicina da Bahia em 1886. Em 1895, deixou a cátedra de pediatria, transferindo-se para a Seção de Higiene e Medicina Legal, ali permanecendo até 1899, quando passou a catedrático de Higiene. A partir daí, dedicou-se à temática da tuberculose, participando do Congresso Internacional da Tuberculose, em Berlim (1899) e no ano seguinte fundou, juntamente com Ramiro de Azevedo e outros, a Liga Baiana contra Tuberculose. (OLIVEIRA, Eduardo de Sá. Memória histórica da Faculdade de Medicina da Bahia concernente ao ano de 1942. Salvador: Centro Editorial e Didático da UFBA, 1992, p. 227-228).

¹⁸⁷ Alfredo Ferreira de Magalhães (1873-1943). Doutorou-se pela Faculdade de Medicina da Bahia em 1891, defendendo a tese 'O hipnotismo e a sugestão suas aplicações à clínica.

¹⁸⁸ MAGALAHÃES, Alfredo Ferreira de. Da alimentação das crianças em geral e sob o ponto de vista da higiene e da clínica. Tese de concurso ao lugar de lente substituto da 9ª seção. Bahia: Imprensa econômica, 1895. Seus concorrentes foram Deolindo Octaviano da Fonseca Galvão e Josino Correia Cotias.

seriamente a atenção a fim de concorrer conscientemente para a conservação d'aquela que é a esperança da família e talvez da pátria; 2º porque para os demais, este assunto é de utilidade prática incontestável e grande.

As mães, zelosas da saúde de seus caros filhinhos, não darão provavelmente o menor contingente de leitores que por ventura possa ter este trabalho.¹⁸⁹

A tese versa sobre a importância da alimentação para a saúde das crianças, sobretudo na primeira infância. Nesta fase da vida da criança, o aleitamento natural, de preferência da mãe, seria o mais indicado, e em caso da impossibilidade atentar para os cuidados devidos na administração de aleitamento artificial. Toda a discussão passou por uma narrativa de aconselhamentos e julgamento moral sob o comportamento materno. Trata-se de trabalho teórico e pautado numa agenda da higiene.

Durante todo o tempo em que Alfredo de Magalhães esteve como substituto da cátedra de pediatria direcionou suas publicações sobre a infância nesta linha, publicando muitos artigos em jornais de ampla circulação na cidade, divulgando suas ideias sociais sobre a infância.¹⁹⁰ Entre 1895 e 1910 o professor substituto não publicou trabalhos científicos e, assim como Castro Rebello, não divulgou pesquisas na área de pediatria.

Pelo menos três assistentes auxiliaram o ensino prático de pediatria entre os anos de 1891 (quando o cargo foi criado) e 1910: Henrique Autran,¹⁹¹ Glafira Corina de Araújo¹⁹² e Frederico Castro de Rebello Koch.¹⁹³ O cargo de assistente era preenchido por indicação do catedrático, sendo sua atuação restrita ao auxílio nas

¹⁸⁹ MAGALAHÃES, 1985.

¹⁹⁰ Nenhum trabalho científico publicado neste período 1895-1910. As muitas publicações versavam sobre a infância, mas na perspectiva da assistência social.

¹⁹¹ Henrique Autran da Matta e Albuquerque (1869-1927). Doutorou-se pela Faculdade de Medicina da Bahia em 1890 defendendo a tese 'Amiotrofias de origem periférica'. Mudou-se para o Rio de Janeiro poucos anos depois, onde desenvolveu estudos sobre diferentes doenças, a exemplo da febre amarela e tuberculose. Em 1922, ocupava a chefia do Serviço de Propaganda e Educação Sanitária do Departamento Nacional de Saúde Pública. André de Faria Pereira Neto o classificou como Higienista. (PEREIRA NETO, André de Faria. Ser Médico no Brasil: o passado no presente. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001. P. 162-163)

¹⁹² Glafira Corina de Araújo (?). Doutorou-se em 1892 pela Faculdade de Medicina da Bahia, defendendo a tese 'Hemorragias puerperais'. (no mesmo ano tinha obtido o título de farmacêutica)

¹⁹³ Frederico de Castro Rebello Koch (1880-1919). Doutorou-se pela Faculdade de Medicina da Bahia em 1900, com a tese 'Abscessos do fígado e seu tratamento cirúrgico'. Interno da cadeira de Clínica Pediátrica (1898); Assistente cadeira de Clínica Pediátrica (1901-1910); Professor extraordinário de Terapêutica (1911-1915); Professor substituto de Terapêutica (1915-1917); Professor catedrático de Farmacologia (1917-1919). Quando colou grau em medicina já tinha obtido o título de farmacêutico. (OLIVEIRA, 1992, p. 267-268). Era sobrinho de Frederico de Castro Rebello.

aulas práticas. O assistente não substituía o catedrático em sua função docente. Competia ao mesmo: visitar as enfermarias diariamente antes da chegada do professor (e quando o mesmo solicitasse); fazer os registros das observações clínicas; orientar os alunos nos exames práticos; e, na ausência do catedrático (e se este solicitasse), praticar procedimentos médicos ou cirúrgicos. Considerando os registros encontrados, as relações que Henrique Autran e Glafira Corina estabeleceram com a pediatria ficaram restritas a essas experiências.

Antigo interno da cátedra de Pediatria, Henrique Autran foi convidado pelo professor titular para ser seu assistente em 1891. Preocupado com a instabilidade profissional, relatou ele, mudou-se para o Rio de Janeiro e, através de um amigo, entrou em contato com o professor de Pediatria da faculdade de medicina para uma transferência, o que não deu certo.¹⁹⁴ Não foi possível saber o ano em que o assistente deixou a clínica pediátrica na Bahia e foi tentar a sorte na capital, mas a partir de 1897 vários artigos seus podem ser encontrados no *Brasil Médico*, apresentando estudos realizados naquela cidade. Seus relatos e sua trajetória profissional permitem afirmar que sua experiência com a pediatria ficou restrita à sua terra natal.

A informação sobre Glafira Corina de Araújo como assistente da cátedra de Pediatria foi encontrada por Cristina Maria Mascarenhas Fortuna.¹⁹⁵ Seu nome, porém, não consta em quaisquer registros sobre a pediatria do período. Em 1898, Pelayo Serrano, em texto que discorria sobre o acesso feminino ao ensino superior e às profissões liberais no país, fez referência à trajetória de Glafira, lembrando, entre outros feitos, de um concurso que prestou para uma vaga de substituta na FMB, mas não mencionou a cátedra.¹⁹⁶ Iole Macedo Vanin, pesquisando as mulheres formadas nesta instituição entre 1879 e 1949, afirmou não ter encontrado informações que confirmassem esse concurso.¹⁹⁷ Neste mesmo estudo, a trajetória

¹⁹⁴ AUTRAN, Henrique. As surpresas da clínica. *Brasil Médico*, Rio de Janeiro, N. 9, 03 de Março de 1928.

¹⁹⁵ FORTUNA, Cristina Maria Mascarenhas. *Memórias históricas da Faculdade de Medicina da Bahia relativas aos anos de 1916-1923*. Salvador: Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA, 2010. p. 92

¹⁹⁶ VANIN, Iole Macedo. *As damas de branco na biomedicina baiana (1879-1949): médicas, farmacêuticas e odontólogas*. Salvador. FFCH/UFBA (Tese de Doutorado), 2008.p. 258

¹⁹⁷ *Ibid.*.p. 258

profissional de Glafira foi revelada, tendo sido a única médica a anunciar sua clínica particular no século XIX, em 1893, mas na área de obstetrícia.¹⁹⁸

Além de Glafira Corina de Araújo, somente mais duas mulheres apareceram no cenário da pediatria baiana até o ano de 1937. Havia, visivelmente, uma exclusão das mulheres dos espaços formais de produção do conhecimento, assim como uma invisibilidade de suas trajetórias nas narrativas contemporâneas. Iole Macedo Vanin discute, através das estudantes da Faculdade de Medicina da Bahia, a exclusão feminina na medicina moderna (biomedicina), e num retrospecto histórico, chegou à conclusão de que

a exclusão das mulheres dos espaços de construção das ciências, formal e informal, ocorreu por uma questão de manutenção de acesso ao poder, apoiado pela visão escolástica acerca da mulher e, depois, porque as ciências da saúde, assim como as ciências jurídicas, eram responsáveis pela formação da burocracia, peça fundamental da administração diária da máquina estatal, e, portanto, fonte de poder nas relações sociais e políticas.¹⁹⁹

A medicina moderna, portanto, enquanto estratégia biopolítica, reproduzia as relações estabelecidas no espaço público, historicamente construído como ‘universo’ masculino. Mesmo com a reforma de 1879, que passou a permitir a entrada de mulheres nas faculdades de medicina, até meados do século XX este ainda será dominado por homens.

O assistente seguinte da cátedra de pediatra foi Frederico de Castro Rebello Koch. Doutorou-se em 1900 e iniciou seu trabalho como assistente no ano seguinte, permanecendo até 1910. Dos três assistentes, foi o único a atuar na área sistematicamente durante todo o período em tela. O contato íntimo com a cátedra, porém, foi anterior, quando esteve na condição de interno, cujo acesso se dava por concurso. Além das atribuições docentes, exercia a pediatria clinicamente: anunciou, em 1906, atendimento médico em sua residência, “especialmente cirurgia e moléstias de crianças”.²⁰⁰

¹⁹⁸ VANIN, 2008,p. 243

¹⁹⁹ Ibid.p. 35

²⁰⁰ Jornal de Notícias, 18/04/1906.

ANO	CATEDRÁTICO	SUBSTITUTO	ASSISTENTE
1888	Frederico de Castro Rebello (por concurso)		
1889-1890	Frederico de Castro Rebello	Joaquim Matheus dos Santos	
1891	Frederico de Castro Rebello	Joaquim Matheus dos Santos	Henrique Autran da M. Albuquerque
1892-1894	Frederico de Castro Rebello	Joaquim Matheus dos Santos	
1895	Frederico de Castro Rebello	Alfredo Ferreira de Magalhães (por concurso, em exercício a partir de agosto)	Glafira Corina de Araújo (portaria e posse em 05.03.1895) ²⁰¹
1896-1897	Alfredo Ferreira de Magalhães (interinamente)		
1897 a 1900	Frederico de Castro Rebello	Alfredo Ferreira de Magalhães	
1901 a 1910	Frederico de Castro Rebello	Alfredo Ferreira de Magalhães	Frederico de Castro Rebello Koch

QUADRO 2: Corpo docente da cátedra de pediatria (1888-1910)²⁰²

FONTE: Livros de Atas das Sessões da Congregação da Faculdade de Medicina da Bahia (1883 a 1910); FORTUNA, Cristina Maria Mascarenhas. Memórias históricas da Faculdade de Medicina da Bahia relativas aos anos de 1916-1923. Salvador: Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA, 2010; OLIVEIRA, Eduardo de Sá. Memória histórica da Faculdade de Medicina da Bahia concernente ao ano de 1942. Salvador: Centro Editorial e Didático da UFBA, 1992.

Do corpo docente, Frederico de Castro Rebello, Alfredo Ferreira de Magalhães e Frederico de Castro Rebello Koch exerceram a profissão de médicos pediatras em consultórios privados e reuniram esforços em um projeto institucional filantrópico de assistência à infância, o Instituto de Proteção e Assistência à Infância da Bahia- IPAI/Ba, cujas ações pautavam-se no discurso de combate à mortalidade infantil.

O tema da mortalidade infantil vinha, desde meados do século XIX, a ser encarado pelas sociedades ocidentais como problema social, desencadeando diferentes iniciativas que visavam garantir a sobrevivência das crianças, cujas medidas transitavam das políticas de saneamento público às relacionadas ao exercício da maternidade. Os empreendimentos de proteção à infância, por sua vez, só foram implantados de forma mais expressiva no alvorecer do século XX. Em

²⁰¹ FORTUNA, 2010. p. 92

²⁰² As denominações do corpo docente das clínicas estavam assim definidas: Regulamento de 1884 (Decreto N. 9311, 25 de outubro) - Lente e Adjunto (não havia assistente); Regulamento de 1891 (Decreto N. 1.270, 10 de janeiro) –Lente Catedrático, Substituto e assistente; os Regulamentos de 1893 (Decreto 1.482, de 24 de Julho) e 1901 (Decreto 3.902, 12 de janeiro) mantiveram a nomenclatura do Regulamento de 1891.

todos os projetos, a mortalidade infantil estava associada, em maior ou menor grau, a elementos de ordem demográfica, sanitária, patriótica e ao maternalismo.²⁰³

No que tange ao Brasil, Gisele Sanglard e Luiz Otávio Ferreira ressaltaram a importância que a filantropia, em que pediatras protagonizaram, teve na implantação de diversificados projetos que focavam o combate à mortalidade infantil. No rol de atividades, destaque para a criação de instituições especializadas, de assistência social e médica, e apoio às iniciativas relacionadas à saúde pública. Instituições estas que foram importantes por estabelecer a pediatria e puericultura como áreas especializadas em medicina infantil. E para o contexto do Rio de Janeiro, os autores defendem a relação “umbilical” entre as instituições filantrópicas de assistência à infância e a institucionalização da pediatria.²⁰⁴ Ainda segundo os autores,

as ações científicas foram motivadas, em última instância, pela ideia de que a ausência de políticas públicas que visassem corrigir os “maus hábitos” típicos da cultura das famílias (sobretudo das famílias do vasto setor das classes trabalhadoras urbanas) e as práticas pré-científicas vigentes nas instituições escolares, hospitalares, asilares e correccionais condenavam a infância brasileiras à doença. E, no tempo em que o liberalismo ainda dominava as práticas de assistências, o concurso da filantropia tornou-se fundamental para que as ideias defendidas por esses médicos fossem postas em prática.²⁰⁵

Nos últimos anos, os estudos que demarcam a importância da filantropia no final do século XIX e primeiras décadas do século XX vêm crescendo no Brasil. Gisele Sanglard,²⁰⁶ Luiz Otávio Ferreira,²⁰⁷ Martha Freire,²⁰⁸ Lidiane Ribeiro,²⁰⁹ Ricardo dos Santos Batista²¹⁰ e Maria Elisa Lemos Nunes da Silva²¹¹ vêm discutindo

²⁰³ FREIRE; LEONY, 2011.

²⁰⁴ SANGLARD; FERREIRA, 2010.

²⁰⁵ Ibid., p. 458

²⁰⁶ SANGLARD, Gisele. Entre os salões e o laboratório: filantropia, mecenato e práticas científicas – Rio de Janeiro, 1920-1940. Tese de Doutorado. Casa de Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2005. E outros artigos citados ao longo deste trabalho.

²⁰⁷ FERREIRA, Luiz Otávio; FREIRE, Maria Martha de Luna. Medicina, filantropia e infância na Bahia: um hospital para crianças (1920-1930). In: SOUZA; BARRETO, 2011.

²⁰⁸ FREIRE, Maria Martha de Luna. Salvando o esteio da nação: Moncorvo Filho e o Instituto de Proteção e Assistência à Infância do Rio de Janeiro. In: SANGLARD, Gisele (Org.) Amamentação e políticas para a infância no Brasil: a atuação de Fernandes Figueira, 1902-1928. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2016. E outros citados ao longo deste trabalho.

²⁰⁹ RIBEIRO, 2011.

²¹⁰ BATISTA, Ricardo dos Santos. Como se saneia a Bahia: a sífilis e um projeto político-sanitário nacional em tempos de federalismo. Tese (doutorado). Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Salvador, 2015.

²¹¹ SILVA, Maria Elisa Nunes Lemos da. Do “centro” para o “mundo”: a trajetória do médico José Silveira na luta contra a tuberculose. Tese (doutorado). Universidade Federal de Pernambuco-CFCH, 2009.

as ações de enfrentamento à pobreza e à doença, e sua transformação em questão social, dando enfoque, central ou tangencial, à filantropia, principalmente no que se refere a seus agentes, suas instituições e sua relação com o poder público. Nestes estudos, a filantropia é entendida como ação assistencial que se difere da caridade por destituir a noção de piedade, incorporando a ideia da utilidade social. “Enquanto a caridade reflete o temor a Deus e uma atitude de resignação ante a pobreza – ou, dito de outra forma, enquanto a caridade sempre se pautou por minimizar o sofrimento alheio-, a filantropia, uma virtude laicizada, é uma ação continuada, refletida e não mais isolada.”²¹² Assim, a filantropia pautava-se em proposições sociais, paliativas e preventivas, que visavam atenuar a pobreza e a doença (entendidas como sinônimos pelas elites), e através de “um discurso moral, social e patriótico” passaria “a exercer papel moralizador das classes populares.”²¹³ Importante destacar que a disseminação de ações filantrópicas no Brasil não era um fenômeno isolado. As sociedades ocidentais como um todo compartilhavam essas ideias contemporaneamente. Estes mesmos autores vão apontar exemplos, sobretudo franceses, de médicos e suas atuações em instituições filantrópicas.²¹⁴

O Instituto de Proteção e Assistência à Infância do Rio de Janeiro, criado por Arthur Moncorvo de Figueiredo Filho em 24 de março de 1899,²¹⁵ é trazido pela historiografia como a primeira instituição filantrópica no Brasil totalmente voltada às questões da infância.²¹⁶

O IPAI não se reduzia a apenas mais uma entidade assistencial de proteção às crianças, mas constituía a materialização de um novo modelo ideológico e institucional de proteção à criança. O que Moncorvo propugnava era a implantação de um amplo sistema de higienização da infância, operado por instituições filantrópicas de base científica e protagonizado por médicos. Ele esperava ainda que o Estado encampasse esse modelo, assumindo o papel de coordenador e ordenador do sistema²¹⁷

O Instituto de Proteção e Assistência à Infância da Bahia-IPAI/Ba foi uma congênere do Instituto de Proteção e Assistência à Infância do Rio de Janeiro, refletindo, assim, o contexto de formação de uma rede de proteção social à infância

²¹² SANGLARD, Gisele; GIL, Caroline Amorim. Assistência à Infância: filantropia e combate à mortalidade infantil no Rio de Janeiro (1889-1929), Revista da ABPN, v. 6, n. 14, jul.-out. 2014, p. 69.

²¹³ Ibid., p. 69.

²¹⁴ Importante sinalizar que as instituições filantrópicas não substituíram as de caráter caritativo. As instituições filantrópicas ficaram restritas às principais capitais do país, e mesmo aí elas não abrangiam as demandas sociais. As ações caritativas das Santas Casas de Misericórdia, por exemplo, sempre foram atuantes, não sendo ofuscadas pelas instituições filantrópicas.

²¹⁵ Sua inauguração ocorreu em 14 de julho de 1901.

²¹⁶ Ver LEVY, 1996; FREIRE; LEONY, 2011.

²¹⁷ FREIRE, 2016. p. 84.

articulada nacionalmente. Essas instituições se sobressaíram por apresentarem um modelo pautado em referências científicas, amalgamando ideologia higienista e a filantrópica. Como projeto médico-social, reuniram em prol da causa da infância a elite profissional e intelectual que forjaram saberes difundidos pelas áreas médicas, pedagógicas e jurídicas sobre a criança, articulados ao ideal de modernização do país. A preocupação com a infância e sua construção enquanto ser social, cujo futuro dependeria o desenvolvimento da nação, por sua vez, estava antenado aos debates suscitados no mundo ocidental.²¹⁸

O IPAI/Ba originou-se de um apelo feito pelo médico Joaquim Augusto Tanajura, egresso da FMB em 1900, que publicou entre os meses de março e abril de 1903 no 'Diário da Bahia' uma série de artigos sobre a mortalidade infantil no estado, dissecando sua tese doutoral intitulada 'Letalidade Infantil e suas causas.'²¹⁹ Segundo conta o professor Alfredo de Magalhães, Tanajura o citou nominalmente na publicação de 30 de março sugerindo que o pediatra criasse em Salvador uma instituição de assistência à infância aos moldes da fundada por Moncorvo Filho no Rio de Janeiro. Assim que leu o artigo, propagava ele, respondeu à Tanajura assegurando a solidariedade à causa.²²⁰

Em 14 de junho de 1903, os professores de pediatria da FMB reuniram-se com outros para assentar a fundação do instituto, estabelecendo duas comissões: uma para promover os meios de instalação e outra para elaborar seu estatuto. Em 15 de agosto, o Estatuto foi apresentado e posto em discussão, saindo desse encontro sua redação final, assim como sua primeira Junta Administrativa. Em 08 de setembro foi fundado e em 11 de outubro de 1903 foram inauguradas as instalações da nova instituição de assistência à infância de Salvador, assim como empossada a primeira Junta Administrativa.

Entre os nomes da primeira Junta Administrativa do IPAI/Ba estavam os dois professores e o assistente de pediatria da FMB: Frederico de Castro Rebello, como diretor, Alfredo Ferreira de Magalhães, como sub-diretor, e Frederico de Castro Rebello Koch, como relator da comissão para angariar donativos. Entre outros, compunha a administração também o médico Joaquim Augusto Tanajura, que estava como relator da comissão de auxílios oficiais. No biênio seguinte, 1905-1907,

²¹⁸ FREIRE; LEONY, 2011.

²¹⁹ Defendida em 1900 no âmbito da cátedra de Higiene.

²²⁰ MAGALHÃES, Alfredo F. Álbum histórico do Instituto de Proteção e Assistência à Infância da Bahia. Bahia: Estabelecimento dos Dois Mundos, 1920.

Tanajura foi substituído. Inicialmente, a hierarquia administrativa do instituto seguiu a ordem de poder da cátedra. Nos biênios 1907-1909 e 1909-1911 Alfredo de Magalhães assumiu a Diretoria Médica. O Estatuto foi reformado em 1907 e registrado em 20 de março de 1911.²²¹

Lidiane Ribeiro²²² assegura que Tanajura se referiu aos dois professores no apelo feito nos jornais,²²³ mas nas inúmeras vezes em que Alfredo de Magalhães relatou a origem da instituição filantrópica omitiu o fato de Frederico Rebello ter sido citado também. Pelas falas do primeiro - em discursos, relatórios, entrevistas - o nome do titular da cátedra nunca foi pronunciado, embora constasse nos registros oficiais da instituição como um dos fundadores e diretor de duas juntas administrativas. O único registro encontrado em que um tenha feito referência ao outro foi na moção de pesar pelo falecimento de Frederico Rebello.

No IPAI/Ba a criação de um dispensário para o tratamento das doenças infantis tornou-se um compromisso. Inaugurado em 1904,²²⁴ o dispensário infantil foi a primeira experiência em Salvador das policlínicas - que tinham marcado a efetivação do primeiro ensino de pediatria do Rio de Janeiro em 1882 – prestando atendimento médico gratuito à população carente, funcionando como o “carro-chefe”

²²¹ “O Instituto de Proteção e Assistência à Infância da Bahia é uma associação filantrópica que estabeleceu uma sede na cidade do Salvador” (Art. 1º). Como instituição de assistência, apresentou como finalidades, nesta ordem: proteção às crianças pobres, doentes, defeituosos, maltratadas, moralmente abandonadas; cuidados à lactação na classe pobre, especialmente a mercenária; investigação sobre as condições em que vivem as crianças pobres no quesito alimentação, vestuário, habitação, educação etc. para proporcionar-lhe proteção reunindo esforços das diversas associações caritativas atuantes na cidade; fomentar a criação de pequenos asilos de maternidade e creches; concorrer, por todos os modos, para a criação de escolas para “imbecis” e “idiotas” e proteção aos deficientes visual e auditivo; proteção à inspeção higiênica e médica das escolas públicas e particulares; criação, logo depois de fundado o Instituto, de um Dispensário Central de Moléstias de Crianças, destinado ao tratamento de todas as reconhecidamente pobres que a ela recorram, destinando-se especial cuidado às que apresentassem defeitos físicos, raquitismo, anemias etc.; fundação de um hospital de crianças; zelo pela vacinação, com implantação de um Instituto Vacinogênico; fundação de pequenos dispensários nos bairros pobres da cidade, destinados também ao tratamento das crianças; regulamentação e vigilância sobre o trabalho infantil nas indústrias, para evitar as fadigas excessivas; tutela sobre as crianças maltratadas ou em perigo moral; incentivo à criação de sociedade protetoras da infância nos diferentes distritos da capital. (Jornal ‘A Bahia’, 30/01/1909)

²²² RIBEIRO, 2011.

²²³ Não foi possível ter acesso ao jornal em que Tanajura publicou essas matérias por estarem sem condições de uso.

²²⁴ A ele, seguiram-se os serviços: farmácia (1905) sendo as fórmulas aviadas internamente a partir 1906; oftalmologia (25/12/1906); protetorado ao berço (13/05/1907); assistência maternal no domicílio (13/05/1907); e a vacinação Jenneriana. O IPAI manteve também a partir de 1907 um periódico mensal chamado ‘O Petiz’.

do projeto assistencial e como espaço para o ensino prático de pediatria e pesquisa científica.²²⁵

Para a clínica pediátrica, o dispensário tornou-se o modelo por excelência. As aulas práticas se beneficiariam muito do dispensário, pois este oferecia melhores condições para o acompanhamento da doença no doente, maior repertório patológico e possibilidades terapêuticas bastante superiores ao que era oferecido pelo hospital Santa Isabel. Por outro lado, a aula prática regular da disciplina pediátrica dependia de corpos doentes em determinado lugar, a determinada hora, a servir de objeto à conferência do professor diante de seus alunos e das tentativas destes a desvelar o que se passava naquele corpo. Isso só o hospital poderia ofertar. Deste modo, no que se refere a espaços didáticos, os serviços nosocomial e ambulatorial seriam complementares.

Concorrentes, talvez, tenham sido os serviços clínicos do Gabinete do Instituto Clínico (anexo ao hospital Santa Isabel) e do IPAI a partir de 1904. O primeiro, sob os cuidados do professor titular da cátedra, e o segundo, do professor substituto. Frederico de Castro Rebello desenvolveu seu trabalho didático no hospital e Alfredo Ferreira de Magalhães no dispensário infantil do IPAI. O assistente da cátedra, Frederico Koch, porém, atuou ativamente nos dois serviços até 1911. No IPAI, além do atendimento clínico, contribuiu com a demanda administrativa. Os dois serviços abrigaram internos de pediatria.

O cargo de interno de clínica era reservado ao estudante que já tivesse cursado a 4ª série do curso médico e o acesso se dava mediante concurso. O interno atuava em parceria com o assistente, este na condição de chefe imediato, o acompanhando nas visitas diárias e matutinas às enfermarias. A partir daí, recebia instruções de cuidados aos pacientes que o obrigava a comparecer ao hospital em diferentes horários, diurno ou noturno, e dependendo da enfermidade podia até pernoitar à cabeceira do doente. Ao interno competia o trabalho mais duro da aula prática do ensino pediátrico. Foram pelo menos treze os internos até 1910.

Nos idos de 1910, a cátedra de pediatria conseguiu uma estrutura e uma rotina minimamente adequada ao desenvolvimento de um curso prático. O que se percebe, porém, é que o ensino prático não conduziu, de imediato, a uma mudança

²²⁵ Este “espaço científico”, contudo, só se manifestou claramente no contexto de consolidação da clínica cirúrgica infantil (tema do capítulo 2). Durante mais ou menos 30 anos, o Dispensário Infantil foi o serviço mais significativo do instituto.

de mentalidade que direcionasse à pesquisa. Com o tópico seguinte, é possível inferir a presença forte do espectro teórico entre os estudantes, na medida em que os mesmos não demonstraram uma autonomia no tratamento das questões atinentes ao campo científico.

2.3 A medicina infantil através das teses doutorais²²⁶

A defesa de uma tese ao final da graduação era uma exigência legal para a obtenção do título de doutor em ciências médico - cirúrgicas, necessário ao exercício da profissão. Não foram raros os prólogos nos trabalhos que sinalizavam a obrigatoriedade²²⁷ da tese como única razão daquelas palavras, vez que o ensino a que tinham sido submetidos não oferecia recursos para realização de pesquisas científicas, lhes restando, assim, compilar textos dos autores de maior destaque na área que tinham escolhido para dissertar. Os tons dessas críticas transitavam entre lamúrias pela obrigatoriedade em executar um trabalho em que pouca disposição havia e lamentos pelo fato da faculdade não oferecer as condições necessárias à pesquisa original. Assim, advertiam os leitores de que o esforço empreendido ali em nada acresceria ao conhecimento científico.

Os médicos estavam atentos ao problema. A partir da reforma de 1882, multiplicaram-se as falas dos professores de medicina denunciando o caráter teórico das produções apresentadas pelos estudantes. Por ocasião da reforma do ensino superior de janeiro de 1891, que reformulava a instrução prática no ensino da medicina, a *Gazeta Médica da Bahia* reproduziu um artigo de J. L. Petit²²⁸ com o título 'Como se faz uma tese. Como se devia fazer'. A justificativa para a tradução e publicação do artigo naquele periódico baiano centrou-se na necessidade de subtrair

²²⁶ As teses doutorais das faculdades de medicina são fontes de extrema importância para estudos sobre estudos sobre medicina nos séculos XIX e primeiras décadas do seguinte. Muitos trabalhos citados ao longo desta pesquisa utilizam teses doutorais para discutir diferentes aspectos da produção do conhecimento sobre a saúde da infância.

²²⁷ Essa obrigatoriedade foi extinta em 1915 (Decreto 11.530, art. 136) e ratificada dez anos depois, com o Decreto 16.782 A /1925.

²²⁸ Originalmente publicado em 1883 e 1884 na *Gazette Hebdomadaire de Medicine et de Chirurgie*.

[...] o jugo da tutela científica estrangeira, à reprodução e compilação de cujos trabalhos parece que exclusivamente se haviam destinado as nossas teses e fazer refletir nelas a luz, pálida e morna embora, da nossa acanhada vida científica, com a observação clínica boa ou má que possuímos, como todo o nosso atraso na real aquisição dos progressos realizados pela arte, dos quais apenas nos dá conhecimento uma exuberância de instrução teórica que nos intoxica e nos esteriliza [...]²²⁹

De fato, os estudos apresentados nas teses inaugurais da Faculdade de Medicina da Bahia defendidas no âmbito da cátedra de pediatria nas décadas de 1890 e 1900 desvelam a “acanhada vida científica” a que os estudantes estavam imersos. Por outro lado, nos faz relativizar o tão propalado atraso “na real aquisição dos progressos realizados pela arte”, e atenuar a ênfase de muitas vozes a gritarem que o que se apresentava na FMB em termos de conhecimento científico era uma reprodução quase literal de obras estrangeiras. Apesar da ausência de pesquisas originais, esses trabalhos mostram que alguns estudantes estavam atualizados em relação às produções dos principais centros de pesquisa do mundo ocidental e conseguiam apresentar os debates científicos e se posicionarem frente os mesmos, usando como contraponto o que tinham aprendido nas aulas teóricas.

Para este período, foram reunidas 27 teses da cátedra de pediatria. Em função das agressões que o acervo da FMB sofreu ao longo dos anos,²³⁰ não é possível afirmar se esse número representa a totalidade das teses de pediatria defendidas, assim como não é seguro calcular sua representatividade no conjunto de teses defendidas pelos estudantes da instituição. Mas, para além de uma avaliação quantitativa, estes trabalhos são importantes por suscitarem questões imprescindíveis à compreensão da disciplina em tela, a exemplo dos temas privilegiados, as referências científicas mais utilizadas e os espaços de prática profissional. Abaixo, a lista delas.

²²⁹ VARIEDADE. Resenha de PETIT J. L. Como se faz uma tese. Como se devia fazer. Gazeta Médica da Bahia, Salvador, N. 8, Fevereiro de 1891. p. 372

²³⁰O incêndio nas instalações da faculdade de medicina em 1905 foi a primeira grande perda do acervo da biblioteca. Quando o curso de medicina foi integrado à Universidade Federal da Bahia, o acervo histórico da faculdade passou por constantes mudanças de prédios, e por falta de recursos (e descaso) para as acomodações houve acumuladas perdas, relatam os memorialistas e funcionários antigos da instituição. Atualmente, há uma enorme sala no memorial no Terreiro de Jesus com uma quantidade significativa de obras gerais não catalogadas, e muitas em estado de conservação preocupante, aguardando recursos financeiros e contratação de profissional para tratamento e disponibilização ao público.

ANO	AUTOR	TÍTULO
1890	Firmo Augusto David (Interno da Cátedra de Pediatria)	Estudo clinico da heredo-syphilis infantil
	Gelio Ferreira de Paiva	Estudo clinico da heredo-syphilis infantil
	José Garcia Albernaz (Ex-interno da Cátedra de Pediatria)	Estudo comparativo das Osteotomias e Osteoclasiasna cirurgia infantil
1893	Alberto Miinlarrt	Influencia patogêna da dentição
	Joaquim Raul dos Reis Gordilho	Broncho-pneumonia infectuosa de origem intestinal nas crianças
1894	Antonio Mendes Martins Valverde (Ex-interno da Cátedra de Pediatria)	Escrofula, sua etiologia e prophylaxia na primeira infância
1897	José Olympio de Azevedo Filho	Breves considerações sobre as cardiopatas congênitas na infância
1898	José de Britto Pereira	Considerações sobre a urina normal da infância
	Pedro de Barros Albernaz (Ex-interno da Cátedra de Pediatria)	Primeira infância: higiene e aleitamento
	Laura Amália de Souza Bahiense	Da alimentação das crianças na primeira infância
1900	Athenodoro Martins da Costa	Primeira dentição e seus acidentes
1902	Fulgencio Martins Vidal	Hygiene alimentar da primeira infância
	Mario Fernandes da Cunha Rocha	Da diphtheria do larynge
	Vicente André Gomes	Reações ganglionares na infância
1903	Francisco Cassiano Gomes	Formas clinicas da albuminuria
	Mario Cardoso de Cerqueira	Prophylaxia alimentar da primeira infância
1904	José Satyro d'Oliveira (Ex-interno da Cátedra de Pediatria)	Breves considerações sobre lombricose infantil
1906	Antonio Fernandes de Carvalho Braga	Hygiene alimentar da primeira infância
	Francisco Rodrigues do Lago (Interno da Cátedra de Pediatria entre 1903 e 1906)	Da balneotherapia nas pyrexias infantis
	Horacio de Martins (Interno da Cátedra de Pediatria)	Breve estudo sobre a prophylaxia das gastroenterites da primeira infância
	Luiz de França Loureiro (Ex-interno geral do IPAI)	Cultura physica da infância
1907	Joaquim Gentil Ferreira da Rocha	Hygiene da primeira infância
	Joaquim Gomes Correa de Oliveira	Aleitamento materno
1908	Januario Cyrillo da Silva Telles (Interno da Cátedra de Pediatria)	Regimen alimentar da primeira infância
1909	Francisco Victorino da Assunção	Garantia Sanitária da prole (algumas noções)
	Hebreliano Mauricio Wanderley	Infecções de origem cutânea nas creanças
	José Gomes Murta Junior	Pequeno estudo sobre a etio-pathogenia e tratamento dietético das gastro-enterites infantis

Quadro 3: Teses doctorais defendidas na cátedra de Clínica Pediátrica (1890-1910)

FONTE: Acervo da Biblioteca Gonçalo Muniz, Faculdade de Medicina da Bahia

Conforme o preconizado pelas reformas do ensino, os avanços da ciência médica no Brasil só seriam possíveis com uma formação que agregasse estudo especializado e experimental, daí o enfoque em clínicas especiais e laboratórios, como dito. As clínicas possibilitariam aos estudantes o exame dos sintomas, e os laboratórios, a etiologia, ou para ficar mais coerente ao período, a bacteriologia da doença.

Sobre o estudo experimental de doenças infantis, as teses silenciam. O uso de laboratórios não é mencionado como recurso ao diagnóstico das doenças de crianças atendidas nos serviços médicos da faculdade (Hospital da Santa Casa), muito menos como instrumento de pesquisa etiológica. Neste sentido, os professores de pediatria acompanhavam e adotavam as descobertas europeias. Até que ponto o recurso material e orçamentário alcançado pela FMB após as reformas do ensino médico, discutido anteriormente, possibilitou, de fato, um ambiente propício ao desenvolvimento de pesquisas? Ou a discussão passaria por uma disputa de espaços científicos internos à instituição?

A Clínica Pediátrica possuía três espaços formais para aulas práticas, os serviços de pediatria da FMB (Gabinete no Instituto Clínico no prédio da Faculdade e a enfermaria no Hospital da Santa Casa) e o Instituto de Proteção e Assistência à Infância (dispensário infantil), conforme visto. Sendo que o Instituto Clínico e o dispensário infantil passaram a existir a partir de 1902 e 1904, respectivamente. Até então, crianças que pudessem ser observadas em sua doença eram encontradas no Hospital da Santa Casa em enfermarias conjunta com adultos, o que representava dois problemas: número reduzido de casos, vez que as vagas eram disputadas com doentes de outras faixas etárias; e dificuldade de acompanhamento no tratamento, em função da rotina hospitalar. Em tese, houve uma melhora, quantitativa e qualitativa, nas possibilidades de observações clínicas formais no curso de pediatria a partir da primeira década do século XX. Agregado a isso, existiam as clínicas particulares dos professores e assistentes, cujos casos poderiam ser colocados à disposição como objeto de estudo. Bem ou mal, os graduandos possuíam no decorrer da década de 1910, ao menos, a possibilidade real de desenvolver estudos clínicos.

O que as teses mostram, no entanto, é que esses espaços foram negligenciados como fonte de pesquisa. Poder-se-ia, então, lançar a hipótese de

que a estrutura e a rotina desses serviços, que cumpriam a dupla função de prestar assistência à saúde e como recurso didático, dificultava seu uso sistemático para estudos. Ainda assim, havia os dados dos atendimentos, cujos registros deveriam ser arquivados como recurso científico: no caso do hospital da Santa Casa essa foi uma obrigatoriedade imposta pelos regulamentos de 1893; e o Instituto de Proteção e Assistência à Infância dispunha de todos os registros de atendimentos guardados. Essas questões poderiam justificar a ausência de observações clínicas próprias nos estudos se não fosse o fato de que nas teses dos 9 graduandos que passaram pela experiência de serem internos da cátedra e do instituto o mesmo problema tenha sido detectado, ou seja, nem os internos (que estavam vivendo a rotina dos serviços clínicos) fizeram estudos originais. Ao que parece, uma formação voltada ao perfil médico-cientista naquele momento ia além de questões materiais.

A respeito das observações clínicas, há um destaque a ser feito ao trabalho de José Murta Junior intitulado 'Pequeno estudo sobre a etio-pathogenia e tratamento dietético das gastro-enterites infantis' (1909). Entre as 27 teses, foi a única que trouxe três observações originais, ainda que não tenha sido dos serviços oficiais da cátedra. Seria um prenúncio de uma mudança de atitude frente à produção do conhecimento?

Apesar de se encontrar nas teses referências aos estudos de pediatras, não se percebe ainda uma abordagem definida da medicina infantil como especialidade própria de uma fase da vida que detém particularidades anatomo-fisiológicas, cujas patologias possuem uma dinâmica peculiar. Em 1890, Firmo Augusto David assim entendia seu objeto: "Estudemos as condições que presidem ao desenvolvimento da heredo-sifilis em geral, visto ser evidente que a heredo-sifilis infantil não é senão um de seus casos, e que a etiologia desta é a daquela".²³¹ Nenhum outro trabalho foi explícito a esse ponto, mas percebe-se em geral uma indefinição entre a medicina geral e medicina infantil. E nas temáticas que envolviam a primeira infância (48%), há também um amálgama de conhecimento da obstetrícia e, principalmente, da higiene.

A tese de Hebreliano Mauricio Wanderlei, em 1909, foi a primeira a fazer uma abordagem levando em consideração, explicitamente, a anatomia e a fisiologia da

²³¹ DAVID, Firmo Augusto. Estudo clinico da heredo-syphilis infantil. Bahia: Imprensa econômica, 1890. p.11

criança. Como o autor não fez qualquer referência às obras consultadas não foi possível estabelecer conexões seguras quanto ao conhecimento daquele contexto.

Como se pode perceber através da lista disponibilizada, as temáticas predominantes abrangiam a clínica e a higiene. Somente as teses defendidas por José Garcia Albernaz (1890) e por Francisco Rodrigues do Lago (1906) escaparam completamente a esses vieses, tratando de cirurgia e terapêutica, respectivamente. Cerca de 40% das teses (em negrito na lista), discutiram o binômio saúde/doença numa relação direta com a nutrição. Tornou-se proposição-chave nestas teses a relação entre grande número de moléstias (gastrites, enterites, ascolites, gastroenterites, enterocolites, e assim o rachitismo e a escrofulose) e a má alimentação. Estes trabalhos estão concentrados no século XX, à exceção das teses de Pedro de Barros Albernaz e Laura Amalia de Sousa da Costa, ambos em 1898. É sobre eles que este tópico irá se deter, não apenas por ser temática dominante, mas por tratar de uma discussão bastante presente no meio científico da pediatria nacional e internacional.

Durante o século XIX, garante Karoline Carula, a alimentação na primeira infância foi temática presente em muitos estudos médicos. O discurso corrente era que o leite fosse o principal alimento nesta fase da vida, devendo o leite materno ser prioritário. No Brasil, sobretudo nas últimas décadas do Oitocentos, a defesa do aleitamento materno estava relacionada a uma mentalidade que se configurava em perspectiva a uma ordem familiar a partir dos parâmetros da sociedade tipo burguesa. A reorganização da instituição familiar impactaria na sociedade de uma forma mais ampla, pois o cuidado com a alimentação já nos primeiros meses de vida garantiria à criança um desenvolvimento fisiológico e comportamental (moral) compatível com um modelo de sociedade civilizado.²³²

Nas teses da FMB do final do século XIX, os argumentos em defesa do aleitamento materno fixaram-se em dois aspectos: o estudo dos componentes do leite da mulher como um composto de nutrientes perfeito à necessidade do corpo nos primeiros meses de vida e o ato de amamentar como o complemento natural da maternidade. Nada que se distanciasse dos argumentos presentes em outros textos brasileiros do período. A tese de Laura Amália de Souza Bahiense (1898), porém,

²³² CARULA, Karoline. Alimentação na primeira infância: médicos, imprensa e aleitamento no fim do século XIX. In: SANGLARD, Gisele (Org.). Amamentação e políticas para a infância no Brasil: a atuação de Fernandes Figueira, 1902-1928. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2016.

proporá uma abordagem singular. Abaixo uma citação que ela fez do médico francês Brochard.

Na mulher as mamas estão situadas na parte anterior e superior do peito: resulta disto, que uma mãe não pode dar leite ao seu filho sem toma-lo nos seus braços, sem levar sobre ele um olhar atento; ela adivinha assim suas necessidades.

Aleitando-o, olha-o e conversa com ele, e por esta linguagem muda e amorosa, excita-lo e desenvolve sua inteligência. Assim colocada, a criança leva suas mãozinhas sobre o seio materno, e por estas doces e ligeiras carícias, que não são outra coisa senão ligeiras fricções, torna mais fácil muitas vezes a saída do leite e a sucção.

Uma das mamas finalmente é situada sobre a região precordial, afim de que a mãe não possa aleitar seu filho sem lhe ensinar sorrindo a conhecê-la e amá-la.²³³

Encontra-se aí, sem dúvida, um argumento forte que naturaliza a amamentação, mas ela o desenvolve por um viés fisiológico e não no sentido divino. A narrativa de Laura Bahiense difere de todas as outras teses da lista (escritas por homens), não apenas pela simplicidade eloquente, mas, sobretudo, pela maneira como ela se refere às questões que envolviam o aleitamento. O primeiro aspecto a destacar é que ela aborda o aleitamento materno como essencial, prioritário, mas não como ato sagrado, como uma missão da mãe para salvar a nação ou qualquer outra linguagem que condiciona o ato de amamentar ao afeto materno, presente nos discursos masculinos de trabalhos sobre o tema (teses doutorais e outros) na Bahia e no Rio de Janeiro até pelo menos a década de 1930.²³⁴

Laura Bahiense propôs o estudo da força nutritiva do leite, dos problemas que impossibilitariam a amamentação, de como as crianças deveriam ser amamentadas, assim como, sobre o aleitamento artificial. De modo geral, quanto ao conteúdo, percorreu sobre as principais questões discutidas em seu tempo. O que chama muito a atenção é a ausência absoluta de um discurso moralista sobre quaisquer desses aspectos. Não interessava a ela se uma criança seria amamentada pela mãe natural ou por uma ama de leite, referindo-se à mulher que amamenta como nutriz, independente se biológica ou mercenária. E mais, sempre que se referia à ama de forma particular a tratava antes de qualquer coisa como mãe, clamando por

²³³ BAHIENSE, Laura Amalia de Souza. Da alimentação das crianças na primeira infância. Bahia: Imprensa Moderna de Prudencio de Carvalho, 1898. (Tese Doutoral da Faculdade de Medicina da Bahia). p. 22-23

²³⁴ Ver CARULA, 2016; ESPÍRITO SANTO, Adriana Amaral do; JACÓ-VILELA, Ana Maria; FERRERI, Marcelo de Almeida. A imagem da infância nas teses da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (1832-1930). Psicologia em Estudo, Maringá, v. 11, n. 1, p.19-28, jan./abr. 2006.

cuidados e respeito a essa mulher, diferentemente do discurso masculino, que sempre que o assunto era o aleitamento mercenário a colocava como uma ameaça para a criança.²³⁵

A discussão sobre a alimentação infantil nas teses doutorais da FMB dos primeiros anos século XX mantiveram as mesmas questões, mas os argumentos de defesa do aleitamento natural ancoravam-se nos dados da mortalidade infantil, fornecidos pelas estatísticas demógrafo-sanitária.

A mortalidade infantil tem uma relação íntima com os desvios da alimentação pelas infrações às leis da higiene pela ignorância, pelos erros arraigados nas famílias e, finalmente, por esse “termômetro social, que se chama miséria”

As estatísticas de todos os países demonstram que as moléstias do aparelho digestivo são os principais fatores da letalidade infantil. Em Paris, sobre 1.000 casos de morte em crianças de menos de 1 ano, 450 são produzidas por afecções do tubo digestivo, os demais são devidos à debilidade congênita, à sífilis, à tuberculose e outras moléstias. Em 1892, em Troyes, sobre 1.000 óbitos de crianças de 0 a 1 ano, 757 foram motivadas pela diarreia.

No nosso país não é pequena a letalidade infantil. Em S. Paulo, morrem de perturbações gastrointestinais crianças na média de 33%. No Rio de Janeiro, segundo as instruções ministradas pelo Dr. Bulhões de Carvalho, em 1903, faleceram 3435 crianças em 0 e 5 anos. Dessas, 1242 de menos de 2 anos de idade sucumbiram a enterites. Na capital do nosso Estado, conforme os dados fornecidos pelas estatísticas demógrafo-sanitária falecem mensalmente por moléstias do aparelho gastrointestinal, 30 a 60 crianças, de 0 a 1 ano.²³⁶

A alimentação desempenhava um papel importante na etiologia das doenças do aparelho digestivo, principais responsáveis pelo aumento das cifras da mortalidade infantil. Sob o ponto de vista científico, os pediatras defendiam que o leite deveria ser o único alimento oferecido às crianças até 12 meses de idade, pois era digerido e absorvido com facilidade, apropriadamente ao estado de fragilidade dos órgãos digestivos delas, e ainda por ser um alimento que não sofria modificações importantes ao ser assimilado. Tendo suas propriedades evidenciadas por estudos experimentais, o leite já tinha sido eleito por parteiros e pediatras como

²³⁵ Laura Amália de Souza Bahiense (assinando Laura Bahiense Lacerda) estava entre as médicas integrantes da Federação Baiana pelo Progresso Feminino (1931-1948). Congênere da Federação Brasileira pelo Progresso Feminino, a entidade feminista baiana apresentou entre seus objetivos promover a formação intelectual de mulheres. Iole Macedo Vanin estudou a relação entre entidades feministas e a FMB, sugerindo que a atuação do movimento feminista pode ser uma explicação plausível para o aumento de mulheres procurando os cursos superiores da área médica a partir da década de 1920. (VANIN, 2008.)

²³⁶ BRAGA, Antonio Fernandes de Carvalho. Higiene alimentar da primeira infância. Bahia: Litho-Typ Oliveira Bottas & Cia, 1906. p. 1-2.

o alimento que trazia todos os elementos necessários a um organismo em formação. Continuava o consenso entre os estudiosos de que o aleitamento natural era o ideal. A questão que se debatia era o número de sucções e a quantidade de leite que a criança deveria ingerir de cada vez e em 24 horas. As pesquisas avançadas, dizia Fulgêncio Martins Vidal (1902),²³⁷ comprovavam que a quantidade de leite que a criança deveria ingerir em 24 horas deveria estar relacionada ao peso, e não à idade, como se supunha até então.

No que se refere ao aleitamento natural permanecia os consensos: o materno como alimentação ideal e o mercenário (das nutrizes) como algo condenável. Entre os argumentos em defesa de um e condenação ao outro se vê, além do discurso científico, ainda um discurso moral. A nutriz era sempre apresentada como uma mulher com hábitos condenáveis e que via de regra transmitiria doenças à criança. E a desqualificação da “ama-de-leite” vinha sempre ao lado da exaltação da instituição familiar - e do papel quase santificado da maternidade, como necessário ao desenvolvimento da nação. Para o discurso médico de então, o aleitamento materno era também um ato patriótico.²³⁸

O aleitamento artificial, somente tolerado em casos de impossibilidade de a mãe amamentar e da criança em ser amamentada, também continuava na pauta científica: experimentos com o leite de cabra, jumenta e de vaca já tinham sido desenvolvidos por pesquisadores estrangeiros com o intuito de verificar qual apresentava uma composição próxima ao leite materno. Esse percurso experimental foi descrito por Fulgêncio Martins Vidal (1902) e Mario Cardoso de Cerqueira (1903): densidade, constituição e composição química, assim como o processo de assimilação orgânica pertinente. Embora o leite de jumenta fosse o mais próximo ao humano, o leite de vaca tendia a ser mais utilizado tanto pelo sabor mais agradável ao paladar da criança quanto pelo menor custo. O problema que se colocava então era criar as condições para que os danos que o leite de vaca pudesse provocar fosse minimizado. Deste ponto, surgiram as discussões a respeito da esterilização do leite de vaca. O argumento mais utilizado para a necessidade dessa esterilização

²³⁷ VIDAL, Fulgêncio Martins. Higiene Alimentar da primeira infância. Bahia: Escola-Typ. Salesiana, 1902

²³⁸ VIDAL, op. cit.; OLIVEIRA, José Satyra de. Breves considerações sobre a lombricose infantil. Bahia: Typographia Bahiana, de Cincinnato de Melchiades, 1904; BRAGA, Fernandes de Carvalho Higiene alimentar da primeira infância. Bahia: Litho-Typ. Oliveira Bottas & Cia, 1906; MARTINS, Horacio. Breve estudo sobre a prophykaxia das gastro-enterites da primeira infância. Bahia: Oficina dos Dois Mundos, 1906; ROCHA, Joaquim Gentil Ferreira da. Higiene da Primeira Infância. Bahia: Typographia do Salvador – Cathedral, 1907.

era que o processo tornaria a caseína mais assimilável pelo organismo da criança, isso devido à transformação molecular provocada. Cerqueira descreveu o debate entre os pediatras franceses sobre o processo mais adequado de esterilização, mas chegou à conclusão que o método aperfeiçoado e ensinado por Frederico de Castro Rebello na cátedra de pediatria da instituição de ensino era o mais convincente, uma vez que as crianças tratadas por ele teriam se reestabelecido da doença com mais rapidez. Abaixo a descrição do método.

[...] deitar-se-á em cada frasco graduado a quantidade de leite, já modificado, necessária para cada refeição da criança, colocam-se lhas, sempre pressão, as rolhas especiais. Assim preparados são dispostos os frascos no suporte e este colocado no vaso metálico que se encherá de água até o ponto em que esta fique ao mesmo nível do leite contido nos frascos; leva-se assim o aparelho ao fogo e aí deixa-se durante uns 20 a 40 minutos. Findos estes, retira-se o aparelho do fogo e mergulha-se o suporte em um outro vaso contendo água na temperatura ordinária. O resfriamento tende a fazer o vazio em cada frasco e a pressão atmosférica atuando sobre a rolha de cautchouc a deprime e fixa no gargalo de cada frasco que fica assim fechado hermeticamente.²³⁹

Fulgêncio Martins Vidal (1902) e Mario Cardoso de Cerqueira (1903) também fizeram referência à campanha de regulamentação do aleitamento mercenário desenvolvida pelo Instituto de Proteção e Assistência à Infância do Rio de Janeiro. Referindo-se ao artigo de Moncorvo Filho publicado na Revista da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, noticiou o ‘serviço de exame de nutrizes’²⁴⁰ ofertado pelo instituto da capital e os resultados alcançados no que se referia à diminuição das mortes de crianças em contato com a instituição. Esse resultado, segundo Vidal, por si só seria suficiente para que os poderes públicos vissem a necessidade de regulamentação da amamentação mercenária.

²³⁹ VIDAL, 1902. p. 37-38

²⁴⁰ “Criado em 1901 com o nome de Gabinete de Exame e Atestação das Amas de Leite Mercenárias, visando à higienização da prática do aleitamento mercenário, foi posteriormente remodelado e denominado Serviço de Exame das Amas de Leite, passando a dispor, então, de uma caderneta específica e de um novo regulamento. Após o registro detalhado de informações como idade, filiação, antecedentes hereditários, históricos quanto a menstruação, abortos e partos, as candidatas submetiam-se ao exame antropométrico, ao exame dos seios e à análise macroscópica e microscópica do seu leite – por meio de instrumentos como o lactodensímetro, o lactobutirômetro e o pioscópio. Em seguida eram examinados ou outros órgãos e procedia-se ao exame do(s) filho(s) da nutriz.” (FREIRE, 2016. p. 96)

As pesquisas de Adriana do Espírito Santo, Ana Maria Jacó-Vilela e Marcelo de Almeida Ferreri,²⁴¹ assim como as de Karoline Carula,²⁴² mostraram que todas as questões apontadas acima referentes ao aleitamento natural (de mães e nutrizes) e artificial - em debates científicos, assim como o repertório moral subjacente – já estavam presentes nas teses da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro a partir de meados do século XIX. É possível que as teses de meados do século XIX defendidas na FMB com temáticas relacionadas à infância (de outras cátedras que não pediatria) também se assemelhassem nessas questões de ordem científica e moral, vez que há teses com os mesmos títulos das defendidas FMRJ. A alimentação da primeira infância, portanto, antes de ser uma questão da pediatria, compunha a agenda higienista.

Dos estudos que determinaram as composições nutricionais dos leites de diferentes animais em comparação ao leite humano²⁴³ até se chegar ao leite de vaca como substitutivo do humano foram muitas experimentações.

	<i>Leite de mulher</i>	<i>de vacca</i>	<i>de cabra</i>	<i>de jumenta</i>
Água.....	87,1	86,13	79,1	82,8
Caseína e outros albuminoides.....	1,9	4,92	8,69	1,64
Corpos gordurosos.....	4,20	4,05	8,55	6,87
Assucar de leite	7,37	5,50	2,70	
Saes.....	0,21	0,40	0,32	8,65

Tabela 1 - Composição nutricional dos leites de animais²⁴⁴

FONTE: FIGUEIRA, Fernandes. Bases científicas da alimentação da criança: suas consequências sociais (Carta Aberta ao Sr. M.R.G.P). Rio de Janeiro: Typ. B. F, 1905. p. 7

²⁴¹ESPÍRITO SANTO; JACÓ-VILELA; FERRERI, 2006.

²⁴²CARULA, 2016.

²⁴³ Não foi possível precisar a data que esses estudos foram lançados, mas há referência de uma tese da FMRJ de 1857 que já fazia referência a esse quadro comparativo. Ver ESPÍRITO SANTO; JACÓ-VILELA; FERRERI, op. cit.

²⁴⁴ Há uma variação de substâncias analisadas e no percentual de substâncias semelhantes nas tabelas apresentadas nas teses aqui estudadas, desde 1898 até 1903.

As experimentações, através da manipulação dos elementos em quantidades diversas, buscavam uma aproximação das proporções de componentes habituais do leite da mulher. “Quanto esforço tem sido empregado nesse sentido!”, dizia o pediatra carioca Fernandes Figueira.

Já ninguém fala mais da mistura de Ritter (uma parte de creme e duas de água) e nem da de Kehrer (uma parte de creme e duas de soro). O creme de Biedert, que tanto tem variado de composição, e persiste ainda muito complicado na Alemanha, é, pelo menos, excessivamente azotado e não pode convir a todos os lactentes. Além de que facilmente se deteriora em nossa latitude. O *leite humanizado* de Vigier conserva a gordura na proporção inferior existente no leite de vaca, conserva a cifra excessiva de sais, e apenas diminuiu a porcentagem da caseína. O *leite maternizado* de Backaus, obtidos por processos complicados, um por meio de centrifugação, outro com a adição de pepsina e tripsina, devem ser preparados com o leite muito fresco, dentro dos primeiros trinta minutos que seguem à ordenhação, e com pouco se estragam, embora nos países frios. Também o professor Budin pagou o seu tributo, distribuindo um *leite peptonizado* de Miquel e Budin: essas peptonas produziam fermentações nas crianças, e o método foi para sempre condenado. [...] Conseguidas no leite de vaca proporções de elementos idênticas à do leite de mulher.²⁴⁵

Resolvida a questão química, o problema a enfrentar seria biológico, ou seja, a assimilação das moléculas de caseína do leite de vaca, cuja coagulação se dava “em bloco resistente”, diferente do leite de mulher que se aproximava a “flocos quebradiços”.²⁴⁶ Em 1903, quando Mario Cardoso de Cerqueira defendeu sua tese, estes estudos já estavam em circulação. No entanto, tanto ele quanto Fulgêncio Martins Vidal (1902) apresentaram somente a primeira etapa (comparação dos componentes dos leites), bem distante no tempo, passando a discutir métodos de esterilização do leite de vaca, sem sugerir quão complexo foram os processos experimentais em busca do leite artificial perfeito.

Em 1905, Fernandes Figueira relatou que àquela época as investigações dos diferentes leites ainda estavam em curso, e os “estudos modernos iluminaram o assunto” buscando isolar novas substâncias:

uma amilase, particular ao leite de mulher; uma monoburitinase, mais ativa no leite de mulher que no leite de vaca; um fermento que desdobra o salol e que, presente no leite de mulher e de cadela, não aparece no de cabra e no de vaca; um fermento oxidante, que se evidencia no colostro da mulher e no

²⁴⁵ FIGUEIRAS, Fernandes. Bases científicas da alimentação da criança: suas consequências sociais (Carta Aberta ao Sr. M.R.G.P). Rio de Janeiro: Typ. B. F, 1905. p. 7-8.

²⁴⁶ Ibid., p. 8.

leite de vaca, e um fermento glicolítico comum à vaca e à cabra e menos poderoso no leite de mulher.²⁴⁷

As teses da FMB publicadas em 1906 e 1907 em relação à questão do aleitamento artificial mantiveram o foco no leite de vaca. Os estudos sobre a ação do leite no organismo da criança e da alteração da composição desse leite para torna-lo mais próximo ao leite humano foram centrais. As discussões sobre os efeitos danosos à saúde da criança que o uso do leite de vaca sem “pasteurização” poderia provocar não se diferenciaram de um modo geral das teses dos anos anteriores.²⁴⁸ Joaquim Gomes Corrêa de Oliveira (1907) tornou-se exceção ao apresentar os estudos estrangeiros contemporâneos próximo ao citado por Fernandes Figueira. Essa comparação permite inferir que o doutorando teve acesso a referências mais atualizadas que seus colegas.

Antonio Fernandes de Carvalho Braga (1906) mencionou o serviço ‘Gotas de Leite’ desenvolvido por instituições de assistência à infância na França, assim como o modelo adotado pelo Instituto de Proteção e Assistência à Infância do Rio de Janeiro.²⁴⁹ O ‘Gotas de Leite’ buscava ampliar o acesso ao leite esterilizado entre as famílias carentes, visando diminuir as doenças digestivas infantis. O doutorando apresentou a questão como um procedimento consensual no meio médico, mas na capital federal ocorria um debate em torno da oficialização da distribuição gratuita de leite artificial. Gisele Sanglard²⁵⁰ considera que este foi um ponto de oposição entre os mais importantes pediatras daquela geração, Fernandes Figueira e Arthur Moncorvo Filho, diretor do instituto do Rio de Janeiro. O primeiro considerava esse serviço como um incentivo para que as mães deixarem de amamentar seus filhos.²⁵¹ A defesa que ele fazia do aleitamento natural era baseado em dados da mortalidade

²⁴⁷ FIGUEIRAS, 1905, p. 9

²⁴⁸ BRAGA, Antonio Fernandes de Carvalho. *Hygiene alimentar da primeira infância*. Bahia: Litho-Typ. Oliveira Bottas & Cia, 1906; MARTINS, Horacio. *Breve estudo sobre a prophykaxia das gastro-enterites da primeira infância*. Bahia: Oficina dos Dois Mundos, 1906; ROCHA, Joaquim Gentil Ferreira da. *Hygiene da Primeira Infância*. Bahia: Typographia do Salvador – Cathedral, 1907. OLIVEIRA, Joaquim Gomes Corrêa de. *Aleitamento Materno*. Bahia: Imprensa popular, 1907. (Tese Doutoral da Faculdade de Medicina da Bahia).

²⁴⁹ “As Gouttes de Lait foram criadas pelo médico Dufour em 1894, na Normandia, e tinham como principal objetivo oferecer leite esterilizado e de boa qualidade às crianças pobres da região.” No Brasil, “Moncorvo [Filho] reivindicou para si o pioneirismo da implantação no país do seu serviço de Gotas de Leite, fundado em dezembro de 1901, com as Consultas de Lactentes anexas, nos moldes do modelo francês.” (FREIRE, 2016. p. 94)

²⁵⁰ SANGLARD, Gisele. Fernandes Figueira e a política de assistência à infância: Estado, filantropia e aleitamento materno. In: SANGLARD, Gisele (Org.) *Amamentação e políticas para a infância no Brasil: a atuação de Fernandes Figueira, 1902-1928*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2016.

²⁵¹ Ibid.

infantil por doenças provocadas pelo aleitamento artificial, e realizava e divulgava estudos científicos demonstrando os riscos de uma alimentação somente artificial em crianças nos primeiros meses de vida. Era perceptível, em algumas falas, certa indignação:

É mais de notar o escrúpulo de umas tantas pessoas. Se se trata da escolha de uma ama, os mínimos defeitos avultam: teve um acesso de asma, há dois anos, perduram resíduos de eczema num pé, os dentes não são inteiramente perfeitos, e assim por diante; logo, a ama não presta. Mas desde que se fale do leite de vaca, tudo está resolvido, mercê da informação de que o leite “provém de um estabulzinho muito limpo”.²⁵²

José Gomes Murta Júnior, em 1909, propôs um estudo sobre o leite de vaca a partir de um enfoque mais atualizado. Defendia que, ainda que esterilizado, o leite de vaca de maneira alguma poderia ser comparado ao natural, pois além de ocasionar uma perturbação no processo químico da digestão (foco das abordagens das teses defendidas entre 1902 e 1907), servia de veículo aos agentes infectuosos ou tóxicos. Estudando as gastroenterites infantis, Murta Júnior trouxe à tona as pesquisas experimentais que procuravam explicar a ação patogênica das gastroenterites pelas associações microbianas. O que Murta Jr. pretendia saber era quais micróbios provocavam as gastroenterites. Ele estava antenado com o que se discutia sobre alimentação artificial naquele momento.²⁵³

Através da análise das 27 teses, é perceptível que os estudantes tinham acesso a periódicos estrangeiros atualizados, a exemplo dos Anais da Sociedade Medica de Berlim, da Sociedade de Ciências Médicas dos Hospitais (França), da Real Sociedade de Medicina e Cirurgia de Londres e do Congresso da Associação Francesa para o Progresso da Ciência, além do British Medical Journal e New York Medical Journal. Utilizaram ainda artigos publicados na Revieu Mensale des Maladies de l’Enfance. Quanto aos autores utilizados, há inquestionavelmente o predomínio francês. Quanto à produção da ciência médica infantil produzida pelos pediatras do Rio de Janeiro²⁵⁴ ou de Porto Alegre,²⁵⁵ nenhuma referência.

De início, há a tentação de afirmar que as publicações nacionais não chegavam à Bahia, argumento que poderia ser reforçado por uma nota mencionada na primeira página deste capítulo em que a notícia de uma publicação de Moncorvo

²⁵² FIGUEIRAS, 1905, p. 14

²⁵³ Ibid.

²⁵⁴ Conforme visto, até o ano de 1910 já havia uma produção vastíssima dos chamados pediatras da primeira geração: Moncorvo de Figueiredo, Fernandes Figueira e Moncorvo Filho.

²⁵⁵ Olinto Oliveira publicava assiduamente trabalhos na Revista Brasil Médico.

de Figueiredo, em 1880, chegou ao editorial da Gazeta Médica da Bahia por intermédio francês. Mas lendo matérias da mesma revista local e do Brasil Médico, periódico do Rio de Janeiro, vê-se as constantes trocas entre médicos dos dois estados em estudos científicos em outras áreas. Além disso, informações a respeito do projeto assistencial de Moncorvo Filho foram mencionadas nas teses. Ou seja, o problema não era de comunicação.

Desconstruído esse argumento e levando-se em consideração que não havia localmente um ambiente de estudos experimentais em pediatria, tudo leva à conclusão de que prevalecia no ambiente acadêmico o discurso da autoridade científica. E nesse período esta era, certamente, domínio francês. Os próximos capítulos vão demonstrar que à medida que foi se criando e fortalecendo espaços locais de produção de ciência houve uma paulatina valorização das pesquisas nacionais.

CAPÍTULO 3

A Pediatria em seu lugar de ciência

O capítulo que se inicia trata de um período curto da história da pediatria baiana, anos entre 1911 e 1920. O marco inicial é registrado pelo desmembramento da cátedra de pediatria da Faculdade de Medicina da Bahia em 'Clínica Pediátrica Medica e Higiene Infantil' e 'Clínica Pediátrica e Cirúrgica e Ortopedia'.²⁵⁶ O ensino de pediatria em duas cadeiras possibilitou que as abordagens da higiene e da cirurgia infantis se projetassem, consolidando espaços próprios de estudos científicos. O ano de 1920 diz respeito ao momento em que a parceria científica entre os dois médicos professores que representavam os espaços em questão foi rompida. A importância deste período reside no fato de ter sido nesse contexto que a pediatria baiana se definiu enquanto medicina científica.

A ampliação dos espaços de ensino e pesquisa da pediatria, proporcionada pela Lei Orgânica de 1911, deu-se também pela instituição da livre docência para as clínicas, o que proporcionou às matérias especiais uma renovação em termos de ambiente científico. Esse revigoramento acadêmico foi importante, ainda, por imprimir um meio competitivo, pois o estudante poderia escolher entre o curso oficial e o curso livre.

Tão logo a lei entrou em vigor, o ensino de clínica e higiene ficou sob responsabilidade do professor Frederico de Castro Rebello e a cirurgia e ortopedia infantil foi indicada ao professor Alfredo Ferreira de Magalhães, até então substituto na antiga cátedra pediátrica. Em 1912, Joaquim Martagão Gesteira²⁵⁷ submeteu à Congregação da FMB o trabalho 'A reação de Schimidt-Triboulet: seu valor prognóstico nas afecções das lactantes'²⁵⁸ para concorrer à livre docência da Clínica pediátrica médica e higiene infantil. Foi aprovado pela comissão,²⁵⁹ que considerou o

²⁵⁶ Lei Orgânica do Ensino Superior de 1911 (Decreto 8.659, de 05 de abril)

²⁵⁷ Joaquim Martagão Gesteira (1884- 1954) graduou-se pela Faculdade de Medicina da Bahia em 1908, defendendo a tese 'Etiologia e diagnóstico da septicemia de Bruce.'

²⁵⁸ GESTEIRA, Joaquim Martagão. A reação de Schimidt-Triboulet: seu valor prognostico nas afecções dos lactantes. Revista dos Cursos da Faculdade de Medicina da Bahia. n. 9 (anos de 1911 e 1912). Bahia: Estabelecimento dos Dois Mundos, 1913.

²⁵⁹ Alfredo Ferreira de Magalhães, Frederico de Castro Rebello e Clementino Fraga.

trabalho científico na originalidade e no método, pois fez estudos clínicos e químico-biológicos entrelaçadamente. A pesquisa apresentada por Martagão Gesteira consistia em modificar a técnica da reação de Schimidt-Triboulet aplicando-a ao exame coprológico em lactentes, com o objetivo de pesquisar nas fezes os pigmentos biliares. Foi reconhecida pelos avaliadores a importância daquele estudo ao conseguir firmar em bases sólidas o diagnóstico e o prognóstico das afecções em lactentes (algo difícil para a clínica, segundo a banca examinadora) e acrescentaram, “com seu estudo incontestavelmente contribuiu o autor para despertar interesse e vulgarizar um método químico valioso”.²⁶⁰ Os estudos desenvolvidos por Martagão Gesteira em lactentes normais foram realizados na Maternidade Climério de Oliveira e os 29 doentes foram do serviço hospitalar da ‘Clínica pediátrica médica’ da FMB (01) e do serviço clínico ambulatorial do Instituto de Proteção e Assistência à Infância(28).

Como se percebe, toda a pesquisa de Martagão Gesteira foi realizada em espaços de ensino da FMB, oficiais e extraoficiais. Seu acesso irrestrito ao ambiente didático da faculdade foi possível pelo fato de ele fazer parte da equipe de Alfredo Ferreira de Magalhães como assistente de ‘Clínica Pediátrica e Cirúrgica e Ortopedia’ desde a implantação da cátedra, em junho de 1911.²⁶¹ Entre 1912 e 1914 o curso livre de Clínica Pediátrica e Higiene Infantil de Martagão Gesteira, cujas aulas práticas eram realizadas no IPAI, alcançou uma visibilidade que a cátedra oficial nunca teve, a ponto de por ocasião da aposentadoria de Frederico de Castro Rabello, em 1914, o livre docente assumir o cargo de professor extraordinário.

²⁶⁰ Livro de Ata das Sessões da Congregação da Faculdade de Medicina da Bahia 1911-1914 (Sessão de 11 de março de 1912)

²⁶¹ Ronaldo Ribeiro Jacobina afirma que Joaquim Martagão Gesteira entrou como assistente de Clínica Pediátrica Cirúrgica e Orthopedia em 1909. O ano correto é 1911. Esta cátedra foi criada pela Lei Rivadávia, em 1911. A portaria de nomeação como assistente dessa cadeira é 05/06/1911. Outra data incorreta neste texto é quanto ao ingresso de Martagão Gesteira como Livre Docente da FMB: Jacobina cita o ano de 1910, mas a Livre Docência para as clínicas só foi efetivada com a mesma Lei Rivadávia em 1911, e o concurso para Clínica Pediátrica Médica e Higiene Infantil foi em 1912, sendo nomeado por portaria de 01/04/1912. (JACOBINA, Ronaldo Ribeiro. Memória histórica do bicentenário da Faculdade de Medicina da Bahia (2008): os professores encantados, a visibilidade dos servidores e o protagonismo dos estudantes da FAMED. Salvador: Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA, 2013. p. 45)

Enfim, por concurso,²⁶² Martagão Gesteira ocupou ordinariamente Clínica Pediátrica Medica e Higiene Infantil, em 1915.

ANO	Prof. Ordinário	Prof. Extraordinário	Substituto	ASSISTENTE	LIVRE DOCENTE
1911	Frederico Rebello			Raphael Jaccome Baggi	
1912-1913	Frederico Rebello				Martagão Gesteira
1914	Vago	Martagão Gesteira			
1915	Martagão Gesteira				
1916-1917	Martagão Gesteira		Almir S de Oliveira	Raphael Jaccome Baggi	
1918-1920	Martagão Gesteira		Agripino Barbosa	Raphael Jaccome Baggi	

QUADRO 4: Corpo docente da Cátedra de Clínica Médica e Higiene Infantil (1911-1920)

Fonte: Livros de Atas das Sessões da Congregação da Faculdade de Medicina da Bahia (1911-1920); OLIVEIRA, Eduardo de Sá. Memória histórica da Faculdade de Medicina da Bahia concernente ao ano de 1942. Salvador: Centro Editorial e Didático da UFBA, 1992.

Do corpo docente da Cátedra de Clínica Médica e Higiene Infantil apresentado no quadro acima, Frederico de Castro Rebello aposentou-se em 1914, e assim como mostrado no capítulo anterior, não deixou registro sobre sua atuação profissional ou científica. Raphael Jaccome Baggi atuou no IPAI. Quanto a Almir de Oliveira e Agripino Barbosa, não figuraram no cenário da pediatria.

²⁶² Concurso realizado em 1914, defendendo um trabalho intitulado 'Exame Médico da Criança – Semiótica do aparelho respiratório intratorácico', que será discutido na seção que trata especificamente do pediatra.

ANO	Prof. Ordinário	Prof. Extraordinário	ASSISTENTE
1911 a 1913	Alfredo Ferreira de Magalhães		Joaquim Martagão Gesteira
1914 e 1915	Alfredo Ferreira de Magalhães		
1916 – 1917	Alfredo Ferreira de Magalhães	José Aguiar Costa Pinto	Armando de Campos Gordilho
1918 – 1920	Alfredo Ferreira de Magalhães	Fernando Luz	Armando de Campos Gordilho

QUADRO 5: Corpo docente da Cátedra de Clínica Pediátrica Cirúrgica e Orthopedia 1911-1920

Fonte: Livros de Atas das Sessões da Congregação da Faculdade de Medicina da Bahia (1911-1920); OLIVEIRA, Eduardo de Sá. Memória histórica da Faculdade de Medicina da Bahia concernente ao ano de 1942. Salvador: Centro Editorial e Didático da UFBA, 1992.

Do corpo docente da Cátedra de Clínica Pediátrica Cirúrgica e Ortopedia do quadro acima, os professores substitutos José Aguiar Costa Pinto e Fernando Luz seguiram carreiras médicas em outras especialidades. Armando Gordilho, que tinha sido interno da cátedra em 1911, passou a integrar a equipe clínica do IPAI, e durante anos atuou nesta instituição (estando como diretor em 1943) e atendia em clínica particular como pediatra especializado. No que se refere a produções científicas, porém, não foram encontrados registros.

A trajetória científica de Alfredo Magalhães e Joaquim Martagão Gesteira estão entrelaçadas e totalmente vinculadas às disciplinas de pediatria criadas em 1911. A criação de uma pediatria cirúrgica e ortopédica possibilitou a Alfredo Magalhães sair da condição de substituto para a de titular de uma especialidade pediátrica que estava iniciando. O mesmo relatou em diversas ocasiões o quanto seu empenho pessoal e de sua equipe e, ainda, a estrutura da instituição filantrópica foram decisivas e bem sucedidas nesse processo.²⁶³ Martagão Gesteira também fez parte da estruturação da clínica pediátrica cirúrgica enquanto assistente já no primeiro ano (2º semestre abriu-se a primeira turma).

Alfredo Magalhães referia-se a Martagão Gesteira como discípulo, confessando que este o chamava de mestre durante a formação acadêmica (embora oficialmente Martagão não tenha sido interno de pediatria), e em razão dessa afinidade o apresentou para ser assistente em 1911, ocasião em que o mesmo

²⁶³ MAGALHÃES, Alfredo Ferreira de. Memória histórica da Faculdade de Medicina da Bahia relativa ao ano de 1912. (manuscrito)

voltava de uma empreitada profissional como clínico no interior da Bahia.²⁶⁴ Daí até 1919/1920²⁶⁵ dividiram os espaços médicos-didáticos, compartilhando os casos ali observados na Sociedade Médica dos Hospitais da Bahia, mas cada um trilhando seu próprio caminho na solidificação de sua especialidade. É sobre esse percurso que o presente capítulo irá discutir.

3.1 Os espaços de ciência

A década de 1910, inegavelmente, foi a arrancada da pediatria baiana rumo à chamada medicina científica. Com a divisão das cátedras em 1911, estudos nas áreas de cirurgia e ortopedia infantil e clínica pediátrica, desenvolvidos por Alfredo Magalhães e Martagão Gesteira, respectivamente, eram realizados no Instituto de Proteção e Assistência à Infância da Bahia e nos serviços didáticos da Faculdade de Medicina da Bahia (Hospital Santa Isabel e Instituto Clínico), apresentados nas sessões da Sociedade Médica dos Hospitais da Bahia, publicados na Revista Médica dos Cursos (FMB), Gazeta Médica da Bahia e Brasil Médico (Rio de Janeiro).²⁶⁶ Os estudantes participavam desses estudos, e as teses de doutoramento apresentavam resultados de pesquisa.

O IPAI, conforme visto no capítulo anterior, foi fundado em 1903 por professores da faculdade de medicina com o intuito de ofertar assistência médica e social à infância pobre de Salvador, e desde 1904, com a criação do dispensário infantil, tornou-se espaço didático ao ensino de pediatria. A partir de 1911, porém, é que começou a cumprir um papel efetivo no processo de formação médica-científica

²⁶⁴ MAGALHÃES, Alfredo Ferreira de. Hospital para crianças: história de sua construção na Bahia 1915-1931. Bahia: Imprensa Victória, 1931.

²⁶⁵ Há uma divergência em relação ao ano preciso de saída de Martagão Gesteira do IPAI: Lldiane Ribeiro (2011) aponta o ano de 1919; nos registros da diretoria do IPAI para o biênio de 1918-1920 consta o nome de Martagão Gesteira como sub-diretor médico. Ele pode ter sido eleito para esse período, mas não ter cumprido o mandato. Outro aspecto que reforça para o ano de 1919 é o fato de ter sido neste ano as últimas referências encontradas de trabalhos científicos ligados a Martagão que cita os casos clínicos do Dispensário Infantil do IPAI.

²⁶⁶ Ver APÊNDICES B e C.

em pediatria. Lidiane Ribeiro,²⁶⁷ discutindo a parceria entre a instituição filantrópica e a instituição de ensino médico, afirmou que o IPAI se transformou “na única escola de pediatria da Bahia, congregando em seu espaço todos os cursos oficiais e livres existentes [na Faculdade de Medicina da Bahia]”.

Entre os anos de 1911 e 1920 o IPAI desempenhou um papel fundamental como fomentador de uma agenda de pesquisa na medicina infantil, mas numa ação em total articulação com os serviços de pediatria cirúrgica e médica da faculdade de medicina, desenvolvidos nas enfermarias do Hospital Santa Isabel e no serviço ambulatorial do Instituto Clínico, anexo ao mesmo hospital. Essa parceria orgânica foi possível pelo fato da equipe pediátrica das duas instituições ser a mesma, criando dois movimentos importantes: as crianças matriculadas na instituição filantrópica eram encaminhadas ao hospital (e se beneficiavam dos recursos técnicos disponíveis) e supriam a carência de “casos” para aula prática de pediatria; e os estudantes da disciplina acompanhavam os trabalhos que seus mestres desenvolviam na instituição filantrópica, entrando em contato com as possibilidades de estudos científicos ali ventilados. Assim, diferentemente do olhar de Lidiane Ribeiro, o IPAI aqui será apontado como parte de um núcleo, agregando os espaços didáticos.

Alfredo Magalhães, na Memória Histórica da Faculdade de Medicina da Bahia de 1912,²⁶⁸ relata a importância que os doentes atendidos no dispensário infantil do IPAI tiveram ao ensino da Clínica Pediátrica Cirúrgica e Ortopedia em junho de 1911, quando deveria iniciar suas primeiras aulas e o serviço hospitalar não dispunha “de um doente, nem mesmo de um leito em enfermaria determinada”.²⁶⁹ Alguns doentes “eram mandados comparecer ao serviço ambulatório entretido no Hospital [Santa Isabel]”,²⁷⁰ onde eram aproveitados ao ensino da cadeira que acabara de ser criada. No discurso de posse da docência na disciplina de Clínica Pediátrica Médica e Higiene Infantil da FMB em 1915, Martagão Gesteira referiu-se ao IPAI como uma instituição com potencial para se tornar um “excelente núcleo de ensino da pediatria e da puericultura”, e de cujo variado serviço se beneficiava a

²⁶⁷ RIBEIRO, 2011, p.20

²⁶⁸ MAGALHÃES, 1912.

²⁶⁹ MAGALHÃES, Alfredo F. Álbum histórico do Instituto de Proteção e Assistência à Infância da Bahia. Bahia: Estabelecimento dos Dois Mundos, 1920. p. 140.

²⁷⁰ Ibid., p. 140.

cátedra de clínica pediátrica na movimentação de seu curso prático.²⁷¹ Ao longo do presente capítulo, essa parceria será evidenciada através dos estudos científicos dos professores e das teses doutorais dos estudantes da faculdade de medicina.

A década de 1910 foi profícua tanto para o Instituto de Proteção e Assistência à Infância da Bahia como para os serviços médicos-didáticos pediátricos da Faculdade de Medicina da Bahia. Estes, tendo a cirurgia e ortopedia infantil ganho autonomia a partir de 1911, passaram a ter mais expressão acadêmica e exigir da diretoria da faculdade uma estrutura de ensino compatível aos estudos que vinham desenvolvendo na área da medicina infantil. Alfredo Magalhães chegou a pleitear que fosse construído um pavilhão específico para crianças no Hospital Santa Isabel, sugerindo uma construção ao lado da Maternidade Climério de Oliveira.²⁷²

A 'Clínica Pediátrica Cirúrgica e Orthopedia' iniciou seu ensino prático sem enfermarias e crianças com enfermidades apropriadas, mas já em 1912 dispunha de leitos e espaço para desenvolvimento científico e artístico de aparelhos ortopédicos, assim como de aparelhos (ainda que improvisados) para ginástica ortopédica.²⁷³ E seguiu os anos em avanço. Os melhoramentos desse serviço foram creditados, por alunos e professores, ao empenho pessoal do professor ordinário da disciplina, Alfredo Magalhães. Este, por sua vez, garantia que, dentro do que o orçamento permitia, a diretoria da faculdade não se omitia diante as necessidades do ensino da disciplina em questão. Concordava, porém, que a força de trabalho teve um papel fundamental frente os poucos recursos, mas que o mérito era da equipe como um todo, ou seja, professor, assistentes e internos.

Em 1915, os serviços hospitalares foram ampliados com novos cômodos, entre os quais laboratório de análises clínicas. A enfermaria Santa Isabel, onde ficavam acomodadas as crianças, sofreu nova intervenção. Os melhoramentos dos serviços do hospital neste período foram significativos também por demarcar melhor as especialidades: pavilhão das doenças infecto contagiosas, enfermaria da clínica oftalmológica e enfermaria da clínica de otorrinolaringologia. Ações que, sob o ponto

²⁷¹ Discurso.....'O Petiz, maio de 1915

²⁷² MAGALHÃES, Alfredo Ferreira de. Coxite Tuberculosa. Revista dos Cursos da Faculdade de Medicina da Bahia. n. 9 (anos de 1911 e 1912). Bahia: Estabelecimento dos Dois Mundos, 1913.

²⁷³ MAGALHÃES, 1912.

de vista higiênico e de distribuição metódica, dotaram o serviço hospitalar, nas palavras de Octaviano Pimenta, de “um cunho verdadeiramente científico”.²⁷⁴

A ‘Clínica Pediátrica Médica e Higiene Infantil’, por sua vez, se beneficiou, além das mesmas acomodações, das reformas empreendidas na década anterior, a exemplo do atelier fotográfico, sala de hidroterapia, gabinetes de eletro-diagnósticos e do Instituto Clínico, que continuavam em pleno funcionamento, como se depreende das teses doutorais. A exceção refere-se ao curso livre dessa disciplina, que teve sua aula prática proibida pela Santa Casa no contrato firmado entre as duas instituições.²⁷⁵

Além dos melhoramentos e ampliação das edificações, encontram-se instalação de novos laboratórios, instrumentalização dos gabinetes das clínicas, ampliação do acervo da biblioteca, redefinição do contrato com a Santa Casa de Misericórdia²⁷⁶ e reorganização da Revista dos Cursos. Os termos ‘ciência’ e ‘científicos’ começaram a ser utilizados insistentemente a partir da Lei orgânica de 1911, sugerindo que somente na segunda década do século XX é que os objetivos da reforma de ensino médico foram, enfim, alcançados.

Abaixo, algumas palavras dos editores no primeiro número da Revista dos Cursos da Faculdade de Medicina da Bahia, após reorganização.

Já que ainda não nos é permitido, graças a uma lamentável orientação de espírito que nos faz deixar perderem-se o efêmero das lições orais os preciosos resultados dos nossos estudos, observações e experiência, manter uma revista que publique, com frequência, exclusivamente estudos originais; já que o professor brasileiro, despreocupado das glórias de deixar assinalada a sua passagem no magistério com os traços vivos seus

²⁷⁴ Hospital Santa Izabel: a inauguração dos seus novos melhoramentos. *Gazeta Médica da Bahia*, vol. 48, n. 2 agosto de 1916. p. 36

²⁷⁵ Em 03 de março de 1913, a comissão incumbida de negociar com a Santa Casa as condições para o uso do Hospital Santa Isabel para o ensino livre das clínicas apresentou à Congregação os termos do acordo. A Santa Casa não confiou o serviço clínico especial aos docentes livres, alegando que esta categoria não estava inclusa no acordo de agosto de 1905 (que concedeu o título de facultativos clínicos aos professores da FMB) e que não iria incluí-los por entender que o ensino oficial da faculdade ficaria prejudicado, pois não havia doentes suficientes. Concedeu, então, o acesso da docência livre apenas aos serviços ambulatoriais do hospital, facultando aos docentes escolherem os casos que fossem mais convenientes aos seus serviços. O acesso aos ambulatórios só poderiam ser feito mediante solicitação aos diretores da faculdade e do hospital, assim como ao professor do serviço, não sendo admitido ao livre docente interceder no tratamento que o médico responsável pelo serviço tivesse prescrito. Caso o livre docente fosse assistente de um professor, a Santa Casa não se oporia ao acesso do mesmo aos doentes da Clínica vinculada, sendo, porém, o professor o responsável perante a instituição.

²⁷⁶ *Revista dos Cursos da Faculdade de Medicina da Bahia*. N. 9 (anos de 1911 e 1912). Bahia: Estabelecimento dos Dois Mundos, 1913.

valiosos trabalhos pessoais nas paginas frequentes de livros, habituou-se a escrever pouco, tornando-se difícil a vida de uma revista só constituída por estudos originais, - pensei que não se devia permitir que o julgamento feito sobre a nossa Faculdade viesse inçado de parcialidade suspeita, em vista de não serem copiosos os escritos médicos entre nós publicados e desejei que, ao lado dos trabalhos originais escritos pelos professores, a Revista desse conta do movimento científico e da evolução do ensino na Faculdade. Assim, pensei que se conseguiria, reunindo em impressionante conjunto as provas da atividade do professorado, tornar patente, pela orientação superior dada ao ensino, e pelos numerosos e uteis trabalhos e exercícios práticos efetuados, que entre nós há uma real e viva atividade científica e que o professorado da nossa gloriosa Faculdade, mantendo as tradições que lhes legaram os seus antecessores, cumpre com honra e destaque o seu árduo dever.²⁷⁷

É notório o quanto a construção de um ambiente acadêmico nos moldes em que a medicina científica preconizava era incipiente. Apesar da existência de trabalhos e exercícios práticos no ensino médico, ressaltou o redator, o professorado ainda estava preso à tradição da oralidade, escrevendo pouco. Sem relatório de pesquisa não haveria comunicação e publicação, enfim, não haveria um movimento científico.

Na edição da Revista de Cursos dos anos de 1911 e 1912 (publicadas em 1913) foram divulgados os primeiros estudos que Alfredo Magalhães e Martagão Gesteira vinham realizando em suas especialidades. Os trabalhos intitulados 'Coxite Tuberculosa' e 'A reação de Schimidt-Triboulet: seu valor prognóstico nas afeções das lactantes' foram resultados das observações que Magalhães e Gesteira, respectivamente, realizaram na instituição filantrópica e nos serviços do curso médicos da faculdade. Este último, desenvolvido especificamente para concorrer à vaga de Livre Docente em Clínica Pediátrica Médica e Higiene Infantil, conforme visto.

As viagens aos centros de referência na área médica também faziam parte das medidas de incentivo às pesquisas na instituição de ensino. Alfredo Magalhães comunicou em 22 de setembro de 1913 (e 1914 também) um relatório sobre a viagem que fez à Europa visitando serviços de clinica cirúrgica infantil e ortopédica de outros países: Inglaterra, França, Suíça, Bélgica, Alemanha, Itália.²⁷⁸ Além dos serviços de pediatria cirúrgica e ortopédica na faculdade, Alfredo Magalhães levou esse conhecimento ao IPAI. Em relatório da instituição de 1912, apresentou como

²⁷⁷ Revista dos Cursos da Faculdade de Medicina da Bahia, 1913.

²⁷⁸ Livro de Ata das Sessões da Congregação da Faculdade de Medicina da Bahia (Sessão de 22 de Setembro de 1913)

projeto a construção de um galpão em terreno ao fundo da sede com o fim de instalar um serviço de ginástica ortopédica e calistênica. De volta da viagem que fez à Europa em 1913 e 1914, amadureceu o projeto e o colocou em prática, inaugurando a 'sala de ginástica' em 14 de junho de 1914. Apresentou a ginástica ortopédica como um ramo capital da kinesiologia, que vinha apresentando importância na aplicação ao tratamento de deformidades congênita ou adquirida, das más formações e de certas perturbações funcionais. No discurso de inauguração do serviço explicou:

Baseados na anatomia patológica, na etiologia, na observação dos fatos fisiológicos e clínicos podemos, pelo exercício, reforçar certos músculos, utilizar as diversas alavancas do corpo, modificar a direção de alguns sistemas ósseos sobrecarregados, corrigir as atitudes viciosas, melhorar a função, favorecer o restabelecimento da forma, aperfeiçoar, melhorar os resultados obtidos por meio de outros métodos, principalmente pelas operações cirúrgicas ortopédicas. Quanto à ginástica calistenica, ela tem um efeito profilático, sob múltiplos pontos de vista: ao mesmo tempo tônico, efeito não somente sensível sobre o sistema muscular, mas ainda sobre circulação, a respiração, a digestão, o sistema nervoso.²⁷⁹

O serviço consolidou Alfredo Magalhães como especialista em cirurgia e ortopedia pediátrica. A partir de 1915, os anúncios de sua clínica particular passaram a ser direcionados: "Molestias de Crianças: Clínica Medica, Cirurgia Ortopedica (correção dos defeitos físicos)".²⁸⁰

Assim, o Instituto de Proteção e Assistência à Infância da Bahia ampliava o leque de serviços médicos, que contava com consultas diárias em clínica, cirurgia, ortopedia, oftalmologia e odontologia, distribuição de medicamentos manipulados em farmácia própria, e vacinação jenneriana. Entre 1911 e 1920, o instituto vivia sua melhor fase: já estava em prédio próprio, o que viabilizava ampliar e acomodar adequadamente os serviços médicos e sociais, e passou a ter auxílio estatal para desenvolvimento de suas atividades. Tornou-se de utilidade pública pelo Estado em 1910 (Lei N. 819) e pela União em 1919 (Decreto 3.877) e o governo municipal de Salvador concedeu, a partir de 1911, isenção de impostos, fornecimento de água, gás de iluminação, energia elétrica, sendo que estes dois últimos foram perdidos

²⁷⁹ Jornal de Notícias, 19/06/1914

²⁸⁰ Jornal O Petiz, N. 1 e 2, Jun. e Jul. 1915.

depois que os serviços saíram da alçada municipal. As subvenções estatais, porém, por não terem sido constantes, e no caso da União nunca terem ido além de um orçamento, não substituíram os recursos advindos das doações de particulares.²⁸¹

O projeto do instituto de criar um hospital para crianças à beira-mar foi oficializado em 13 de maio de 1915. Em tais condições, as crianças poderiam ser tratadas utilizando ar puro e marinho, luz solar, água do mar, praticar a terapêutica profilática. Ao lado das enfermarias, que contava com recursos da terapêutica física e natural, instituir-se-ia a “escola de sol”, a “colônia de férias”.²⁸² Os serviços médicos do Instituto de Proteção e Assistência à Infância da Bahia neste período ainda eram desenvolvidos pela equipe docente das clínicas pediátricas da Faculdade de Medicina da Bahia: Alfredo Magalhães, Martagão Gesteira, Armando Gordilho e Raphael Baggi. Entre 1915 e 1919/1920 os catedráticos fizeram parceria, como diretor e subdiretor médicos, respectivamente.

Ainda em 1915, em maio, Alfredo Magalhães lançou uma campanha para arrecadar donativos para a construção do hospital: a atriz Berta Komor organizou espetáculos no Teatro São João e o então deputado Cosme de Farias apresentou na Câmara projeto de subvenção anual de seis contos de réis. E ainda no mesmo ano, o pediatra recebeu duas propostas de doação de terreno: uma de Bibiano Campos, situado em Ondina; outra da viúva de José Álvares do Amaral, em Amaralina, mas achou mais adequado construir o hospital em Monte Serrat, à beira-mar. Para isso, solicitou a J.J. Seabra (governador que estava no fim de seu primeiro mandato) que o Estado doasse a Chácara do Governo ali localizada.²⁸³

Seabra autorizou Alfredo Magalhães a procurar o líder do governo na Câmara dos Deputados. Após “corpo a corpo” nas seções e fora delas, o pediatra viu aprovado o projeto que autorizava o governo a ceder gratuitamente terrenos para instalação do hospital para crianças. A Câmara justificou a doação alegando que a assistência à infância era dever do Estado. Ao que parece, essa forma de

²⁸¹Relatório do IPAI, 1935. In: COUTO, Gracilia Magalhães de Almeida. Centenário do Prof. Dr. Alfredo Ferreira de Magalhães, Bahia: Gráfica Editora S A, 1973

²⁸² COUTO, 1973. Sobre o hospital, ver FERREIRA, Luiz Otávio; FREIRE, Maria Martha de Luna. Medicina, filantropia e infância na Bahia: um hospital para crianças (1920-1930). In: SOUZA, Christiane Maria Cruz de; BARRETO, Maria Renilda Nery. (Orgs) História da Saúde na Bahia: instituições e patrimônio arquitetônico (1808-1958). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz / Manole, 2011. (Barueri, SP: Minha Editora, 2011)

²⁸³MAGALHÃES, 1931.

encaminhar o projeto não era consenso entre os membros administrativos do IPAI, sendo Alfredo Magalhães acusado pelo vice-presidente do instituto, Júlio Matheus dos Santos, de ter agido individualmente, ignorando a opinião dos outros membros da diretoria. Sob esse pretexto, o vice-diretor do IPAI colocou o cargo em disponibilidade em setembro de 1915.²⁸⁴

Embora Alfredo Magalhães dissesse ter “desamor pela política” e nunca ter sucumbido aos movimentos da política partidária, mostrou-se um homem articulado politicamente: Severino Vieira enquanto governador o nomeou diretor do Instituto Normal; recebeu convites para candidaturas (Deputado Estadual e Senador); era amigo de J.J Seabra e Antonio Ferrão Moniz de Aragão; recebeu uma doação no valor de trinta contos de réis do engenheiro Francisco Monteiro Caminhoá.²⁸⁵

O lugar que Alfredo Magalhães alcançou pelo projeto social que desenvolvia em Salvador o dotou de um capital que Pierre Bourdieu denominou de simbólico. Tratava-se de um poder que o distinguia dos outros pediatras, e fazia com que desfrutasse de uma posição de destaque em seu campo. Tal proeminência, por sua vez, reforçada pelo reconhecimento e respeito, aumentava a posse desse capital, que, enquanto elemento de prestígio, foi convertido em dado momento em capital cultural.²⁸⁶

A campanha de J.J. Seabra ao governo do estado em 1919 teve ajuda de Alfredo Magalhães. Não só por amizade, mas por gratidão, justificou. Lembrava sempre da ajuda lhe prestada pelo político em 1910, quando um despejo judicial do instituto no edifício à rua do Bispo colocou em risco seu projeto filantrópico. Eleito governador, Seabra escolheu o pediatra para representar a Bahia no Primeiro Congresso Brasileiro de Proteção à Infância (previsto para acontecer em 20 de julho de 1920, mas que só se realizou em 1922) e franqueou a Imprensa Oficial para impressão dos trabalhos que ele fosse apresentar no evento.²⁸⁷ O Primeiro Congresso Brasileiro de Proteção à Infância ocorreu juntamente com o Terceiro Congresso Pan-Americano da Criança, no Rio de Janeiro.

²⁸⁴ MAGALHÃES, 1931

²⁸⁵ Ibid. p. 24

²⁸⁶ BOURDIEU, Pierre. O mercado de bens simbólicos. In: _____ A economia das trocas simbólicas. 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 2011. (Coleção estudos; 20)

²⁸⁷ MAGALHÃES, op. cit.

Nas primeiras décadas do século XX, os congressos científicos latino-americanos se fortaleceram, sobretudo os eventos específicos da área médica. Marta de Almeida identifica esse movimento como um processo de internacionalização da ciência. Não se tratava, contudo, de eventos que refletiam meramente as discussões científicas do velho mundo, ou dos Estados Unidos, na medida em que as trocas entre cientistas estrangeiros e latino-americanos promoviam um processo “transcultural de transmissão/recepção/transformação dos saberes produzidos”.²⁸⁸ A autora interpreta os congressos médicos latino-americanos como “estratégia de legitimação e persuasão do conhecimento médico produzido perante a comunidade especializada e as autoridades públicas.” Como espaços privilegiados de circulação de ideias, os congressos médicos cumpriam um papel importante no processo de especialização, profissional e acadêmica, uma vez que estudos, teóricos e práticos, eram compartilhados e discutidos entre pares. Estes encontros também foram fundamentais ao fomento de uma agenda voltada às políticas públicas, pois as demandas sociais no que se refere à saúde pública resultavam em formulações práticas, a exemplo de leis, convenções ou regulamentos.²⁸⁹

Os eventos acadêmicos tiveram uma importância ímpar na difusão do conhecimento nas áreas de saúde infantil e materna, garante Okezi T. Otovo. A puericultura, campo da medicina infantil voltada para a higiene da infância, foi extremamente fortalecida multinacionalmente a partir dos congressos. A autora compartilha a ideia de que os médicos brasileiros, sobretudo da Bahia e do Rio de Janeiro, se engajaram fortemente nos diálogos sobre puericultura e assistência infantil, dialogando de forma original com as ideias divulgadas internacionalmente, com destaque para a produção francesa.²⁹⁰

O Primeiro Congresso Pan-Americano da Criança, ocorrido em Buenos Aires em 1916, teve uma participação de peso de médicos brasileiros. O Comitê Nacional Brasileiro foi organizado por Moncorvo Filho (Rio de Janeiro) e apresentou 40

²⁸⁸ ALMEIDA, M.: Circuito aberto: ideias e intercâmbios médicos-científicos na América Latina nos primórdios do século XX. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 13, n. 3, p. 733-57, jul.-set. 2006. p. 734

²⁸⁹ *Ibid.*

²⁹⁰ OTOVO, Okezi T. Embaixadores da Academia: Puericultura, congressos da criança e a repercussão multinacional da medicina brasileira. Tradução Shamash Ramalho e Antônia Ivo. In: SANGIARD, Gisele (Org.) *Amamentação e políticas para a infância no Brasil: a atuação de Fernandes Figueira, 1902-1928*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2016.

trabalhos, distribuídos nas seguintes seções: 05 – Direito; 03-Legislação Industrial; 06 – Higiene; 09 – Educação; 05 – Psicologia e Antropometria; 10 – Assistência à mãe e à criança; 02 – Sociologia. A Bahia foi representada por Alfredo Magalhães e pelo advogado José Gabriel de Lemos Brito. O pediatra submeteu dois trabalhos: ‘Desenvolvimento do ensino e da puericultura nas Escolas Normais’ (Seção de Educação) e ‘Proteção, Assistência e Infância na Bahia’ (Seção Assistência à mãe e à criança). Esta última contou ainda com uma comunicação enviada por Martagão Gesteira, com o título ‘Causas domésticas da morbidade e mortalidade infantil’.²⁹¹

Esse evento foi bastante significativo, não apenas por denotar o prestígio intelectual de médicos baianos no período, mas por representar uma cooperação científica na América, principalmente entre os países latinos. Para Okezi Otovo, os participantes do congresso discutiram o problema da infância numa perspectiva regional, o que significava conectá-lo ao atraso na industrialização e urbanização, tipificando um sentimento de unificação. Abaixo o depoimento de Alfredo Magalhães a respeito.

Toda vez que os participantes do congresso faziam suas apresentações em recepções, visitas a estabelecimentos e excursões, o mais alto grau de sentimento pan-americano reinava – havia absoluta cordialidade entre os representantes de todos os países. Acima de tudo e em uma voz, eles se proclamavam irmãos de uma Pátria – América.²⁹²

Tanto Alfredo Magalhães quanto Martagão Gesteira apresentaram resultados de estudos desenvolvidos no Instituto de Proteção e Assistência à Infância da Bahia.

Moléstias	Percentual (%)	Moléstias	Percentual (%)
Molestias das vias respiratórias	27	Angina	0,1
Paludismo	20	Sarampo	0,1
Perturbações gastro-intestinais	17	Epilepsia	0,08
Verminose	9	Eclampsia	0,07
Dermatoses	7	Varíola	0,01
Anemia	5	Meningite	0,01
Lymphatismo	4	Dyphteria	0,01
Coqueluche	1	Varicella	0,01
Heredo-syphilis	1	Febre typhica	0,01
Grippe	0,9	Chlorose	0,009

²⁹¹BRASIL MÉDICO, 12.08.1916, p. 263.

²⁹²OTOVO, 2016. p. 123

Rachitismo	0,7	Urticária	0,009
Asthma	0,7	Peste bubônica	0,009
Nephrite	0,7	Tetanos	0,009
Tuberculose	0,6	Morphéa	0,009
Rheumatismo	0,6		

TABELA 2: Estatística do atendimento do IPAI até 1918 (crianças de 0 a 15 anos) – total de doentes 10.373)

FONTE: SANCHES, Francisco de Carvalho. O Paludismo na Infância. Bahia: Typografia do Salvador-Cathedral, 1918 (Tese doutoral da FMB)

O primeiro aspecto a destacar é o fato destes dados terem sido utilizados em uma tese doutoral, o que demonstra uma mudança em relação à produção do conhecimento, se comparada com as teses do período abordado no capítulo anterior. Como Francisco de Carvalho Sanches foi interno da cátedra de pediatria e auxiliar do serviço clínico pediátrico do Hospital Santa Isabel, é possível que ele mesmo tenha ajudado a organizá-los, inferência que pode ser atribuída também à tabela 3, adiante. A tabela 2 mostra as doenças mais frequentes nas crianças atendidas pelo IPAI até o ano de 1918. No topo, as afecções digestivas, o paludismo e as moléstias das vias respiratórias. Não à toa, as doenças dos sistemas digestivos e respiratórios foram objeto de estudos de Martagão Gesteira, conforme se verá.

Crianças de 0 a 2 anos (171 doentes)		Crianças de 2 a 13 anos (566 doentes)	
	(%)		(%)
Moléstias		Moléstias	
Perturbações gastro-intestinais	27	Paludismo	27
Moléstias dos aparelho respiratório	26	Perturbações gastro-intestinais	16
Dermatoses	25	Molestias do aparelho respiratório	14
Verminose	24	Verminose	2
Nephrite	19	Dermatoses	2
Paludismo	16	Nephrite	0,8
Tuberculose	14	Anemia	0,7
Anemia	9	Lymphatismo	0,7
Heredo-syphilis	6	Meningite	0,7
Coqueluche	5	Heredo-lues	0,5
Lymphatismo	4	Epilepsia	0,5
Rachitismo	1	Coqueluche	0,3
Asthma	1	Rachitismo	0,3
Sarampo	1	Grippe	0,1
Meningite	1	Tuberculose	0,1

Beriberi	1	Sarampo	0,1
Grippe	0,5	Hypoemia	0,1
Esclerose cerebral	0,5	Filariose	0,1
Rheumatismo	0,5	Beriberi	0,1
Angina	0	Varilella	0,1
Dyphteria	0	Esclerose cerebral	0,1
Febre Typhica	0	Meningo-encephalite	0,1
Hypoemia	0	Diplegia cerebral	0,1
Insuficiencia mitral	0	Dyphteria	0
Filariose	0	Febre Typhica	0
Varicella	0	Angina	0
		Rhreumatismo	0
		Asthma	0

TABELA 3: Estatística do atendimento do serviço clínico do professor Martagão Gesteira, no Hospital Santa Izabel, até 1918

FONTE: SANCHES, Francisco de Carvalho. O Paludismo na Infância. Bahia: Typografia do Salvador-Cathedral, 1918 (Tese doutoral da FMB)

A tabela 3 mostra que as doenças que levavam as crianças ao serviço clínico pediátrico do Hospital Santa Isabel era semelhante ao ocorrido no Instituto de Proteção e Assistência à Infância da Bahia. Como o público era o mesmo, pode-se generalizar esse quadro nosológico entre as crianças pobres de Salvador no período. Um ponto importante neste instrumento é a separação de dados entre faixas etárias: crianças de 0 a 2 anos e de 2 a 13 anos. Ou seja, Martagão Gesteira estava atento às questões da primeira infância. Ao longo de sua trajetória, ele dedicará uma parte significativa de seus estudos à primeira infância, mais especificamente às doenças gastrointestinais.

Em uma década, o número de estudantes em contato permanente com esses espaços de estudo científico na condição de internos efetivos e auxiliares dos serviços das clínicas pediátricas médica e cirúrgica e do Instituto de Proteção e Assistência à Infância da Bahia cresceu significativamente em relação ao período anterior. Foram cerca de 20 internos efetivos, número que certamente era maior já que existiam estudantes de séries anteriores ao exigido para concorrer ao “internato” que participavam da equipe como auxiliares e adjuntos e não eram registrados formalmente.²⁹³

²⁹³ MAGALHÃES, Alfredo Ferreira de. Memória histórica da Faculdade de Medicina da Bahia relativa ao ano de 1912. (manuscrito)

Através das teses doutorais em pediatria defendidas pelos internos (mas não exclusivamente) e das produções científicas dos professores percebe-se o desenvolvimento de pesquisas em equipe, ou seja, o professor sugerindo temas para seus internos estudarem dentro de uma agenda científica em curso.

ANO	AUTOR	TÍTULO DA TESE
1913	Ernesto de Alcantara Velho Barreto	Ligeiras notas sobre a moléstia de Hiene-Medin e seu tratamento
1913	Francisco Martins da Silva (ex-interno)	Do chloroformio na cirurgia infantil
1914	Luiz Lopes Villas-Boas (ex-interno)	Do tratamento orthopedico no Mal de Pott
1914	Euclides Machado Santiago (ex-interno e ex-auxiliar do IPAI)	A escola e a escoliose: inspeção medica
1916	José Pinto Soares Filho (ex-auxiliar do IPAI)	Do diagnóstico da coxite tuberculosa na infância
1919	Claudio da Costa (ex-interno, em 1917, e ex-auxiliar do IPAI)	Anomalias congênitas dos dedos da mão

QUADRO 6: Lista de teses defendidas pela Cadeira de Clínica Pediátrica Cirúrgica e Ortopedia (1911-1920)

Fonte: Acervo da Biblioteca Gonçalo Muniz, Faculdade de Medicina da Bahia

Dos nove estudantes que foram internos da Cadeira de Clínica Pediátrica Cirúrgica e Ortopedia entre 1911 e 1920, cinco defenderam teses pela disciplina e elaboraram seus estudos a partir dos casos do serviço didático respectivo. Ernesto de Alcântara Velho Barreto (1913) observou os tratamentos médicos e cirúrgicos de crianças portadoras de paralisia infantil internadas na enfermaria do Hospital Santa Isabel. Francisco Martins da Silva (1913) estudou os anestésicos empregados em intervenções cirúrgicas e chegou à conclusão, a partir do que acompanhou como interno do serviço da disciplina clínica pediátrica cirúrgica, que o clorofórmio era o melhor anestésico para crianças. Euclides Machado Santiago (1914) desenvolveu seus estudos sobre a escoliose com as crianças da Escola Normal - acesso facilitado por Alfredo Magalhães ter sido professor das duas instituições concomitantemente - e com crianças dos serviços da clínica pediátrica cirúrgica. Luis Lopes Villas-Bôas (1914) experimentou as técnicas dos aparelhos ortopédicos no tratamento do Mal de Pott. José Pinto Soares Filho (1916), como interno da cátedra, estudou um tema de extrema importância para especialidade, a coxite tuberculosa, focando no estudo da sintomologia e do diagnóstico diferencial. Claudio da Costa (1919), por sua vez, apresentou os casos de anomalias congênitas dos dedos da mão tratados no serviço clínico do hospital Santa Isabel, cujas observações foram

comunicadas à Sociedade Médica dos Hospitais e publicadas na revista Brasil Médico pelo professor titular.

ANO	AUTOR	TÍTULO DA TESE
1911	Euclides Barreto de Aguiar (ex-interno da Cadeira e do IPAI)	O exame anamnóstico em Pediatria
1912	Carlos Levindo de Moura Pereira	Cytoprognostico da lactação
1913	Antonio de Azevedo Borba Junior	O aleitamento materno sob de vista medico-social
1913	Hamleto Baptista Barbosa de Godois	Diagnose e therapeutica da hypertrophia do thymus
1913	Oldach de Abreu Benjamin	Do tratamento da coxite tuberculosa
1913	Etelvino de Menezes Tavares (Interno)	Dos supostos acidentes da primeira dentição
1914	Rosalvo Celestino dos Santos (Ex-interno, em 1913 e 1914, e ex-auxiliar do IPAI)	Syndrome Splenica
1915	Ignacio da Silveira Cunha (Interno da Cadeira e auxiliar do ambulatório infantil do Instituto Clínico da FMB, anexo ao Hospital Santa Isabel)	Da Heredo-Syphilis
1915	Asdrubal da França Rocha	Syndrome de Rist e Guillemot (Diagnóstico e Tratamento)
1915	Alexandre de Mattos Pedreira de Cerqueira (Ex-interno)	Sindrome de Little
1918	Anastacio da Silva Monteiro (ex-auxiliar do IPAI)	Em torno da syndrome de Fernandes Figueira
1918	Francisco de Carvalho Sanches (Ex-interno e ex-auxiliar do ambulatório infantil do Instituto Clínico da FMB, anexo ao Hospital Santa Isabel)	O Paludismo na infância
1918	Mario Rodrigues Souza	A Therapeutica moderna da coqueluche
1919	Honorato Manuel do Bonfim (Ex-interno, em 1917)	Noções sobre o Infantilismo
1919	Justino Nogueira Gomes	Bacilose Infantil (breves considerações)
1919	Luiz Regis Pacheco Pereira	Contribuição ao estudo das adenopatias tracheo-bronchicas
1919	Mario da Costa Guimarães	Contribuição ao estudo da coqueluche
1919	João Coriolano da Silva	Em torno do escorbuto infantil ²⁹⁴

QUADRO 7: Lista de teses defendidas pela Cadeira de Clínica Pediátrica Médica e Higiene Infantil (1911-1920)

Fonte: Acervo da Biblioteca Gonçalo Muniz, Faculdade de Medicina da Bahia

²⁹⁴ Esta tese encontra-se na Biblioteca obras raras de Manguinhos – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

Entre as teses defendidas pela Cátedra de Clínica Pediátrica Médica e Higiene Infantil entre 1911 e 1920, as de Antonio de Azevedo Borba Júnior (1913) e Mario Rodrigues Souza (1918) foram as únicas que não desenvolveram seus trabalhos baseados em observações originais. E somente o estudo desenvolvido por Rosalvo Celestino dos Santos (1914) foi oriundo do serviço de clínica do professor Frederico de Castro Rebello. Os demais foram dos serviços de Martagão Gesteira (ou de sua clínica particular) e do Instituto de Proteção e Assistência à Infância, sendo que Carlos Levindo de Moura Pereira realizou suas pesquisas também na Maternidade Climério de Oliveira.

As teses atestam que a reforma para um ensino médico-científico aconteceu na Bahia nessa década: estudos em medicina infantil através de observações e experiências; generalização da noção de medicina científica; pediatria como especialidade científica; diálogo equilibrado entre as pesquisas estrangeiras e brasileiras (os pediatras franceses perderam a autoridade de outrora); esforço declarado em sair da tutela estrangeira no que se refere ao instrumental para desenvolvimento da ciência. Estes dois últimos pontos estão intimamente relacionados, pois à medida que as pesquisas nacionais avançavam em diferentes campos formava-se um lastro que dava suporte ao desenvolvimento de mais pesquisas.

A tese produzida por Euclides Barreto de Aguiar (1911) inaugurou esse novo momento. Após três décadas de ensino de pediatria da FMB, foi o primeiro trabalho que trouxe à tona uma temática que põe em evidência um elemento demarcador da medicina infantil enquanto especialidade: a semiologia infantil.

Carlos Levindo de Moura Pereira (1912), no desenvolvimento de estudos citológicos do colostro em mulheres da Maternidade Climério de Oliveira, utilizou nas preparações o corante fixador de Joaquim Moreira da Fonseca, do Rio de Janeiro, com o intuito “de procurarmos nos emancipar o mais possível da tutela estrangeira”.²⁹⁵ O mesmo caminho adotou Martagão Gesteira, em 1919, ao utilizar a tuberculina produzida no “Instituto Manguinhos”, em substituição à importada do Uruguai. Essa substância era fundamental às investigações que esse professor e internos de sua disciplina vinham desenvolvendo com crianças da enfermaria Santa

²⁹⁵ PEREIRA, Carlos Levindo de Moura. Citoprogóstico da lactação. Bahia: Tipografia Bahiana de Cincinato Melchiades, 1912. p.17

Isabel e do Dispensário do IPAI para identificar tuberculose infantil. Luiz Regis Pacheco Pereira, que participou desses estudos e escreveu sua tese doutoral a partir deles, enfatizou a importância dessa tuberculina “de qualidade”, pois garantiu o emprego ininterrupto no ano de 1919, “pela primeira vez na Bahia”,²⁹⁶ da cuti-reação de van Pirquet (método para diagnóstico da tuberculose).

Em uma conferência realizada no Museu Pedagógico Experimental de Barcelona, sobre tuberculose infantil, o Dr. J. de Oliveira Botelho, ilustre **cientista brasileiro** referiu-se a uma observação pessoal sobre um caso de cura de um doente de tumor branco intercorrente a uma tuberculose pulmonar, pela tuberculino-terapia associada a helioterapia.

[...]

Ultimamente, alguns práticos, dotados de um **espírito eminentemente investigador**, entregaram-se a **reiteradas experiências**, que deram lugar ao aparecimento de diversos trabalhos, cada qual mais importante e esclarecido, que constitui um verdadeiro **cabedal científico**, pouco ou nada deixando a desejar.²⁹⁷

As palavras acima foram proferidas por Oldach de Abreu Benjamin em tese que discorria sobre o tratamento da coxite tuberculosa. Sua tese defendia que as punções (quando houvesse abscesso) e imobilização completa (e prolongada) da articulação era o melhor tratamento à tuberculose coxo-femoral infantil. A defesa à intervenção local se contrapunha a uma prática que vinha se tornando comum, que era o tratamento por cirurgia. “A observação e a experiência”²⁹⁸ o demonstraram que a cirurgia nestes casos tornava-se “inconveniente e perigosa”. O que se encontra na tese de Oldach representa o conjunto dos trabalhos no que se refere à consolidação de um ambiente acadêmico-científico na Faculdade de Medicina da Bahia.

As pesquisas laboratoriais também marcaram as teses doutorais: pesquisas em urina e sangue, principalmente, foram aliadas no processo investigativo diagnóstico. Asdrubal da Franca Rocha (1915), Francisco de Carvalho Sanches (1918) e Honorato Manuel do Bonfim (1919) apresentaram estudos pautados em exames microscópicos, com prioridade para avaliação hematológica.

Como suporte teórico, estavam presentes tanto os tratadistas clássicos franceses (Marfan, Hutinel, Comby, Grancher) como autores de outras

²⁹⁶ PEREIRA, Luis Régis Pacheco. Contribuição ao estudo das adenopatias traqueobrônquicas. Bahia: Grande estabelecimento gráfico G. Robatto, 1919.

²⁹⁷ BENJAMIN, Oldach de Abreu. Do tratamento da coxite tuberculosa. Bahia: Seção de obras da Revista do Brasil, 1913. p. 3-4

²⁹⁸ Ibid., p. 8

nacionalidades (espanhóis, portugueses, uruguaios, argentinos), além dos brasileiros Fernandes Figueira, Alfredo Magalhães e Martagão Gesteira.

Vinculada à cadeira de pediatria cirúrgica foram seis teses, contra dezessete da clínica médica pediátrica. Essa discrepância não se dava à importância científica de uma especialidade sobre a outra, uma vez que neste período os dois universos se ampliaram juntos. Conforme se verá, os dois professores estavam paralelamente, e em alguma medida conjuntamente, desenvolvendo estudos no mesmo patamar científico. Há dois aspectos a considerar: a subjetividade de Martagão Gesteira, que definiu o lugar de mestre entre os estudantes,²⁹⁹ e a relevância social dos temas tratados pela clínica e higiene pediátrica.

3.2 Alfredo Magalhães e um fazer científico da pediatria cirúrgica: o caso da coxite tuberculosa³⁰⁰

A tuberculose, nas palavras de Alfredo Magalhães, era a “peste maior que qualquer outra, por isto que endêmica e mundial”, desenvolvia-se assustadoramente, “peste branca, pior que a peste negra em cifra global de aniquilados através dos séculos”.³⁰¹ Qualificada por seus contemporâneos como peste da civilização ou peste moderna, a tuberculose figurava como a doença infecciosa mais importante do período. As estatísticas da tuberculose infantil levaram

²⁹⁹ Em muitos depoimentos de ex-alunos seus, suas qualidades de professor e orador foram evocadas, sendo unânimes as falas de que Martagão Gesteira tornou-se um mestre por aliar competência e paixão em seu trabalho. Martagão formou uma geração de pediatras que consolidou ações, cuja herança histórica permanece atualmente (o que será abordado no capítulo seguinte).

³⁰⁰ A lista de publicações de Alfredo Magalhães é extensa, abarcava assuntos de ordem pedagógica, questões morais e religiosas relacionadas à família, assistência social à infância, eugenia, além das discussões científicas sobre pediatria. No quesito científico, Magalhães dedicou-se ao estudo das más formações congênitas dos membros e da tuberculose óssea, levando ao debate científico ideias originais. (ver APÊNDICE B). André de Faria Pereira Neto percebeu em Alfredo Magalhães dois aspectos no que se refere ao exercício da prática médica, a de especialista, “ao ressaltar a importância da observação e da produção científicas”, ao mesmo tempo que trazia “postulados morais” presentes, também, no que chamou de “perfil generalista”. (PEREIRA NETO, 2001, p. 57-8)

³⁰¹ MAGALHÃES, Alfredo Ferreira de. Tuberculose Infantil. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, N. 1, Julho de 1916. p. 139

Combe (pediatra suíço) a advertir o pediatra a não fazer um diagnóstico sem levá-la em consideração.³⁰²

Variadas questões estavam sendo debatidas em torno da tuberculose infantil: contágio, de origem humana ou bovina; as vias de infecção pelo bacilo e as formas clínicas que a infecção poderia determinar. Do domínio da cirurgia infantil e da ortopedia, as modalidades clínicas da tuberculose poderiam ser múltiplas:

sinovites articulares e tendinosas, epifisites, osteites da taboa dos ossos chatos (omoplata, osso coxal, malares, costelas....), dos ossos curtos (spiventosa do metacarpianos, dos dedos.....), da diáfise dos ossos longos; osteo-artrites em geral, e em particular gonites, coxites, tuberculose da espadua, do cotovello, do punho, das articulações tarso-tarsianas e tarso-metatarsianas, tuberculosas das vértebras (mal de Pott) em todas as regiões (cervical, dorsal, lombar, sacra), tuberculose dos órgãos genito-urinarios, tuberculose dos olhos, etc....³⁰³

Nesse momento, não havia muitos conhecimentos sobre a etiologia da tuberculose, o consenso era que a doença tinha como agente infeccioso o *mycobacterium tuberculosis*, conhecido como bacilo de Koch, e atacava principalmente os pulmões, podendo se desenvolver também em outras formas. Até os idos da década de 1940 não havia medidas terapêuticas realmente eficazes para o seu tratamento. Seu diagnóstico dava-se pela inspeção clínica e exames radiológicos e a confirmação pela pesquisa do bacilo em secreções. A tuberculose passou a ser considerada uma doença social, pois os veículos de contaminação se davam, principalmente, em condições insalubres de sobrevivência, principalmente moradia, alimentação e condições de trabalho.³⁰⁴

Salvador era uma cidade propícia ao alastramento da tuberculose. Tanto nas áreas urbanas como periféricas, minadores de água (rios, córregos, valas, diques, bicas) mal cuidados ajudavam a proliferar insetos, entre os quais transmissores de doenças como febre amarela, malária, disenteria, além da própria tuberculose. Nas ruas, ainda, acumulavam-se lixos e diversos resíduos orgânicos. As moradias da população pobre eram carentes de ventilação, iluminação, água encanada e rede de

³⁰² MAGALHÃES, 1916, p. 140

³⁰³ Ibid., p. 153

³⁰⁴ SILVA, Maria Elisa Nunes Lemos da. Do “centro” para o “mundo”: a trajetória do médico José Silveira na luta contra a tuberculose. Tese (doutorado). Universidade Federal de Pernambuco-CFCH, 2009.

esgoto. Em 1906, somente cerca de 5.000 casas possuíam uma canalização para escoar dejetos.³⁰⁵

As cifras sobre a mortalidade em Salvador entre 1897 e 1921 registraram 19.878 mortes por tuberculose, dados que colocaram a doença no topo das mais letais do período, não só na capital baiana. Os números denunciam não apenas os poucos conhecimentos médicos sobre a enfermidade naquele momento, mas também a carência de espaços de cura especializados. Além das enfermarias da Santa Casa destinadas a doenças contagiosas, não havia instituições que acolhessem os tuberculosos. A iniciativa pioneira foi da Liga Baiana Contra Tuberculose, que como suas congêneres de outros estados da federação, buscava suprir a lacuna que o poder público deixava no que se refere aos cuidados de uma doença que pela sua dimensão constituía um problema de saúde pública.³⁰⁶

A Liga Baiana Contra Tuberculose foi fundada em 1900 por um grupo de professores da Faculdade de Medicina da Bahia, entre os quais Ramiro de Azevedo e Joaquim Matheus dos Santos, antigo substituto da cátedra de pediatria. Entre os objetivos da Liga estava a construção de um sanatório para tuberculosos, cujo projeto foi elaborado por Matheus dos Santos. Por falta de recursos, o sanatório foi substituído por dispensário, cujas obras foram iniciadas em 1907. Para se ter ideia dos caminhos tortuosos que a instituição passou, as obras do dispensário só foram concluídas em 1919 e as instalações do denominado Dispensário Ramiro Azevedo só puderam ser disponibilizadas ao público cerca de 4 anos depois.³⁰⁷

Entre as crianças atendidas no dispensário infantil do Instituto de Proteção e Assistência à Infância da Bahia (de maio de 1904 a 1916) e nos serviços ambulatoriais da clínica pediátrica cirúrgica do Hospital Santa Isabel (de junho de 1911 a 1916), as formas mais frequentes de tuberculose foram: adenite cervical, mal de Pott, coxite, gonite, reumatismo de Poncet, osteíte dos metatarsianos, spinaventa dos dedos das mãos. Sendo as três primeiras em maior número. Em todos os

³⁰⁵ Ver SILVA, op. cit.; SOUZA, Christiane Maria Cruz de. A gripe espanhola na Bahia: saúde, política e medicina em tempos de epidemia. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; Salvador: Edufba, 2009.

³⁰⁶ SILVA, 2009.

³⁰⁷ Ibid.

casos, a maior frequência registrou-se na segunda e terceira infância, segundo os registros dos pediatras mais influentes.³⁰⁸

Alfredo Magalhães, pelo número de casos chegados em seus serviços médicos da FMB e IPAI (e também da clínica civil), dedicou-se ao estudo da coxite tuberculosa (tuberculose do quadril). As crianças tratadas por ele foram objeto de estudo científico e de aula prática, cujos processos e resultados dos casos mais complexos eram levados para discussão na Sociedade Médica dos Hospitais da Bahia, e algumas das comunicações transformaram-se em artigos publicados na *Gazeta Médica da Bahia* e *Brasil Médico* (Rio de Janeiro).³⁰⁹

O que se subteme da experiência científica de Alfredo Magalhães é que ele construiu o programa disciplinar da cátedra de pediatria cirúrgica a partir de um “programa de pesquisa”,³¹⁰ ou seja, questões orientadas pela demanda médica da clientela do projeto social que estava vinculado. Timothy Lenoir defende que programas disciplinar e de pesquisa, embora partes da mesma dinâmica, são orientados por objetivos diferentes.

[...] Programas disciplinares são fundamentalmente institucionais em sua orientação, estão mais preocupados em estabelecer atribuições, facilitar ligações com outras disciplinas e permitir a transmissão de técnicas e ferramentas conceituais do campo científico a grupos (potencialmente múltiplos) de usuários de disciplinas vizinhas e a pessoas em treinamento para tipos particulares de carreiras. Embora não menos políticos em caráter, os programas de pesquisa, para os propósitos dessa discussão, são caracterizados menos por sua preocupação em organizar a sociedade do que por seu foco orientado a problemas, mediante seu esforço para dominar os ciclos de crédito e os recursos disponíveis para estender e legitimar produtos de sua pesquisa. Construtores de disciplinas exploram programas de pesquisa como recursos políticos para conquistar certas metas institucionais.³¹¹

Para o caso aqui abordado, se o conteúdo da cátedra surgiu do programa de pesquisa, a disciplina incorporou uma visão teórica, métodos e um inventário de técnicas e instrumentos capazes de sustentar a pesquisa em amplas frentes de problemas. Na trajetória de Alfredo Magalhães para consolidação de sua cátedra,

³⁰⁸ BENJAMIN, 1913 p. 154

³⁰⁹ APÊNDICE B

³¹⁰ As aspas foram utilizadas pelo fato de não ter sido algo formalizado.

³¹¹ LENOIR, 2004, p. 76-77

diferentemente do contexto estudado por Lenoir, não houve uma separação entre os dois programas.

A maioria dos autores que estudavam a sintomatologia da coxite tuberculosa (ou tuberculose coxo-femural) a dividiam em três períodos: inicial, de estado e de terminação. Do período inicial, tem-se a claudicação, rigidez articular, dor, atrofia muscular, espessamento da pele e do tecido celular subcutâneo, engorgitamento ganglionar. O segundo momento era caracterizado pelo agravamento dos sintomas do primeiro, com deformações, atitudes viciosas, flexão, abdução, rotação para fora, encurtamento real, paradoxo da coxalgia. A última fase, luxações espontâneas ou patológicas e rotação para dentro, encurtamento real, abscessos, fístulas, crepitação, colxalgia dupla.³¹²

A claudicação e a dor eram os sinais elementares da coxite tuberculosa. A infecção, que atingia a articulação coxo-femural, provocava nas crianças cansaço, fadiga e peso nos membros inferiores, dificultando a realização dos passos e de outros exercícios (claudicação). O membro afetado ia pouco a pouco deixando o movimento da perna “arrastado”, o que com o passar do tempo poderia se tornar um padrão da marcha (manco), até que a evolução dos sintomas forçasse uma maior atenção ao problema. A dor, causada por um trauma na região (ou até pelo frio), era o sintoma que geralmente levava a pessoa a procurar atendimento médico. Essa dor, por sua vez, representava o agravamento das lesões latentes, cujo trauma agia “como uma verdadeira chicotada”, nas palavras de Martagão Gesteira.³¹³

O valor semiótico desses sintomas - claudicação e dor, como sinal primário ou manifestação primitiva da coxite tuberculosa, foi alvo de debate entre diversos pediatras. Alfredo Magalhães e seus discípulos Oldach de Abreu Benjamin e José Pinto Soares Filho defendiam que, embora a claudicação fosse a referência mais comum, a dor, podendo apresentar-se sem o sinal anterior, denunciava o processo tuberculoso. A dor, enquanto sinal da coxite, poderia ser objetivada através de exame do doente. Observando a criança em posição vertical, percebia-se que ela não conservava as pernas no mesmo nível, deixando uma delas (a enferma) em plano anterior, mantendo o joelho em leve flexão, não apresentando a extensão

³¹² SOARES FILHO, José Pinto. Do diagnóstico da coxite tuberculosa na infância. Bahia: Escola Tipográfica Salesiana, 1916

³¹³ Ibid., p.12

perfeita. Assim, a atenção do pediatra devia voltar-se para esse membro, pois ali se denunciava o início da moléstia.³¹⁴

A dor na coxite tuberculosa foi objeto de muitas pesquisas e gerou um debate científico profícuo. Não raro, os doentes queixavam-se de dores no joelho, que ao exame local nada revelava de patológico na região. Após estudos minuciosos, chegou-se à conclusão que a infecção coxo-femural irradiava dor até o joelho, evento denominado de gonalgia. A causa da gonalgia, por sua vez, gerou mais pesquisas e debates. Alfredo Magalhães compartilhava a teoria da gonalgia como uma irradiação dolorosa transmitida pela medula. No Brasil, o professor de pediatria da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro fez a experiência em um menino de 12/13 anos de idade que atendia em sua clínica. Ao tocar a extremidade do fêmur com um estilete (que conduzia a gaze no preenchimento da cavidade esvaziada no processo de limpeza da uma grave inflamação) o doente gritou dores no joelho. Atento ao fato, o médico esperou que o menino se acalmasse e num processo investigativo provocou a dor, para confirmar sua doutrina.

Percorreu com o estilete toda a superfície da cavidade cotilóide, tocou os músculos nas proximidades mais íntimas das ramificações do ciático, e por fim o próprio fêmur em toda a superfície interna da cavidade central, sem que o doente acusasse senão a ação do contato do instrumento; esses fatos bem verificados, levou de leve a ponta do estilete na direção do canal medular; o doente, como da primeira vez, prorrompeu em gritos desesperados, entregando-se aos mais desordenados movimentos e acusando a dor intolerável do joelho”³¹⁵

Em 1911, Alfredo Magalhães teve a oportunidade de confirmar essa teoria em uma doente de sua clínica quando realizava as injeções modificadoras de Calot, observando que sempre que a ponta da agulha tocava a extremidade superior da epífise femural, que se achava alterada pelo processo inflamatório, a criança gritava dor no joelho.³¹⁶

Fazendo-se a criança andar, observar-se-ia que a coxa doente, ao invés de se flexionar quando os pés soltos do solo dirigiam-se para fora, inclinando-se o corpo para frente ou para fora, imprimindo à bacia um movimento de circundação.

³¹⁴ SOARES FILHO, 1916, p.12

³¹⁵ Ibid., p. 24

³¹⁶ MAGALHÃES, 1913.

Além do campo visual, essa arritmia poderia ser verificada com um sinal sonoro conhecido por “sinal do tropeiro”. Denominou-se esse sinal tomando por empréstimo dos tropeiros, que identificavam o estado do animal pela marcha e, após a caminhada, observava-se que o repouso se dava sobre o membro sã, enquanto o membro enfermo ficava ligeiramente flexionado e tocando o solo pela extremidade do pé.³¹⁷

As causas da claudicação também foram alvo de discussões: uns a atribuíam a dores na articulação coxo-femoral; outros, na contração dos músculos pelvi-trochanterianos, que ao ocasionar certa rigidez impedia a marcha normal. Os especialistas da FMB defendiam as duas possibilidades, mas posicionaram-se mais pela segunda opção, afirmando que existiam casos em que a claudicação apresentava-se sem dor. Notavam, ainda, que em outros estágios da moléstia, a claudicação ligava-se a atitudes viciosas.³¹⁸

Ao lado da claudicação e da dor (espontânea ou provocada), outro sinal apresentava-se ordinariamente: modificação dos movimentos da articulação coxo-femural. Também um sintoma clássico, poderia surgir anteriormente a eventos dolorosos. Verificava-se que a extensão dos movimentos da articulação do lado da moléstia era menor que o outro, e que a coxa e a bacia se moviam indistintamente em função da contração do músculo pelvi-trochanterianos e da rigidez articular característico. Seriam alterados também os movimentos de adução e rotação.

Para se pesquisar a diminuição dos movimentos, José Pinto Soares Filhos instruiu:

A criança, completamente despida, é posta em uma mesa rígida no decubitus dorsal, tendo o medico o cuidado de colocar as duas espinhas ilíacas anteriores num plano perpendicular à linha umbilico-pubiana. [...] Passando depois ao exame de cada movimento separadamente, deve-se ter logo o cuidado de verificar se os movimentos se fazem ou não exclusivamente na articulação coxo-femural, porquanto vezes há que, ficando o doentinho na posição recomendada e com a perna doente se procurando executar todos os movimentos, isto facilmente se consegue, julgando-se daí que eles se realizaram no interior da articulação, quando tal não aconteceu. Para os que desconhecem a possibilidade dessa ilusão e se acham pouco afeitos a exames dessa natureza a conclusão a tirar-se é que o funcionamento da articulação dos dois lados se acha íntegro; ao que, porém, os têm observado e compreendido merecem outra interpretação, pois que, graças à contração muscular, os movimentos impressos à coxa

³¹⁷ SOARES FILHO, 1916, p. 13

³¹⁸ Ibid.

podem se transmitir à bacia e se passar na articulação sacro-lombar. Para evitar-se essa causa de erro convém fixar-se a bacia ou pela mão livre do próprio cirurgião ou pela de um ajudante, aplicada à espinha íliaca Antero-superior. Assim fazendo-se, notar-se-á que os movimentos do membro doente são muito limitados, e às vezes dolorosos e que a bacia, ligando-se ao fêmur e constituindo com ele uma só peça, executa também os mesmos movimentos, que se transmitem à mão aplicada sobre a espinha íliaca.³¹⁹

A criteriosa descrição dos métodos de investigação, como se vê acima, tornaram-se constantes nas teses do período, sugerindo um esforço em legitimar o caráter científico do trabalho.

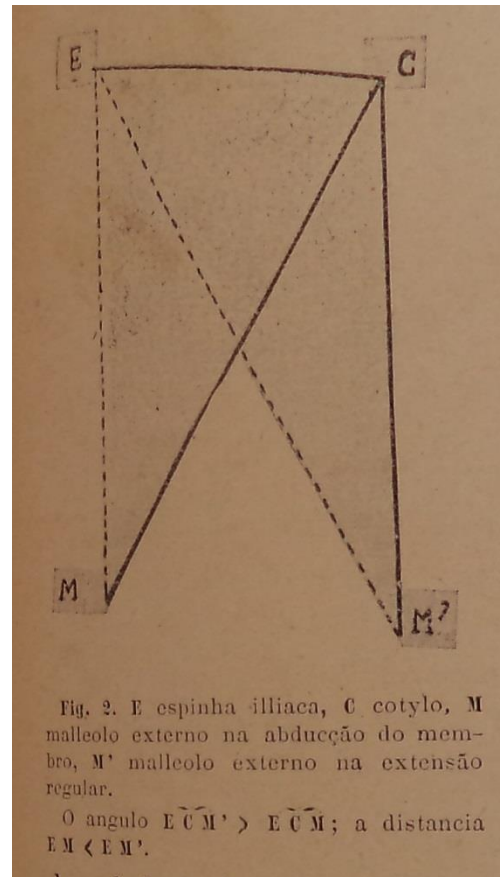
A menina Ester dos Santos, de 13 anos, procurou o Dispensário Infantil do IPAI/BA queixando-se de dores no quadril, que a fazia “coxear” (claudicação) quando andava. Diagnosticada com coxite tuberculosa, foi aconselhada a procurar o Hospital Santa Isabel para o tratamento adequado. Assim procedeu, sendo recolhida na enfermaria Santa Maria em 23 de agosto de 1911. Ester foi o primeiro “caso” de coxite tuberculosa do serviço de Clínica pediátrica cirúrgica e ortopedia da FMB. Objeto de aula e pesquisa, ficou sob os cuidados de Alfredo Magalhães. Neste mesmo ano, outras duas meninas (Prima e Maria da Paixão) foram tratadas com essa mesma moléstia e figuraram entre “observações científicas” de três trabalhos: Coxite Tuberculosa, de Alfredo Magalhães, publicado na Revista dos Cursos FMB em 1913, e nas teses doutorais de dois discípulos desse professor, Oldach de Abreu Benjamin (1913) e José Pinto Soares Filho (1916).

O exame de articulação feito em Ester revelou dor (provocada) quando se pressionava a cabeça do fêmur, na parte anterior (aproximadamente a 1 cm para fora da artéria) e lateralmente acima do trochanter. Investigando os movimentos das articulações coxo-femural detectou-se limitação do lado direito, tanto o de flexão e de extensão extrema, como o de abdução. A “olhos nus” notava-se alongamento do membro direito, “o calcanhar deste lado mais baixo ½ centímetro que o do lado esquerdo”. Nesse quesito, Alfredo Magalhães chamou a atenção dos estudantes para o fenômeno do paradoxo da coxalgia, pois que o membro pelviano direito, que às vistas apresentava-se mais longo que o esquerdo, ao ser medido mostrava-se mais curto. A explicação científica assim foi posta:³²⁰

³¹⁹ SOARES FILHO, 1916, p. 15-17

³²⁰ MAGALHÃES, 1913, p. 64-65.

A razão do fato paradoxal esta em que, na abdução, o ângulo formado (ECM) pelas linhas femoral (CM) e ilíaca (EC) na articulação coxo femoral (C) é menor, o maléolo externo (M) ficando mais próximo da espinha ilíaca anterior e superior (E) do que na extensão regular (M')



A exploração dos movimentos levaria ao conhecimento e pesquisa de outro sintoma frequente em todos os períodos da coxite, o arqueamento lombar. Em caso de coxite, a lordose lombar aumentava, provocando a extensão da perna doente, “o que permite deixar que a mão passeie folgadoamente entre a porção lombar da coluna vertebral e o plano da mesa”.³²¹ Em caso de crianças na primeira infância, a integridade desses movimentos poderia ser observada quando ao suspendê-la pelas axilas agitando-se os dois membros abdominais o membro do lado são apresentaria um movimento oscilatório durante algum tempo, ao contrário do membro doente que permaneceria quase imóvel.³²²

Embora constante em todas as artrites, a atrofia muscular era outro sintoma que agregaria à investigação do diagnóstico da coxite tuberculosa, revelando-se por dois sinais: diminuição do volume da coxa e hipotonia muscular. A fita métrica

³²¹ MAGALHÃES, 1913, p. 18

³²² Ibid., p. 19

revelou que Ester apresentava pequena atrofia da coxa direita, devido à diminuição da massa muscular. Tão leve que a aparência não denunciava, diziam. Talvez ocultada pelo espessamento da pele, sinal também característico.

Para percebê-la serve bem o meio indireto conhecido, de que servimos no caso e para o qual chamamos a atenção dos alunos, que consiste em tomar (entre o polegar de um lado, o indicador e o médio do outro) a pele da coxa e fazer uma dobra, que se compara dos dois lados. Esta dobra cutânea é mais espessa do lado doente que do lado são.³²³

Alfredo Magalhães verificou em Ester, ainda, a falta de reação muscular na massa glútea, apagamento da dobra subcutânea do lado direito. Sobre a mesa, em decúbito dorsal, mais dois sinais foram identificados: o arqueamento lombar e joelho direito em ligeira flexão. Para completar o diagnóstico, Ester pôs-se a andar para que fosse identificado o “sinal do tropeiro”, o que se confirmou. Ester, como todas as outras nove crianças que tiveram seu tratamento publicado em trabalhos científicos entre 1911 e 1916, teve o diagnóstico para coxite tuberculosa confirmado por exames físicos, através da identificação dos sinais clássicos de semiologia.

A terapêutica da coxalgia seguiu dois caminhos: um mais geral, de tratamento do organismo atacado pela tuberculose; e outro mais específico, dirigido ao tratamento da lesão na articulação coxo-femural. O primeiro consistia em medicamentos, preceitos higiênicos e alimentares. Para o tratamento local, recomendava-se o emprego das punções quando houvesse abscesso e na imobilização completa e prolongada da articulação, seguida ou não de injeções modificadoras. Os abscessos de natureza tuberculosa deveriam ser puncionados (e não retirados cirurgicamente) e após a aspiração do seu conteúdo purulento, injetado um líquido modificador. A imobilização fazia-se necessária para manter a parte afetada em repouso absoluto e constante, impedindo prováveis atritos que certamente agravaria a lesão.³²⁴

A técnica usual para tratamento dos abscessos foi descrita por Oldach Benjamin:

Feita a assepsia e a anestesia da região, desde que a pele se apresenta branca, enfia-se uma agulha n. 3 de Collin, em um ponto situado para fora

³²³ MAGALHÃES, 1913, p. 65

³²⁴ BENJAMIN, 1913.

das pequenas veias aparentes sob os tegumentos e a uma distância de 3 a 4 centímetros do abscesso, de modo a atingi-lo por um trajeto oblíquo. [...]

Em seguida adapta-se imediatamente à agulha o aparelho de Dicalafoy e Potin ou aquele que é usado por Calot, e, faz-se a aspiração do conteúdo do abscesso. Terminada esta, substitui-se o aspirador por uma seringa que já deve conter o líquido modificador e pratica-se a injeção lentamente.³²⁵

Dos líquidos injetáveis mais empregados, a fórmula proposta por Calot era a mais utilizada, sendo composta por: óleo de oliveira (70g), éter sulfúrico (30g), creosoto (6g) e iodofórmio (10g). Sugeria que em grandes abscessos se aplicasse 10 a 12 cm, no máximo, e nos pequenos, cerca de 8 cm. Calot empregava também naftol canforado e glicerina (proporção de 2 para 10g) no tratamento dos abscessos.³²⁶

A Calot foi atribuído o mérito de consolidar (o uso foi iniciado por Bonnet, em 1841) a prática das injeções modificadoras no tratamento da coxite tuberculosa. O referido método consistia em fazer chegar aos focos tuberculosos e à articulação coxo-femural substâncias que destruiriam os bacilos, fosse por ação antisséptica ou congestiva, determinando o afluxo de polinucleares e a obtenção da transformação conjuntiva dos produtos tuberculosos.

Calot diz que as injeções de óleo creosotado iodoformado agem transformando as fungosidades em elementos fibrosos, isto é, esclerosando, e o naftol ou timol canforado agem liquefazendo os produtos bacilares.

Ele prefere a naftol canforado glicerinado pelos excelentes resultados que tem conseguido obter do seu emprego, baseando-se em ser preferível liquefazer os produtos tuberculosos, para depois eliminá-lo pelas punções, que transformá-los *in vitro* por esclerose.³²⁷

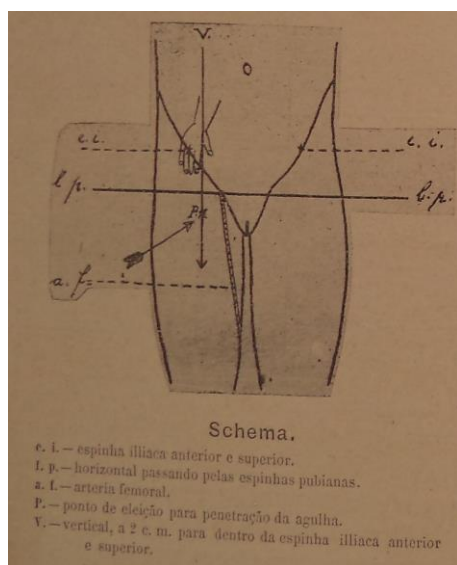
Alfredo Magalhães estudou em cadáveres os pontos de reparo indicados por Calot, em sua obra *Orthopédie indispensable aux praticiens*, em relação ao trajeto da agulha para alcançar a articulação coxo-femural (entre a cabeça do fêmur e a abobada cotiloidiana), que eram dois: 1 – uma linha horizontal passando pelas espinhas dos dois púbis; 2-a artéria femoral, cujos batimentos poderiam ser sentidos

³²⁵ BENJAMIN, 1913, p. 24

³²⁶ *Ibid.*, p. 25

³²⁷ *Ibid.*, p. 34

com apalpação. Da indicação de Calot, Magalhães fixou seu próprio reparo, criou um esquema e divulgou.³²⁸



O Ponto de eleição (P), colocado a 1 ½ cm a 2 cm para fora da artéria femoral e 1cm a 1 ½ cm abaixo da linha bipubiana, fica exatamente sobre a vertical: baixada de 2 cm para dentro da espinha ilíaca anterior e superior sobre a coxa em extensão (2), a 1 cm e 1 ½ cm abaixo do entrecruzamento desta vertical com a horizontal bipubiana.

Neste ponto de eleição (P) a agulha, enterrada perpendicularmente à coxa, vai ter exatamente à articulação. Deve ser impelida até ser encontrada resistência da cabeça do fêmur. Recuando ligeiramente, ajustada a seringa, pratica-se a injeção vagarosamente.

Em nota, o professor mencionou a felicidade que estava sentindo por ter aplicado esse reparo e não ter errado uma única vez.

Para o tratamento geral, Alfredo Magalhães prescreveu às meninas Ester, Prima e Maria da Paixão (tratadas em 1911): óleo de fígado de bacalhau, o glicero-fosfato e o lato-fosfato de cal, o xarope de rábano iodado, o vinho iodotânico. Além das refeições regulares, indicou-lhes uma dieta hipercalórica à base de ovos e leite.

A intervenção local da doença dava-se pelo uso de aparelhos de gesso imobilizadores e injeções articulares intra-cotiloidianas. Alfredo Magalhães apresentou o tratamento dessas três meninas como a primeira vez em que se usaram as injeções intraarticulares com o éter iodoformado e óleo creseotado (pasta de Calot, mencionado acima) em tratamento de coxite tuberculose na Bahia, já que o comum era utilizá-la em tratamento de tumores brancos em diferentes regiões. O procedimento consistia em imobilizar os membros inferiores em aparelho gessado (valvo ou bivalvo) e depois de seco aplicar as injeções. Depois de aplicada toda a quantidade prescrita (a intervalos variados) retirava-se o gesso para avaliar o estado da articulação, período de repouso, novos exames, e recomeçar o processo sempre

³²⁸ MAGALHÃES, 1913, p. 76-77

que necessário. Após vencida a moléstia, proceder-se-ia nova imobilização caso o membro apresentasse alguma deformidade. Era um tratamento longo e doloroso para crianças porque tinham que ficar durante muitos meses engessadas, literalmente. O prognóstico era sempre favorável, desde que a criança tivesse pessoas dispostas a seguir a recomendação médica quando estivessem em casa, o que pelas queixas do médico, alunos e assistentes, não era tão fácil acontecer.

A helioterapia foi possível parcialmente nos tratamentos em questão, pois somente à tarde os leitos podiam ser transportados para o jardim, e “sempre que o tempo permitisse”. A estrutura do hospital dificultava a helioterapia, por isso Alfredo Magalhães idealizou o Hospital para Crianças à beira-mar (citado no tópico anterior), que contaria com “galerias e solário que permitam praticar com todas as suas vantagens, conhecidas, as curas de sol e de ar marinho para os casos mencionados”.³²⁹

A helioterapia foi bastante utilizada entre a terapêutica das meninas V.D e A.S. A primeira foi hospitalizada em julho de 1914, e após idas e vindas ao hospital, seguia internada dois anos depois sendo submetida a três horas de exposição ao sol “sem a menor alteração” do quadro nosológico. O prognóstico da menina de 7 anos também não era nada animador em 1916:

atualmente já a doente expõe durante duas horas diárias todo o corpo até o pescoço exclusive(sic). Apesar desse tratamento assim estabelecido e dos cuidados higiênicos, alimentares e terapêuticos dispensados, a doente tem dia a dia emagrecido consideravelmente, apresentado intercorrentemente, de vez em quando, diarreia e bronquite.³³⁰

Alfredo Magalhães foi um ferrenho defensor da helioterapia. Em sessão da Sociedade Médica dos Hospitais de 25 de outubro de 1914³³¹ dialogou com os presentes sobre essa terapêutica, reforçando a importância desta não somente para coxite tuberculosa, mas para todas as manifestações ósseas, articulares e cutâneas. A terapêutica pelas radiações ultravioletas vinha ganhando adeptos no Brasil. Nesse período, diferentes especialistas adotavam “banhos de sol” como método de cura. Em 1916, Moncorvo Filho inaugurou o primeiro Solário do país, nas instalações do Instituto de Proteção e Assistência à Infância do Rio de Janeiro.

³²⁹ MAGALHÃES, 1916, p. 160

³³⁰ SOARES FILHO, 1916, p. 99

³³¹ Gazeta Médica da Bahia, Salvador, n. 8, Fevereiro de 1915. p.368-370

O pediatra relatou, ainda, o êxito que vinha obtendo com o uso das injeções intra-articulares no tratamento, apresentando uma cura “perfeita”, anatômica e fisiologicamente, em 20 meses. Certamente, ele se referia a Ester. Ester foi a única até 1916 que tinha efetivamente concluído o tratamento. Prima e Maria da Paixão (1911) faleceram pouco depois de terem deixado o hospital ainda em processo terapêutico (a primeira recebeu alta para ser assistida em domicílio e Maria das Graças foi retirada do hospital por seu pai à revelia da equipe médica). As crianças A. G dos Santos (1914), A.G.S. (1915) e A.P. (1916) abandonaram o tratamento levadas do hospital por sua família, não mais retornando nem para consultas. A menina C.L (1916) foi transferida para enfermaria especializada em tuberculosos por apresentar um quadro mais amplo dessa enfermidade. Nos idos de 1916, seguiam em tratamento as crianças V.D (6 anos), A.S (7 anos) e H.J (6 anos).³³²

Ester foi o “caso dos sonhos”. Órfã de pai e mãe e sem avós vivos, chegou ao Dispensário Infantil do IPAI, ao que tudo indica sozinha, sendo orientada a procurar o mais rápido possível o serviço pediátrico cirúrgico do Hospital Santa Isabel. Internou-se em 23 de agosto de 1911. Submetida a todo processo diagnóstico e terapêutico (já apresentado) recebeu alta em 29 de novembro, ficando sob assistência domiciliar de um interno da faculdade. Seguindo as orientações médicas, retornou à consulta no início do período letivo de 1912, onde foi constatada a necessidade de prosseguir o tratamento, embora seu quadro clínico estivesse melhor. Seguiu com a medicação e foi imobilizada novamente por um aparelho bivalvo. Continuou em domicílio sob os cuidados dos auxiliares do serviço cirúrgico.

Após o quase restabelecimento das lesões retirou o aparelho e seguiu em repouso absoluto. Certo grau de deformidade do membro enfermo e ancilose das articulações coxo-femoral foram detectados. Para esse problema, foi recomendada e praticada massagem nas duas articulações, e quando restabelecidos os movimentos, foi submetida a um processo de “reeducação da marcha”. Assim, durante dois anos Ester manteve-se paciente e perseverante até a cura definitiva. Em 1916, retornou ao Dispensário Infantil do IPAI e examinada por Armando

³³² SOARES FILHO, 1916.

Gordilho teve o veredito de que não havia resquício da moléstia que tanto lhe custou.³³³

Acompanhar todo o processo de experimentações no tratamento da coxite tuberculosa em Ester remete à reflexão sobre o uso dos corpos pobres pela ciência médica. Reflexão que conduz automaticamente ao início do primeiro capítulo, e percorre as páginas deste trabalho até aqui, onde se vem mostrando a importância das ações filantrópicas para o desenvolvimento da ciência médica no Brasil nas entre final do séc. XIX e primeiras décadas do séc. XX, e como são indissociáveis da questão da pobreza. Essa relação evidencia, também, o papel que a medicina desempenhou como agente político ao exercer certo controle, por meio da filantropia, no processo de construção de determinada ordem social.

3.3 Martagão Gesteira e a Clínica Pediátrica

Os estudos científicos de Martagão Gesteira no período tratado pelo capítulo em tela seguiram duas frentes, definidas pela estatística das moléstias dominantes no Instituto de Proteção e Assistência à Infância da Bahia e serviços clínicos da Faculdade de Medicina da Bahia: moléstias das vias respiratórias e perturbações gastro-intestinais (ver tabelas 1 e 2). Os grupos nosológicos, porém, foram estudados com enfoques diferenciados. Para as afecções respiratórias dedicou-se à investigação clínica, tanto os aspectos subjetivos (anamnese) quanto os objetivos (sinais físicos), e em relação às perturbações gastrointestinais preocupou-se, sobretudo, com a etiologia da doença. Duas questões são fundamentais nessa trajetória, um ensino focado nos elementos que fundamentavam a epistemologia pediátrica e o desenvolvimento de uma agenda clínica voltada ao combate da mortalidade infantil.

³³³ SOARES FILHO, 1916

A semiologia infantil na clínica pediátrica

Nos registros deixados por estudantes que passaram pela Clínica Pediátrica Médica e Higiene Infantil, fossem em trabalhos científicos, fossem em memórias ou homenagens ao mestre, muito se relatou sobre a atenção que Martagão Gesteira dispensou à semiologia infantil. Francisco de Carvalho Sanches confessou que escolheu trabalhar com a pediatria médica (foi interno e auxiliar do ambulatório do serviço da FMB) pelo encanto, digamos assim, que sentiu por Martagão Gesteira, dizendo-se

atraído pelo modo como ele se libertava dos mais intrincados casos clínicos, com toda a presteza e eximia sagacidade, próprias do seu cérebro bastante iluminado, ensinando-nos a ouvir, apalpar, percutir, raciocinar, dando-nos o esclarecimento de um diagnóstico seguro.³³⁴

Um “apaixonado da semiologia”,³³⁵ um estudioso dos sintomas e sinais. Na tese do concurso para professor ordinário da disciplina Clínica Pediátrica Médica e Higiene Infantil, intitulada ‘Exame Médico da Criança – Semiótica do aparelho respiratório intratorácico (1914), Martagão Gesteira afirmou que era ponto comum entre os especialistas que a distinção entre a clínica médica e a infantil baseava-se na necessidade de uma semiotécnica para a última, e não tanto em diferenças da patologia. Não que não houvesse diferenças entre moléstias de criança e de adulto, mas o que fazia da clínica pediátrica uma especialidade era

a necessidade do emprego de métodos de exploração clínica por vezes muito modificados e da parte de quem os quer manejar a possibilidade de ler, com precisão e presteza, a fase sintomatologicamente na inscrição, farta vez hieroglífica, com que ela se apresenta-se, possibilidade que só se adquire por meio de conhecimentos especiais e pelo hábito contraído de examinar e medicar crianças. E da carência desse hábito resulta sempre um certo embaraço, observável, como bem o diz Ausset, em todo médico, mesmo muito instruído, quando ele não está habituado ao modo de ser do menino doente.³³⁶

³³⁴ SANCHES, Francisco de Carvalho. O Paludismo na Infância. Bahia: Typografia do Salvador-Cathedral, 1918. Proêmio

³³⁵ BAHIA, Álvaro. Martagão Gesteira – O professor. Separata de “Pediatria e Puericultura”, ano XXIII, n. 3-4, p. II.

³³⁶ GESTEIRA, Joaquim Martagão. Exame Médico da Criança – Semiótica do aparelho respiratório intratorácico. Bahia: Livraria Econômica, 1914. p. 11

Assim, a diferença da semiologia infantil estaria no emprego dos métodos de exploração clínica, na interpretação dos dados por eles fornecidos e na tradução dos sintomas funcionais. O pediatra queixava-se da insuficiência de obras que tratassem da semiologia infantil, destacando que naquela ocasião só existiam duas, a de Filatow e a de Fernandes Figueira (1903), e que ambas estavam defasadas, principalmente a primeira. Enquanto livre docente de clínica pediátrica da FMB (1912-1914) pretendia reunir suas lições clínicas em fascículos, destacando em capítulos o referente aos métodos de investigação clínica. Para ele, era de fundamental importância que os estudantes aprendessem a utilizar seus próprios recursos para se chegar ao diagnóstico.

O material que ele apresentou no concurso para professor ordinário da disciplina Clínica Pediátrica Médica e Higiene Infantil foi o que seria o terceiro fascículo da série que estava organizando, as lições sobre propedêutica respiratória da criança. Na publicação, deixou de lado o relativo à parte extratorácica do sistema respiratório e as discussões relativas aos exames complementares ao diagnóstico (laboratorial). A escolha dessa temática para colocar à prova sua capacidade não foi aleatória, ela unia um elemento de que gostava muito, a semiologia, em um grupo de afecções que tinha bastante experiência clínica, as doenças do sistema respiratório. E a semiologia infantil, segundo ele, era o que delimitava a pediatria como ciência apartada das outras especialidades.

O conhecimento anatomo-fisiológico da criança seria fundamental ao processo investigativo da doença, pois representava o desvio da normalidade, do padrão. Teria

o clínico necessidade de muita argúcia, de uma perspicácia por assim dizer *scherlokiana*, para achar com precisão e presteza o X da questão clínica. E as causas primaciais dessa dificuldade residem, de um lado, na pobreza de informes seguros acerca dos fenômenos subjetivos, do outro na intensidade e difusão extremas das reações mórbidas na infância, parecendo haver em face do agente morbífico, uma tal solidariedade dos órgãos do menino que um deles não é atacado sem que os outros se mostrem mais ou menos ressentidos, a contrastar assim com o que se passa no organismo do velho, onde cada região, se não vive insulado no estado hígido, isoladamente, porém, sofre quando a moléstia o atinge. Se nos velhos, portanto, as dificuldades do diagnóstico promanam muitas vezes da latência mórbida, nas crianças, ao contrário, surgem elas amiúde do estardalhaço aparatoso com que as lesões, por vezes mínimas, soem apresentar-se.³³⁷

³³⁷ GESTERIA, 1914, p. 23

A investigação de afecções em crianças prescindia de um exame completo e metódico, devendo as diversas partes do corpo ser examinadas, e órgão por órgão, “em uma ordem sempre invariável”. Esse processo consistia em duas etapas: exame anamnético ou anamnese (informações da moléstia atual e antecedentes pessoais e hereditários); e exame objetivo (físico).

O exame anamnético baseava-se todo em interrogatório. Diferentemente do adulto, a criança necessitava de um interlocutor durante a investigação clínica. Daí deriva o fato de alguns pediatras relativizarem as informações colhidas na anamnese na eficácia do diagnóstico infantil. Fernandes Figueira (1903) aconselhava aos médicos sempre desconfiarem desses registros, que, via de regra, afastava-os da verdadeira pista.

Martagão Gesteira mostrou-se mais otimista que Fernandes Figueira, defendendo que o uso do “tato profissional” no interrogatório dirimiria os supostos desvios de informações, até porque geralmente quem intermediava a relação entre o pediatra e a criança era a mãe e esta, cujo instinto a tornava arguciosa, estava habituada ao estado normal da criança e prontamente seria capaz de relatar as mudanças no padrão comportamental. Assim, defendia que a anamnese em pediatria não deveria ser tratada da mesma maneira que na clínica adulta, ensinando aos estudantes as cautelas necessárias ao interrogatório das crianças. Nas primeiras idades não haveria o que fazer, a mãe teria que intermediar. No estágio em que a criança tivesse alguma autonomia, o inquérito poderia ser feito diretamente ao paciente, e que o pediatra deveria ficar muito atento, pois crianças “tende[m] ao exagero e à simulação, fenômeno quase patente”. Ao formular a pergunta, não deveria se induzir a resposta, sendo mais acertado deixar que ela falasse sobre o histórico da moléstia que a levou à consulta e a partir daí dirigi-lhe perguntas necessárias ao esclarecimento de pontos obscuros em sua narrativa. A subjetividade da criança daria o tom do exame.³³⁸

³³⁸ GESTERIA, 1914

<i>I Historico da molestia actual</i>	
<i>App. respiratorio</i>	Ha algum corrimento nazal e ha quanto tempo? É uni ou bilateral? Quaes os seus caracteres (mucoso, mucopurulento ou sanguinolento)? Ha epistaxis e em que condições se produz? Ha tosse e quaes os seus caracteres? Ha expectoração e de que aspecto? Ha crises de dispnéa?
<i>App. digestivo</i>	Tem appetite? Toma bem o seio? Tem regurgitações ou vomitos e em que condições se produzem? Quaes os caracteres dos vomitos? Quantas dejecções por dia e quaes os caracteres?
<i>II Estado actual</i>	
<i>App. circulatorio</i>	— Ha crises de cyanose? Tem por vezes edemas?
<i>App. genito urinario</i>	Quantas micções por dia? As micções são dolorosas? Ha incontinençia ou retenção de urinas, sobretudo incontinençia nocturna?
<i>Sys. nervoso</i>	Ha convulsões? Em que condições se produzem e quaes os symptomas concomitantes? O somno é normal? Existem terrores nocturnos?
<i>Fhermogénese</i>	Tem tido febre? A febre é precedida de calafrio? Tem tido outros calafrios? Qual a evolução da febre? Tem tido transpirações?
<i>III Antecedentes pessoaes</i>	
Nasceu a termo? Que peso tinha ao nascer? Apresentava alguma anormalidade ao nascer? Em que condições de hygiene tem vivido? Quando nasceram os primeiros dentes? Teve accidentes de dentição? (*) Em que consistiram elles? Com que idade começou a andar? E a fallar? Que molestias tem tido (**)? Como tem sido alimentada? A nutriz é a mãe ou uma extranha? As mamadas são regulares? Quantas por dia? Têm bastante leite a nutriz? Qual é o seu estado de saúde? É constipada? Tem sido regrada? Está em uso de medicamentos? Como se alimenta a nutriz? Sendo a nutriz uma extranha fazer, além destas as seguintes perguntas: De quanto tempo data o parto da nutriz? É vivo o filho da nutriz? Qual o seu estado de saúde? Si a criança é creada á mamadeira: Com leite de vacca ou condensado? Como preparam o leite? Que porção toma de cada vez e quantas vezes por dia? Toma outros alimentos além do leite? Quaes? Si a criança é desmamada: Com que idade foi desmamada? Que alimentos toma? Quantas refeições faz por dia?	
<i>VI Antecedentes concepçionaes</i>	A mãe apresentou accidentes no curso da gestação? O parto foi normal?
<i>V Antecedentes hereditarios</i>	Indagar do estado de saúde dos paes, avós e collateraes, inquirindo sobretudo da tuberculose, lues, alcoolismo, nevropathias e manifestações da diathese neuro-artrítica.
(*) A indicação aqui dessa pergunta não quer dizer que acreditemos na existencia de todas as molestias da dentição. Ella se justifica, porque, como faz notar Perier na obra de Filatow, as mães, por mal entendida vaidade, respondem ás vezes negativamente ás perguntas feitas sobre a existencia de doenças anteriores do seo filho, mas á pergunta relativa aos accidentes da dentição respondem ellas enumerando um grande numero de males, que ficariam ignorados do profissional que não fizesse tal pergunta.	
(**) Indagar sobretudo das febres eruptivas, coqueluche, bronchites, prisão de ventre, diarrhéa, corrimento nazal ou otico, pemphiro plantar, etc.	

Fig. 12 – Quadro geral da Anamnese infantil

Fonte: GESTERIA, Joaquim Martagão. Exame Médico da Criança – Semiótica do aparelho respiratório intratorácico. Bahia: Livraria Econômica, 1914, p. 25.

A Pediatria impôs-se historicamente a partir da clínica: o sujeito, como objeto do discurso médico, tem seu corpo tratado objetiva e empiricamente porque é nele que a doença se manifesta. É através do ser que o médico acessa a doença. Na medicina para crianças, esse acesso (anamnese) sempre foi um ponto nevrálgico,

vez que a comunicação entre o pediatra e a criança é dotado de uma complexidade, pois tem a mãe (ou a/o responsável) como interlocução necessária na relação médico/paciente. A relação entre médico e criança/paciente intermediada por um terceiro, na visão de Rivorêdo, transforma a criança em um corpo/paciente que só atrai o médico no momento de sua manipulação, entre os procedimentos que visam ao diagnóstico do quadro nosológico. Neste sentido, para o mesmo autor, é passível de questionamento a própria existência da Pediatria como prática médica específica para crianças. “Pensada a prática desta forma, o lugar que a criança tem durante o ato médico concreto em relação a ela mesma é muito pouco perceptível; tornando-se objeto da consulta, seu corpo doente é transmudado em objeto da prática [...]”.³³⁹ A Pediatria, assim, seria uma especialidade médica frágil, uma vez que não se consolidou enquanto clínica (postulado de demarcação de espaço médico-científico). O corpo doente, neste campo, nunca pertenceu ao sujeito e sim ao médico, como objeto de trabalho.

O exame objetivo, por sua vez, consistia em investigar alterações sinalizadas pelo corpo doente. Diante da especificidade infantil, o exame físico da criança tinha um valor superior ao exame subjetivo (anamnese) no estabelecimento do diagnóstico. Exploração física: inspeção; mensuração; apalpação; percussão; auscultação; escuta da tosse e da voz; percussão auscultada; punção exploradora. Três graduandos defenderam suas teses discutindo diagnósticos pelo estudo de sinais físicos, a partir das aulas teóricas e práticas ministradas por Martagão Gesteira: Hamleto Baptista Barbosa de Godois (1913), Mário da Costa Guimarães (1919) e Luis Regis Pacheco (1919).

Hamleto Godois frequentou o curso livre de pediatria e no capítulo sobre diagnose da hipertrofia do thymus reproduziu o repertório de exame físico aprendido em aula, que seguia o proposto da tese de concurso do professor. Em sua contribuição ao estudo da coqueluche, Mário Guimarães pesquisou crianças atendidas em clínicas particulares – própria e de Martagão Gesteira, confrontando técnicas descritas por autores estrangeiros e brasileiros. Luis Pacheco, estudando as adenopatias traqueobrônquicas, também utilizou como referências de análises as classificações e interpretações propostas pelo professor. Martagão Gesteira

³³⁹ RIVORÊDO, Carlos Roberto Soares Freire de. *Pediatria: medicina para crianças?* Saúde e Sociedade 7(2):33-45, 1998, p. 34-35

produziu técnicas de exames físicos baseadas nas propostas por Fernandes Figueira e adaptadas nos serviços médicos/didáticos de sua clínica, transmitindo aos estudantes uma semiologia infantil original.

Hamleto de Godois referiu-se, entre outros aspectos, à orientação dada pelo profes FIGUEIRAS sor quanto à melhor técnica de utilização do método de escuta da VOZ:

O sinal de Espine, baseado na escuta da voz sobre as apófises espinhosas das vértebras cervicais e das primeiras dorsais, torna-se muito mais apreciável [...] quando a criança fala em voz baixa, ouvindo-se então a palavra nitidamente cochichada (semelhante ao que se constata no conhecido fenômeno de pectorilaquia), continuando-se sobre as apófises das primeiras vértebras dorsais, quando há adenopatias intra-torácica.³⁴⁰

Régis Pacheco relatou os diversos sinais ensinados pelo professor, destacando a arborização venosa da base do pescoço e da parte superior do tórax como de extrema importância para confirmar ou indicar o diagnóstico das adenopatias discretas. Acrescentou, ainda, que, embora muito frequente nos serviços da Clínica Pediátrica, e divulgada em estudo de Martagão em 1913, os cientistas pouca importância davam a essa rede venosa.³⁴¹

Martagão Gesteria foi quem levou ao ensino da pediatria da Faculdade de Medicina da Bahia as discussões dos elementos da semiologia infantil, sendo, também, pioneiro em travar diálogos científicos com outros pediatras do país. Seus contemporâneos o tinham como “discípulo” de Fernandes Figueira, tamanha foi a interlocução entre esses pediatras sobre as questões que fundamentavam a especialidade médica. A individuação de um tipo clínico que passou a se chamar Síndrome de Fernandes Figueira foi emblemático para registrar a interlocução científica que Martagão Gesteira começou a travar com o pediatra carioca.

Em 15 de julho de 1917 apresentou-se ao ambulatório da Clínica Pediátrica Médica o pequeno M.S., com um ano de idade, nascido a termo em parto normal, alimentado alguns dias ao seio e em seguida com leite condensado e papas diversas. Vinha à consulta por uma moleza da cabeça, instalada havia dias.

Ao primeiro olhar ressaltava a anormalidade, na silueta singular do pequerrucho: a cabeça pendida para a frente, enterrando o mento sobre o

³⁴⁰ GODOIS, Hamleto Baptista Barbosa. *Diagnose e therapeutica da hypertrophia do thymus*. Bahia: Libro-Typographia Almeida, 1913. P 31 (Tese de Doutorado apresentada à Faculdade de Medicina da Bahia)

³⁴¹ PEREIRA, Luis Regis Pacheco. *Contribuição ao estudo das adenopathias tracheo-bronchicas*. Bahia: Grande Estab. Grafico G. Robatto, 1919. (Tese Doutoral da Faculdade de Medicina da Bahia)

peito, bamboleava-se consoante a movimentação do corpo. E um ligeiro exame mostrava responsável por tal condição uma paralisia flácida e completa dos músculos cervicais, a permitir que a extremidade cefálica descambasse facilmente qualquer lado em que a tangesse a ação da gravidade.³⁴²

Martagão disse ter ficado intrigado com o que vira, mas naquele momento não poderia dedicar-se a um exame mais apurado dado o adiantado da hora. Pediu que levassem a criança no turno da tarde. E assim ele pôde observá-la:

Criança regularmente nutrida, de carnes um tanto moles e certo grau de palor facial. A paralisia do pescoço era evidente, mas era tudo. As vértebras da região, como de resto, as demais, nada ofereciam de anormal. Negativo o toque faríngeo. Nada de anômalo para a face e perfeitos os reflexos pupilares. Íntegra a motilidade para o resto do corpo e normais os reflexos tendinosos. BABINSKY presente. A Inteligência parecia normal para a idade. À escuta pulmonar ligeiros estertores bulhosos médios, nas duas bases. Exame do coração negativo. Fígado a exceder de dois dedos o rebordo costal.

A indagação anamnésica pouca luz trazia ao caso. A discenesia cervical instalara-se havia dois dias antes. A mãe do pequeno saíra de casa, pela manhã, deixando-o bom e, ao voltar à tarde, o encontrara na condição em que vinha à consulta. A pessoa que, na sua ausência, ficara vigiando o menino, nada sabia informar e terminantemente negava tivesse ele levado alguma queda ou sofrido qualquer traumatismo. Dos antecedentes heredo-concepcionais do paciente pude apenas apurar a noção de dois abortos, precedendo-lhe o nascimento.³⁴³

Sem hipótese diagnóstica satisfatória, o professor pediu à família que retornasse ao hospital dois dias depois, quando haveria aula prática, onde o caso seria apresentado, e o menino seria fotografado e passaria por uma investigação coletiva. A criança, porém, não compareceu. Três semanas depois encontrou uma das pessoas que o havia levado ao hospital, sendo informado que no dia seguinte à consulta o menino estava curado. Algum tempo se passou e lendo uma edição do Brasil Médico o Martagão Gesteira entrou em contato com uma comunicação feita pelo pediatra carioca Raul Moreira, com o título 'Um caso de mal de HEINE MEDIN com a síndrome cefaloplégica', e ao ver as fotografias que acompanhava o estudo reconheceu a doença que levou aquele menino ao seu consultório no mês de julho. E de imediato procedeu a um diagnóstico retrospectivo: síndrome cefaloplégica. O pediatra baiano confessou que até então não tinha conhecimento dessa moléstia.³⁴⁴

³⁴² GESTEIRA, Joaquim Martagão. Síndrome de Fernandes Figueira por paralytia diphterica, Brasil Médico, Rio de Janeiro, N. 35, 31 de Agosto de 1918, p. 273.

³⁴³ Ibid., p. 273.

³⁴⁴ Ibid.

A síndrome cefaloplégica foi descrita pela primeira vez pelo pediatra Fernandes Figueira, em 1910, quando Diretor da Policlínica de Crianças e Pediatria do Hospital Nacional de Alienados, em monografia intitulada 'Ortopedia e lesões paralíticas.' Inicialmente, registrou o diagnóstico como paralisia psicogênica. Dois anos depois, no 1º Congresso Universal de Pediatria (Paris), fez referência à síndrome recém-descoberta com as seguintes palavras: "Tendo mandado proceder em minha clínica ao exame elétrico da maior parte dos doentes, tive ocasião de examinar uma paralisia isolada dos músculos do pescoço, da qual não conhecia caso semelhante."³⁴⁵

A partir de 1912, Figueira continuou seus estudos em crianças que apresentavam tais características, cujo conjunto mórbido não constava em tratados de Pediatria nem de Patologias Nervosas. Até que apresentou, em 1914, um caso à Sociedade de Neurologia do Rio de Janeiro e por sugestão de um dos presentes denominou a patologia de 'Síndrome Cefaloplegica'. O primeiro escrito científico específico foi publicado em 1915, nos Arquivos Brasileiros de Psiquiatria Neurologia e Medicina Legal, baseado em seis observações, com o título 'Syndrome cephaloplegica em crianças'. No artigo, Figueira expôs as paralisias cervicais, de origem medular e encefálica, analisou o quadro sintomático inerente a cada uma delas, e por confronto, particularizou a descoberta por ele. Tratava-se, na conclusão de Figueira, de uma forma abortiva da poliomielite (pela falta de epidemia e de muitos sintomas importantes), caracterizada pela flacidez dos músculos do pescoço, que surgindo sempre após o sono e muitas vezes em sequência de três ou quatro dias de fenômenos que se assemelhavam à gripe, desaparecia em 10 dias, no máximo.³⁴⁶

O caso observado por Martagão Gesteira em julho de 1917 foi apresentado à Sociedade Médica dos Hospitais da Bahia, em sessão de 30 de setembro do mesmo ano, como o primeiro caso de síndrome cefaloplégica registrado no estado. Convencido naquele momento pelos argumentos de Fernandes Figueira, o pediatra baiano sugeriu que acrescentasse à denominação da afecção o nome do seu

³⁴⁵ MONTEIRO, Anastacio da Silva. Em torno da syndrome de Fernandes Figueira. Bahia: Estabelecimento dos Dois Mundos, 1918. (Tese Doutoral da Faculdade de Medicina da Bahia), p. 10.

³⁴⁶ Ibid.

individualizador. Desde então, a ‘Síndrome Cefaloplegica’ foi popularizada como ‘Síndrome de Fernandes Figueira’.³⁴⁷

O interesse de Martagão Gesteira pelo assunto foi aumentando à medida que passou a duvidar que a síndrome de Fernandes Figueira fosse causada pelo bacilo da poliomielite. Decidiu por a investigar a doença, chegando a sugeri-la como tema de estudo para tese doutoral de um graduando, em 1918. No mesmo ano, publicou um artigo no *Brasil Médico* apresentando uma hipótese divergente sobre a origem de tal síndrome. Suas observações em crianças tratadas no IPAI foram importantes, mas foi o caso de Evanice, então com 7 meses de idade, que o fez apresentar outra possibilidade como causa da nova doença.

Houve nela uma verdadeira e bem nítida síndrome de [Fernandes] Figueira. Mas, para a sua explicativa, não se terá de certo necessidade de invocar um caso esporádico, frustro, atípico, de Heine Medin [poliomielite]. A difteria explica-se de sobejo. E seria até, parece-me, anticlínico excogitar-se de outra causa para os fenômenos paralíticos dessa criança, que teve, algum tempo antes, uma difteria, sabido que esta doença complica-se a miúde de paralisias, cuja extensão à musculatura cervical, provocando o descambamento da cabeça, é já pelos clássicos assinalada.³⁴⁸

A partir dessa publicação, criou-se um debate científico em torno da questão etiológica da síndrome cefaloplégica: seria uma doença causada pelo vírus de Landsteiner, como presumia Fernandes Figueira, ou originada por várias outras espécies microbianas, como defendia Martagão Gesteira? Na discussão, os médicos do Rio de Janeiro que se posicionaram na ocasião defendiam a hipótese de Fernandes Figueira, e os da Bahia a de Martagão Gesteira. A questão é que os argumentos dos dois pediatras foram pautados em observações clínicas, o que dificultava um veredito mais preciso ao caso. Havia coerência nos dois diagnósticos: as crianças atendidas por Figueira com as características da doença tinham histórico de poliomielite, assim como as tratadas por Gesteira apresentaram a síndrome após um quadro de difteria. Ainda assim, o pediatra baiano apresentou uma saída mais plausível que era considerar que a Síndrome Cefaloplegica de Fernandes Figueira pudesse ser elucidada a partir de uma ação de germes, e não necessariamente um tipo, sobre a medula.³⁴⁹

³⁴⁷ MONTEIRO, 1918.

³⁴⁸ GESTEIRA, 1918, p. 276

³⁴⁹ Após esse debate, e até o final da cronologia desta pesquisa, só foi encontrada uma referência à ‘Síndrome Cefaloplegica de Fernandes Figueira’, que foi um artigo do pediatra Moncorvo Filho, em

Não foram encontrados registros posteriores que apresentasse que hipótese foi comprovada. Mas após esse debate, ou seja, a partir de 1918, Martagão Gesteira passou a se referir a Fernandes Figueira com menos formalidade, chamando-o, com o passar do tempo, de amigo. Se não é possível afirmar, pode-se sugerir que o referido diálogo possibilitou que o respeitado pediatra da capital federal passasse de autor referenciado a interlocutor científico do professor baiano.

A relação entre afecções gastrointestinais e a mortalidade infantil

No decorrer de seus trabalhos no Instituto de Proteção e Assistência à Infância e no Hospital Santa Isabel, Martagão Gesteira foi reunindo dados que o levaram a detectar que o percentual de mortes em crianças entre 0 e 2 anos era maior que em outras faixas etárias e as moléstias gastrointestinais lideravam as causas. Em 1916, então, resolveu divulgar seus estudos em um artigo na Gazeta Médica da Bahia, com o título bem direcionado 'As afecções Digestivas no Instituto de P. e A. à Infância da Bahia. A repercussão desse artigo foi significativa, pois, diferente de trabalhos anteriores que tangenciavam a mortalidade infantil, ele propunha uma relação direta da morte de lactantes em Salvador com as afecções digestivas, explicando sua etiologia, e propondo soluções. Deste último ponto, recuperava, com bastante força, os estudos em Higiene Infantil. Abaixo, os números apresentados pelo pediatra.

1927. (MONCORVO FILHO, Arthur de Figueiredo. Um caso de Syndrome Chephaloplegica de Fernandes Figueira, Brasil Médico, Rio de Janeiro, N. 50, 10 de Dezembro de 1927.)

ANO	N. TOTAL DE DOENTES	DOENTES DE 0-2 ANOS	Casos afecções gastro-intestinais 0-2 anos	Percentual (%)
1904 ³⁵⁰	371	94	32	34,04
1905	1350	357	83	23,25
1906	1104	257	81	31,51
1907	360	75	20	26,66
1908	223	51	14	27,64
1909	265	65	17	26,15
1910	203	58	8	13,79
1911	450	110	35	51,81
1912	720	176	53	30,11
1913	641	149	54	36,24
1914	756	191	53	27,74
1915	1518	467	184	39,61

Tabela 4: Crianças de 0 a 2 anos com afecções gastrointestinais atendidas no Instituto de Proteção e Assistência da Bahia (1904-1915)

Fonte: GESTERIA, Martagão. As afecções Digestivas no Instituto de P. e A. à Infância da Bahia. Gazeta Médica da Bahia, julho 1916. p. 163 (adaptado)

Recorrendo às memórias feitas no IPAI entre 1911 e 1915, quando atuou sozinho como clínico no Dispensário Infantil, Martagão concluiu que as maiores causas das doenças digestivas nos lactantes originavam-se de erros dietéticos, sendo o maior vilão a dieta do leite artificial. O aleitamento artificial e/ou outros em substituição ao aleitamento natural conduzia à superalimentação ou subalimentação. Os dois fenômenos, ao contrário do que se poderia supor, não estariam relacionados necessariamente à condição social da família, vez que as mesmas afecções foram encontradas também nas crianças atendidas em sua clínica particular. Segundo o pediatra, o desconhecimento das mães em relação à nutrição era responsável pelas perturbações gástricas advindas da alimentação. À luz de teorias alemãs sobre a patogenia das doenças digestivas, apresentou como objetivo do estudo “chamar a atenção dos nossos clínicos para o subsidio trazido ao diagnóstico das dispepsias infantis pela prova alimentar de Finkelstein e os recentes processos de exame químico das fezes”.³⁵¹ E com isso estudar o papel que essas afecções representavam na mortalidade infantil na Bahia, verificação que, em seu ponto de vista, ninguém tinha feito até então.

Tomando como referência, ainda, os estudos alemães, Martagão Gesteira classificou os casos de gastroenterites observados no IPAI em dispepsias

³⁵⁰ A partir de 16 de maio, quando começou os atendimentos.

³⁵¹ GESTEIRA, Martagão. As afecções Digestivas no Instituto de P. e A. à Infância da Bahia. Gazeta Médica da Bahia, julho 1916. p. 161

alimentares e dispepsias orgânicas, acusando o predomínio da primeira. Por dispepsias alimentares entendia os lactantes cujo organismo reagia bem à amamentação artificial e as afeições advinham exclusivamente de erros alimentares, já as denominadas orgânicas referiam-se aos casos em que os lactantes não suportavam o leite de vaca, ainda que ministrado convenientemente, por insuficiência de sucos digestivos, que poderia ter origem hereditária, diatesica ou adquirida.³⁵²

Os casos de subalimentação por ele verificados no IPAI eram provocados, principalmente, pelo uso de leite condensado em diluições extremas.³⁵³ Além dessas infrações quantitativas, havia outra de ordem qualitativa que consistia no emprego prematuro de substâncias alimentares impróprias à capacidade digestiva do lactante. O erro mais recorrente entre o público atendido no instituto era o uso de papas na alimentação de recém-nascidos, e o emprego assíduo da farinha de mandioca tornava essa prática alimentar ainda mais problemática, pois, além de feculenta, a riqueza em celulose, cujas fibras incapacitavam a digestão, constituía fonte abundante de resíduos irritantes para a mucosa digestiva do lactante.³⁵⁴

Ainda em 1916, Martagão Gesteira divulgou a pesquisa em tela no Primeiro Congresso Americano da Criança, realizado em Buenos Aires. Lidiane Ribeiro³⁵⁵ analisou as duas publicações, o artigo na Gazeta Médica da Bahia e a comunicação no Congresso, como documentos importantes que marcam a especificidade da abordagem do pediatra em relação à mortalidade infantil. A partir dessas experiências e dos estudos franceses clássicos e dos então recentes estudos alemães (Adalbert Czerny e Finkelstein, principalmente) que circulavam sobre a relação entre alimentação e doenças digestivas na criança, o mesmo foi desenvolvendo nomenclatura e classificação próprias para os problemas decorrentes da alimentação artificial na primeira infância.

³⁵² GESTEIRA, 1916.

³⁵³ O pediatra Orlando Orlandi mostra que a discussão 'seio materno versus mamadeira' permaneceu importante século XX adentro, ressaltando o peso que o interesse econômico das indústrias de gêneros alimentícios para bebês, com destaque para a Nestlé, teve sobre a questão. (ORLANDI, Orlando V. Teoria e Prática do Amor à Criança: introdução à Pediatria Social no Brasil. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1985)

³⁵⁴ GESTEIRA, op. cit.

³⁵⁵ RIBEIRO, 2011.

Um suposto dilema franco-alemão estava em curso entre os pediatras do Brasil no que se refere à interpretação dos fenômenos da fisiologia nutritiva dos lactentes. Os autores franceses, classicamente referenciados no país, passaram a concorrer com os textos alemães, a partir de meados da década de 1910, como suporte analítico às questões da especialidade pediátrica, sobretudo no quesito distúrbios alimentares. O pediatra Pedro de Alcântara, em 1929, escreveu um longo artigo sobre a questão, fazendo uma análise de obras dos principais nomes da pediatria francesa, a exemplo de Marfan, Hutinel e Nobécourt, e alemã, como Czerny, Finkelstein e Keller, com o objetivo de mostrar que havia doutrinas interpretativas divergentes, mas que a depender do aspecto eram compartilhadas por estudiosos das duas nacionalidades,³⁵⁶ defendendo, assim, que não havia “escolas” francesa e alemã, até porque entre pediatras da mesma nacionalidade encontravam-se posições antagônicas. De todo modo, a ideia de que a ‘escola pediátrica francesa’ e a ‘escola pediátrica alemã’ estavam em terrenos contraditórios era opinião corrente entre os pediatras brasileiros.

A obra ‘Les maladies des Enfants’, do francês Hutinel, publicada em 1909, em 5 volumes, na perspectiva de Pedro de Alcântara, sintetizava o que se poderia chamar de pediatria oficial francesa, demonstrando que naquele país os estudos etiológicos e patogênicos sobre as afecções gastrointestinais dos lactentes, vinte anos antes, já reuniam as doutrinas anatômica, infecciosa e auto tóxica, vigentes na década de 1920.

Ora se tratará de uma verdadeira moléstia infecciosa devida à penetração no tubo digestivo de germes patogênicos; estes realizarão a moléstia seja se difundindo no organismo, seja determinando uma intoxicação. Ora se tratará de uma intoxicação por um leite contendo substâncias perigosas de proveniência e natureza diversas; estas substâncias ou agirão como um simples purgativo, ou determinarão um envenenamento de todo o organismo. Em outros casos intervirão vícios dos processos digestivos, consequências seja de uma superalimentação ou de uma alimentação mal regrada, seja de uma insuficiência funcional dos órgãos digestivos; então entrarão em jogo processos de autoinfecção e de autointoxicação, termos que se deve tomar em seu sentido mais geral, na falta de poder precisar hoje a natureza dos fenômenos que eles designam.³⁵⁷

³⁵⁶ ALCANTARA, Pedro de. As escolas alemã e francesa de pediatria, em face dos distúrbios alimentares da 1ª infância. *Pediatria Prática*, vol. 1, fevereiro de 1929.

³⁵⁷ HUTINEL, 1909. Apud ALCANTARA, Pedro de. As escolas alemã e francesa de pediatria, em face dos distúrbios alimentares da 1ª infância. *Pediatria Prática*, vol. 1, fevereiro de 1929, p. 592/593

O que Pedro de Alcantara queria chamar a atenção, em 1929, referia-se aos avanços da pediatria francesa, que não mais interpretava as afecções gastrointestinais apenas pelo critério anatomopatológico. Essa defesa feita pelo pediatra, justificava-se plenamente, vez que os adeptos da “escola alemã” no Brasil, número significativo por sinal, acusavam os estudos franceses de ultrapassados, designando-os de “velha pediatria”.

A pediatria alemã, por sua vez, ficou conhecida internacionalmente pela doutrina da intoxicação alimentar.

Toxicose alimentar são os distúrbios alimentares causados pela decomposição bacteriana dos alimentos. A decomposição se realiza seja fora do organismo, quando os alimentos são infectados com bactérias que tenham capacidade para isso, ou se realiza dentro do tubo gastrointestinal, quando, sob a influência da espécie de alimento, bactérias que nele existem atingem essa influência. Decomposição bacteriana dos alimentos realiza-se dentro do organismo e ocasionalmente fora do mesmo sob condições normais. Ela alcança uma importância patológica apenas quando ultrapassa uma certa quantidade ou age em lugar anormal no intestino, quando se formam produtos que normalmente não ocorrem no intestino do lactente e exercem especial ação excitante, ou quando falha a capacidade do organismo em face da intoxicação.³⁵⁸

No caso de uma dispepsia, que Marfan chamava diarreia comum dos lactentes alimentados pelo leite de vaca, Finkelstein consideraria em primeiro lugar uma diminuição de tolerância, que por si só bastaria para causar um distúrbio. Em seguida, uma relação desfavorável dos componentes parciais do alimento, os distúrbios ex-correlatione. Esses dois fatores determinariam uma predisposição à dispepsia, pois que já foram encontradas desordens dos processos da digestão e absorção. Essas desordens, por sua vez, constituíam as passagens para a moléstia, pois criariam as condições favoráveis para a proliferação e a decomposição patológica das bactérias. Marfan, por seu turno, atribuiria o estado diarreico a: 1) divergia digestiva (fator pessoal); 2) intoxicação exógena (leite portador de tóxicos); 3) infecção intestinal exógena (leite contaminado); 4) autointoxicação intestinal de causa dispéptica (superalimentação); 5) autointoxicação intestinal de causa microbiana (superalimentação), fatores que poderiam agir isolados ou

³⁵⁸ CZERNY, 1928 Apud ALCANTARA, Pedro de. As escolas alemã e francesa de pediatria, em face dos distúrbios alimentares da 1ª infância. *Pediatria Prática*, vol. 1, fevereiro de 1929, p. 601

associados.³⁵⁹ Como se vê, os franceses eram mais ecléticos, incluindo até aspectos “próprios” da doutrina alemã.

Diante de tantas discussões e divergências sobre os distúrbios nutritivos, franceses e alemães criaram classificações de modo a facilitar o diagnóstico e tratamento das doenças. Essas classificações acentuaram o suposto dilema franco-alemão no Brasil, pois ofereciam categorias de análises mais definidas e concretas. No cenário brasileiro, as classificações de Marfan, de Czerny-Keller e de Finkelstein foram as mais difundidas. O francês adotou um critério baseado no sintoma dominante das afecções, a segunda classificação partiu da etiologia da doença e o último autor utilizou como base o aspecto clínico, o dos quadros mórbidos apresentados pelos diversos distúrbios.³⁶⁰

A prática clínica autorizou Martagão Gesteira a buscar uma classificação sobre os distúrbios gastrointestinais que agrupava aspectos clínicos e etiológicos, ou seja, uma taxonomia clínico-etio-biológica. Assim, defendia que os transtornos do trato digestivo do lactente deveriam ser analisados tendo como parâmetro a observação clínica, apoiada nas noções etiológicas, sem desprezar, contudo, os ensinamentos da anatomia e fisiologia patológicas, o que exigia, forçosamente, um quadro taxonômico misto, que agrupasse elementos da literatura alemã e da tradicional pediatria francesa. Após uma década, chegou à conclusão que cada uma dessas escolas apresentava exageros e limitações, mas, em linhas gerais, manteve-se fiel à tradição francesa, embora tenha adotado alguns elementos da teoria alemã, sobretudo no que se refere ao papel das deficiências orgânicas na gênese dos distúrbios da função digestiva do lactente.

O primeiro ponto sobre o que as duas escolas pediátricas discordavam, segundo o pediatra baiano, era no tocante à denominação sob que deveriam ser englobados os distúrbios digestivos dos lactentes. Contra as clássicas denominações – gastroenterites, perturbações digestivas, perturbações gastrointestinais - a escola alemã trouxe os termos distúrbios nutritivos ou distrofias. Martagão disse não ter sido convencido, e certamente não o seria, da noção que

³⁵⁹ ALCANTARA, Pedro de. As escolas alemã e francesa de pediatria, em face dos distúrbios alimentares da 1ª infância. *Pediatria Prática*, vol. 1, fevereiro de 1929, p. 600

³⁶⁰ ALCANTARA, Pedro. As escolas alemã e francesa de pediatria, em face dos distúrbios alimentares da 1ª infância (conclusão). *Pediatria Prática*, março de 1929

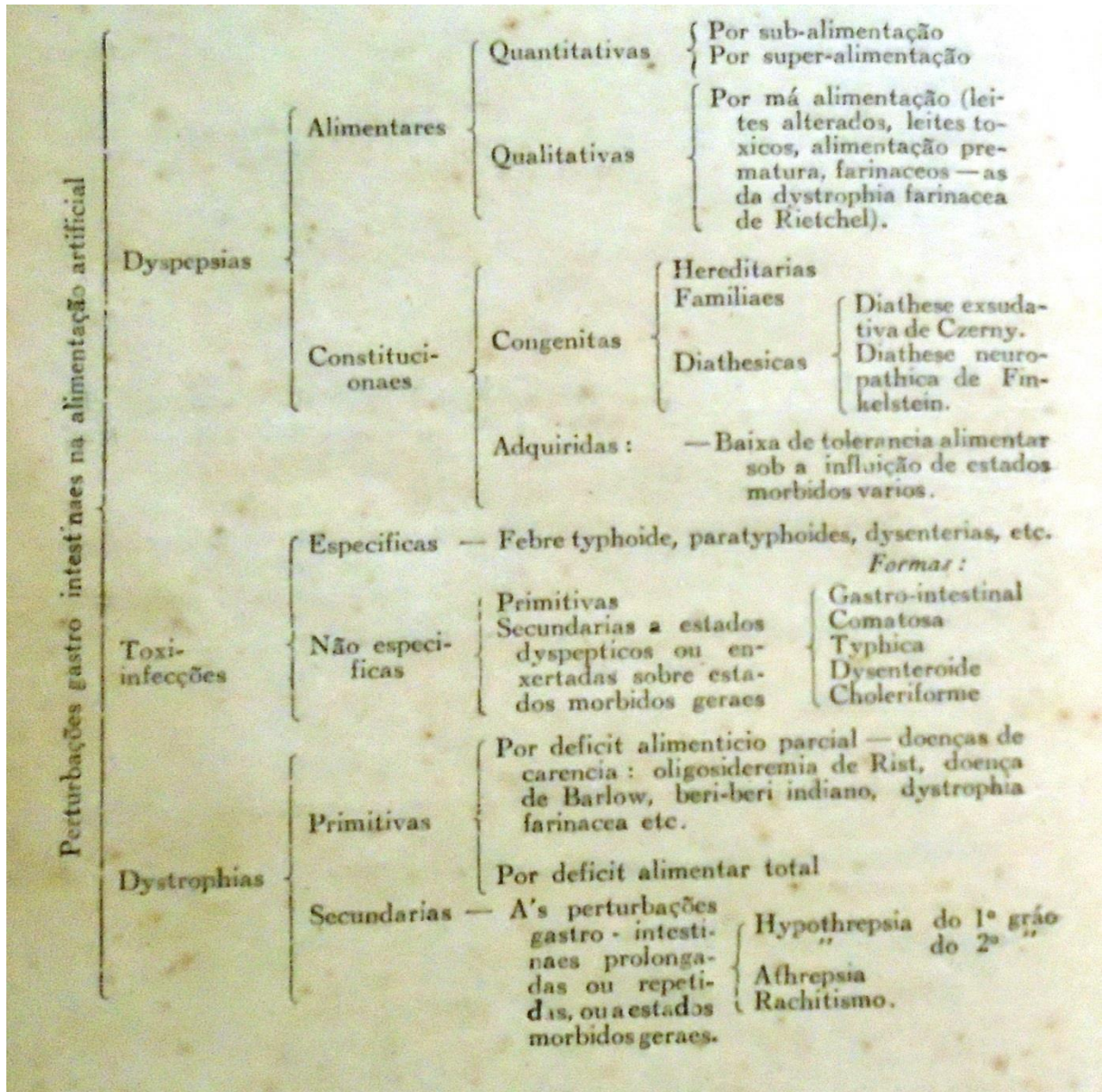
orientava as denominações alemãs, segundo a qual as desordens gastrointestinais do lactente (Finkelstein só abriu exceção para as infecções intestinais específicas), começavam por um distúrbio da nutrição geral, secundariamente manifestado para o lado do intestino.³⁶¹

Martagão Gesteira afirmava haver equívocos na denominação da escola pediátrica alemã em considerar as patologias gastrointestinais como resultante de distúrbios alimentares. Para ele, os transtornos nutricionais sucediam os episódios gastrointestinais e não os provocavam, como sugeria a interpretação germânica. A alteração da nutrição se caracterizava no lactente por retardo de seu peso e desenvolvimento estrutural, logo, as enfermidades do lactente se traduziam por transtornos da nutrição, com ou sem participação da mucosa digestiva. Assim, seria um defeito dessa denominação confundir estados patológicos de caráter e significações tão diferentes.³⁶²

Desse modo, sob a rubrica geral de 'perturbações gastrointestinais' admitiu três ordens de distúrbios: dispepsias, toxi-infecções e distrofias. Abaixo, o quadro proposto.

³⁶¹ GESTEIRA, Joaquim Martagão. Perturbações gastrointestinais do lactente: ensaio de classificação. Brasil Médico, Rio de Janeiro, N. 16, 17 de Outubro de 1925.

³⁶² GESTEIRA, 1925.



Quadro 8 – Organograma das perturbações gastrointestinais na alimentação artificial do lactente proposto por Martagão Gesteira.

FONTE: ALCÂNTARA, Pedro. As escolas alemã e francesa de pediatria, em face dos distúrbios alimentares da 1ª infância (conclusão). *Pediatria Prática*, março de 1929, p. 14.

Nem sempre seria possível precisar onde acabava o distúrbio meramente funcional, provocando pelo alimento incompletamente digerido, e onde começava a ação toxi-infectuosa, admitia Martagão, uma vez que um episódio poderia ser consequência do outro. Por dispepsias, entendia os desarranjos simplesmente funcionais, sem fenômenos graves de intoxicação, providos da desproporção entre o alimento e o poder digestivo do trato gastroenterístico, quer essa desproporção

resultasse de defeitos quantitativos ou qualitativos do alimento, quer proviessem de deficiências fisiológicas do organismo do bebê. Daí a divisão em alimentares e constitucionais.³⁶³

Nas primeiras, o erro de regime podia residir na quantidade ou na qualidade do alimento ingerido- dispepsias quantitativas e qualitativas. A quantitativa podiam estar filiadas à insuficiência ou excesso de ração. No primeiro caso, tinha-se a dispepsia por sub alimentação, correspondente ao quadro clínico: estacionamento ou decrescimento da curva ponderal, vômitos profusos e rebeldes, constipação ou, bem raras vezes, diarreia verde, a que se juntavam sinais de fome (sucção constante do dedo, voracidade no tomar a mamadeira, prantos após a mamadura) e aumento do fósforo urinário. Os elementos do quadro clínico, associados ao exame de urina e às indicações da anamnese, da balança e da prova alimentar, tornavam de fácil verificação essa modalidade de dispepsias.³⁶⁴

Não menos frequentes eram, todavia, os distúrbios por excesso de alimentação, apresentando-se de duas formas. Os fenômenos mórbidos que seguiam ao emprego dos alimentos impróprios à capacidade digestiva do lactente, denominada de dispepsias por má alimentação, em cujo grupo as distrofias farináceas se incluíam. Vindo em seguida o grupo das dispepsias constitucionais. Tal incapacidade por vezes era adquirida, resultante de abaixamento da tolerância alimentar sob a influência de diversos estados mórbidos, como o impaludismo, a gripe, o sarampo, um simples coriza agudo. Em outras situações, a deficiência da tolerância alimentar era herdada, sendo três as condições: estado congênito – erros no curso da gestação; estado congênito genético; e, por fim, incapacidade digestiva hereditária causada por problemas metabólicos. Não raro, porém, poderia um caso ser resultado de associação de fatores alimentares e constitucionais, resultando tipos de dispepsia mistas.³⁶⁵

Quanto às toxi-infecções, poderiam ser específicas e não específicas. As primeiras compreendiam a febre tífica, a colibacilose, as desinterias etc. As outras poderiam ser primitivas ou se enxertarem secundariamente sobre estados dispépticos anteriores ou sobre estados mórbidos gerais. Primitivas ou secundárias,

³⁶³ GESTEIRA, 1925.

³⁶⁴ Ibid.

³⁶⁵ Ibid.

as toxi-infecções se mostravam sob várias feições clínicas, das quais na Bahia as mais comuns eram, na ordem de frequência com que se deparavam, as seguintes: gastrointestinal simples, disenteroide comatosa, tífica e coleriforme.³⁶⁶

Por fim, as distrofias, consideradas por Martagão como estado mórbido originado de deficiências alimentares ou provenientes de afecções digestivas mais ou menos demoradas, nas quais a nota clínica dominante era alteração profunda da nutrição geral. Subdividiu-as em primitivas e secundárias. As primitivas tinham como causa um déficit alimentar, que não satisfazia todas as necessidades do organismo. Caso esse déficit fosse parcial, as distrofias assumiam feição clínica especial, dependendo da natureza da substância alimentar carente, como anemia ferripriva ou oligosideremia de Rist, a doença de Barlow, o beribéri (com restrições, pois não acreditava que o nosso beribéri tinha exclusivamente essa origem), a distrofia farinácea etc. Se a deficiência alimentar fosse total, o quadro clínico seria o da inanição, que poderia levar a criança a uma fraqueza geral do organismo. As distrofias secundárias, por sua vez, se originavam tanto de distúrbios gastrointestinais prolongados ou curtos em repetição, como de estados gerais mais ou menos graves e duradouros. Em qualquer dos casos, o aspecto clínico da distrofia seria ora, e mais raramente, o de raquitismo (que era mais próprio da segunda infância) ora o da atrofia infantil.³⁶⁷

Pedro de Alcântara fez uma crítica à classificação de Martagão Gesteira, considerando-a mais híbrida que mista. Ao invés de materializar o critério etiológico e clínico pretendido, o crítico afirmou que o que o pediatra baiano conseguiu foi uma dupla classificação, sendo possível, desse modo, perceber um grupo de quadros clínicos e outro de causas segundo os quadros clínicos. Além de confusa, a classificação em tela trazia o inconveniente da complexidade, opinou Pedro de Alcântara. Assim, certas afecções teriam dupla colocação do quadro, conforme fosse considerada, por sua etiologia ou seu aspecto clínico.³⁶⁸

Embora Martagão Gesteira dissesse que esse esforço de classificação das perturbações causadas em alimentação artificial fosse simplesmente um esboço de agrupamento para facilitar as aulas práticas de sua clínica pediátrica na faculdade de medicina, ele resulta de estudos cuidadosos e observações clínicas minuciosas,

³⁶⁶ GESTEIRA, 1925.

³⁶⁷ Ibid.

³⁶⁸ ALCÂNTARA, Pedro. As escolas alemã e francesa de pediatria, em face dos distúrbios alimentares da 1ª infância (conclusão). *Pediatria Prática*, março de 1929, p. 14.

principalmente no IPAI, apontando para um interesse científico direcionado aos problemas da mortalidade infantil: doenças gastrointestinais e primeira infância.³⁶⁹ O pediatra estava construindo um lugar de especialista em doenças provocadas por alimentação artificial.

Para as afecções resultantes de aleitamento natural, utilizava em suas aulas o quadro taxonômico elaborado por Fernandes Figueira, lhe cedido pelo próprio.

Sem perturbação do intercâmbio

1. Diarréa catahal (às vezes dyspepsia: regurgitação, diarreia esverdeada; super alimentação; a criança a ela se acomoda)
2. Com perturbação do intercambio
 - 2.1 Dyspepsias
 - 2.1.1 fermentativa: super e sub-alimentação; a chamada idiosincrasia pelo leite; colostro.
 - 2.1.2 gordurosa
 - 2.1.3 por germens; estaphylococcus, colibacillo, perfringes, proteus; casos singulares
 - 2.2 Dystrophas... sub e super-alimentação, germens, colostro
 - 2.3 Intoxicação (?) Todas as causas: nunc a a simptomatologia grave da intoxicação pelo leite de vaca;

Excetuados os danos ex-quantitate, em muitos casos será possível inculpar a constituição do lactente. O processo geral decorre da ação da flora saccharolytica sobre a lactose. Não há germes específicos. A medicação atua sobre a proliferação da flora, ou seus resultados. Fezes neutras, com albumina ou alcalinos, exigem maior excitação de flora antagônica, a causadora, talvez, do fenômeno. Inutil, prejudicial o emprego dos chamados antissépticos intestinais ou de fermentos, estes nunca diminuem.

Quadro 9 - Organograma de doenças gastrointestinais em amamentação natural proposto por Fernandes Figueira

FONTE: GESTEIRA, Joaquim Martagão. Perturbações gastrointestinais do lactente: ensaio de classificação. Brasil Médico, Rio de Janeiro, N. 16, 17 de Outubro de 1925. p. 218-219

Conforme se viu no capítulo anterior, o problema da alimentação infantil, sobretudo da primeira infância, estava presente nos debates médicos desde o século XIX. Mas é a partir do século seguinte que a alimentação vai se tornando um problema de saúde pública, e desde então os estudos eminentemente científicos

³⁶⁹ Ao longo de toda a explicação, Martagão Gesteira deixou claro que se tratava de uma taxonomia baseada em suas observações clínicas ao longo de seu trabalho no IPAI, e que aquela classificação não deveria ser pensada, assim como qualquer outra, como instrumento universal.

dedicados às doenças relacionadas ao aleitamento foram ganhando mais proeminência. Na mesma proporção em que as doenças provocadas pelo leite artificial eram investigadas, solidificavam-se os argumentos em defesa da importância do aleitamento natural. Havia um consenso neste aspecto.

Entre os pediatras dessa geração, contudo, havia um debate sobre a tolerância de um aleitamento misto na primeira infância, já que a realidade da mãe pobre a impedia, em algumas circunstâncias, de amamentar seus bebês integralmente. No Rio de Janeiro, por exemplo, Fernandes Figueira colocava-se explicitamente contrário aos serviços de distribuição de leite de vaca, conforme visto. Além dos projetos assistenciais em prol do aleitamento materno, este pediatra dedicou-se também ao estudo das questões referentes ao leite materno, tonando-se uma referência no assunto.

Para a Bahia, os registros indicam que não havia uma condenação explícita ao aleitamento misto por parte de Martagão Gesteira. O caminho seguido por ele foi diferente do pediatra carioca, isto é, ao invés da perspectiva ideal, concentrou-se no concreto, ou seja, numa realidade em que um percentual significativo de crianças doentes, principalmente nos dois anos iniciais da vida, eram vítimas de alimentação láctea inadequada. Assim, estava convencido de que diminuir as taxas de mortalidade passava, necessariamente, por atacar essas patologias. Desse modo, o pediatra baiano foi construindo um arcabouço científico que transformou os estudos das perturbações gastrointestinais na primeira infância em sua linha de pesquisa.

Lidiane Ribeiro defende que o direcionamento acadêmico de Martagão Gesteira o fez questionar os projetos desenvolvidos pelo IPAI, onde atuava juntamente com Alfredo Magalhães. Ainda segundo a autora, Martagão Gesteira entendia que uma instituição que atendia uma faixa etária tão ampla (0 a 15 anos) e com serviços sociais tão diversificados, como era o IPAI, não conseguiria resolver o problema da mortalidade infantil na cidade.³⁷⁰ Martagão Gesteira deixou o IPAI em 1919/1920.

Martagão Gesteira e Alfredo Magalhães foram bastante discretos a respeito do fim da parceria científica entre os dois. Anos após o episódio, Alfredo Magalhães desmentiu que tivesse ocorrido um desentendimento entre os dois em algum

³⁷⁰ RIBEIRO, 2011.

momento, reiterando a amizade mútua, lembrando que era padrinho de um de seus filhos, enfim, que o relacionamento entre os dois não teria sofrido qualquer abalo. Em momento algum, porém, referiu-se diretamente à questão, nem sequer mencionou o fato objetivamente. Ao final da narrativa, Alfredo Magalhães referiu-se a Martagão Gesteira quase como um protegido seu. Alguém que ele sempre ajudou, começando como assistente, sugerindo seu nome como vice-diretor médico do IPAI, e até abrindo mão de se “transferir na vaga aberta pela aposentadoria do dr. Frederico” para lhe facilitar oportunidade de acesso à faculdade.³⁷¹ Percebe-se aí um certo ressentimento?

O que se depreende nas produções de Martagão Gesteira nesse período, através de sua posição frente às questões científicas do seu tempo, é que ele estava agindo estrategicamente de modo a obter o reconhecimento de seus pares. Munia-se, assim, de um repertório que lhe possibilitaria somar o que Pierre Bourdieu definiu como capital científico, uma especificidade do capital simbólico. Considera-se, assim, que se trata de um momento em que o pediatra baiano dedicou-se em acumular esse capital. “Acumular capital é fazer um “nome” próprio, conhecido e reconhecido, marca que distingue imediatamente seu portador, arrancando-o como forma visível do fundo indiferenciado, despercebido e obscuro no qual se perde o homem comum.”³⁷² Desse cabedal, construiu em torno da cátedra de clínica pediátrica uma ordem científica que consolidou a especialização da pediatria, conforme se verá no capítulo que se segue.

³⁷¹ MAGALHÃES, 1931.

³⁷² BOURDIEU, Pierre. O Campo Científico. In: ORTIZ, Renato (org.). A Sociologia de Pierre Bourdieu. São Paulo: Olhos D'Água, 2003. (Textos de Pierre Bourdieu), p. 121-2.

CAPÍTULO 4

A especialização da pediatria através clínica

Percorrendo o cenário atual soteropolitano no que diz respeito às instituições pediátricas especializadas encontramos somente dois nomes: **Hosannah Oliveira** (Centro Pediátrico do Hospital das Clínicas-UFBA) e **Martagão Gesteira** (Hospital Especializado em Pediatria - filantrópico). Ao Hospital Martagão Gesteira, vincula-se a Liga **Álvaro Bahia** Contra a Mortalidade Infantil, fundação mantenedora do referido hospital. As histórias dessas três instituições têm origem no período tratado neste capítulo e estes nomes são mais que homenagens: Martagão Gesteira, Hosannah Oliveira³⁷³ e Álvaro Bahia³⁷⁴ foram os pediatras cujas ações médico-científicas e políticas tornaram possível a consolidação desses espaços de assistência à infância. As ações desses pediatras, por sua vez, estão relacionadas aos trabalhos desenvolvidos por Martagão Gesteira em torno da cadeira de Clínica Pediátrica Médica e Higiene Infantil da Faculdade de Medicina da Bahia. Álvaro Bahia e Hosannah Oliveira foram assistentes e livre docentes da cadeira, sendo que este último foi interno do serviço clínico do mesmo professor.

O presente capítulo abarca o período entre a saída de Martagão Gesteira do IPAI e sua transferência para o Rio de Janeiro. Os estudos em pediatria nesta fase passaram a se concentrar na clínica e na higiene infantil, tendo a cirurgia e ortopedia pediátrica, tão bem representada por Alfredo Magalhães na década anterior, perdido significativo espaço. Este deixou a cadeira que lecionava na FMB em 1926, permanecendo em disponibilidade até 1937,³⁷⁵ mas desde 1923 já não publicava trabalhos científicos na área, dedicando-se à medicina infantil por outros meios.³⁷⁶ A vida pessoal e profissional de Alfredo Magalhães passou por significativo revés durante a década de 1920.³⁷⁷ Nesse processo, ele foi se distanciando da pesquisa

³⁷³ Hosannah de Oliveira (1902-1994) doutorou-se pela Faculdade de Medicina da Bahia em 1927, defendendo a tese 'O fígado na hipotepsia'.

³⁷⁴ Álvaro Pontes Bahia (1891-1964) doutorou-se pela Faculdade de Medicina da Bahia em 1913, defendendo a tese 'Da tosse emetisante nos tuberculosos'.

³⁷⁵ Em 1938 Alfredo Magalhães assumiu a cadeira de Clínica Pediátrica Médica e Higiene Infantil, permanecendo como professor ordinário até 1941, quando se aposentou.

³⁷⁶ Em 25 de dezembro de 1936 inaugurou-se o primeiro pavilhão do hospital. O último registro encontrado do hospital foi em 1965.

³⁷⁷ Em publicação sobre a construção do hospital para crianças, relatou problemas familiares ocasionados por um assalto ocorrido em 1922, que debilitou a saúde de uma de suas filhas, forçou

científica em medicina, concentrando-se no atendimento pediátrico do IPAI e de sua clínica civil, na medicina social de perspectiva eugênica (trabalho desenvolvido enquanto professor e diretor da Escola Normal) e na construção do Hospital para Crianças.

O IPAI, por sua vez, foi perdendo o lugar de outrora. Das 41 teses defendidas no âmbito da clínica pediátrica (médica e cirúrgica) da FMB entre 1921 e 1932,³⁷⁸ somente duas fizeram referência ao IPAI:³⁷⁹ uma utilizando registros do serviço odontológico mantido pela instituição, e a outra mencionando uma observação de um atendimento realizado no dispensário.³⁸⁰

Em 1926, a cadeira de Clínica Pediátrica Cirúrgica e Ortopedia ficou sob a responsabilidade de Durval Tavares da Gama,³⁸¹ até 1946. Este tinha sido assistente da mesma cátedra entre 1922 e 1925, e, além das comunicações na Sociedade de Pediatria da Bahia, pouco publicou em revistas científicas.³⁸² Quanto à cátedra de pediatria cirúrgica, apenas nove estudantes defenderam teses a ela vinculadas. A exceção a esse cenário foi a atuação de Carlos da Gama, filho do professor, que foi interno da cátedra e seguiu uma carreira em cirurgia e ortopedia pediátrica.

A cátedra Clínica Pediátrica Cirúrgica e Ortopedia foi minguando, ao ponto de perder espaço científico-didático no Hospital Santa Isabel. As palavras abaixo transcritas, referentes às intervenções no referido hospital entre 1925 e 1926, dão uma ideia da correlação de forças entre a clínica pediátrica médica e a clínica pediátrica cirúrgica no ensino da FMB a partir da década de 1920.

Enfermaria Santa Izabel – Esta enfermaria, destinada ao abrigo e tratamento das pobres criancinhas internadas, sofreu radical remodelação. Em matéria de higiene e de conforto, - ela evoluiu do pior ao mais auspicioso extremo. Arrancado o velho soalho e concretizado o solo, que o não era, foi toda pavimentada a ladrilho, escarioladas as paredes, pintada,

uma mudança de residência para acomodações inferiores à anterior, que, por sua vez, gerou alguns transtornos a administrar. Aliado a isso, percebe-se que o mesmo estava bastante empenhado na construção do hospital, o que fez com que se voltasse quase completamente a essa causa. (MAGALHÃES, 1931)

³⁷⁸ A última tese encontrada foi do ano de 1932. Isso se explica pelo fato da tese ter deixado de ser exame obrigatório desde 1915. Em respeito à tradição, os alunos continuaram defendendo a tese doutoral por mais de uma década.

³⁷⁹ Severiano dos Santos Diniz (1923) e Alfredo Mascarenhas (1924)

³⁸⁰ Por Raphael Baggi, assistente de clínica pediátrica médica da FMB.

³⁸¹ Durval Tavares da Gama (1886-1946) doutorou-se em 1909 pela Faculdade de Medicina da Bahia.

³⁸² Ver APÊNDICE H

mobiliada com peças adequadas e alvas, obedecendo as inspirações do Sr. Prof. Martagão Gesteira, que nela tem instalado o seu movimentado serviço, inclusive, e em cômodo anexo, - o ambulatório da Liga de Higiene Infantil, o qual presta relevantes serviços à petizada indigente que, às dezenas, o procura diariamente, recebendo da munificência da Santa Casa inestimável auxílio [...]. **Esta enfermaria é destinada exclusivamente à clínica pediátrica médica, passando a clínica pediátrica cirúrgica a funcionar em outra enfermaria, improvisada no andar superior, na sala onde funcionou a antiga Diretoria**, e a qual fizemos denominar de Santa Therezinha.³⁸³ (grifos meus)

A reforma na Enfermaria Santa Izabel contou ainda com instalações sanitárias e banheiras, “sob os mais rigorosos preceitos higiênicos”, quatro boxes para isolamento de doentes suspeitos de afecções contagiosas, ambulatório – separado da enfermaria e sala de esterilização do leite. Foram reformados os móveis e a enfermaria foi pintada com cores claras e motivos infantis, “para distração dos petizes que nela irão curtir a pena dos seus males”. É possível notar a influência desse serviço pediátrico no ato de inauguração da enfermaria em tela, realizado em 12 de abril de 1926 numa solenidade pública, que contou até com presença do Arcebispo Primaz da Bahia. O discurso pronunciado por um desembargador presente ressaltava os problemas da criança pobre, referindo-se a Martagão Gesteira como “vigoroso paladino da causa da infância, entre nós”.³⁸⁴

Em carta a uma revista pediátrica de São Paulo, contestando um artigo publicado que dizia faltar no país condições materiais para o desenvolvimento da especialidade pediátrica, Álvaro Bahia noticia o cenário desse ensino na FMB:

[...] No que tange à Clínica Pediátrica, entretanto, aqui na velha Faculdade da Bahia, as coisas se passam de modo diferente: dispondo de abundante material, de material demasiado até, que lhe é fornecido por quatro consultórios em plena e intensa atividade, uma enfermaria remodelada sob moldes modernos, um consultório de higiene infantil, além de um corpo de assistentes extraordinários, que lhe presta auxílio dedicado, pode ela imprimir ao seu ensino feição prática e proveitosa, sob a orientação proficiente e brilhante do mestre acatado Prof. Martagão Gesteira.

De alguns anos a esta parte o ensino dessa disciplina na Bahia vem tendo essa feição eminentemente prática, sobretudo prática e demonstrativa. As próprias preleções teóricas, que o regulamento exige, têm sempre cunho teórico-prático, tanto quanto possível ilustradas com casos clínicos. [...] A velha fórmula de muitas lições para um doente foi proveitosamente invertida: muitos doentes para uma aula. Os alunos em turmas de dois ou

³⁸³ RELATÓRIO apresentado à Provedoria da Santa Casa de Misericórdia pelo Diretor do Hospital Santa Izabel Dr. Aristides Novis correspondente ao biênio 1925-1926. Gazeta Médica da Bahia, Jan./Fev., 1927, p.339-340

³⁸⁴ NOTICIÁRIO, Hospital Santa Izabel, Gazeta Médica da Bahia, vol. LVI, n. 10, abril de 1926, p. 459-461

três, examinam os doentinhos e à maneira de conferência médica o apresentam ao professor, discutindo-se o diagnóstico, esmiuçando-se a semiótica e se assentando a terapêutica de cada caso, sendo para notar que orçam, em média, por seis a oito examinados em cada dia. [...]

Sem medo de errar, poderia dizer ao meu prezado colega que na nossa velha província se vai pouco a pouco formando uma verdadeira escola de pediatria, sob o influxo forte dos méritos pessoais do clínico notável e do cientista de escola que é o atual catedrático da clínica da criança na Faculdade [...]

Já não são poucos os frutos que ela tem dado: numerosos artigos originais, teses distintas e motivos para comunicações interessantes a sociedades científicas, constituem já cabedal de seu patrimônio. [...]³⁸⁵

No ano anterior, em aula inaugural, Martagão Gesteira já tinha relatado o estado desfavorável que o ensino das clínicas estavam passando na Faculdade de Medicina da Bahia naquele momento, com a escassez de verbas e o desfalque sistemático do corpo de assistentes, sendo a clínica pediátrica exceção.³⁸⁶

Nesse contexto, os estudos em pediatria passaram a ser orientados pela agenda da Clínica pediátrica médica e higiene infantil. Em torno de Martagão Gesteira, professor ordinário,³⁸⁷ gravitaram diversos assistentes³⁸⁸ que, além dos serviços médicos/didáticos, fundaram uma instituição filantrópica de assistência à infância – Liga Bahiana Contra a Mortalidade Infantil – LBCMI (1923), desenvolveram pesquisas, publicaram trabalhos em revistas especializadas. A LBCMI, por sua vez, capitaneou a agenda científica da clínica pediátrica médica, ocupando um lugar no ensino que pertenceu anteriormente ao IPAI. Neste círculo, pelo menos 33 estudantes desenvolveram pesquisas e defenderam teses inaugurais no âmbito dessa disciplina, em momento que defender uma tese já não era mais atividade obrigatória. Entre eles, doutorandos que atuaram como internos dos serviços médico-didáticos e seguiram como especialistas, desenvolvendo atividades científicas e profissionais.

A cadeira Clínica Pediátrica Médica e Higiene Infantil, em parceria com a Liga Bahiana Contra a Mortalidade Infantil, decretou na Bahia a hegemonia científica de determinada área da medicina infantil. Conquista que deve ser pensada a partir de uma confluência de aspectos: ausência de uma disputa interna (Alfredo Magalhães e

³⁸⁵ Correspondência, 10 de junho de 1928. *Pediatria Prática*, São Paulo, junho 1928, p. 191-192

³⁸⁶ GESTEIRA, Martagão. Lição de abertura do curso da Clínica pediátrica médica em 1927. *Brasil Médico*, Rio de Janeiro, N. 45, 5 de novembro de 1927.

³⁸⁷ Entre 1919 e 1929 Agripino Barbosa foi substituído.

³⁸⁸ Álvaro Pontes Bahia, Álvaro da Franca Rocha, Hélio Ribeiro e Enéas Costa.

Durval da Gama foram inexpressíveis cientificamente); conjuntura nacional em que o Estado (por pressão de instituições filantrópicas) inseriu a assistência infantil na agenda política; e a competência profissional e habilidade política de Martagão Gesteira. Esse último ponto foi decisivo, Martagão Gesteira, conforme apontado no capítulo anterior, foi consolidando uma trajetória científica articulada com os principais pediatras da capital, que o colocou em conexão com as questões e os profissionais à frente das políticas públicas de assistência à infância no país.

Essa discussão será feita a partir da noção de campo científico proposta por Pierre Bourdieu. A noção de campo designa um espaço relativamente autônomo, dotados de leis próprias, mas que ao mesmo tempo está submetido a leis sociais, estando, portanto, conectado às pressões do mundo social global.³⁸⁹ O funcionamento do campo científico produz e supõe uma forma específica de interesse, onde estão em jogo os monopólios da autoridade e da competência científicas.³⁹⁰

O campo científico, em parte, e os fatos científicos são feitos pelos agentes a partir de determinada posição, e que contribui para definir suas (in)possibilidades. A relação de força que o agente tem sobre o campo é determinada pelo capital científico que ele acumula, ou, mais precisamente, à sua posição na estrutura de distribuição desse capital. O capital científico é uma espécie particular de capital simbólico, conforme visto. Esse capital

proporciona autoridade e contribui para definir não somente as regras do jogo, mas também suas regularidades, as leis segundo as quais vão se distribuir os lucros nesse jogo, as leis que fazem que seja ou não importante escrever sobre tal tema, que é brilhante ou ultrapassado, e o que é mais compensador publicar.³⁹¹

É sobre esse momento, em que a clínica pediátrica tornou-se hegemônica e que ao redor dela floresceu um grupo de pediatras “de formação”, que o presente capítulo irá se deter.

³⁸⁹ BOURDIEU, 2004.

³⁹⁰ Id., 2003.

³⁹¹ Id., 2004.

4.1 A Liga Baiana Contra Mortalidade Infantil e a construção de um espaço peculiar ao ensino oficial da Clínica Pediátrica e Higiene Infantil.

A Liga Bahiana Contra Mortalidade Infantil-LBCMI foi fundada por Martagão Gesteira e seus assistentes de clínica pediátrica da Faculdade de Medicina da Bahia em 17 de junho de 1923.³⁹² De caráter filantrópico e com a finalidade de atacar o problema do alto índice de mortalidade infantil na cidade, a Liga se diferenciava por focar seus trabalhos na primeira infância, na puericultura e por atuar em parceria com os poderes públicos.³⁹³

As três especificidades da LBCMI estão em coerência com a percepção que Martagão Gesteira desenvolveu a respeito da mortalidade infantil, resultado de sua experiência no Instituto de Proteção e Assistência à Infância da Bahia-IPAI. Conforme visto no capítulo anterior, o pediatra se desligou do IPAI por discordar das estratégias desenvolvidas por Alfredo Magalhães a respeito da amplitude da faixa etária atendida pelo instituto (0 a 15 anos) e pela concentração de serviços assistenciais. Os estudos que vinha desenvolvendo apontavam que o maior percentual de morbidade infantil concentrava-se na primeira infância, causada por problemas gastrointestinais que, por sua vez, eram resultado, predominantemente, da não observância dos preceitos higiênicos, daí a puericultura nortear os serviços prestados pela Liga.

Os anos em que Martagão Gesteira atuou no IPAI lhe fortaleceu, ainda, a convicção de que a execução de medidas gerais de proteção à infância (e à mãe) deveria ser responsabilidade do Estado. Instituições cuja sobrevivência estivesse condicionada a doações de particulares eram muito instáveis para desenvolver ações sólidas e abrangentes.³⁹⁴ Por essa razão, só se lançou na empreitada da LBCMI com a garantia de que contaria com parceria governamental. “Não [era] homem de prometer largo e cortar estreito; ao contrário, caracteriza-o a

³⁹² A ideia de fundar uma instituição de assistência à infância aos moldes da “Liga” foi do assistente Álvaro Pontes Bahia.

³⁹³ O primeiro Estatuto da Liga Bahiana Contra a Mortalidade Infantil foi discutido e votado no mesmo dia da fundação da instituição. (A Liga Bahiana Contra Mortalidade Infantil: já foram aprovados os estatutos – A primeira diretoria eleita. *Jornal A Tarde*, 18.06.1923). A versão na íntegra acessada foi de uma publicação avulsa, sem data.

³⁹⁴ GESTEIRA, Joaquim Martagão. Os serviços oficiais de Higiene Infantil na Bahia: relatório apresentado ao 4º Congresso Americano da Criança. 1924. p.1-2 (APEB/Fundo Secretaria de Educação e Saúde/ Série – Os trabalhos da Inspetoria de Higiene Infantil/Caixa 4084/Maço 117)

preocupação de ser modesto nos empreendimentos, para ser prático e eficiente, fazendo as coisas à medida que se pode fazer e só criando o que possa ser mantido e funcionar regularmente”.³⁹⁵ Assim o caracterizou um articulista de um jornal de Salvador.

Okezi T. Otovo estudou a relação estabelecida entre a LBCMI e o governo federal como uma ação basilar na construção do estado moderno brasileiro. Uma nova república que elegeu as políticas públicas de assistência à saúde como um corolário para a cidadania. A autora denominou o projeto desenvolvido pela LBCMI como movimento maternalista baiano, vez que ações da instituição seguiam os princípios da puericultura. Dessa maneira, através do bem-estar materno e infantil, o maternalismo tinha como foco a família pobre, fazendo desta o centro do discurso político de construção da nação brasileira. As políticas públicas de assistência à maternidade em âmbito nacional foram efetivadas, na concepção da autora, a partir da instituição baiana e foram bem sucedidas no sentido de ter promovido uma melhoria social na vida da mulher negra pós-abolição.³⁹⁶ Apesar de reconhecer que essa melhoria não alterou o cenário de profundas desigualdades sociais e de enraizamento do modelo de sociedade patriarcal e conservadora, a autora apresenta um olhar muito otimista, generalizando os efeitos da atuação tanto da LBCMI quanto dos projetos públicos de assistência à maternidade e infância.

Na reunião solene de fundação da LBCMI estava presente o chefe dos serviços de higiene federal na Bahia, Sebastião Barroso, que expôs sobre as verbas destinadas à profilaxia infantil e garantiu que a instituição filantrópica contaria com auxílio da união para seus empreendimentos.³⁹⁷ A parceria público-privada ali selada fazia parte de um contexto político mais amplo colocado em curso a partir da década de 1920, quando o governo federal assumiu a responsabilidade de questões médico-sociais há muito presente na sociedade brasileira. Entre as prioridades estavam a lepra, as doenças venéreas (principalmente a sífilis), a tuberculose e a higiene infantil.

³⁹⁵ A cruzada da Liga Bahiana Contra a Mortalidade Infantil: inaugura-se amanhã o seu primeiro “consultório de lactentes”, *A Tarde*, 11.10.1923

³⁹⁶ OTOVO, Okezi T. “To form a Strong and populous nation”: race, motherhood, and the state in Republican Brazil. Doctor of Philosophy in History – Faculty of the Graduate School of Arts and Sciences of Georgetown University, Washington, DC, 2009.

³⁹⁷ A Liga Bahiana Contra Mortalidade Infantil: já foram aprovados os estatutos – A primeira diretoria eleita. *Jornal A Tarde*, 18.06.1923.

Esse processo se iniciou em janeiro de 1920, com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública-DNSP,³⁹⁸ órgão responsável por elaborar e executar serviços relativos à higiene e saúde pública no país. Subordinadas à Diretoria Geral do DNSP estavam a Diretoria dos Serviços Sanitários Terrestres, a Diretoria da Defesa Sanitária Marítima e Fluvial e a Diretoria de Saneamento e Profilaxia Rural.³⁹⁹ No decorrer de dois anos, 76% dos estados brasileiros já tinham firmado parceria com a União, promovendo, assim, reformas em suas estruturas de saúde pública. A adesão da Bahia ao projeto nacional deu-se no segundo governo de Joaquim José Seabra (1921-1924), iniciando um conjunto de ações que visavam melhorias sanitárias no estado. A criação da Subsecretaria de Saúde e Assistência Pública, em 1921, e do Código Sanitário da Bahia, em 1925, marcaram a simetria entre a política sanitária baiana e a do Governo Federal.⁴⁰⁰

No Rio de Janeiro, a Inspeção de Higiene Infantil-IHI,⁴⁰¹ criada em 1921, ficou sob responsabilidade de Fernandes Figueira. Sem dúvida, essa escolha deveu-se ao trabalho que o pediatra vinha desenvolvendo na Policlínica das Crianças, destacando-se a atuação em prol do aleitamento materno.⁴⁰² A proposta da IHI refletia o consenso científico a respeito da higiene infantil do período:

³⁹⁸ Decreto N. 3987, de 2 de Janeiro de 1920, promulgado pelo presidente Epitácio Pessoa.

³⁹⁹ “A Diretoria Geral era responsável também pelas Inspetorias de Estatística e demográfico-sanitária, de Engenharia Sanitária, de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas, de Fiscalização do Exercício da medicina, farmácia, arte dentária e obstetrícia , e pelos serviços de Assistência Hospitalar e de Higiene Infantil. À Diretoria de Serviços Sanitários e Terrestres incumbiam as Inspetorias dos Serviços de Profilaxia, de Fiscalização dos Gêneros Alimentícios e de Profilaxia da Tuberculose. Já a Diretoria de Defesa Sanitária Marítima e Fluvial tinha sob sua administração as Inspetorias de Profilaxia Marítima do Porto do Rio de Janeiro, Inspetoria dos Portos dos Estados, Delegacias de Saúde Marítimas, Lazareto, Hospital Paula Cândido e Estações de Desinfecção. E, por fim, a Diretoria de Saneamento e Profilaxia Rural se responsabilizava pela superintendência administrativa e a orientação técnica de todos os serviços de higiene e saúde pública por ela executados nos Estados, nas zonas rurais do Distrito Federal e no Território do Acre.” (BATISTA, Ricardo dos Santos. Como se saneia a Bahia: a sífilis e um projeto político-sanitário nacional em tempos de federalismo. Tese (doutorado). Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Salvador, 2015. p. 25-26)

⁴⁰⁰ “A Bahia fez parceria com o Governo Federal, em acordo realizado no dia 15 de abril de 1921, para um período de três anos, e em 29 de fevereiro de 1924, renovou o convênio por mais cinco anos.” (BATISTA, Ricardo dos Santos. Como se saneia a Bahia: a sífilis e um projeto político-sanitário nacional em tempos de federalismo. Tese (doutorado). Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Salvador, 2015. P. 26)

⁴⁰¹ Após o Golpe de Getúlio Vargas, em 1930, a organização do Ministério da Educação e Saúde Pública extinguiu o Departamento Nacional de Saúde Pública e a Inspetoria de Higiene Infantil transformou-se em Diretoria de Proteção à Maternidade e à Infância. (FERREIRA, Luiz Otávio e RIBEIRO, Lidiane Monteiro. Entre a assistência e a higiene: saúde pública e infância no Rio de Janeiro e Bahia (1921-1933). In: SANGLARD, 2016.)

⁴⁰² Sobre a atuação de Fernandes Figueira na Policlínica de Crianças ver SANGLARD, 2016.

o alto índice de mortalidade observado entre crianças pobres durante a primeira infância decorria de infecções gastrointestinais, da desnutrição e da falta de cuidados higiênicos. Com base nesse consenso, a estratégia posta em prática pelos médicos em diferentes contextos nacionais para amenizar a mortalidade infantil foi a implantação do chamado “sistema de lactações subsidiadas”. O objetivo precípua dos sistemas de lactações era estimular entre as mães pobres o hábito do aleitamento materno durante os primeiros anos de vida da criança.⁴⁰³

Diferentemente das práticas profissionais de assistência à infância pobre, a clientela principal da IHI não foram as crianças órfãs ou abandonadas, mas as mães pobres trabalhadoras e seus filhos. Além dos serviços públicos de higiene infantil - que se materializaram na criação de consultórios de higiene infantil, na propagação de conselhos de higiene infantil às mães, na manutenção de escolas para futuras mães e incentivo à criação de creches – competia ao IHI a fiscalização das organizações filantrópicas dedicadas à infância e das escolas privadas, assim como das atividades das amas de leite e mães de criação.⁴⁰⁴

A Bahia foi o único estado em que o governo firmou um convênio com a união que tornou possível a efetivação de uma Seção de Higiene Infantil (1923). Esta ficou ligada aos Serviços de Saneamento e Profilaxia Rural e sua direção foi confiada a Martagão Gesteira. Ana Paula Vosne Martins creditou “à insistência” de Martagão Gesteira e a relação de amizade entre os dois pediatras a instalação da Seção de Higiene Infantil na Bahia.⁴⁰⁵ Em entrevistas concedidas a jornais locais, o pediatra baiano divulgou que foi convidado por Fernandes Figueira a ser um representante na Bahia desse projeto político nacional. O fato é que Martagão Gesteira só levou adiante a empreitada filantrópica por ter certeza que o empreendimento não ficaria à mercê de doações. As falas dele nesse sentido⁴⁰⁶ e os documentos administrativos da LBCMI levam à conclusão de que a concepção do serviço filantrópico foi moldada para recepcionar os serviços de higiene infantil, que seguia um modelo nacional. A contrapartida seria a garantia de subsídio do Estado à sobrevivência da

⁴⁰³ FERREIRA; RIBEIRO, 2016, p. 103

⁴⁰⁴ Ibid.

⁴⁰⁵ MARTINS, Ana Paula Vosne. Entre a benemerência e as políticas públicas: a atuação da Liga Bahiana Contra a Mortalidade Infantil no começo do século XX. *Gênero*, Niterói, v. 6, n. 1, p. 43-60, 2. Sem. 2005

⁴⁰⁶ AS CAMPANHAS abençoadas ... Vai-se cuidar seriamente de poupar a vida das criancinhas: uma entrevista com o mestre da pediatria baiana. *A Tarde*, 6 de junho de 1923.

Gisele Sanglard e Luiz Otávio Ferreira atestam que foram as instalações da Policlínica das Crianças, instituição filantrópica dirigida por Fernandes Figueira, que respaldaram as ações da Inspetora de Higiene e Infantil até 1924, quando foi inaugurado o Hospital-Abrigo Arthur Bernardes, vinculado à IHI. A relação publico-privado, afirmam ainda os autores, era perceptível no direcionamento dado aos serviços da inspetoria, que estavam afinados com as ideias divulgadas pelo pediatra nos encontros acadêmicos especializados. Algumas questões:

organização, por parte do poder público, de um corpo de inspetores-médicos para a fiscalização das lactantes; a obrigação das instituições de assistência de aceitar como fundamento a amamentação de crianças até os seis meses de vida; a extinção das 'rodas', substituídas pelos 'registros livres'; a urgência da fundação de sociedades de assistência em domicílio às puérperas e de proteção à amamentação materna; a criação do maior número possível de 'consultórios de lactantes' nas cidades e aldeias; a fiscalização, por parte do poder público, do leite destinado ao consumo das crianças.⁴⁰⁹

A dependência que as primeiras políticas públicas tiveram de instituições filantrópicas não se restringiram aos serviços relativos à infância. Maria Elisa Nunes Lemos da Silva⁴¹⁰ e Ricardo dos Santos Batista⁴¹¹ discutiram a relação entre filantropia e poder público na Bahia para os casos da tuberculose e sífilis, respectivamente, chegando à conclusão de que a filantropia foi fundamental ao êxito dos serviços públicos no tratamento dessas doenças.

A primeira instalação da LBCMI a ser inaugurada foi o consultório de lactentes, um "consultório modelar de higiene infantil" (12.10.1923). Entre junho e outubro, matérias circularam nos jornais locais noticiando o andamento das obras e explicando à população a natureza do serviço tão anunciado. Em uma dessas matérias, Martagão Gesteira explicou didaticamente que as pessoas não esperassem da LBCMI algo parecido com atendimento hospitalar, pois se tratava de um consultório dedicado aos cuidados profiláticos infantis, sendo o alvo, portanto, as crianças sãs. Mas, diante do quadro grave de mortalidade infantil vigente e da insuficiência de serviços hospitalares na cidade, os profissionais da instituição não

⁴⁰⁹ SANGLARD, Gisele; FERREIRA, Luiz Otávio. Pobreza e filantropia: Fernandes Figueira e a assistência à infância do Rio de Janeiro (1900-1920), *Est. Hist.*, Rio de Janeiro, vol. 27, n. 53, p. 71-91, jan.-jun., 2014. p. 79-80

⁴¹⁰ SILVA, 2009.

⁴¹¹ BATISTA, 2015.

deixariam de prestar atendimento clínico às crianças de 0 a 2 anos que os procurassem.⁴¹² Assim, diferentemente da proposta dos dispensários infantis (“carro-chefe” do IPAI), no consultório de lactentes as mães deveriam buscar conselhos profiláticos, principalmente relativos à boa nutrição.

As funções do consultório não deveriam ser confundidas:

[...] não é uma policlínica de crianças, nem tão pouco um ambulatório infantil comum, porém um instituto de puericultura e de preservação da saúde dos pequeninos, e recebendo crianças sadias e enfermas, particularmente de danos de alimentação e transtornos digestivos, faz obra de prevenção e de assistência, mas visa sempre fins profiláticos, pois com boas práticas puerícolas e os preceitos solícitos de uma boa higiene alimentar, de uma salutar dietoterapia, dissipa muitas desordens digestivas, remove múltiplos transtornos nutritivos e previne numerosas moléstias graves, que na idade da lactancia são causa anormal da mortalidade.⁴¹³

Lidiane Ribeiro apresentou a estrutura e o funcionamento do primeiro Consultório de Lactentes, denominado Regina Helena. O nome homenageava a filha de um sócio, cuja doação individual possibilitou a aparelhagem do espaço. Instalado em uma sala adaptada do Liceu de Artes e Ofícios da Bahia, a estrutura física foi materializada de forma a atender os requisitos de higiene infantil, que entre outros, primava por evitar contágios entre as crianças. Todos os setores apresentavam divisões e seguiam um percurso de forma a preservar os processos de desinfecção. Ao transcrever uma descrição do ambiente publicada no jornal, que se lê abaixo, fornece detalhes do projeto.⁴¹⁴

[...] Deixando à esquerda da entrada a porta do gabinete da direção, abre-se em frente a porta da primeira sala por onde vão passar os consulentes, havendo à direita outra, já de saída do gabinete médico por onde vão passar. A primeira sala – a de matrícula dos consulentes, onde cada menino receberá um cartão com o número de ordem, ficando registrada numa ficha correspondente, onde todos os dados, desde as primeiras informações colhidas irão sendo daí por diante lançados-, segue-se a sala de espera, com friso decorativo de motivos infantis adequados e uma série de quadros emoldurados de branco, com grandes figuras expressivas, correspondentes aos dizeres em letras gordas nas legendas, outros conselhos práticos de higiene às mães. Estas, com o seus bebês, não ficam em promiscuidade, havendo para cada uma divisão selada por biombos portáteis e desinfetáveis, como tudo o mais no consultório. [...] Daí é que vão os pirralhos, pela ordem, ao gabinete do médico de plantão, para o exame e a

⁴¹² A cruzada da Liga Bahiana Contra a Mortalidade Infantil: inaugura-se amanhã o seu primeiro “consultório de lactentes”, *A Tarde*, 11.10.1923

⁴¹³ FERREIRA, Clemente. Consultórios de lactentes. *Pediatria e Puericultura*, Salvador, n. 3, mar. 1932, p. 172.

⁴¹⁴ RIBEIRO, 2011. p. 65

consulta. E outra dependência instalada com tudo o que é estritamente necessário, ligado a outra contígua: um pequeno laboratório para exames microscópicos e espessáveis de sangue e fezes, análises de urina etc.

O consultório iniciou o serviço federal de higiene infantil e deveria ser o primeiro de outros a se instalarem em vários pontos da cidade. Os trabalhos iniciais da inspetoria consistiam em campanhas que se davam principalmente pela propaganda intensiva da higiene infantil, realizada por médicos e enfermeiras visitadoras, que iriam percorrer as áreas pobres da cidade, “inspecionando os bebês, encaminhando-os às consultas do serviço, vigiando-lhes a alimentação e as condições de vida e pregando os preceitos básicos da higiene infantil, que serão, além disso, largamente difundidos por meios de conferências, cartazes, folhetos, brochuras, etc”.⁴¹⁵

Assim, a “montagem de um serviço puerícola, em moldes verdadeiramente científicos na Bahia” foi apresentada por Martagão Gesteira como uma das causas da organização da LBCMI.⁴¹⁶ E à instituição caberia “animar e ajudar a campanha de puericultura que o governo federal [iria] empreender na Bahia, auxiliando a instalação dos primeiros postos e fundando uma creche central”.⁴¹⁷

⁴¹⁵ A cruzada da Liga Bahiana Contra a Mortalidade Infantil: inaugura-se amanhã o seu primeiro “consultório de lactentes”, A Tarde, 11.10.1923

⁴¹⁶RIBEIRO, 2011. p. 32.

⁴¹⁷ AS CAMPANHAS abençoadas ... Vai-se cuidar seriamente de poupar a vida das criancinhas: uma entrevista com o mestre da pediatria baiana. A Tarde, 6 de junho de 1923.

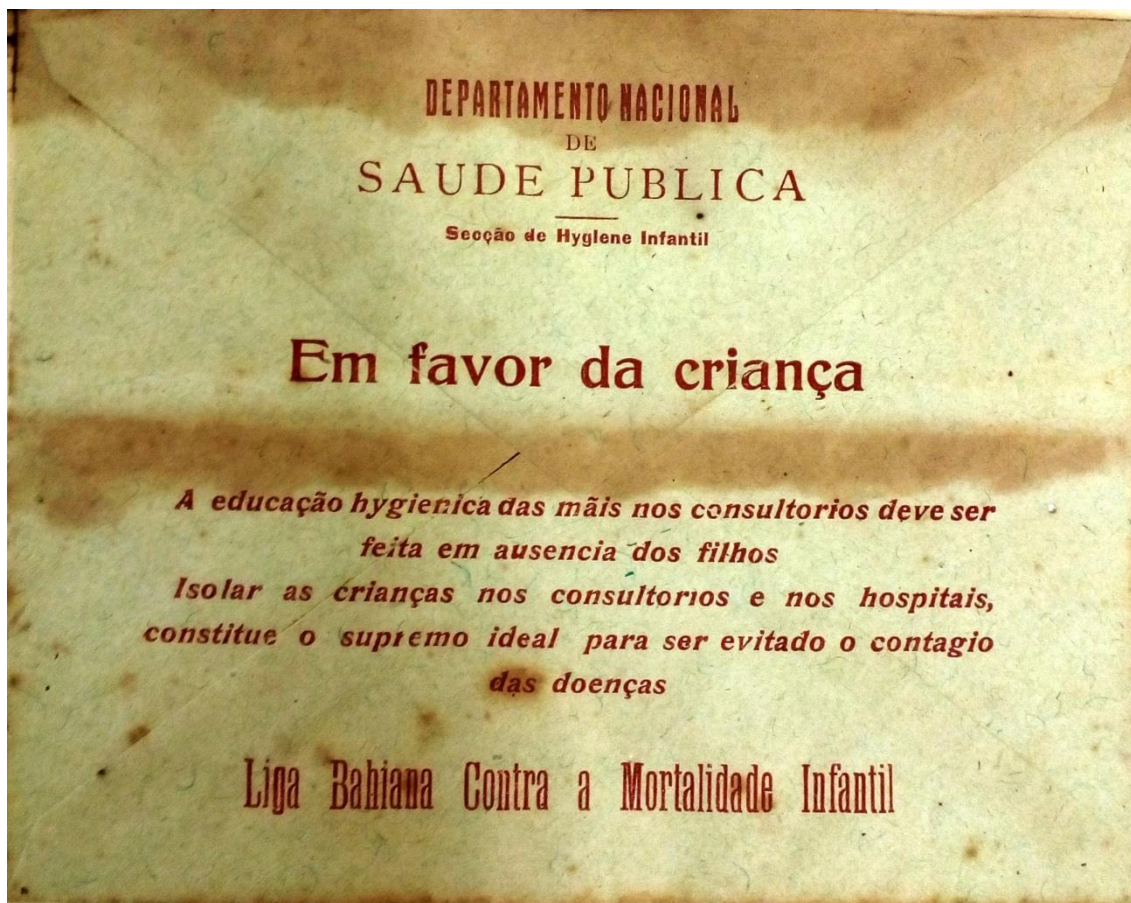


Fig. 14 – Campanha de Higiene Infantil do Departamento Nacional de Saúde Pública em parceria com a Liga Baiana Contra a Mortalidade Infantil.

FONTE: GESTEIRA, Joaquim Martagão. Os serviços oficiais de Higiene Infantil na Bahia: relatório apresentado ao 4º Congresso Americano da Criança. 1924. p.1-2 (APEB/Fundo Secretaria de Educação e Saúde/ Série – Os trabalhos da Inspeção de Higiene Infantil/Caixa 4084/Maço 117)

O relatório técnico dos serviços da Inspeção Federal de Higiene Infantil na Bahia para o ano de 1925, produzido por Martagão Gesteira, aponta que o objetivo da inspeção infantil e da LBCMI de dedicar-se exclusivamente a obras de puericultura não foi alcançado. Além dos consultórios de lactentes, foram ofertados à comunidade carente de Salvador atendimentos clínicos em dispensários infantis desde o ano seguinte à fundação das instituições, com ampliação da faixa etária para pré-escolares e escolares. Em menos de um ano, Salvador já contava com três consultórios/dispensários dos serviços da parceria entre a instituição filantrópica e a inspeção de higiene: Regina Helena (só de lactentes), Adriano Gordilho (lactente e

pré-escolares) e no Hospital Santa Isabel (lactente e pré-escolares).⁴¹⁸ O pediatra explicou tal decisão:

[...] ao estabelecer o primeiro consultório de lactentes na Bahia, foi meu propósito dar-lhe um fim quase exclusivamente profilático, fazendo-o simples consultório de higiene infantil. Mas logo verifiquei a inteira impossibilidade de manter, num meio como o nosso, consultórios exclusivamente profiláticos: a mentalidade do nosso povo, para tanto ainda não preparada, por uma campanha prévia, não lograva compreender consultórios que a doentes não consultassem [...] reinava até, arraigado no espírito popular, o preconceito de que a criança que se pesa, “pasma”, na expressão das comadres, isto é, não cresce nem engorda. Às solicitações insistentes das visitadoras para que fossem os pequenos ao consultório, antes de adoecerem, a resposta era invariável: “o meu filho esta bom, não precisa de médico, quando adoecer levarei...”⁴¹⁹

Entendia que a população soteropolitana não estava preparada para uma medicina profilática, o que fazia do atendimento médico curativo um aliado no processo de consolidação da puericultura. Outra razão, segundo o próprio pediatra, relacionava-se à escassez de espaços de cura em pediatria. A despeito dos objetivos do serviço federal de higiene infantil, Salvador apresentava uma realidade que tornava impossível a não transformação dos consultórios em dispensários infantis.

Até 1934, outros três dispensários/consultórios foram instalados em Salvador: um no 2º Distrito Sanitário (Brotas e Nazaré), outro no 3º Distrito Sanitário (São Pedro e Vitória) e o terceiro no Abrigo Filhos do Povo, bairro da Liberdade.⁴²⁰ Além das instalações mencionadas, um Instituto de Clínica Infantil foi inaugurado em Outubro de 1928.⁴²¹

Os trabalhos de fiscalização das instalações de instituições de assistência à infância – uma das atribuições da Inspetoria de Higiene Infantil – colocou a equipe médica de Martagão Gesteira em contato com um serviço de assistência à infância

⁴¹⁸ GESTEIRA, Joaquim Martagão. Os serviços oficiais de Higiene Infantil na Bahia: relatório apresentado ao 4º Congresso Americano da Criança. 1924. p.1-2 (APEB/Fundo Secretaria de Educação e Saúde/ Série – Os trabalhos da Inspetoria de Higiene Infantil/Caixa 4084/Maço 117)

⁴¹⁹ BARROSO, Sebastião. A HIGIENE INFANTIL na Bahia uma lição de coisas. Brasil Médico, Rio de Janeiro, 03 de novembro de 1928. p. 1244

⁴²⁰ Em 1930 a Inspetoria de Higiene Infantil foi extinta, mas os serviços foram mantidos pelo Departamento da Criança.

⁴²¹ Em funcionamento na Travessa São Raimundo (Mercês), prédio n. 8. Além da nota sobre a inauguração, não foram encontradas quaisquer informações sobre este instituto. (UMA instituição útil: a inauguração do Instituto de Clínica Infantil, Diário da Bahia, 3 de Outubro de 1928.)

da Santa Casa de Misericórdia que não estava acessível à organização médico-didático da Faculdade de Medicina da Bahia: o Asilo dos Expostos.⁴²²

Entre 1924 e 1929 ofícios e relatórios da IHI denunciavam a precariedade da tradicional instituição que acolhia crianças abandonadas. Em 1930, a LBCMI apresentou à Mesa da Santa Casa uma proposta de remodelação do asilo, o que gerou um convênio entre as duas instituições, datado de 29 de março. Apesar da Santa Casa não concordar com a supressão da Roda dos Expostos,⁴²³ acatou mudanças que introduziram a perspectiva da ciência médica no tratamento das crianças sob sua tutela. Duas foram de extrema importância para criação de um novo espaço para o ensino da pediatria: corpo médico permanente, composto pelos pediatras da LBCMI, e a implantação da policlínica ‘Arnaldo Baptista Marques’, inaugurada em 23 de novembro de 1930.⁴²⁴

Ocupando um pavilhão em terreno do Asilo dos Expostos, a policlínica infantil contava com sala de espera e matrícula, gabinetes de clínica médica e cirúrgica, oftalmológico e otorrinolaringologia, odontologia e fisioterapia, além de laboratório e sala de raio-x. Esse espaço atendia crianças externas ao asilo (possuía estrutura médica própria, também sob os cuidados da Liga), e os recursos materiais disponíveis possibilitou que o ensino pediátrico da Faculdade de Medicina da Bahia fosse para ali transferido. Para atender a cátedra de pediatria, a policlínica contou também com salas de aula, gabinetes para internos e docentes e uma pequena biblioteca especializada.⁴²⁵

⁴²² Acolhimento para crianças abandonadas.

⁴²³ Um mecanismo de recepção de crianças que preservava o anonimato da pessoa que estava deixando as crianças sob os cuidados do Asilo dos Expostos. “O nome da roda provém do dispositivo onde se colocavam os bebês que se queriam abandonar. Sua forma cilíndrica, dividida ao meio por uma divisória, era fixada no muro ou na janela da instituição. No tabuleiro inferior e em sua abertura externa, o expositor depositava a criancinha enjeitada. A seguir, ele girava a roda e a criança já estava do outro lado do muro. Puxava-se uma cordinha com uma sineta, para avisar a vigilante ou rodeira que um bebê acabava de ser abandonado e o expositor furtivamente retirava-se do local, sem ser identificado.” As Rodas dos Expostos tiveram origem na Europa medieval, e foram implantadas no Brasil no século XVIII (a primeira em Salvador, em 1726) pelo império ultramarino português, copiando o modelo da roda de Lisboa, administrada pela Santa Casa de Misericórdia. Durante cerca de um século e meio, a roda foi praticamente a única instituição de assistência à criança abandonada no Brasil. (MARCÍLIO, Maria Luiza. A roda dos expostos e a criança abandonada na História do Brasil. 1726-1950. In: FREITAS, Marcos Cezar (Org.). História Social da Infância no Brasil. 8 ed. São Paulo: Cortez, 2011. P. 53-79)

⁴²⁴ RIBEIRO, 2011. p.95-96.

⁴²⁵ Ibid., p.97

A instalação da policlínica 'Arnaldo Baptista Marques' concretizou os anseios de Martagão Gesteira em ter um espaço médico-didático próprio para a clínica pediátrica. Nesse espaço - de assistência, exercício profissional, ensino e pesquisa - o pediatra e sua equipe de assistentes e internos desenvolveram as investigações que serão discutidas adiante e criaram a Sociedade de Pediatria da Bahia, tópico que finaliza o capítulo.

4.2 A cátedra Clínica pediátrica e sua agenda científica

Nas décadas de 1920 e 1930 a fisiopatologia nutritiva do lactente tornou-se central na pediatria, derivando diversos temas de estudos. O primeiro ponto a considerar é a continuidade da atenção dada à primeira infância (0 a 2 anos). Esse período da vida era entendido como de extrema delicadeza, sobretudo os seis primeiros meses, pois desde o nascimento a criança se apresentava em iminência mórbida, pois vinham fracas ao mundo, sendo facilmente assaltadas por germes, que em pouco tempo atacariam o tubo intestinal. A presença generalizada dos microrganismos no corpo, por sua vez, assim como suas toxinas, ficavam aguardando os elementos causais para manifestar a doença. Abaixo a descrição da fragilidade do corpo do lactente nas palavras de Fernandes Figueira.

O recém-nascido nasce miopragico, para que assim o digamos, e sem o auxílio dos circunstantes não poderia, ao contrario de outros animais, subsistir sob as influencias do ambiente. Traz muita água nos tecidos e, portanto, precária defesa contra os germes; os órgãos funcionam requerendo excesso de assimilação, e entanto um só alimento é apropriado ao grácil aparelho gastro-entérico; a termolabilidade torna temerosas as oscilações do frio e do calor; a pele delicadíssima facilmente se escoria abrindo passagem aos micróbios; o traumatismo, já por ocasião do parto, pode emprestar ao feto caracteres de inferioridade com que ele aporte à vida comum.

Transpondo o canal útero vulvar, o gonococo assaltará a conjuntiva; coli e outros germes do intestino materno, estreptococos e estaphylococos do meio, do líquido amnico, desafiarão o irrisório revestimento da pele, e infecções oferecerão perigos ao mofino lutador. Para superá-las o sangue pouco disporá de naturais defesas até aos dois meses de idade, e ainda após, o organismo apresentará muitas vezes campo aberto à difusão septicemia. Essa a peculiaridade máxima da patologia infantil. [...]

Manifesta-se o meio dificultando ou favorecendo o trabalho de adaptação. Reage o lactante à alimentação contra natureza, e tanto menos a tolera, quanto menos robustez possui ou vive em meio infeccionado. A primeira infância padece pelos ônus da herança: sífilítica, sujeita às surpresas de sua

miocardite latente e a outras localizações viscerais; distrófica, oferecendo cultura fácil no bacilo de Koch; psicopática, febricitando às vacilações da temperatura ambiente, perdendo calorías pela peculiar agitação; exsudativa, acomodando-se mal a uma alimentação aparentemente judiciosa; discrínica, ameaçada sempre de sérias perturbações no desenvolvimento.⁴²⁶

Entender o funcionamento desse organismo em sua relação com a (des)nutrição foi direcionando o rumo das investigações que buscavam combater a mortalidade infantil, ainda uma preocupação da pediatria. Permanecia o argumento de que a criança alimentada ao seio corria menos risco de morte em relação às alimentadas artificialmente, mas os alimentos artificiais poderiam apresentar resultados “brilhantes” caso administrados adequadamente. Os problemas apontados pelo alimento artificial foram ganhando novas elaborações, a exemplo da composição inadequada para a idade e natureza da criança, qualidade dos componentes, contaminação por germes causadores de doenças, diferença de natureza entre o leite animal e os tecidos do organismo da criança e ausência de substâncias ativas (fermentos, vitaminas e substâncias imunizadas) destruídas pela fervura. Um outro elemento passou também a compor o repertório pediátrico mais acentuadamente, a questão da alimentação insuficiente, mas com a rubrica ‘fome’. A fome, como causadora de diminuição da resistência aos agravos de toda natureza, se apresentava como um fator de mortalidade nos idos da década de 1930.⁴²⁷

Percorrendo as revistas especializadas em pediatria no período, *Pediatria Prática* (SP), *Pediatria e Puericultura* (BA) e *Jornal de Pediatria*(RJ), encontra-se diversos artigos com temáticas relacionadas à nutrição e vitaminas, estas no desenvolvimento de lactentes, estudo do cálcio, metabolismos, carências alimentares de modo geral. Os estudos em pediatria no ocidente caminhavam para a mensuração das necessidades alimentares da criança normal. Em dezembro de 1936, foi realizado um encontro em Genebra (Organização de Higiene da Sociedade das Nações) com o objetivo de realizar um estudo das questões enviadas por diversos países a respeito das necessidades alimentares no primeiro ano de vida. Sem desconsiderar aspectos individuais da criança, a comissão estabeleceu

⁴²⁶ FIGUEIRA, Fernandes (Org.). *Elementos de patologia e higiene infantis*. Rio de Janeiro: F. Briguet & Cia. Editores, 1929. p. XII-XIII

⁴²⁷ ALCANTARA, Pedro de. *Causas da Mortalidade Infantil*. *Pediatria Prática*, São Paulo, V. 5, dez. 1934.

parâmetros para calorias, proteínas, hidratos de carbono, gorduras e sais minerais, assim como recomendou o período mínimo de seis meses para alimentação exclusivamente ao seio.⁴²⁸

Observando a lista das teses defendidas na cátedra de pediatria clínica da FMB, percebe-se temas cujos estudos dialogavam com essas questões, discutidas também por pediatras de outras partes do país.

ANO	AUTOR	TÍTULO DA TESE
1921	Alexandre Moura de Castilho (Ex-auxiliar da Cadeira de Clínica Pediátrica Cirúrgica e Ortopedia)	Da etio-pathogenia da Síndrome de Little
1921	Benedicto A. Pereira (Ex-interno da Cadeira de Clínica Pediátrica Medica Hygiene Infantil, em 1916, 1919-120)	Tensão Arterial na Infância
1921	Lauro Almeida Passos (Ex-interno da Cadeira de Clínica Pediátrica Medica Hygiene Infantil, em 1916, 1919-1920)	A hemoclasia digestiva na exploração funcional do fígado
1922	Lauro Dantas Hora (Ex-interno da Cadeira de Clínica Pediátrica Medica Hygiene Infantil)	Mortalidade Infantil na Bahia 1904-1918
1923	Renato de Quintilha Braga	Ligeiras considerações sobre a pleurite na criança
1923	Severiano dos Santos Dinis	Considerações em torno das febrículas da infância
1924	Adelmo de Souza Machado (Sócio efetivo da LBCMI)	O Pneumothorax na criança
1924	Alfredo Mascarenhas	Valor da odontologia na hygiene infantil
1924	José Augusto de Oliveira (Ex-auxiliar da Inspetoria de Hygiene Infantil do Estado da Bahia)	Pericardite no lactente
1924	Nilo Costa (Ex-interno da Cadeira de Clínica Pediátrica Medica Hygiene Infantil)	Dystrophia Farinacea
1925	Gustavo Pinto da Silva (Ex-interno da Cadeira de Clínica Pediátrica Cirurgica e Ortopedia)	Tratamento da coqueluche pela soro-therapia
1925	Sebastião Martins de Araújo Costa (Ex-interno de Clínica Pediátrica Médica e Hygiene Infantil)	Soro-profilaxia do sarampo
1925	Eduardo Pereira de Almeida (Ex-interno da Clínica Pediátrica Medica e Higiene Infantil e ex-auxiliar da LBCMI)	Em torno do diagnóstico das adenopathias tuberculosas do mediastino na primeira infância (Trabalho da LBCMI)
1926	Jayme Alves de Almeida	Pesquisa do KALA-AZAR na Bahia (Trabalho da LBCMI)

⁴²⁸ DAS REVISTAS. As necessidades alimentares no primeiro ano de vida. (Conclusões da reunião realizada na Organização de Higiene da Sociedade das Nações). P. Lereboullet. – “Le Nourrisson”, n. 3, 1937 (Resumido pelo Dr. Adauto de Rezende). Jornal de Pediatria, Rio de Janeiro, fascículo 7, Julho de 1937.

1926	Luiz Brandão Filho (Ex-interno da Clínica Pediátrica Médica e Higiene Infantil)	A Aorta na Heredo-syphilis
1926	Waldemar Braga de Almeida	Considerações a proposito da Pseudo-Paralysis de Parrot
1926	Edecio Cunha	Insulina na desnutrição infantil
1927	Manoel Guimarães Correia (Interno da Clínica Pediátrica Médica e Higiene Infantil)	Considerações sobre a athrepsia e seu tratamento
1927	Hosannah de Oliveira (Interno da cadeira de Clínica Pediátrica Médica e Higiene Infantil e auxiliar acadêmico da LBCMI)	O fígado na hypotrepsia
1927	Renato Martins da Silva (Ex-interno do Dispensário Silva Lima – Instituto Federal de Higiene Infantil)	Meningites e meningismos diagnóstico diferencial
1927	Braulio Xavier da Silva Pereira Filho (Ex-Interno da cadeira de Clínica Pediátrica Médica e Higiene Infantil)	O Rachitismo na Bahia
1927	Cacilda Vieira dos Reis (Ex-interna da Clínica Pediátrica Cirúrgica e Ortopedia)	Ligeira contribuição ao estudo da sub-alimentação dos lactentes
1928	Agostinho Sobrinho Gonçalves (Ex-auxiliar do Serviço de Clínica Pediátrica)	Erros de diagnóstico clínico da pleurite na criança
1928	Acir Alves Leite	Hysteria na infância
1928	Hernan de Castro Lima (Ex-interno da Cadeira de Clínica Pediátrica Médica e Higiene Infantil)	A facies da criança
1929	Aloysio Vidal da Cunha (Ex-auxiliar e interno de Clínica Pediátrica Médica e Higiene Infantil, 1927 a 1929)	Hypotonia muscular no lactente
1929	José Nunes Sento-Sé	Da vacinação por transfusão em pediatria
1929	Nelson Bastos de Castro	Da temperatura do recém-nato na patologia asséptica
1930	Helio Rocha Guimarães	Contribuição ao estudo e profilaxia da difteria na Bahia
1930	João Francisco Lages Netto (Ex-interno da Cadeira de Clínica Pediátrica Médica e Higiene Infantil e da LBCMI) Ex-interno da Kaiserin-Augusta-Vitoria-KinderKrankenhaus (Serviço do Prof. Finkelstein – Berlin)	Do metabolismo dos hidrocarbonos nos lactentes sadios da Bahia
1931	Antonio Araujo Costa Albuquerque (Ex-interno da Clínica Pediátrica e Higiene Infantil e da LBCMI)	O pâncreas nas perturbações nutritivas do lactente
1931	Victorino José de Cerqueira	Ligeira contribuição ao estudo da calcemia normal e da hipocalcemia na tetania latente
1932	Gileno Almeida Costa	Sobre a Espasmophilia Infantil Latente, contribuição ao seu estudo na Bahia

QUADRO 10 - Teses doutorais defendidas no âmbito da Cadeira de Clínica Pediátrica Médica e Higiene Infantil (1921-1932)

FONTE: Acervo da Biblioteca Gonçalo Muniz - Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia

O que chama atenção na lista é a quantidade de teses defendidas em um período em que essa atividade acadêmica não era mais obrigatória. O que esse dado sugere é a importância que a clínica pediátrica ocupava na Faculdade de Medicina da Bahia. Muitos desses graduandos foram internos da cátedra e elaboraram seus estudos sob indicação temática e orientação direta de Martagão Gesteira (78%). O professor possuía uma agenda científica particular e envolvia os internos da cátedra, formando uma equipe de pesquisa, cujos resultados, em alguma medida, eram compartilhados academicamente. Para análise dessa agenda, foram escolhidos os trabalhos cujos temas relacionam-se aos distúrbios digestivos na primeira infância, sobretudo os lactentes (em negrito). Os distúrbios digestivos começaram compor a agenda do professor desde o início de sua carreira acadêmica, conforme visto, e com o passar dos anos ele foi se especializando em fisiopatologia nutritiva do lactente.

Com essas pesquisas, Martagão Gesteira foi aumentando seu capital científico “puro” e institucional (participação em comissões, bancas, colóquios, cerimônias, reuniões etc). No período em que trata este capítulo, o professor era o nome que representava a pediatria no estado e a faculdade de medicina em diversos eventos científicos no país e internacionalmente. Lembre-se, ainda, das conquistas alcançadas por ele em relação às instalações para o ensino da pediatria num momento em que as queixas sobre a precariedade da prática em diversas clínicas eram abundantes. Pierre Bourdieu assevera que o acúmulo dessas duas espécies de capital científico é “extremamente difícil”. Ele conclui pela quase incompatibilidade de se manter esses dois capitais no mesmo patamar: “tendo, num extremo, os detentores de um forte crédito específico [científico “puro”] e de um frágil peso político e, no extremo oposto, os detentores de um forte peso político e de um frágil crédito científico”.⁴²⁹ Para Martagão Gesteira, porém, isso não se mostrou um problema.

Uma das questões que o pediatra direcionou em seu “programa de pesquisa” foi a exploração do funcionamento do fígado da criança a partir de dois contextos: a hemoclasia (Lauro Almeida Passos, 1921) e na desnutrição (Hosannah Oliveira, 1927). O fígado é um órgão de extrema importância no processo digestivo,

⁴²⁹ BOURDIEU, 2004, p. 38

pois, além de segregar a bÍlis (substância que auxilia na absorção de gorduras), executa múltiplas funções no metabolismo. A necessidade de estudar a fisiologia do fÍgado em crianças dava-se ao protagonismo das doenças relacionadas à nutrição. Mapear o funcionamento do Órgão tornava-se importante para diagnóstico e tratamento. Para Lauro Almeida Passos, sugeriu investigações para verificar em crianças os resultados que o cientista francês Fernand Vidal encontrou no adulto quanto ao valor da hemoclasia para a exploração funcional do fÍgado. A Hosannah Oliveira, indicou o estudo do fÍgado na desnutrição infantil.

O ponto de partida de Lauro Passos foi estudar as experiências lideradas por Vidal desde 1913.⁴³⁰ A investigação funcional do fÍgado em crianças surgiu como pauta científica após uma viagem que Martagão Gesteira fez à Europa, onde acompanhou pessoalmente as experiências de Fernand Vidal. Ao retornar, propôs a Lauro Passos que aplicasse em crianças as experiências feitas por Vidal em adultos para verificar se a exploração funcional correspondia. Martagão ensinou o método ao estudante, mas não o colocou em contato com o resultado das pesquisas de Vidal. Segundo o professor, para “maior isenção de espírito, no apreciar os fenômenos”. O interno realizou as investigações em crianças do serviço clínico do professor (Hospital Santa Isabel), se limitando a pesquisar a hemoclasia digestiva por meio da leucopenia (contagem dos leucócitos no sangue) e da variação da pressão arterial, sendo que a primeira prova foi decisiva às conclusões. Tomou um grupo de sete crianças, sendo três em crianças de fÍgado normal, três em doentes com lesão conhecida no fÍgado e outra com vulvo-vaginite. Com a palavra o pesquisador:

⁴³⁰ Artigo publicado na *Semaine Medicale*, de 24 de dezembro de 1913. Quando em parceria com Abrami e Brissaud, Vidal diagnosticou uma crise vasculo-sanguinea, que precedia às manifestações clÍnicas de urticÁrias. Com o desenvolvimento dos experimentos, chegaram à conclusão que se tratava de uma intoxicação alimentar. Essa crise, que denominaram hemoclasia, traduziria um desequilÍbrio hemÁtico. E a hemoclasia foi definida como uma perturbação vasculo-sanguinea, que se trai pela baixa da pressão arterial, diminuição do número de glÓbulos brancos (leucopenia, palavra por eles criada), perturbações da coagulabilidade sanguinea, inversão da forma leucocitÁria, aspecto retilante do sangue venoso e variações do Índice refratométrico do serum. (PASSOS, 1921, p. 14). Em 1920, o mesmo cientista, agora em parceria com Pierre Abrami e N. Lancovesco, propôs a hemoclasia digestiva para a exploração funcional do fÍgado, um método “de fÁcil manejo e de resultados tÁo positivos”, que frente a outros métodos vinha ocupando um lugar de destaque no meio científico. Baseados nos fenômenos da crise hemÁtica, Vidal e seus auxiliares apresentaram a hemoclasia digestiva como “prova ideal” para averiguar a capacidade funcional do fÍgado.

A técnica por nós observada, foi a aconselhada por VIDAL e seus ilustres auxiliares.

Mandávamos deixar o doente em jejum desde a última refeição da véspera. Pela manhã, fazíamos uma contagem dos leucócitos, antes de mandar dar as 200 gr. de leite, e tomávamos também a pressão arterial.

Feito isso, dávamos o leite e esperávamos trinta minutos, tempo suficiente, as mais das vezes, para que a crise se produza. Em seguida, retirávamos novo sangue e fazíamos nova contagem dos leucócitos e tomávamos a pressão arterial novamente.

Em todos os doentes observados por nós, principalmente os de lesão hepática, trinta minutos foram o bastante para provocar a crise.

Sessenta minutos após a ingestão do leite, colhíamos novo sangue, fazendo a contagem dos leucócitos, mais uma vez.

Para que pudéssemos ter um resultado seguro e aproximado com relação ao número de leucócitos, fizemos sempre, com um mesmo sangue colhido, de três até cinco contagens dos leucócitos, com o hematímetro de Thomas Zeis modificado pelo Cogit, somando em seguida os resultados obtidos, e media desta soma, multiplicada por 100, seria o número de leucócitos existentes.

Nos doentes de lesão hepática, atingindo a função proteopexia, a diferença do número de leucócitos do sangue retirado antes do leite e do sangue retirado após o leite é nítida, clara e evidente.

Tivemos ocasião de observar leucopenia franca, com redução do número de leucócitos à metade, dos existentes antes do leite.

As nossas observações, feitas com todo o cuidado e critério, procurando sempre não nos deixarmos levar pela sugestão, dirão, melhor do que nós, sobre o que anteriormente afirmamos.⁴³¹

Os dados apresentados corroboraram a teoria de Fernand Vidal aplicada ao corpo infantil, qual seja, a de que era possível por hemoclasia digestiva, e somente até por prova de contagem de leucócitos, detectar anormalidade nas funções do fígado. Martagão Gesteira apresentou à Sociedade Médica dos Hospitais da Bahia, em sessão de 12 de junho de 1921,⁴³² o resultado dessa pesquisa orientada por ele. Quando Lauro Passos apresentou a tese, a pesquisa já tinha sido apresentada em comunicação científica pelo professor. Após a comunicação, um médico fez ligeiras interrogações sobre a tensão arterial, o que o mestre explicou que as provas de Vidal indicavam que a tensão variaria de acordo com o tempo de afastamento da refeição, e que seu orientando só aferiu a tensão uma vez, falha que seria corrigida em outras investigações. Lauro Passos, no texto da tese, explicou que não conseguiu aferir a pressão tal indicado por Vidal por ter que lidar com todo o processo sozinho, ficando preso à prova da leucopenia, mas garantiu que isso não comprometeu os resultados.

⁴³¹ PASSOS, Lauro Almeida. A hemoclasia digestiva na exploração funcional do fígado. Bahia: Imprensa Oficial do Estado, 1921. p.31-32

⁴³² O resumo foi publicado na Gazeta Médica da Bahia, em Agosto de 1921

Pelo plano de pesquisa, essa incursão seria a primeira parte do estudo. Outras duas se seguiriam: o estabelecimento da dose do leite necessária à prática da prova nas várias idades e o estudo do choque hemoclasico nos lactentes, nos quais deveria apurar os efeitos produzidos pela albumina do leite humano e do leite de vaca, ingeridos e administrados por via subcutânea, sobre o equilíbrio leucocitário. Lauro Passos reconhecia que o último ponto seria sua verdadeira contribuição científica, pois nenhuma verificação nesse sentido havia sido feita até aquele momento. Algum tempo depois, porém, foram divulgadas pesquisas internacionais que verificavam esse fenômeno, mas os resultados estavam longe de ser conclusivos. De qualquer forma, o tempo não permitiria pesquisa tão complexa, asseverou o doutorando.

Martagão Gesteira estava buscando, no rol de problemas considerados importantes, um elemento inovador. Uma descoberta, que além de contribuir para o progresso da ciência, certamente traria um lucro simbólico importante. Ao divulgar o resultado da pesquisa antes da defesa da tese de Lauro Passos, o professor pretendia trazer a si a inovação, incorrendo na disputa pelo monopólio da autoridade científica, estratégia marcante no campo científico.

Hosannah de Oliveira defendeu sua tese em 1927. Antes de apresentar suas experiências e consequentes conclusões, chamou a atenção para as particularidades fisiológicas do fígado na vida intra-uterina e durante a infância: a função biligênica e canalizador do ferro materno, e maior atividade da função glicogênica, respectivamente. As afecções do fígado na criança, diferentemente do que acontecia com o adulto, estariam em grande medida relacionadas ao fator congênito, afirmou o autor. A explicação era que o fígado recebia durante a vida uterina muita influência do organismo materno, que se doente, portador de uma “toxinfecção”, transmitiria à futura criança vírus e toxinas, o que poderia ter uma ação patogênica.⁴³³

Para realizar os estudos fisiológicos do fígado em criança com desnutrição, Hosannah de Oliveira utilizou métodos já em curso, todos, segundo ele, passíveis de críticas. Além disso, a dificuldade na investigação ampliava-se em função dos problemas colocados pelas crianças em muitos procedimentos médicos. Seria

⁴³³ OLIVEIRA, Hosannah de. O fígado na hipotrepia. Bahia: Livraria Econômica, 1927. p. 11-13

possível detectar a normalidade ou não do funcionamento do fígado por meio de aspectos diferentes, e as escolhidas pelo doutorando foram a seguinte:

duas as funções do fígado por nós exploradas: a glicogenica e a biligenica. A primeira, pelas três provas: glicosuria alimentar, levulosuria e glicuronuria; a segunda, a biligenica, pela pesquisa dos ácidos e pigmentos biliares nas fezes (reação de Getten-koffer e Schmidt-Triboulet)⁴³⁴

O processo de pesquisa sobre a funcionalidade do fígado posto em curso por Hosannah Oliveira foi aparentemente mais tranquilo, definiu os métodos de investigação sem grandes problemas. O fato de ele não tecer qualquer debate sobre as provas escolhidas sugere que se tratava de métodos conhecidos e consolidados no meio acadêmico. O público pesquisado foram crianças na primeira infância (0 a 2 anos) diagnosticadas com desnutrição, dos serviços clínicos do Hospital Santa Isabel e da LBCMI. O objetivo era garantir “provas cabais que [permitissem], cientificamente, afirmar ou garantir [a] suposição” de que o fígado, tal outros órgãos secretórios, teria sua função orgânica comprometida em casos de desnutrição adiantada, já que na hipotrepisia, em geral, as glândulas endócrinas apresentavam-se com sua secreção diminuída.

O graduando seguiu a orientação de Marfan, de que através da pesquisa da glicosuria alimentar, da glicuronoria, pela dosagem da uréia na urina, pelo estudo da leucocitose digestiva, pela pesquisa dos pigmentos biliares e dos seus derivados nas fezes era possível conhecer o funcionamento do fígado nas moléstias da digestão e da nutrição na primeira infância. Das crianças que atendiam os critérios de sua pesquisa, conseguiu concluir todas as investigações em apenas 12. Realizou os exames funcionais de urina e fezes (exames macroscópico e químico), além das provas experimentais (glicosuria alimentar, levulosuria alimentar e glicuronuria provocada). E apresentou as conclusões seguintes:

Analisando-se as nossas observações, nota-se que em seis casos verificamos o comprometimento da função biligenica;
 - a glicosuria alimentar (1,5 gr. de glicose por kg de peso) foi positiva em cinco casos;
 - a levulosuria (1,5 gr. por kgs de peso) foi positiva em onze casos e a glicuronuria ausente ou fraca em cinco casos.
 Como vemos, o elastério funcional do fígado é diminuído na hipotrepisia, por isso que notamos insuficiência manifesta da ação biligenica em cinco

⁴³⁴ OLIVEIRA, 1927, p. 17

doentes e insuficiência latente da função glicogenica em onze. Com efeito, a grande tolerância para o açúcar que apresenta a criança normal desapareceu nos estados avançados de desnutrição, sendo importante chamar a atenção para a particularidade de ser a levulose a espécie de açúcar que melhores resultados nos deu [...]

Confirmamos as pesquisas de Barbier quanto a eliminação do ácido glicurônico pelas urinas. Além de nos ensinar sobre o estado funcional do fígado, é um meio prognóstico que não falhou nos nossos observados, pois se terminaram pela morte os casos em que a glicuronúria provocada fora negativa.

À insuficiência funcional do fígado na hipotirepsia, poder-se-á atribuir, em grande parte, a diminuição das defesas orgânicas da criança presa de tal síndrome, uma vez que importante é o papel desse órgão na luta contra as toxi-infecções.[...]

Em vista do comprometimento do fígado na desnutrição infantil e da importância que tem esse órgão no metabolismo, talvez dê bons resultados terapêuticos o suco hepático, convenientemente empregado⁴³⁵.

No mesmo ano que Hosannah de Oliveira realizava sua pesquisa, o colega de turma (e também interno dos serviços clínicos do professor Martagão Gesteira) Manoel Guimarães Correia investigava a ação da insulina, do extrato tireóideo e do sangue materno como medicamento no processo terapêutico da atrepsia.⁴³⁶ Esse estudo derivou de uma temática indicada por Martagão, que tinha por objetivo investigar a ação do extrato tireóides no processo terapêutico da atrepsia, testando entre nós os experimentos do pediatra francês Nobécourt. Manoel Guimarães, fazendo uma adaptação ao proposto por J. Comby, assim a definiu:

A atrepsia é uma síndrome de desnutrição geral, própria dos recém-nascidos e dos lactentes, começando na maioria das vezes por perturbações digestivas e terminando, mais ou menos, rapidamente por um emagrecimento profundo que dá à criança uma fâcies enghilhada, absolutamente característica.⁴³⁷

Em crianças, a fase inicial da desnutrição era identificada por fenômenos de intolerância à absorção e assimilação das gorduras e hidratos de carbono contidos na alimentação. A evolução da desnutrição era acompanhada pelo peso do corpo, determinando o coeficiente da perda de peso, sendo este a relação existente entre o peso apresentado e o que deveria apresentar a criança caso o seu desenvolvimento tivesse prosseguindo normalmente. A desnutrição apresentava-se em níveis de gravidade, e diferentes deveriam ser as nomenclaturas definidoras. Foram as

⁴³⁵ OLIVEIRA, 1927, p. 45-47

⁴³⁶ Falta de nutrição.

⁴³⁷ CORREIA, Manoel Guimarães. Considerações sobre a atrepsia e seu tratamento. Bahia: Livraria Econômica, 1927. p.2

utilizadas entre os pediatras baianos no período: hipotirepsia (1º e 2º graus) e atrepsia (3º grau), que seria o grau de decadência orgânica no lactente.

O foco de investigação de Manoel Guimarães relacionou-se, conforme visto, à terapêutica. Decidiu-se por observar a ação de três técnicas no combate à desnutrição: homohemoterapia, extrato de tireóide e insulina, todos processos injetáveis. Essas substâncias deveriam ser administradas em paralelo a uma dieta nutricional específica, funcionando como um acelerador ao restabelecimento orgânico da criança, já em estágio mórbido. Para chegar à conclusão de que a insulina era a opção mais eficaz, utilizou também registros feitos por ele e professores assistentes nos serviços de clínica pediátrica médica (Hospital Santa Isabel e LBCMI) entre 1925 e 1927.

As três opções de tratamento representariam o que havia de mais moderno na terapêutica da desnutrição. A homohemoterapia consistia na injeção de sangue materno na criança, cujos componentes se assemelhavam aos encontrados no leite humano. O sangue materno exerceria ação benéfica, pois, além das substâncias nutritivas presentes, provocaria uma reativação geral em todo funcionamento do organismo. Assim, a administração do sangue substituiria satisfatoriamente o leite materno que, conforme colocado pelo autor, era mais difícil de conseguir. O extrato da glândula tireóidea, por sua vez, agiria equilibrando o metabolismo da água, que desempenhava um papel importante nos estados de desnutrição infantil. Admitia-se que esse extrato exercia uma ação estimulante sobre a glândula vascular sanguínea, diminuída em seu funcionamento por consequência da desnutrição geral. A glândula tireoide, por presidir os fenômenos da nutrição, sofria alterações em seus aspectos histológicos e fisiológicos.⁴³⁸

O uso do extrato tireóide como terapêutica na desnutrição de bebês foi vulgarizado por Nobécourt, em 1925. Em sua técnica, aconselhava injeções subcutâneas diárias, durante 6 a 20 dias, na dose de 0,025 a 0,10 kg, a depender da tolerância que a criança apresentasse. Concomitantemente, recomendava-se a ingestão de solução açucarada. Essa mesma recomendação era dada pelos pediatras quando da administração da insulina.⁴³⁹

⁴³⁸ CORREIA, 1927, p. 61-64

⁴³⁹ Ibid. p. 60-61

Originalmente, a insulina⁴⁴⁰ compunha o repertório de tratamento de diabéticos, mas quando se passou a notar o ganho de peso adquirido pelos doentes, pediatras dos Estados Unidos (Pitfield, Marriot e Barbour) começaram (a partir de 1923) a experimentar a insulina em casos de hipotirepsia e atrepsia. O doutorando Manoel Guimarães afirmou que a primeira pessoa a realizar essas pesquisas no Brasil foi Edécio Cunha, em 1926. Edécio Cunha era de Recife e estudava medicina na Bahia, e tal qual os outros aqui abordados, sua questão de pesquisa foi indicação do professor Martagão Gesteira. Sua tese foi publicada com o título 'A insulina na desnutrição infantil' (1926).⁴⁴¹

A tese de Edécio Cunha foi a principal referência utilizada por Manoel Guimarães para defender o uso da insulina na desnutrição infantil. Assim, concordava que a insulina agiria “como um hormônio pancreático, despertando as funções que estavam de há muito tempo adormecidas e isto porque a continuação da curva ponderal não cessa, depois de suspenso o emprego da insulina”.⁴⁴² Como a desnutrição se relacionava à diminuição ou ausência do poder de absorção, a insulina, que agia sobre o metabolismo tornando os hidratos de carbono e das gorduras assimiláveis, favorecia a absorção.⁴⁴³

Os textos de Manoel Guimarães e Edécio Cunha estão muito marcados por expressões que denotam a necessidade de divulgar o ineditismo da pesquisa. As comunicações de Martagão Gesteira a respeito, além de corroborar com essa demarcação, reforça, insistentemente, seu protagonismo, monopolizando, assim, a competência científica dentro do campo. Pode-se pensar esse ato, também, como estratégia de conservação desse mesmo campo, na medida em que impede que outro agente se transforme em concorrente, ou um subversivo, o que colocaria em risco a estrutura da distribuição do capital científico.

Edécio Cunha informava que muitos países (Brasil, França, Inglaterra, Itália) já seguiam os Estados Unidos no uso da insulina no tratamento da desnutrição. Para o Brasil, mencionou que o Laboratório de Biologia Clínica do Rio de Janeiro fornecia a substância em solução aquosa e preparara seguindo o método dos Estados

⁴⁴⁰ O nome de insulina dado ao hormônio pancreático foi proposto por Shafer, em 1921. (CUNHA, Edécio. A insulina na desnutrição infantil. Bahia: Imprensa Oficial do Estado, 1926. p. 25)

⁴⁴¹ CUNHA, Edécio. A insulina na desnutrição infantil. Bahia: Imprensa Oficial do Estado, 1926. p. 57

⁴⁴² CORREIA, 1927, p. 58.

⁴⁴³ CUNHA, op. cit., p. 43

Unidos, e foi desse laboratório que o serviço clínico de Martagão Gesteira comprou a substância.

A insulinoterapia consistia em injeções de insulina por via subcutânea e, logo após, o emprego a solução de glicose a 15%, também por via subcutânea. Esse método era o recomendado genericamente. Edécio Cunha fez uma adaptação técnica, retirando a injeção de glicose e mantendo o regime alimentar que a criança estava submetida no hospital. Antes de iniciar a terapia, as crianças passavam por um controle de peso por duas semanas, só usando a insulina se o peso estagnasse ou diminuísse, caso contrário, continuava com o regime alimentar. Quando necessário, as injeções eram ministradas cotidianamente, na proporção de duas por quilo de peso da criança, meia hora antes da refeição.

Ele não justificou a razão de dispensar a glicose, mas implicitamente podemos atribuir à escolha de protagonizar o uso de dieta alimentar no tratamento da desnutrição. Observou quatro crianças dos serviços médicos da LBCMI, chegando à seguinte conclusão:

1º O emprego da insulina deve ser indicado em todas as perturbações da assimilação, não importando as causas.

2º O emprego da insulina deve ser seguido da alimentação apropriada à idade, não requisitando do soro glicosado.

3º A insulinoterapia não oferece nenhum perigo quando manejado por profissional hábil.⁴⁴⁴

Manoel Guimarães, em suas experiências no ano seguinte, defendeu o uso da solução glicosada após o emprego da insulina (poderia ser a ingestão de água com açúcar), para evitar acidentes de hipoglicemia. Modificou também a técnica de Edécio Cunha, no que se refere à quantidade e horário das injeções de insulina, aumentando os espaços entre uma dose e outra e ignorando sua prescrição de aplicar a injeção meia ou uma hora antes da refeição. Sete crianças foram observadas por ele, e a partir delas o pesquisador chegou à conclusão transcrita abaixo.

Pela leitura de nossas observações se pode concluir que tanto a insulina, como o extrato tireóideo e mais ainda as injeções de sangue materno são

⁴⁴⁴ CUNHA, 1926, p. 49

medicações auxiliares de alto valor no tratamento da desnutrição infantil. Qualquer que seja a causa desta síndrome podemos tentar seu tratamento por um destes medicamentos, ao lado de um regime alimentar conveniente. Só com este, nem sempre se consegue resultado terapêutico, porque o melhor regime seria o natural, o que muito dificilmente se obtém; além disso os casos de atrepsia só nos aparecem quase sempre em estado adiantado e acompanhados de perturbações digestivas rebeldes.

Parece-nos também ser lógico admitir-se que a insulina exerce uma ação mais eficaz do que o extrato tireóideo, e disso nos convencemos por dois motivos: 1º porque em nossa primeira observação o emprego deste extrato nada conseguiu, enquanto a insulina foi de um efeito formidável; 2º porque, quer na primeira observação, quer na última, tratava-se de hipoatrepsia em franco 2º grau.

Além disso, em 4 ou 5 casos, em que havia perturbações digestivas de muito tempo, nada conseguimos com o extrato.

Para que se obtenham bons resultados com a insulina, nem sempre haverá necessidade de que se empreguem mais de 1 unidade por quilograma, nem injeções diárias. Bastam 2 vezes, por semana, com o uso do açúcar dissolvido na água, no dia em que se faz a injeção.

O extrato tireóideo, quando dá resultado, produz efeitos semelhantes aos da insulina, isto é, aumento de peso e melhora no estado geral e pode ser empregado na dose de 0,05 a 0,20 por dia, sem grandes temores a reações. Para evitá-las basta que se comece por pequenas doses.

Quanto as injeções de sangue materno, a ilação que se tira do seu emprego nos casos de atrepsias, tem a vantagem de ser técnica muito fácil e de nenhum dispêndio, o que já se não dá com a insulina, em primeiro lugar, e depois o extrato tireóideo.

Finalmente, as três medicações sobre que vimos falando, representam a última palavra neste terreno da terapia infantil, seja qual for a etiopatogenia da desnutrição.

Convém, entretanto, que nunca se despreze o regime da alimentação, quando delas se fizer uso.⁴⁴⁵

Os estudiosos apontavam que o maior problema da desnutrição entre as crianças observadas não era a ausência de alimentos (inanição), mas alimentação inadequada. Assim, o cuidado com o regime alimentar relacionava-se diretamente ao seu aspecto nutricional. Predominava entre as crianças de 0 a 6 meses a alimentação mista ou totalmente superficial, quando a medicina já tinha decretado a obrigatoriedade de aleitamento natural até os seis meses de vida. A grande vilã da alimentação artificial eram as farinhas utilizadas na preparação dos mingaus. Sobre isso, Fernandes Figueira se pronunciou.

Não conheço maior desprestígio da autoridade médica do que a existência das farinhas infantis. Na Europa, em alguns países, certo número desses produtos foi sujeito à sanção de especialistas, antes que disputassem o favor público. Pululam, porém, outras que concorrem ao mercado, sem a menor verificação idônea de sua eficácia. É o que acontece a todas as farinhas no Brasil. Venham do estrangeiro ou sejam aqui fabricadas, põem à margem a opinião dos competentes, e penetram lares e hospitais e creches, em nome das recomendações além-mar ou da indústria nacional.

⁴⁴⁵ CORREIA, 1927, p. 79-80

Recebemo-las com desconfiança: é o sentimento que desperta entre pessoas civilizadas o recém-vindo, que não quer entregar o cartão de visita antes de ser introduzido numa sala⁴⁴⁶

Os farináceos se dividiam em compostos⁴⁴⁷ (ou complexos) e simples. As principais marcas das farinhas compostas utilizadas em Salvador eram Allenbury, Nestlê, Les Aliments Usuels, A. Martinet. Das farinhas simples, as mais consumidas eram a mandioca, milho, trigo e arroz. As queixas relacionadas às farinhas relacionavam-se a seus compostos e à quantidade ministrada às crianças.

Ao doutorando Nilo Costa (1924), Martagão Gesteira indicou o estudo da distrofia farínacea, um distúrbio provocado pelo uso prolongado de farinhas, resultando por um lado uma sub-alimentação parcial pela deficiência de albumina, sais e gordura, e por outro, uma intoxicação pelo excesso de hidratos de carbono (amido). A questão colocada por ele foi a seguinte: “Porque, sendo o uso dos farináceos entre nós tão frequente, as desordens nutritivas, que deveriam provir desse uso, no entanto, rareiam?”⁴⁴⁸

Como interno, Nilo Costa teve a oportunidade de observar uma quantidade significativa de crianças que passaram pelo Hospital Santa Isabel e LBCMI e notar que as teorias de Czerny não se aplicavam em todos os aspectos ao contexto soteropolitano. Existiam os casos de distrofia farínacea, mas não apresentavam a complexidade apontada pela teoria do pediatra alemão. De modo geral, ele atribuiu a particularidade encontrada à constituição do organismo das crianças atendidas pelos serviços mencionados, ou seja, existiria no organismo dessas crianças uma tolerância maior aos farináceos. Os registros da LBCMI apontavam que de 338 crianças entre 2 e 6 meses de vida, 74% eram alimentadas com farináceos (ele não especificou o período que esses dados cobriam). Assim, resolveu pesquisar a tolerância das crianças ao referido alimento, selecionando 10 para proceder ao exame microscópico das fezes, utilizando o método de Lugol. Esse método consistia em classificar os resíduos de amido encontrados nas dejeções a partir da reação ao Lugol (iodo – 1g, iodeto de potássio – 2g, água - 50g):

⁴⁴⁶ COSTA, Nilo. Distrofia farínacea. Bahia: Imprensa Globo, 1924. p. 17.

⁴⁴⁷ Cujo processo de fabricação consistia em formar um pão, leva-lo ao forno e depois moer. (ibid., p. 18)

⁴⁴⁸ Ibid., p. 43.

O Lugol colora o amido indigerido em azul
 Se a farinha esta absolutamente indigerida, encontram-se grãos corados em azul escuro ou em azul violeta.
 Se a farinha não esta senão em parte digerida, acha-se a coloração azul sob forma amorfa
 Se o amido esta digerido pela metade, encontra-se uma coloração vermelha, sob forma de eritrodextrina
 Se o amido está sacarificado acha-se uma coloração amarela, que se torna azul quando se ajunta um pouco de acido clorídrico.⁴⁴⁹

Nilo Costa procedeu aos exames, mas disse não ter chegado a uma conclusão sobre a questão. Analisando sua tese, porém, encontramos dados e informações que podem acender uma luz ao problema. No levantamento que fez quanto ao uso dos farináceos, levantou também que o tipo de farinha utilizado pelas crianças, todas pobres, era o simples (araruta, arroz, maisena, sagu, mandioca, trigo, milho, tapioca, aveia, amidonina, cercalina - nessa ordem de consumo). Não residiria aí o fato de ele não encontrar correlação entre a teoria de Czerny e a realidade que vivia? A teoria de Czerny foi desenvolvida a partir de pesquisas com farináceos complexos e as farinhas consumidas pelas crianças que investigou estavam no rol das simples.

A pesquisa que o professor baiano Costa Pinto realizou com a farinha de mandioca brasileira pode fornecer mais elementos à reflexão. Da amostra que coletou, indicou proteínas na seguinte composição: albumina (75%), globulina (12%), prolamina (37%) e glutelina (19%). Quanto à caloria, apresentou o número de 610. Faltaram dados em relação ao amido, porém. O índice de albumina não seria um elemento para discutir o peso da farinha de mandioca, e talvez outras farinhas simples, na distrofia farinácea?

Dos ambulatórios da LBCMI, Cacilda Vieira dos Reis registrou os 91 casos de subalimentação infantil que subsidiaram sua tese defendida em 1927. Com esses, a doutoranda corroborou as ideias que Martagão Gesteira vinha defendendo desde 1916, de que o maior problema da subalimentação dos lactentes não estava relacionado à quantidade, mesmo entre a população pobre de Salvador, mas à qualidade dos alimentos ingeridos.

A Braulio Xavier da Lima Pereira Filho, Martagão Gesteira sugeriu o estudo do raquitismo. Embora limitada a pequenas manifestações, a distrofia, segundo o

⁴⁴⁹ COSTA, 1924, p. 55-56.

professor, vinha aumentando nos serviços clínicos da faculdade, sobretudo entre a população negra. As observações estavam respaldadas na concepção vigente da influência da luz na gênese do raquitismo, e como os indivíduos de maior pigmentação cutânea possuem proteção natural às irradiações ultravioletas, eles estariam mais suscetíveis a essa afecção.⁴⁵⁰ Outro fator que concorreria ao raquitismo seriam os distúrbios digestivos.⁴⁵¹

Examinando as crianças assistidas pela LBCMI, Braulio Xavier detectou que 25% delas apresentavam o chamado pequeno raquitismo (o menor grau da doença), e destas 90% eram crianças pretas. Entre elas, ainda, predominava aquelas que já tinham sofrido de perturbações digestivas.

[...] a alimentação antinatural de mingaus, de difícil digestão, predomina ainda, na classe operária, se não mesmo nas classes elevadas. De tais alimentos dimanam as alterações digestivas prolongadas que são fatores etiológicos de grande valia, pelo menos entre nós, dada a concomitância dessas perturbações com as lesões raquíticas. Acreditamos mesmo que o aleitamento artificial e a administração prematura de mingaus, possam ser tomados como fatores etiológicos, se bem indiretamente.⁴⁵²

Temáticas relacionadas à nutrição infantil continuou sendo privilegiada no início da década seguinte. João Francisco Lages Netto (1930) ficou responsável por estudar a ação dos hidrocarbonos, essenciais ao metabolismo da albumina, gordura e sais - substâncias tidas como fundamentais à manutenção do peso dos lactentes. Pela sua capacidade de fornecer calorías, os hidrocarbonos seriam indispensáveis à alimentação. Sobre o mecanismo físico-químico da retenção dos hidrocarbonos apenas se sabia, segundo o doutorando, que se depositava sob a forma de glicogênio. “Como elementos participantes do fenômeno da retenção d’água, a sua ingestão em cifra insuficiente bem como perturbações no seu metabolismo intermediário conduzem a uma desnutrição”.⁴⁵³

⁴⁵⁰ GESTEIRA, Joaquim Martagão. Lição inaugural da clinica pediátrica médica da Bahia, 1928. *Pediatria Prática*, São Paulo, Agosto de 1928, p. 250.

⁴⁵¹ Havia várias teorias que explicavam a causa do raquitismo, mas Braulio Xavier explicava a doença como consequência desses dois fatores combinados.

⁴⁵² PEREIRA FILHO, Braulio Xavier da Silva. *O raquitismo na Bahia*. Bahia: Livraria Econômica, 1927. p. 62.

⁴⁵³ LAGES NETTO, João Francisco. *Do metabolismo dos hidrocarbonos nos lactentes sadios da Bahia*. Bahia: Oficinas da Era Nova. p. 30.

Para esse estudo, o melhor processo seria a determinação da curva de glicemia após a ingestão de uma alimentação contendo H.C. O exame da curva de um indivíduo normal após uma carga hidrocarbonada mostrava que o açúcar do sangue aumentava progressivamente para atingir o máximo entre meia e uma hora depois (hiperglicemia) e em seguida descer progressivamente (hipoglicemia), retornando ao valor inicial dentre 2 e 3 horas. Assim, seria importante saber o comportamento da glicemia em doses controladas de H.C em crianças saudáveis, para se obter referências para detectar desvios de normalidade em entidades mórbidas. 20 lactentes foram estudados, sendo utilizado 1,3g de glicose por quilo para os testes.

Lages Netto chegou à conclusão que o tipo de alimentação dos lactentes, se natural, artificial ou mista (se a correlação básica dos componentes normais da alimentação estivesse preservada) era indiferente à glicemia; a média da “glicemia normal” dos lactentes era de 0,084%, estando entre os limites estabelecidos nos estudos de outros pediatras internacionais; por fim, e mais importante, a reação glicêmica deveria ser empregada correntemente ao estudo da função hepática dos lactentes, sobretudo em idade inferior a 3 meses.

Conforme mencionado, cada tema de pesquisa cumpria um aspecto da agenda de Martagão Gesteira, em torno da cátedra da clínica pediátrica. A escolha por esses temas não era desinteressada. Conforme destaca Bourdieu, não há ciência sem interesse. Havia uma concorrência velada, uma corrida para não ficar aquém no cenário nacional e internacional. Assim, toda estratégia de produção do conhecimento comporta ao mesmo tempo uma dimensão científica e outra política. Essas pesquisas ganhavam importância, sobretudo, por discutirem questões relacionadas à mortalidade infantil, tema de destaque na saúde pública do Brasil de então. Esse elemento também pode ampliar a reflexão acerca da ascensão da clínica pediátrica, em detrimento da cirurgia, que se vem pontuando até aqui.

4.3 A Sociedade de Pediatria da Bahia em seus primeiros passos

Do serviço pediátrico de Martagão Gesteira formaram-se os pediatras cujas ações consolidaram a pediatria na Bahia. Dos internos e assistentes saíram as pesquisas publicadas nos periódicos científicos, foram compostos os membros de órgãos públicos de assistência à infância, bem como o grupo que fundou a Sociedade de Pediatria da Bahia/SPB.

Entre os internos da cátedra, alguns abraçaram a especialidade pediátrica e atuaram em espaços em Salvador ou em outras cidades. Edécio Cunha, por exemplo, foi responsável pela implantação do ensino de pediatria em Recife⁴⁵⁴ e João Francisco Lages Netto tornou-se professor de pediatria na Universidade do Brasil (1936).⁴⁵⁵ Ainda que não tivessem defendido tese, os internos José Peroba e Eliéser Audiface tornaram-se profissionais assíduos do projeto duradouro da Liga Baiana Contra Mortalidade Infantil/LBCMI, juntamente com Nilo Costa. Hosannah de Oliveira e Braulio Xavier foram os internos mais atuantes, tornaram-se assistentes e livres docentes de pediatria médica da Faculdade de Medicina da Bahia na década de 1930, apresentaram suas pesquisas em sociedades científicas e as publicaram em revistas especializadas.

A equipe de assistentes da década de 1920 - Álvaro da Franca Rocha, Hélio Ribeiro, Enéas Costa e Álvaro Pontes Bahia – foi essencial aos serviços médico/didáticos da cátedra de pediatria, incluindo os trabalhos desenvolvidos pela LBCMI. Álvaro Bahia, mais antigo deles, desenvolveu uma parceria com Martagão Gesteira que envolvia os estudos da pediatria clínica e os projetos de higiene infantil no Estado, conforme visto. E Álvaro da Franca Rocha acompanhou o mestre na fundação da Sociedade de Pediatria da Bahia.

A Sociedade de Pediatria da Bahia foi criada como espaço de discussão sobre as questões pertinentes à pediatria e à puericultura. Sua fundação data de 28 de maio de 1930. Martagão Gesteira fundou a agremiação científica, tornando-se

⁴⁵⁴ ROCHA, Leduar de Assis. *Pediatria e Puericultura em Pernambuco*. Recife: Editora ASA Pernambuco, 1987, p. 75-78.

⁴⁵⁵ Desde 1930, ano de doutoramento, publicava artigos em revistas nacionais (ver APÊNDICE I)

seu primeiro presidente. As secretarias foram ocupadas por Álvaro de Franca Rocha e Braulio Xavier.⁴⁵⁶ Com sede no Instituto Baptista Machado Marques, instalação da LBCMI, a SPB apresentou por objetivos:

- a) Investigar e estudar os problemas relativos à patologia e à higiene da criança, e as demais questões relacionadas com o amparo à maternidade e à infância;
- b) Estudar e discutir em suas sessões assuntos que lhe estejam afetos, bem como casos clínicos ou assuntos de outra natureza apresentados pelos sócios;
- c) Colaborar com as associações científicas ou particulares, e com os poderes públicos, na divulgação dos conhecimentos de pediatria e higiene infantil, especialmente as medidas de combate à mortalidade infantil.⁴⁵⁷

Conforme defendem Rodriguez e Perdigueiro,⁴⁵⁸ a organização de uma sociedade especializada funciona como medida de defesa e intercâmbio profissional, correspondendo ao último do que chamam de circuitos de singularização de uma área científica. No mesmo ano de sua fundação, em outubro, a SPB iniciou um periódico que divulgava as reuniões e publicava trabalhos especializados, o Boletim da Sociedade de Pediatria da Bahia, publicados na Gazeta Médica da Bahia. Após dois anos, o boletim deu lugar à Revista de Pediatria e Puericultura.

A Sociedade de Pediatria da Bahia funcionava como órgão autônomo, desvinculada à entidade nacional, mas não por opção. A Sociedade Brasileira de Pediatria/SBP, fundada em 27 de julho de 1910, aprovou um estatuto que só admitia filiações efetivas de domiciliados no Distrito Federal ou municípios limítrofes. Pediatras dos estados só poderiam ser sócios correspondentes, sem direito a voto. A SBP foi criada por Antonio Fernandes Figueira, que foi seu presidente vitalício até 1927. Durante os anos em que o fundador da sociedade carioca esteve como presidente, a mesma funcionou nas instalações da Policlínica de Crianças da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, e reunia, centralmente, estudantes e

⁴⁵⁶ Alfredo Magalhães foi convidado a assumir a Presidência de Honra. O cargo de Vice-presidente foi ocupado por Durval Gama e a tesouraria por Carlos Levindo (obstetra que atuava na Liga). Ao longo de sua história, a SBP teve como presidentes, entre outros, Álvaro Bahia, Braulio Xavier, Carlos Gama, Hélio Ribeiro, José Peroba e Eliezer Audiface (todos ligados aos serviços pediátricos de Martagão Gesteira) (SOCIEDADE de Pediatra da Bahia. Boletim comemorativo do 50º aniversário:1930-1950. IV Jornada Pediatria Social, Sociedade de Pediatria da Bahia, set. 1981)

⁴⁵⁷ Estatutos da Sociedade de Pediatria da Bahia, 1941, p. 3 (revisto da primeira versão de 1930, não encontrada)

⁴⁵⁸ RODRIGUEZ; PERDIGUERO, 2006.

pediatras que circulavam pelos serviços médicos/didáticos de Fernandes Figueira.⁴⁵⁹ Assim, a SBP foi bastante restrita durante suas primeiras décadas, tendo sua nacionalização ocorrido somente em 1951, com a filiação de sociedades e departamentos estaduais de Pediatria, fruto de uma ampla discussão realizada durante a 1ª Jornada Brasileira de Puericultura e Pediatria (1947).⁴⁶⁰

As atas das sessões do primeiro ano da Sociedade de Pediatra da Bahia denunciam que havia na capital baiana um ambiente acadêmico da especialidade pronto para acolher uma associação científica: continuidade dos encontros, pesquisas originais, debates respaldados em experiências. Além dos pediatras - Álvaro Bahia, Álvaro da Franca Rocha, Bráulio Xavier, Hildebrando Jatobá, Martagão Gesteira, Alfredo Magalhães, Hélio Ribeiro – outros médicos também apresentaram observações relacionadas à infância.⁴⁶¹

Outro aspecto que chamou a atenção foi a predominância de temas relacionados à clínica pediátrica. Corroborando com o já apontado anteriormente, a pediatria cirúrgica não ocupou o espaço acadêmico e científico. Representando a especialidade, Durval da Gama apresentou uma comunicação na primeira sessão de 1931 (30/04) e não houve debatedores, ou seja, os pediatras não se interessavam por temas relacionados à cirurgia. Ao final da sessão, porém, Martagão Gesteira fez um comentário tímido sobre a fala do professor de pediatria cirúrgica da faculdade de medicina, que versava sobre a cura radical das hérnias congênicas nas crianças. Destaca-se também o predomínio de experiências pautadas em métodos de laboratório e radiológicos nos estudos das doenças infantis, e diminuição de trabalhos baseados no exame clínico tradicional da semiologia infantil.

Nesses encontros, os pediatras discutiram diferentes questões. Na sessão de 31 de outubro de 1935,⁴⁶² Bráulio Xavier e José Peroba propuseram que a Sociedade de Pediatria da Bahia e a LBCMI patrocinassem uma campanha contra a tuberculose infantil, sendo que a última criaria um departamento exclusivamente destinado a esse fim, com patrimônio financeiro próprio. Martagão Gesteira,

⁴⁵⁹ Havia sócios de outras instituições da cidade do Rio de Janeiro e adjacências, mas a gestão administrativa e intelectual estava concentrada ali concentrada.

⁴⁶⁰ CARNEIRO, Glauco. Um compromisso com a esperança: história da Sociedade Brasileira de Pediatria 1910-2000. Rio de Janeiro: Expressão e Cultura, 2000.

⁴⁶¹ Publicadas na Gazeta Médica da Bahia.

⁴⁶² Pediatria e Puericultura, ano V, set.dez/1935, n. I e II

enquanto presidente da associação, nomeou uma comissão composta pelos proponentes, mais Álvaro Bahia e Carlos da Gama para discutirem a questão. Franca Rocha sugeriu que a Sociedade se reunisse extraordinariamente em duas sessões anuais para estudar a atualidade pediátrica nos diferentes centros culturais.

As questões suscitadas eram tratadas com muita seriedade. Na sessão de 28 de novembro de 1935, seguinte à proposição, a comissão já apresentou o resultado de estudo desenvolvido a respeito do combate à tuberculose infantil. O plano apresentado dividia-se em duas partes: terapêutica e profilaxia. A primeira parte consistia na fundação de um ambulatório especializado, dotado de arsenal terapêutico, tuberculina para exames cutâneos, filmes radiográficos e aparelho de pneumotórax artificial. Todas as instalações, incluindo os registros clínicos, deveriam ser separados dos demais serviços da LBCMI. A profilaxia consistia no auxílio do serviço já existente do B.C.G., campanhas pela mídia impressa e radiofônica, além de conferências públicas divulgando os meios de prevenção e tratamento da doença. Na mesma sessão, discutiu-se também a criação de escola para excepcionais, agenda da reforma do ensino em curso.⁴⁶³

Sociedades científicas, com seu respectivo periódico, cumprem um papel de consolidar os princípios da ciência oficial, na medida em que possibilita que as produções sejam divulgadas, debatidas e publicizadas. Além disso, torna-se um meio importantíssimo de acumulação de capital científico para os pesquisadores. Quase a totalidade das produções de Álvaro Bahia, por exemplo, foram publicadas na revista da Sociedade de Pediatria da Bahia.⁴⁶⁴

Através desse espaço é possível pensar a respeito do funcionamento da distribuição do capital científico, o que, segundo Bourdieu,⁴⁶⁵ é o que define a estrutura de um campo num dado momento. São nas sessões de uma sociedade científica que os atos de conhecimento e reconhecimento ocorrem pelo conjunto de “pares-concorrentes” componentes do campo, ações importantes ao acúmulo de capital científico. Em seus anos iniciais, a Sociedade de Pediatria da Bahia funcionou em torno da produção da cátedra de Martagão Gesteira, embora outros profissionais, pediatras ou não, pudessem compartilhar suas pesquisas. O mesmo

⁴⁶³ *Pediatria e Puericultura*, ano V, set.dez/1935, n. I e II

⁴⁶⁴ Ver APÊNDICE F

⁴⁶⁵ BOURDIEU, 2004.

se pode afirmar em relação à junta administrativa da sociedade. Glauco Carneiro apontou esse último aspecto em relação à Sociedade Brasileira de Pediatria, afirmando que havia “a tradição” de somente “discípulos” de Fernandes Figueira, invariavelmente ligados à Policlínica de Crianças e depois ao Hospital Artur Bernardes, ocuparem a direção da entidade entre 1910 e 1928, quando seu fundador, e diretor vitalício, faleceu.⁴⁶⁶

Os lugares que os agentes ocupam nesse espaço estão condicionados, invariavelmente, ao crédito que detêm. O direcionamento das questões discutidas, assim como a “última palavra” nos comentários dos debatedores foram predominantemente de Martagão Gesteira. Não se quer dizer com isso que havia um cerceamento por parte do diretor, tratava-se, certamente, de estratégia para a conservação da estrutura.

Pode-se genericamente verificar que quanto mais as pessoas ocupam uma posição favorecida na estrutura, mais elas tendem a conservar ao mesmo tempo a estrutura e sua posição, no limite, no entanto, de suas disposições (isto é, de sua trajetória social, de sua origem social) que são mais ou menos apropriadas à sua posição.⁴⁶⁷

Hosannah de Oliveira e João Francisco Lages Netto, mesmo tendo sido internos e parte da equipe médico/didática de Martagão Gesteira, não atuaram na Sociedade de Pediatria da Bahia. Hosannah participou no primeiro ano e somente como comentador, sem apresentar comunicações, embora fosse membro associado. Em 1932, os dois estavam envolvidos na recuperação da Sociedade de Medicina da Bahia/SMB,⁴⁶⁸ compondo o conselho editorial de sua revista, a Bahia Médica.⁴⁶⁹ Em meados da década de 1930, Lages Netto mudou-se para o Rio de Janeiro e Hosannah de Oliveira continuou na cidade, assumindo a 2ª vice-presidência da SMB para o biênio 1935-1936. No ato de posse, o diretor da SMB se pronunciou a respeito do crescimento de agremiações no período, defendendo que as associações médicas por especialidades enfraquecia a medicina enquanto grupo científico e político. Hosannah de Oliveira compartilhava essa opinião? Não se sabe,

⁴⁶⁶ CARNEIRO, Glauco. Um compromisso com a esperança: história da Sociedade Brasileira de Pediatria 1910-2000. Rio de Janeiro: Expressão e Cultura, 2000.

⁴⁶⁷ BOURDIEU, 2004, p. 29.

⁴⁶⁸ Fundada em 06/06/1908

⁴⁶⁹ Conforme se vê no APÊNDICE G, as publicações locais de Hosannah de Oliveira dava-se na Revista Bahia Médica. Posteriormente, ele se tornou proprietário e principal editor da revista.

mas o fato é que em sua trajetória profissional não atuou em sociedades de pediatria, local ou nacionalmente, como era comum entre os grandes pediatras baianos de sua geração.⁴⁷⁰

Para além da entidade científica que Hosannah de Oliveira tenha escolhido se associar, seu distanciamento dos espaços dominados pelo grupo de Martagão Gesteira chama atenção.⁴⁷¹ Em 1934, iniciou uma campanha para reerguer o Instituto de Proteção e Assistência e à Infância da Bahia, quando a Liga Baiana Contra Mortalidade Infantil já tinha se estabelecido como espaço médico/didático da faculdade de medicina, conforme visto. Atuou como pediatra e esteve à frente das questões políticas do IPAI até pelo menos 1938. Em 1936, engajou-se politicamente em ações que visavam a construção de um hospital para a faculdade de medicina, integrando a diretoria do 'Núcleo Acadêmico pró-Hospital das Clínicas'.⁴⁷²

As evidências indicam que Hosannah de Oliveira pretendia trilhar caminho autônomo desde o início de seu doutoramento. No ano em que defendeu sua tese, foi nomeado, em dezembro, para uma comissão incumbida do serviço de verificação de óbitos dos distritos de Pirajá e Paripe, recolhendo dados sobre mortalidade infantil no estado por força da solicitação da Liga das Nações. E passado pouco mais de um ano da execução das atividades dessa comissão, lançou-se ao concurso, bem sucedido, para livre docente em Clínica Médica Pediátrica e Higiene Infantil da Faculdade de Medicina da Bahia, em 1930.⁴⁷³ Ao contrário dos outros internos da cátedra de Martagão Gesteira que fizeram carreira pediátrica em Salvador, Hosannah de Oliveira não atuou nos espaços criados pelo professor.

⁴⁷⁰ Ao longo de sua carreira, Hosannah de Oliveira foi presidente da Associação Baiana de Medicina e vice-presidente fundador da Associação Brasileira de Medicina, Provedor da Santa Casa de Misericórdia da Bahia, Diretor da Faculdade de Medicina da Bahia, Membro da Academia de Medicina da Bahia e Diretor e proprietário da Revista Médica da Bahia (CENTENÁRIO do Dr. Hosannah de Oliveira. Salvador: Secretaria da Cultura e Turismo, Egba, 2002)

⁴⁷¹ Entre 1926 e 1927 tinha sido Interno da Clínica Pediátrica Médica e Higiene Infantil e Auxiliar Acadêmico da Liga Baiana contra a Mortalidade Infantil.

⁴⁷² TORRES, Octavio. Esboço histórico dos acontecimentos mais importantes da vida da Faculdade de Medicina da Bahia(1808-1946). Bahia: Ministério da Educação e Saúde, Imprensa Vitória, 1946.

⁴⁷³ OLIVEIRA, 1930. Entre 1930 e 1936(?) Hosannah de Oliveira foi livre docente; de 1938 a 1945 regeu interna e gratuitamente a cátedra, por designação do Conselho Técnico Administrativo da faculdade; em 1945 foi nomeado Catedrático Interino, pelo Presidente da República; e em 1947 fez concurso para a Cadeira de Clínica Pediátrica Médica e Higiene Infantil, onde permaneceu até a aposentadoria compulsória, em 1972. (CENTENÁRIO do Dr. Hosannah, 2002)

A trajetória de Hosannah de Oliveira pode ser pensada a partir do que Bourdieu classificou como “estratégias de subversão”.⁴⁷⁴ Como novato, talvez o recém-formado não quisesse que os lucros de suas pesquisas, fruto de um investimento acadêmico, se tornasse monopólio da legitimidade científica de Martagão Gesteira. Na luta do campo da pediatria clínica, em que, como todo campo, não havia uma distribuição equitativa do capital acumulado, Hosannah deve ter feito um cálculo e preferiu arriscar uma trajetória científica autônoma, onde, certamente, alcançaria um reconhecimento maior.

A primeira sessão da Sociedade de Pediatria da Bahia do ano de 1937 ocorreu sem seu presidente fundador, pois Martagão Gesteira já tinha se transferido para o Rio de Janeiro para assumir a direção do Instituto Nacional de Puericultura e reger a Cátedra Puericultura e Clínica da Primeira Infância - criada com o desdobramento da Clínica Pediátrica Médica e Higiene Infantil – na Universidade do Brasil. A transferência de Martagão Gesteira para o Rio de Janeiro propõe uma reflexão sobre duas questões já tratadas ao longo deste estudo. A primeira, relativa à construção de uma nova disciplina pediátrica focada na puericultura e primeira infância, resgata uma questão proposta por Timothy Lenoir sobre um programa de pesquisa que cria disciplina acadêmica. E a segunda, à posição que Martagão Gesteira alcançou no campo por causa do capital científico acumulado, conceito de Pierre Bourdieu, que o levou a assumir a cátedra na universidade da capital federal.

A partir da década de 1920, como visto anteriormente, os estudos da pediatria referentes à primeira infância, entendida como processo de adaptação à vida, ganharam protagonismo. Nesse contexto, a higiene infantil tornou-se central entre os assuntos pediátricos, entendendo-se que a prevenção era essencial em um público cujas resistências orgânicas seriam naturalmente precárias. Desse modo, a Puericultura foi ocupando espaços cada vez mais ampliados tanto nos ambientes científicos como entre o poder público, trazendo à tona questões relativas à maternidade, à morbidade e mortalidade infantis, educação sanitária das genitoras, à cultura física da criança, aos regimes alimentares da primeira infância e aos princípios do eugenismo. Dessa repercussão surgiu uma disciplina específica para discutir essas questões, Puericultura e Clínica da Primeira Infância. A segunda

⁴⁷⁴ BOURDIEU, 2003.

reflexão diz respeito ao profissional convidado a ministrar a disciplina recém-criada, Martagão Gesteira. Esse convite foi decorrência do capital, científico (e político) que o pediatra baiano construiu, abordado ao longo do presente capítulo.

Quem sucedeu Martagão Gesteira na presidência da Sociedade de Pediatria da Bahia, na LBCMI e, interinamente, na cátedra da Faculdade de Medicina da Bahia foi seu assistente, e “braço direito”, Álvaro Pontes Bahia. Capital científico, porém, não é algo que se transmita, já que está relacionado à pessoa, envolvendo atitudes e carisma. Para ocupar o lugar do catedrático, ele teria que ter acumulado maior capital simbólico e, mais especificamente, científico. O percurso desse pediatra foi focado no desenvolvimento dos projetos da Liga, que sob sua presidência concretizou o objetivo de construção de um hospital para crianças especializado em primeira infância, que recebeu o nome de Hospital Martagão Gesteira.⁴⁷⁵

Além de agremiação de interesses científicos, a sociedade pode ser pensada também como ‘escola’, na medida em que as questões suscitadas e seus argumentos acabavam sendo compartilhados coletivamente, contribuindo para a formação de um perfil profissional. Assim, a Sociedade de Pediatria da Bahia foi um espaço de integração e fortalecimento do campo da ciência médica especializada na infância.

⁴⁷⁵ As campanhas em prol da construção do hospital iniciaram da década de 1940 e somente em 1950 as obras foram iniciadas. As instalações do Hospital Martagão Gesteira foram inauguradas em 1965, sendo que no ano seguinte a instituição foi plenamente disponibilizada ao público.

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

A pediatria surgiu no Brasil no contexto das reivindicações das reformas do ensino médico da década de 1870. Os médicos clamavam a urgência em dotar o ensino nas faculdades de medicina “verdadeiramente” científico, ou seja, pautado na experimentação. E é nessa perspectiva que o presente trabalho aborda o processo de especialização da medicina infantil no país, como parte de um movimento da chamada “medicina experimental” que defendia a especialização das áreas médicas como fundamental ao desenvolvimento de pesquisas empíricas. Mas foi a estrutura montada a partir desse movimento, tendo Arthur Moncorvo de Figueiredo como precursor, que criou a primeira cátedra de ‘Clinica de molestias medicas e chirurgicas de crianças’ nas faculdades de medicina do Império, em outubro de 1882. Assim, o presente estudo defende que a pediatria no Brasil não surgiu pela infância.

Os cursos livres de pediatria ministrados por Arthur Moncorvo de Figueiredo na Policlínica Geral do Rio de Janeiro, por sua vez, formou a primeira geração de pediatras do Brasil. Entre seus nomes, figura Antonio Fernandes Figueira, em cujas produções se reconhece a construção de um arcabouço epistemológico pertinente à especialidade pediátrica. Este estudo credita a esse pediatra carioca o pioneirismo em tratar a medicina infantil como especialidade médica ancorada na diferenciação anatômica e fisiológica entre criança e adulto e na ideia de que os organismos infantil e adulto reagem às doenças de formas diferenciadas. Em seu ‘Éléments de Séméiologie Infantile’ (1903), primeiro tratado de Pediatria elaborado por um brasileiro, elege três fenômenos basilares para semiologia infantil: crescimento, desenvolvimento e nutrição. A Antropometria, instrumento de medição das medidas dos corpos, aliada aos sistemas de aferição do peso, foram recursos inseparáveis da ciência que se formava.

Na Bahia, a pediatria teve sua gênese, indubitavelmente, na cátedra de pediatria criada na Faculdade de Medicina da Bahia. Assim, as análises para esse contexto colocaram a instituição de ensino da medicina oficial como centro no processo de especialização da medicina infantil. Tratou-se de um processo lento, se comparado ao Rio de Janeiro, pois como foi atrelado ao ensino institucional, ficou à

mercê do desenvolvimento da estrutura física e acadêmica da faculdade de medicina. Passados vinte e seis anos da criação da cátedra, o ensino de pediatria na capital baiana ainda era teórico, não se tendo registros de experiências de pesquisa entre professores ou estudantes.

A centralidade da Faculdade de Medicina da Bahia na especialização da pediatria foi marcada, principalmente, pelo fato de seu corpo docente ter criado instituições filantrópicas de assistência à infância e estas terem se tornado espaços para desenvolvimento de estudos originais. Essas instituições, defende-se aqui, foram responsáveis por promoverem ambientes científicos voltados à medicina infantil. Trata-se do Instituto de Proteção e Assistência à Infância da Bahia-IPAI/BA (1903), dirigida por Alfredo Ferreira de Magalhães, e da Liga Baiana Contra Mortalidade Infantil-LBCMI (1923), fundada por Martagão Gesteira. Cada uma ao seu tempo, tornou-se parceira do ensino de pediatria oficial, pois a equipe médico/didática que atuava nas instituições filantrópicas era a mesma da faculdade de medicina. E foram esses mesmos homens, ainda, que representaram a Bahia em eventos científicos, nacional e internacionalmente, que publicaram em revistas especializadas, que eram reconhecidos como autoridades em pediatria, que fundaram a Sociedade de Pediatria da Bahia. De uma 'Disciplina Científica' (Timothy Lenoir) a pediatria seguiu um caminho de lutas políticas até demarcar-se como 'Campo Científico' (Pierre Bourdieu).

Como construção histórica, que a narrativa não abriu mão de demarcar uma cronologia, ficou patente neste estudo que a especialização da pediatria envolveu as dimensões científica, profissional e social, ainda que o privilegiado tenha sido as questões acadêmicas do processo. Como uma produção da área de História das Ciências, perseguiu-se não perder de vista os cientistas, suas práticas e instituições. Mas uma tensão esteve sempre presente, a de que talvez estivesse excluindo o principal objeto dessa ciência, a criança.

Sempre que se fala sobre pediatria imediatamente há a associação com a infância. Não foram poucas as vezes em que tornou-se necessário explicar que não se tratava de um trabalho sobre a infância, mas sobre ciência. E qual a diferença, pode-se perguntar. O enfoque. O objeto da pediatria é a criança, mas o estudo é

sobre como o conhecimento médico acerca dessa determinada fase da vida foi se legitimando cientificamente.

O processo de especialização da pediatria foi marcado por uma disputa em que a cátedra de clínica pediátrica impôs sua hegemonia. A clínica pediátrica, por sua vez, possuía em seu programa disciplinar e de pesquisa as questões da higiene. No decorrer da década de 1920, a higiene foi ocupando um espaço cada vez maior na dimensão social da medicina, resgatando fortemente o ramo preventivo da medicina infantil, a puericultura. As análises trazidas por este estudo não abarcaram o viés higienista, concentrando as discussões no caráter curativo da medicina infantil. Outro ponto de tensão, seria possível separar esses dois elementos da discussão?

Ao fim, os dois “excluídos” da narrativa, a criança e a higiene, são elementos essenciais para uma reflexão significativa sobre a pediatria, que é sua importância no processo de singularização da própria infância. A construção de uma concepção moderna de infância, que começou a ganhar contorno no século XVIII, não pode ser dissociada da elaboração de um saber médico voltado a essa faixa etária. O interesse médico pela criança está atrelado à atenção à infância como fenômeno social, quando esta passou a representar o futuro, um caminho necessário, e decisivo, à formação do adulto, cuja projeção perseguia um ideal de civilidade. Ainda que se questione a relevância desse lugar - de transitoriedade onde a criança é só um devir - significou um avanço no processo de individuação da infância.

O cuidado científico das crianças como projeto civilizatório foi sendo compartilhado, entre meados do século XIX e primeiras décadas do seguinte, por intelectuais de diversos matizes e profissionais de diferentes áreas, a exemplo da jurídica e educacional, mas foi o saber médico (por ter reunido argumentos, estudado procedimentos, investido em técnicas, inventado tecnologias e criado instituições) o responsável por criar uma representação da infância, pautado no discurso higiênico, que acabou forjando uma “racionalização do saber-poder sobre a vida”.⁴⁷⁶ A pediatria tinha a pretensão de uma atenção integral ao corpo infantil num momento em que não se permitia à criança um direito à subjetividade.

⁴⁷⁶ GONDRA, J.G. A emergência da infância. *Educação em Revista*, Belo Horizonte, v. 26, n. 1, p. 195-214/abr. 2010.

A infância precisou esperar décadas por novas perspectivas sobre seu lugar social. Em 1990, a Lei 8069 (13/07), que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, lhes garantiu proteção integral no gozo de todos os direitos fundamentais da pessoa humana. A criança, nesse contexto, passou a ser considerada em sua plenitude, ainda que necessitasse de cuidados em decorrência de sua fase de vulnerabilidade biológica e social. Esse olhar retirou da infância o lugar de transitoriedade dominante até então, onde a criança era percebida e tratada como um adulto em potencial, o que lhe podava, em certa medida, a individualidade.

Paradoxalmente, a pediatria hoje vem deixando de pensar a criança em sua integralidade. As várias sub especializações encontradas⁴⁷⁷ sugere uma equivalência entre infância e adultez no que se refere a pensar a medicina a partir da resolutibilidade da doença por partes do corpo, o que para o pressuposto da especialidade clínica infantil é um contrassenso. Ao que tudo indica, a pediatria no decorrer do século XXI irá ressignificar as demarcações do seu campo.

⁴⁷⁷ Ver site da Sociedade Brasileira de Pediatria <https://www.sbp.com.br/>

REFERÊNCIAS

DOCUMENTAIS

AGUIAR, Euclides Barreto. O exame anamnóstico em Pediatria. Bahia: Escola Typ. Salesiana, 1911. (Tese doutoral da Faculdade de Medicina da Bahia)

ALCANTARA, Pedro de. As escolas alemã e francesa de pediatria, em face dos distúrbios alimentares da 1ª infância. *Pediatria Prática*, vol. 1, fevereiro de 1929.

ALCANTARA, Pedro de. As escolas alemã e francesa de pediatria, em face dos distúrbios alimentares da 1ª infância (conclusão). *Pediatria Prática*, vol. 2, março de 1929.

ALCANTARA, Pedro de. Causas da Mortalidade Infantil. *Pediatria Prática*, São Paulo, V. 5, dez. 1934.

AUTRAN, Henrique. As surpresas da clínica. *Brasil Médico*, Rio de Janeiro, N. 9, 03 de Março de 1928

BAHIA, Álvaro. Martagão Gesteira – O professor. Separata de “Pediatria e Puericultura”, ano XXIII, n. 3-4, p. II.

BAHIENSE, Laura Amalia de Souza. Da alimentação das crianças na primeira infância. Bahia: Imprensa Moderna de Prudencio de Carvalho, 1898. (Tese Doutoral da Faculdade de Medicina da Bahia)

BARROSO, Sebastião. A higiene infantil na Bahia: uma lição de coisas. *Brasil Médico*, Rio de Janeiro, 03 de novembro de 1928.

BENJAMIN, Oldach de Abreu. Do tratamento da coxite tuberculosa. Bahia: Seção de obras da Revista do Brasil, 1913. (Tese doutoral da Faculdade de Medicina da Bahia)

BRAGA, Antonio Fernandes de Carvalho. Higiene alimentar da primeira infância. Bahia: Litho-Typ Oliveira Bottas & Cia, 1906. (Tese doutoral da Faculdade de Medicina da Bahia)

CERQUEIRA, Mario Cardoso de. Profilaxia alimentar da primeira infância. Bahia: Litho-Tipografia, 1903. (Tese doutoral da Faculdade de Medicina da Bahia)

CORREIA, Manoel Guimarães. Considerações sobre a atrepsia e seu tratamento. Bahia: Livraria Econômica, 1927. (Tese doutoral da Faculdade de Medicina da Bahia)

COSTA, Nilo. Distrofia farinácea. Bahia: Imprensa Globo, 1924 (Tese doutoral da Faculdade de Medicina da Bahia)

DAS REVISTAS. As necessidades alimentares no primeiro ano de vida. (Conclusões da reunião realizada na Organização de Higiene da Sociedade das Nações). P. Lereboullet. – “Le Nourrisson”, n. 3, 1937 (Resumido pelo Dr. Adauto de Rezende). Jornal de Pediatria, Rio de Janeiro, fascículo 7, Julho de 1937.

DAVID, Firmo Augusto. Estudo clínico da heredo-syphilis infantil. Bahia: Imprensa econômica, 1890. (Tese de doutoral da Faculdade de Medicina da Bahia)

DESENVOLVIMENTO do ensino em 1907. Revista dos Cursos da Faculdade de Medicina da Bahia. Bahia: Typ. Bahiana de Cincinato Melchiades, 1908.

ENSINO na Faculdade de Medicina da Bahia (O). Revista dos Cursos da Faculdade de Medicina da Bahia. Bahia: Typ. Bahiana de Cincinato Melchiades, 1904.

FERREIRA, Clemente. Consultórios de lactentes. Pediatria e Puericultura, Salvador, n. 3, mar. 1932.

FIGUEIRA, Fernandes. Éléments de Séméiologie Infantile. Paris, Octave Doin, Éditeur, 1903.

FIGUEIRA, Fernandes. Bases científicas da alimentação da criança: suas consequências sociais (Carta Aberta ao Sr. M.R.G.P). Rio de Janeiro: Typ. B. F, 1905.

FIGUEIRA, Fernandes (Org.). Elementos de patologia e higiene infantis. Rio de Janeiro: F. Briguet & Cia. Editores, 1929.

FIGUEIREDO, C. A. Moncorvo de. Do emprego do chlorato de potassa na diarreia das crianças. O Progresso Médico, Rio de Janeiro, Typographia Acadêmica, 1876.

FIGUEIREDO, C. A. Moncorvo de. Do emprego do chlorato de potassa na diarreia das crianças. Rio de Janeiro, Typ. Acadêmica, 1877.

FIGUEIREDO, C. A. Moncorvo de. Da coqueluche e seu tratamento pela resorcina. União Médica. Rio de Janeiro, maio de 1883.

FIGUEIREDO, C. A. Moncorvo de. Clínica das Molestias das crianças – 1882-1891. Rio de Janeiro, 1891.

FIGUEIREDO, C. A. Moncorvo de. Clínica das Moléstias das crianças. Rio de Janeiro, s/d.

FREITAS, Lafaiete Cavalcante. Dos Dispensários no tratamento das moléstias da infância. Rio de Janeiro: Typ. A. Pinto e Braga, 1903 (Tese de doutoral da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro).

GESTEIRA, Joaquim Martagão. A reação de Schimidt-Triboulet: seu valor prognostico nas afecções dos lactantes. Revista dos Cursos da Faculdade de Medicina da Bahia. n. 9 (anos de 1911 e 1912). Bahia: Estabelecimento dos Dois Mundos, 1913.

GESTERIA, Joaquim Martagão. Exame Médico da Criança – Semiótica do aparelho respiratório intratorácico. Bahia: Livraria Econômica, 1914.

GESTERIA, Martagão. As afecções Digestivas no Instituto de P. e A. à Infância da Bahia. Gazeta Médica da Bahia, julho 1916.

GESTEIRA, Joaquim Martagão. Syndrome de Fernandes Figueira por paralysis diphtherica, Brasil Médico, Rio de Janeiro, N. 35, 31 de Agosto de 1918.

GESTEIRA, Joaquim Martagão. Os serviços oficiais de Higiene Infantil na Bahia: relatório apresentado ao 4º Congresso Americano da Criança. 1924.

GESTEIRA, Martagão. Lição de abertura do curso da Clínica pediátrica médica em 1927. Brasil Médico, Rio de Janeiro, N. 45, 5 de novembro de 1927.

GESTEIRA, Joaquim Martagão. Lição inaugural da clinica pediátrica médica da Bahia, 1928. Pediatria Pratica, São Paulo, Agosto de 1928.

GODOIS, Hamleto Baptista Barbosa. Diagnose e therapeutica da hypertrophia do thymus. Bahia: Libro-Typographia Almeida, 1913. (Tese Doutoral da Faculdade de Medicina da Bahia)

HORA, Lauro Dantas. Mortalidade Infantil na Bahia (capital): 1904-1918. Bahia: Livraria e Tipografia do Comércio. 1922. (Tese doutoral da Faculdade de Medicina da Bahia).

HOSPITAL SANTA ISABEL: a inauguração dos seus novos melhoramentos. Gazeta Médica da Bahia, vol. 48, n. 2 agosto de 1916.

HOSPITAL SANTA ISABEL. Comemorando meio século 1893-1943. Bahia: Imprensa Vitória, 1943.

HOSPITAL DA MISERICÓRDIA (O NOVO). Gazeta Médica da Bahia, Salvador, N.8, Fevereiro de 1886.

MAGALHÃES, Alfredo Ferreira de. Da alimentação das crianças em geral e sob o ponto de vista da higiene e da clínica. Tese de concurso ao lugar de lente substituto da 9ª seção. Bahia: Imprensa econômica, 1895.

MAGALHÃES, Alfredo Ferreira de. Coxite Tuberculosa. Revista dos Cursos da Faculdade de Medicina da Bahia. n. 9 (anos de 1911 e 1912). Bahia: Estabelecimento dos Dois Mundos, 1913.

MAGALHÃES, Alfredo Ferreira de. Tuberculose Infantil. Gazeta Médica da Bahia, Salvador, N. 1, Julho de 1916.

MAGALHÃES, Alfredo F. Álbum histórico do Instituto de Proteção e Assistência à Infância da Bahia. Bahia: Estabelecimento dos Dois Mundos, 1920.

MAGALHÃES, Alfredo Ferreira de. Hospital para crianças: história de sua construção na Bahia 1915-1931. Bahia: Imprensa Victória, 1931.

MARTINS, Horacio. Breve estudo sobre a prophkaxia das gastro-enterites da primeira infância. Bahia: Oficina dos Dois Mundos, 1906. (Tese de doutoral da Faculdade de Medicina da Bahia)

MONCORVO FILHO, Arthur de Figueiredo. Microbiologia e terapêutica da coqueluche. Brasil Medico, Rio de Janeiro, N. 45, 01 de dezembro de 1897.

MONCORVO FILHO, Arthur de Figueiredo. Puerímetro. Revista Brasil Médico, Rio de Janeiro, N. 13, 01 de abril de 1904

MONCORVO FILHO, Arthur de Figueiredo. Histórico da Protecção à Infancia no Brasil 1500-1922. Rio Janeiro: Departamento da Criança/Empreza Grafica Editora, 1926.

MONCORVO FILHO, Arthur de Figueiredo. Um caso de Syndrome Chephaloplegica de Fernandes Figueira, Brasil Médico, Rio de Janeiro, N. 50, 10 de Dezembro de 1927.

MONTEIRO, Anastacio da Silva. Em torno da syndrome de Fernandes Figueira. Bahia: Estabelecimento dos Dois Mundos, 1918. (Tese Doutoral da Faculdade de Medicina da Bahia)

OLIVEIRA, Hosannah. O fígado na hipotrepisia. Bahia: Livraria Econômica, 1927.

OLIVEIRA, Hosannah de. Diateze Neuropatica. Bahia: Officina da Livraria Científica, 1930. (Tese de concurso à Docência Livre de Clínica Pediátrica Médica e Higiene Infantil da Faculdade de Medicina da Bahia)

OLIVEIRA, Joaquim Gomes Corrêa de. Aleitamento Materno. Bahia: Imprensa popular, 1907. (Tese Doutoral da Faculdade de Medicina da Bahia)

OLIVEIRA, José Satyra de. Breves considerações sobre a lombricose infantil. Bahia: Typographia Bahiana, de Cincinnato de Melchiades, 1904 (Tese doutoral da Faculdade de Medicina da Bahia)

PASSOS, Lauro Almeida. A hemoclasia digestiva na exploração funcional do fígado. Bahia: Imprensa Oficial do Estado, 1921. (Tese doutoral da Faculdade de Medicina da Bahia)

PEREIRA, Antônio Pacífico. Aos médicos deputados. Reformas necessárias à legislação sanitária e ao ensino médico. GAZETA MÉDICA DA BAHIA, Salvador, ano IX, jan a out. 1877.

PEREIRA, Antonio Pacífico. Relatório apresentado ao ministro do império pelo diretor interino da Faculdade de Medicina da Bahia. Gazeta Médica da Bahia, Salvador, N. 3, Setembro, 1885.

PEREIRA, Carlos Levindo de Moura. Citoprogóstico da lactação. Bahia: Tipografia Bahiana de Cincinato Melchiades, 1912. (Tese doutoral da Faculdade de Medicina da Bahia)

PEREIRA, Luis Régis Pacheco. Contribuição ao estudo das adenopatias traqueobrônquicas. Bahia: Grande estabelecimento gráfico G. Robatto, 1919. (Tese doutoral da Faculdade de Medicina da Bahia)

PEREIRA FILHO, Braulio Xavier da Silva. O raquitismo na Bahia. Bahia: Livraria Econômica, 1927 (Tese doutoral da Faculdade de Medicina da Bahia)

PETIT J. L. Como se faz uma tese. Como se devia fazer. Gazeta Médica da Bahia, Salvador, N. 8, Fevereiro de 1891

RABELLO, Frederico de Castro. Relações entre síphilis hereditária e o rachitismo. Tese de concurso à cadeira de Clínica médica e cirúrgica de crianças. Bahia: Imprensa econômica, 1887. (Tese de concurso da Faculdade de Medicina da Bahia).

Relatório apresentado à Mesa e Junta da Casa da Santa Misericórdia da capital da Bahia pelo provedor Conde de Pereira Marinho por ocasião da posse em 2 de julho de 1885. Bahia: Litho-Tipografia de João Gonçalves Tourinho, 1885.

ROCHA, Joaquim Gentil Ferreira da. Higiene da Primeira Infância. Bahia: Typographia do Salvador – Cathedral, 1907. (Tese doutoral da Faculdade de Medicina da Bahia)

SANCHES, Francisco de Carvalho. O Paludismo na Infância. Bahia: Typografia do Salvador-Cathedral, 1918 (Tese doutoral da Faculdade de Medicina da Bahia)

SOARES FILHO, José Pinto. Do diagnóstico da coxite tuberculosa na infância. Bahia: Escola Tipográfica Salesiana, 1916 (Tese doutoral da Faculdade de Medicina da Bahia)

VIDAL, Fulgêncio Martins. Higiene Alimentar da primeira infância. Bahia: Escola-Typ. Salesiana, 1902

WEST, Charles. Lectures on the diseases of infancy and childhood. In: PRELIMINARES ao estudo das moléstias das crianças (Resenha) Gazeta Médica da Bahia. Salvador, 31 de outubro de 1868.

BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, M.: Circuito aberto: ideias e intercâmbios médicos-científicos na América Latina nos primórdios do século XX. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, v. 13, n. 3, p. 733-57, jul.-set. 2006.

BARRETO, Maria Renilda Nery. A Santa Casa da Misericórdia da Bahia e a assistência aos doentes no século XIX. In: SOUZA, Christiane Maria Cruz de; BARRETO, Maria Renilda Nery. (Orgs) História da Saúde na Bahia: instituições e patrimônio arquitetônico (1808-1958). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz / Manole, 2011. (Barueri, SP: Minha Editora, 2011)

BARROS, Nelson de Carvalho Assis. Histórico do Ensino da Pediatria na Bahia. Gaz. Méd. Bahia 2007;77:2 (jul-dez): 101-116

BATISTA, Ricardo dos Santos. Distintas posições: médicos baianos e o ensino de Silografia na Faculdade de Medicina da Bahia (1895-1945). Dimensões, vol. 34, p. 184-203.

BATISTA, Ricardo dos Santos. Como se saneia a Bahia: a sífilis e um projeto político-sanitário nacional em tempos de federalismo. Tese (doutorado). Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Salvador, 2015.

BOURDIEU, Pierre. O Campo Científico. In: ORTIZ, Renato (org.). A Sociologia de Pierre Bourdieu . São Paulo: Olhos D'Água, 2003. (Textos de Pierre Bourdieu)

BOURDIEU, Pierre. O mercado de bens simbólicos. In: _____ A economia das trocas simbólicas. 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 2011. (Coleção estudos; 20)

CANGUILHEM, Georges. O normal e o patológico. Tradução de Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1966. P. 27-42.

CARNEIRO, Glauco. Um compromisso com a esperança: história da Sociedade Brasileira de Pediatria 1910-2000. Rio de Janeiro: Expressão e Cultura, 2000.

CARRETA, Jorge Augusto. "O micróbio é o inimigo": debates sobre a microbiologia no Brasil (1885-1904). Campinas/SP: Instituto de Geociências, 2006 (Tese de Doutorado).

CARULA, Karoline. Alimentação na primeira infância: médicos, imprensa e aleitamento no fim do século XIX. In: SANGULARD, Gisele (Org.). Amamentação e políticas para a infância no Brasil: a atuação de Fernandes Figueira, 1902-1928. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2016.

CENTENÁRIO do Dr. Hosannah de Oliveira. Salvador: Secretaria da Cultura e Turismo, Egba, 2002.

COUTO, Gracilia Magalhães de Almeida. Centenário do Prof. Dr. Alfredo Ferreira de Magalhães, Bahia: Gráfica Editora S A, 1973

EDLER, Flávio Coelho. As reformas do ensino médico e a profissionalização da medicina na Corte do Rio de Janeiro (1854-1884). São Paulo/SP: FFLCH-USP, 1992 (Dissertação de Mestrado)

EDLER, Flavio Coelho. A Escola Tropicalista Baiana: um mito de origem da medicina tropical no Brasil. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, vol. 9(2): 357-85, maio-ago. 2002.

EISENSTEN, Evelyn. Antropometria e Pediatria. Jornal de Pediatra. Soc. Bras. Pediatria, vol. 70, N. 4, 1994.

ESPÍRITO SANTO, Adriana Amaral do; JACÓ-VILELA, Ana Maria; FERRERI, Marcelo de Almeida. A imagem da infância nas teses da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (1832-1930). Psicologia em Estudo, Maringá, v. 11, n. 1, p.19-28, jan./abr. 2006.

FERREIRA, Luiz Otávio. Das doutrinas à experimentação: rumos e metamorfoses da medicina no século XIX. Revista da SBHC, n. 10, p.43-52, 1993

FERREIRA, Luis Otávio; FONSECA, Maria Rachel Fróes da.; EDLER, Flávio Coelho A Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro: a organização institucional e os modelos de ensino. In: Dantes, Maria Amélia (org.). Espaços da ciência no Brasil (1830-1930). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. p. 59-80.

FERREIRA, Luiz Otávio; FREIRE, Maria Martha de Luna. Medicina, filantropia e infância na Bahia: um hospital para crianças (1920-1930). In: SOUZA, Christiane Maria Cruz de; BARRETO, Maria Renilda Nery. (Orgs) História da Saúde na Bahia: instituições e patrimônio arquitetônico (1808-1958). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz / Manole, 2011. (Barueri, SP: Minha Editora, 2011)

FOUCAULT, Michel. O nascimento da clínica. Tradução de Roberto Machado. 7 ed. Rio de Janeiro: Forence Universitária, 2014.

FOUCAULT, Michel. O nascimento do Hospital. In: _____ Microfísica do Poder. Organização e Tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

FRANCISCO, Consuelo Ramos. La Pediatría venezolana a través de su literatura: 1830-1908. In: COLMENARES, German Yopez (Coord.). Historia de la salud em Venezuela. Fondo Editorial Tropykos, s/d.

FREIRE, Maria Martha de Luna e LEONY, Vinícius da Silva. A caridade científica: Moncorvo Filho e o Instituto de Proteção e Assistência à Infância do Rio de Janeiro (1899-1930). História, Ciências, Saúde-Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 18, supl.1, dez.2011, p.199-225.

FREIRE, Maria Martha de Luna. Salvando o esteio da nação: Moncorvo Filho e o Instituto de Proteção e Assistência à Infância do Rio de Janeiro. In: SANGLARD, Gisele (Org.) Amamentação e políticas para a infância no Brasil: a atuação de Fernandes Figueira, 1902-1928. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2016.

GONDRA, J.G. A emergência da infância. *Educação em Revista*, Belo Horizonte, v. 26, n. 1, p. 195-214/abr. 2010.

LANDABURU, Argentino. Las ciencias de la salud em Buenos Aires desde 1852 hasta 1910. Anais do Segundo Congresso Latino-Americano de História da Ciência e Tecnologia, 30 de junho a 04 de julho de 1988[Organizador Ubiratan D'Ambrosio] São Paulo: Nova Stella, 1989.

LENOIR, Timothy. A disciplina da natureza e a natureza da disciplina. In: LENOIR, Timothy. *Instituindo a Ciência: a produção cultural das disciplinas científicas*. Tradução de Alessandro Zir. Rio Grande do Sul: Editora Unisinos, 2004.

LEVY, Iete Cherem. A trajetória de Moncorvo Filho: Puericultura e Filantropia num projeto de assistência à infância (1901-1922). Rio de Janeiro, Universidade Federal do Rio de Janeiro – IFCS, 1996. 200f. (Dissertação de Mestrado)

LOPES, Eliane Marta Teixeira. A psicanálise aplicada às crianças do Brasil: Arthur Ramos e a “criança problema”. In: FREITAS, Marcos Cezar de; KUHLMANN JR., Moisés (Orgs.). *Os intelectuais na história da infância*. São Paulo: Cortez, 2002.

MARCÍLIO, Maria Luiza. A roda dos expostos e a criança abandonada na História do Brasil. 1726-1950. In: FREITAS, Marcos Cezar (Org.). *História Social da Infância no Brasil*. 8 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

MARTINS, Ana Paula Vosne. Entre a benemerência e as políticas públicas: a atuação da Liga Bahiana Contra a Mortalidade Infantil no começo do século XX. *Gênero, Niterói*, v. 6, n. 1, p. 43-60, 2. Sem. 2005

MOREIRA, Virilene Cardoso. A Ciência médica do dr. Martagao Gesteira definindo a assistência pública à infância desvalida na Bahia (1923-1950). *Anais da Sociedade Brasileira de História da Ciência e 12º Seminário Nacional de História da Ciência e da Tecnologia*. 2010.

ORLANDI, Orlando V. *Teoria e Prática do Amor à Criança: introdução à Pediatria Social no Brasil*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1985.

PEREIRA, Júnia Sales. *História, ciência e infância: narrativas profissionais no processo de singularização da pediatria como especialidade*. Brasília, DF: CAPES; Belo Horizonte, MG: Argumentum, 2008.

PEREIRA NETO, André de Faria. *Ser Médico no Brasil: o passado no presente*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

RIBEIRO, Lidiane Monteiro. *Filantropia e assistência à saúde da infância na Bahia: a Liga Baiana Contra Mortalidade Infantil (1923-1935)*. 151p. Dissertação (Mestrado) – Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, 2011.

RIOS, Venézia Durando Braga. Entre a vida e a morte: medicina, médicos e medicalização na cidade de Salvador, 1860-1880. Bahia: FFCH- Universidade Federal da Bahia, 2001. (Dissertação de Mestrado)

RIVORÊDO, Carlos Roberto Soares Freire de. Pediatria: medicina para crianças? Saúde e Sociedade 7(2):33-45, 1998.

ROCHA, Leduar de Assis. Pediatria e Puericultura em Pernambuco. Recife: Editora ASA Pernambuco, 1987

RODRIGUEZ OCAÑA, E.; PERDIGUERO, E.: Ciencia y persuasión social em la medicalización de la infância em Espanha, siglos XIX-XX. História, Ciências, Saúde-Manguinhos, v. 13, n. 2, p.303-24, abr.-jun., 2006.

SÁ, Dominichi Miranda. A ciência como profissão: médicos, bacharéis e cientistas o Brasil(1895-1935). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

SANGLARD, Gisele. Entre os salões e o laboratório: filantropia, mecenato e práticas científicas – Rio de Janeiro, 1920-1940. Tese de Doutorado. Casa de Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2005.

SANGLARD, Gisele. A construção dos espaços de cura no Brasil: entre a caridade e a medicalização, Revista Esboço, N. 16, UFSC, p. 11-33

SANGLARD, Gisele; FERREIRA, Luiz Otávio. Médicos e Filantropos: a institucionalização do ensino da pediatria e da assistência à infância no Rio de Janeiro da Primeira República. Varia História, Belo Horizonte, vol. 26, n. 44: p. 437-459, jul./dez. 2010.

SANGLARD, Gisele; FERREIRA, Luiz Otávio. Pobreza e filantropia: Fernandes Figueira e a assistência à infância do Rio de Janeiro (1900-1920), Est. Hist., Rio de Janeiro, vol. 27, n. 53, p. 71-91, jan.-jun., 2014.

SANGLARD, Gisele; GIL, Caroline Amorim. Assistência à Infância: filantropia e combate à mortalidade infantil no Rio de Janeiro (1889-1929). Revista da ABPN, v. 6, n. 14, jul.-out. 2014.

SANGLARD, Gisele. Fernandes Figueira e a política de assistência à infância: Estado, filantropia e aleitamento materno. In: SANGLARD, Gisele (Org.). Amamentação e políticas para a infância no Brasil: a atuação de Fernandes Figueira, 1902-1928. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2016.

SILVA, Caroline Santos. Com um fórceps na mão, há de se parir uma nação: ensino e prática da Obstetrícia e Ginecologia (1876-1894). FFCH/Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011. (Dissertação de Mestrado)

SILVA, Márcia Regina Barros da. O Laboratório e a República: saúde pública, ensino médico e produção de conhecimento em São Paulo (1891-1933). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014.

SILVA, Maria Elisa Nunes Lemos da. Do “centro” para o “mundo”: a trajetória do médico José Silveira na luta contra a tuberculose. Tese (doutorado). Universidade Federal de Pernambuco-CFCH, 2009.

SOUZA, Christiane Maria Cruz de. A gripe espanhola na Bahia: saúde, política e medicina em tempos de epidemia. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; Salvador: Edufba, 2009.

SOUZA, Vanderlei Sebastião de. Corpos, medidas e nação: antropologia física na capital da República brasileira na primeira metade do século XX. Bol. Mus. Para. Emílio Goeldi. Cienc. Hum., Belém, v. 7, n.3, p. 639-643, set.-dez. 2012.

TRONCOSO, Alberto del Castilho. La visión de los médicos y el reconocimiento de la niñez em el cambio del siglo XIX al XX. Bol Mex His Fil Med, 2003; 6 (2).

OTOVO, Okezi T. “To form a Strong and populous nation”: race, motherhood, and the state in Republican Brazil. Doctor of Philosophy in History – Faculty of the Graduate School of Arts and Sciences of Georgetown University, Washington, DC, 2009.

OTOVO, Okezi T. Embaixadores da Academia: Puericultura, congressos da criança e a repercussão multinacional da medicina brasileira. Tradução Shamash Ramalho e Antônia Ivo. In: SANGLARD, Gisele (Org.) Amamentação e políticas para a infância no Brasil: a atuação de Fernandes Figueira, 1902-1928. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2016.

VALLE, Jairo Rodrigues. Título de Especialista em Pediatria. In: AGUIAR, Álvaro; MARTINS, Reinaldo Menezes. História da Pediatria Brasileira: Coletânea de Textos e Documentos. Sociedade Brasileira de Pediatria: Serviço de Informação Científica Nestlé, 1996. p. 391-406

VANIN, Iole Macedo. As damas de branco na biomedicina baiana (1879-1949): médicas, farmacêuticas e odontólogas. Salvador. FFCH/UFBA (Tese de Doutorado), 2008.

WEBER, Beatriz Teixeira. As artes de curar: medicina, religião, magia e positivismo na República Rio-Grandense (1889-1928). Santa Maria/Bauru: Editora UFSM/EDUSC, 1999.

FONTES

Acervos consultados

Memorial da Santa Casa de Misericórdia da Bahia
Memorial e Biblioteca da Faculdade de Medicina da Bahia
Memorial e Biblioteca da Liga Baiana Contra Mortalidade Infantil
Biblioteca Pública do Estado da Bahia (Seções de periódicos raros e obras raras)
Arquivo Público do Estado da Bahia
Instituto Geográfico e Histórico da Bahia
Instituto Histórico e Geográfico Nacional
Biblioteca Nacional
Biblioteca de História das Ciências e da Saúde/ Casa de Oswaldo Cruz (COC)
Biblioteca de Manguinhos – FIOCRUZ (Seção Obras raras)
Sociedade Brasileira de Pediatria

Faculdade de Medicina da Bahia

Atas da Sessões de Congregação (1882 a 1937) – total 28 livros

Memórias históricas

MAGALHÃES, Alfredo Ferreira de. Memória histórica da Faculdade de Medicina da Bahia relativa ao ano de 1912. (manuscrito)

TORRES, Otávio. Esboço histórico dos acontecimentos mais importantes da vida da Faculdade de Medicina Da Bahia 1808-1946. Bahia: Imprensa Vitória, 1946.

OLIVEIRA, Eduardo de Sá. Memória histórica da Faculdade de Medicina da Bahia, concernente ao ano de 1942. Salvador: Centro Editorial e Didático da UFBA, 1992.

FORTUNA, Cristina Maria Mascarenhas. Memórias históricas da Faculdade de Medicina da Bahia relativas aos anos de 1915-1923. Salvador: Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA, 2010.

JACOBINA, Ronaldo Ribeiro. Memória histórica do bicentenário da Faculdade de Medicina da Bahia (2008): os professores encantados, a visibilidade dos servidores e o protagonismo dos estudantes da FAMED. Salvador: Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA, 2013

Leis do ensino médico

Dec. 7.247, 19/04/1879 – Leôncio Carvalho

Dec. 9.311, 25/10/1884 – Saboia
 Dec.1.270, 10/01/1891 – Benjamin Constant
 Dec. 3.890, 01/01/1901 – Epitácio Pessoa
 Dec. 8.659, 05/04/1911 – Rivadavia
 Dec. 11.530, 18/03/1915 – Maximiliano
 Dec. 16.782 – A , 13/01/1925 – Rocha Vaz
 Dec. 19.851, 11/04/1931 – Francisco Campos

Regulamentos das faculdades de medicina

1884 (Decreto 9.311, de 25 de Outubro)
 1891 (Decreto 1.270, de 10 de Janeiro)
 1893 (Decreto 1482, de 24 de Julho)
 1901 (Decreto 3.902, de 12 de Janeiro).

Teses inaugurais da Faculdade de Medicina da Bahia (1890-1932) –

Total 91 teses defendidas pela cadeira de Pediatria.

Jornais de ampla circulação em Salvador

Jornal de Notícias (1904-1914)
 A Bahia 1909
 Diário de Notícias (1903-1911)
 O Democrata (1916-1917)

Almanaques administrativos e noticiosos de Salvador

Almanach do Diário de Notícias. Bahia, 1883
 Almanach do Diário de Notícias. Bahia, 1886
 Almanach do Diário de Notícias. Bahia, 1887
 Almanach do Diário de Notícias. Bahia, 1888
 Almanach do Diário de Notícias. Bahia, 1889
 Almanach do Diário de Notícias. Bahia, 1890
 Almanack Administrativo, Indicador e Noticioso do Estado da Bahia. Bahia: Editores Werneke, Picard & Cia, 1898.
 Almanack Administrativo, Indicador, Noticioso, Commercial e Litterario do Estado da Bahia. Bahia: Editores Reis & Comp., 1903
 Almanack Administrativo, Indicador, Noticioso, Commercial e Litterario do Estado da Bahia. Bahia: Editores Reis & Comp., 1916

REVISTAS CIENTÍFICAS

Bahia

Revista dos Cursos da Faculdade de Medicina (1904-1913)
 Gazeta Médica da Bahia (1866/1934)
 Bahia Médica (1932/1943)
 Arquivo da Faculdade de Medicina da Bahia (1917/1920)
 Anais da Sociedade de Medicina da Bahia (1934/1940)
 Revista Bahiana de Medicina (1924/1925)
 Pediatria e Puericultura (1934-1937)

Rio de Janeiro

Revista Médica (1873-1876)
O Progresso Médico (1876-1879)
União Médica (1881-1890)
Brasil Médico (1901/1937)
Jornal de Pediatria (1922-1937)

São Paulo

Pediatria Prática (1924-1937)

Documentos avulsos de instituições de assistência à infância

Instituto de Proteção e Assistência à Infância da Bahia (relatórios e periódico 'O Petiz' – 1907/1919)

Liga Álvaro Bahia contra mortalidade infantil (documentos diversos e matérias jornalísticas)

RELATÓRIOS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DA BAHIA (1884-1912) –

Total de 13 relatórios

APÊNDICES



Carlos Arthur Moncorvo de Figueiredo (1847-1901)⁴⁷⁸

⁴⁷⁸ Foto extraída da obra OS PATRONOS da Academia Brasileira de Pediatria: perfis biográficos. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria. Academia Brasileira de Pediatria, 2007, p. 11.

APÊNDICE A - Obras de Carlos Artur Moncorvo de Figueiredo⁴⁷⁹

ANO	TÍTULO	PUBLICAÇÃO
1871	Dyspepsia e seu tratamento	Tese doutoral ⁴⁸⁰
1873	Bosquejo histórico e crítico dos meios cirúrgicos aplicados ao tratamento das coleções líquidas do fígado	Revista Médica ⁴⁸¹
1873	Educação física da infância	Revista Médica
1874	Observação de um caso de gastro-entero-colitis sub-aguda, complicada com uma broncopneumonia intercorrente.	Revista Médica
1874	Fisiologia da digestão	Revista Médica
1874	Do emprego do carvão de choupo em capsulas gelatinosas	Revista Médica
1874	Aplicação do galvano-cautico à cura radical do hydrocele	Revista Médica
1874	Um caso de ainhum (comunicação feita à Academia Imperial de Medicina do Rio de Janeiro, em sessão de 6 de julho de 1874)	Revista Médica
1874		Revista Médica
1874	Insuficiência aórtica; reumatismo mono-articular sub-agudo; reumatismo cerebral; uremia; morte	Revista Médica
1874	Du diagnostic différentiel entre La dyspepsie essentielle et l'hypohémie intertropicale (oppilation) – considérations cliniques	Rio de Janeiro, Typographie Franco-Americaine.
1874	Da ação abortiva do sulfato de quinina	Rio de Janeiro, Typographie Franco-Americaine.
1874	Da ação da genciana associada ao ácido sulfúrico	Rio de Janeiro, Typographie Franco-Americaine.
1875	Do emprego do chlorato de potassa na diarrhéa das crianças	Revista Médica
1876	Do chlorato de potassa na diarrhéa das crianças	O Progresso Médico
1875	Do Ainhum : algumas considerações sobre esta moléstia a propósito de um caso comunicado à Academia Imperial de Medicina do Rio de Janeiro	Rio de Janeiro, Typ. De Brown & Evaristo
1875	Do emprego do chlorato de potassa na diarreia das crianças	Rio de Janeiro, Typ. de Brown & Evaristo (Extraído da Revista Médica)
1876	Do emprego do chlorato de potassa na diarreia das crianças	O Progresso Médico
1876-1877	Do valor therapeutico das injeções hydricas subcutâneas	O Progresso Médico
1877	Do emprego do chlorato de potassa na diarreia das crianças	Rio de Janeiro, Typ. Acadêmica

⁴⁷⁹ Somente as encontradas na íntegra durante a pesquisa.

⁴⁸⁰ Todas as obras aqui mencionadas (com exceção das publicações da Revista Médica) foram encontradas no acervo da Sociedade Brasileira de Pediatria.

⁴⁸¹ Todas as publicações da Revista Médica foram encontradas na Biblioteca Nacional (Hemeroteca Digital)

1879	Da lienteria na infância e do seu tratamento pelo ácido chlorhydrico	Rio de Janeiro, Typographia Academica
1879	Relatório apresentado à Academia Imperial de Medicina do Rio de Janeiro sobre a tese do Sr. Dr. E. R. Coni intitulada contribucion al estudio de la lepra anesthesica	Bahia, Litho-Typ. De J. G. Tourinho (extraído da Gazeta Médica da Bahia)
1879	Estudo sobre o Rheumatismo Chronico Nodoso na Infância e seu tratamento	Rio de Janeiro, Typografia Acadêmica
1880	Note sub L'Action Physiologique et thérapeutique de la carica-papaya (Traduit du Portugas par le Dr. E. Mauriac (de Bourdeaux)	Bourdeaux, Imprimerie G. Gounouilhou (Extrait du Journal de Médecine de Bourdeaux, ns. 19 e 20; decembre 1879)
1880	Du Rhumatisme Chronique Nouveux des enfants et de son traitement ⁴⁸²	Paris, Octave Doint, Éditeur
1882	Do tractamento da Elephancia (Elephantiasis dos Arabes) pela eletricidade. (Comunicação feita à Academia de Sciencias de Paris, em parceria com Silva Araújo)	Rio de Janeiro, Imprensa Industrial (extraídas do Progresso e da União Médica do Rio de Janeiro)
1883	Da dilatação do estômago nas creanças e seu tratamento segundo as lições feitas na Policlínica do Rio de Janeiro	Rio de Janeiro, G. Leuzinger & Filhos
1883	Da coqueluche e seu tratamento pela resorcina	Gazeta Médica da Bahia
1883	Da coqueluche e seu tratamento pela resorcina	União Médica. Rio de Janeiro, março de 1883
1883	Novos casos de cura da coqueluche pelo emprego tópico da resorcina	União Médica. Rio de Janeiro, setembro de 1883
1883	De la Nature de la Coqueluche et de son traitement par la résorcine	Rio de Janeiro, G. Leuzinger & Fils Paris, O. Gerthier Editeur
1884 (?)	Della tosse convulsiva e dela sua cura con la resorcina	Arquivo de Patologia Infantil
1884	Traitement du Spina-Bifida par les injections iodo-glycérinées	Paris, H. Lauwereyns, Libraire-Éditeur (extraído da Revue mensuelle des maladies de l'enfance, Fev 1884)
1884	Contribuição para o estudo da esclerose multilocular	Gazeta Médica da Bahia, vol. 15
1884	Contribution à l'étude de la sclérose multiloculare chez les enfants	Paris, O. Berthier, Editeur
1885	De la température de la paroi abdominale dans les cas d'entérite aiguë et chronique chez les enfants (Note communiquée a l'Académie de Médecine de Paris)	Rio de Janeiro, Lombaerts & C. Editeurs (extrait de l'União Médica)
1885	De la temperatura de la pared abdominal en los casos de enterites aguda y crónica de los niños.	Archivos de Medicina y cirugía de los niños (Órgão de Las Clinicas del Hospital), Ano I, 30 de Noviembre de 1885, N. 11.
1885	De la coqueluche et de son traitement par la	União Médica, Rio de

⁴⁸² Traduit du portugais et annoté par le Docteur E. Mauriac, membro correspondente da Academia Imperial de Medicina do Rio de Janeiro (assim como Moncorvo) e Rédacteur du Journal de Médecine de Bordeaux.

	resorcine	Janeiro, janeiro de 1885.
1885	du chlorhydrate de cocaine dans le traitement de la coqueluche	União Médica, Rio de Janeiro, agosto de 1885.
1885	De l'emploi du chlorhydrate de cocaine dans le traitement de la coqueluche	Rio de Janeiro, Lombaerts & Cia, Editeurs (extrait de l'União Medica)
1885	De la Dilatation de L'estomac chez les enfants et d'um nouveau moyen d'exploration pour la reconnaitre	Rio de Janeiro, Lombaerts & C. Editeurs (Extrait de la Revue Mensuelle des maladies de l'enfance, Paris)
1885	De la coqueluche et de son traitement por la résorcine	Paris, O. Berthier, Libraire-Éditeur
1885	De la dilatation de l'estomac chez les enfants d'um moyen d'exploration pour la reconnaitre (Note de la température de la paroi abdominale dans les cas d'enterite aguë er chronique chez les enfants)	Paris, G. Steinheil Editeur
1886	De l'Antipyrine dans la thérapuetique infantile	Paris, O. Berthier, Libraire-Éditeur
1887	Sulla etiologia dela Sclerosi a placche nei bambini e specialmente sella influenza patogênica dela sifilide ereditaria	Napoli, Stabilimento Tipografico Dell'Unione (Estratto dall'Arch. Di Pat. Inf. Anno V., n. 3, 1887)
1888	De l'Asthme dans l'enfance et de son traitement (lições proferidas)	Paris, O. Berthier, Libraire-Éditeur
1888	Valeur des injections hypodermiques de caféine dans la thérapeutique infantile	Paris, Libraire Médicale O. Berthier (extrait de la Revue Générale de Clinique et de Thérapeutique, n. 28)
1888	Sur L'Emploi clinique du Strophanthus (em parceria com Clemente Ferreira, chefe des maladies de l'enfance à la Polyclinique de Rio de Janeiro)	Paris, O. Berthier, Libraire-Éditeur
1888	Dell'elefantiasi degli arabi Nei Bambine(Lezione delata ala POliclinica di Rio de Janeiro)	Napoli, Stabilimento Tipografico Dell'Unione (Estratto dall' Archiviodi Patologia Infantile. Anno VI, n. 2, 1888)
1889	Sur les Troubles dyspeptiques dans l'enfance et sur leur diagnostic par la recherche chimique du suc gastrique	Paris, O. Berthier, Libraire-Éditeur
1889	De l'Antipyrine de la Thalline, de l'Antifébrine et de la Phénacétine au point de vue hémostatique	Paris, O. Berthier, Lbraire-Éditeur
1889	Du traitement de la chorée par l'antipyrine	Paris, O. Berthier, Lbraire-Éditeur
1889	Sur l'emploi du salol dans le traitement de la diarrhée maremmatique chez les enfants (?)	
1889/90 (?)	Sur um cas de chorée traité pa l'exalgine et suivi de guerison	Paris, Typographia A. Hennuter (Extrait du bulletin general de thérapeutique, 30 de nov. 1890)
1890	De L'Emploi du Strophanthus dans la thérapeutique infantile	Paris, O. Berthier, Lbraire-Éditeur

1890	Erythème noueux palustre (leçon professée a la polyclinique generale de Rio de Janeiro)	Paris, O. Steinheil Éditeur
1891	Sur l'emploi de l'exalgine (méthylacétanilide dans la thérapeutique infantile)	Bulletin Général de Thérapeutique, 15 Maio, 1891
1891	Du Traitement de la syphilis infantile par les injections sous-cutanées de sels mercuriels (em parceria com Clemente Ferreira)	Paris, O. Steinheil Éditeur
1892 (Junho)	Coqueluche, son microbe, son traitement par la résorgine (1) – correspondance	Paris, Anales de La Policlínique
1892 (Julho)	Enfermedades de Niños- Informe sobre la clínica de enfermedades de niños de la Policlínica General de Rio de Janeiro	Revista de Higiene Infantil, Ano 10, n. , 1º de Julho
1892	Sur um cas d'acromégalie chez une enfant de 14 mois, complique de mcrocéphalie	Extrait de la Revue mens. Des Mal. De l'Enfance, 1892
1892	Sur L'Érythème Noueux Palustre	Extrait de la Gazette Hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie, Juin, 1892
1892	Quelques réflexions sur l'étiologie et le traitement de la Sclérose em plaques a propôs des leçons sur les maladies de la moelle par M. Pierre Marie (Membre correspondente de l'Academie de Medicine de Paris)	Paris, Librairie Médicale O. Berthier
1892	Curso de clínica de enfermidades de niños durante o ano de 1892	
1892	Sur le traitement de la chorée par l'exalgine	Bulletin Général de Thérapeutique, 30 de Mai 1892
1893	Nouveaux Traitements de la Fièvre paludéenne dans l'Enfance I-Hélianthus annuus; II- Bleu de méthylène (Communication présentée à la Société de thérapeutique de Paris dans la séance du 11 Janvier 1893)	Paris, O. Berthier-Éditeur (extraire du Bulletin general de thérapeutique, 23 février 1893)
1893 (?)	Contribution a l'étude de l'action thérapeutique de l'extrait liquide de cerveau de mouton tant chez des adultes que chez des enfants	
1893	Sur l'elephantiasis congenital (travaux originaux)	
1893	Sur nouveau cas d'elephantiasis congênital	
1893	Sur um cas d'Acromégalie chez une enfant de 14 mois complique de microcéphalie (leçon professée a la Policlínique Générale de Rio de Janeiro)	Paris, G. Steinheil Éditeur
1894	Sopra um nuovo caso di Elefantiasi Congenita	Napoli, Stab. Tipografico Gav. A. Tocco
1894 (?)	Sur le Rheumatisme blennorrhagique chez les enfants (a propôs de deux nouveaux cas de ce genre) – leçons professées a la policlinique générale de Rio de Janeiro	
1894 (?)	De la nature de la coqueluche et sus traitement germicide topique	
1895	Sur la Malaria Infantile et son traitement (Leçons professées à la Policlínique générale de Rio de Janeiro)	Paris, Rueff et Cia, Éditeurs

1895	Sur la valeur hypnotique du trional chez les enfants	Extrait du Bulletin de l'Academy de Médecine
1895	Contribution a l'Étude de l'Asaprol dans la thérapeutique infantile	Paris, Octave Doin, Éditeur
1894	Sur trois nouveaux cas d'Éléphantiasis congénital (travaux originaux)	Paris, Annales de dermatologie et de syphiligraphie
1895	Contribution à l'étude des nouveaux moyens de traitement des fièvres paludéennes dans l'enfance	Extrait de la Gazette Hebdomadaire de Médecine
1896	De l'Analgéne dans le traitement de la chorée de Sydenham (Leçon professée a la Policlinique Générale de Rio de Janeiro)	Paris, Bulletin Général de Thérapeutique Médicale, Chirurgicale, Obstétricale et Pharmaceutique.
1897	Sur um nouveau cas d'Arthro-synovite , Blenorrhagique dans l'Enfance (Leçon pofessée à la Policlinique Générale de Rio de Janeiro)	Paris, Journal de Clinique et de Thérapeutique Infantiles (Cinquième Année, N. 1, Jeudi 7 Janvier 1897
1897	Sur pathogénie de l'hydrocéphalie congénitale	Paris, Journal de Clinique et de Thérapeutique Infantiles (Cinquième Année, N. 43, Jeudi 28 Octobre 1897
1897	Syphilitic pseudo-paralyss, or parrot's disease (Syphilitic osseous dystrophy) (Original Articles)	Pediatrics, v. III, January ist, 1897, N.1
1897	Two cases of congenital elephantiasis (Orignal Articles)	Pediatrics, Vol. IV, December ist, 1897, N. II
1898	La Chorée de Syndenham et son traitement par l'alagéne	Paris, Journal de Clinique et de Thérapeutique Infantiles (Sixième Année, N. 21, Jeudi 26 Mai 1898
1898	Sur la nature el le traitement de la chorée (Comunications)	Paris, Bulletin de L'Académie de Médecine , N. 20 – Séance du 17 mai 1898
1898	Sur l'influence de l'héredo-syphilis dans l'etiologie du tabes spasmodique congénital. (Comunication)	Paris, Bulletin de L'Académie de Médecine , N. 20 – Séance du 29 Septembre 1898
1898	The Chorea of Sydenham and ist treatment (Original Articles)	October. N. 8
1898	Traitement de la coqueluche par l'Asaprol	Paris, La Médecine Infantile, Janvier, 1898
1898	1. Sur la valeur des badigeonnages de gaiacol synthétique, comme moyen d'éclairer le diagnostic différentiel de la fièvre paludéenne et de la tuberculose aiguë ou subaiguë dans l'enfances (1) (Comunications)	Paris, Bulletin de l'Académie de Médecine
1898	2. Sur um cas d'abcès du foie chez um enfant de deux ans.	Paris, Bulletin de l'Académie de Médecine, N. 31, Séance du 19 de septembre
1898	Note sur l'emploi du sérum antistreptococcique de Marmorek dans des cas de broncho-pneumonie infantile (1) (Correspondant étranger)	Paris, Bulletin de l'Académie de Médecine

1899	Malaria in children	Pediatrics, Vol. VIII, N. 3, August, 1899.
1899	Malaria in children	Pediatrics, Vol. VIII, N. 5, September, 1899.
1899	Malaria in children	Pediatrics, Vol. VIII, N. 6, September, 1899.
1899	Sur la polyarthrite deformante dans l'enfance, à propôs d'um nouveau cas observe chez um garçon de cinq mois et demi	Revista Médico-Cirúrgica (Dezembro)
1900	On nephritis in childhood, especially that occurring in the course of Malaria (Original Articles)	Pediatrics, Vol. IX, April, N. 8.
1900	Alcune Osservazioni sulla Influenza etiologica dell' ereditá sifilítica sui vizii cardiaci congeniti	La Pediatria – Napoli, Tipografia Cav. A. Tocco (Extraido do Periodico mensile indirizzato al progresso degli studii sulle malattie dei bambini, n. 2)
1901	Sur la polyarthrite deformante dans l'enfance. A propôs d'um nouveaux cas observe chez um enfant de cinq mois.	Extrait de la Revue Mens. Des Maladies de l'enfance, Juillet 1901



Alfredo Ferreira de Magalhães (1873-1943)⁴⁸³

⁴⁸³ Foto extraída da obra COUTO, Gracilia Magalhães de Almeida. Centenário do Prof. Dr. Alfredo Ferreira de Magalhães, Bahia: Gráfica Editora S A, 1973.

APÊNDICE B - Produções científicas de Alfredo Ferreira Magalhães 1911-1920⁴⁸⁴

ANO	TÍTULO	PUBLICAÇÃO
1911 (dez.)	Coxite Tuberculosa	Revista dos Cursos da FMB, 1913
1913	Ensino ortopédico	Brazil Médico, n. 41
1914	Sobre um caso de focomelia (Soc Med Hosp)	Gazeta Médica da Bahia e Brazil Médico, n. 40, ano 28
1914	Considerações sobre o caso de focomelia	Gazeta Médica da Bahia, n. 5
1915	Considerações sobre o tratamento da coxite tuberculosa (Soc Med Hosp)	Gazeta Médica da Bahia
1915	Do método de Abbott no tratamento das escolioses (Soc Med Hosp)	Gazeta Médica da Bahia e Brazil Médico
1915	Estrefocatapodia adquirido (Soc Med Hosp)	Gazeta Médica da Bahia
1915	Polydactylia (Soc Med Hosp)	Gazeta Médica da Bahia
1916	Tuberculose infantil na Bahia (artigo)	Gazeta Médica da Bahia
1917	Cirurgia ortopédica na síndrome de Little (Soc Med Hosp)	Brazil Médico e Gazeta Médica da Bahia
1917	Coalescência braquiotorácica (Soc Med Hosp)	Brazil Médico e Gazeta Médica
1917	Halomegalia escafoíde (Soc Med Hosp)	Brazil Médico e Gazeta Médica
1918	Um caso de pollegar bífido (Soc Med Hosp)	Gazeta Médica da Bahia
1918	Mão rádio-palmar, dupla, congênita	Brazil Médico
1918	Convergência de deformidades dos membros	Brazil Médico, Ano XXXII, 06 de abril de 1918, n. 14
1918	Polegar bifurcado	Brazil Médico, ano XXXII, 14 de setembro de 1918, n. 37, p. 290-291
1918	Sobre El diagnostico de La tuberculosis infantil especialmente de formas latentes y larvadas pelo Dr. G. A. Alfaro (notícia e juízo)	Brazil Médico Brazil Médico, ano XXXII, 14 de setembro de 1918, n. 37, p. 303-304
1918	Sobre um caso de meningocele	Brazil Médico, anno XXXII, 30 de novembro de 1918, n. 48, p. 379-381
1918	Um caso de polegar bífido	Gazeta Médica da Bahia
1919	Duplo macro-hallux, bífido-sindáctilo e varo: homem pedímmano, com dolycopododactilia dupla	Brazil Médico, Anno XXXIII, 12 de abril de 1919, n. 15, p. 116-117
1919	Polegar bifurcado em tenaz	Brazil Médico, ano XXXIII, 08 de abril de 1919, n. 18, p. 139-141.
1920	Megaloclinodatilia vara	Brazil Médico e Gazeta Médica da Bahia

⁴⁸⁴ Consta nesta lista apenas as produções encontradas na íntegra.



Joaquim Martagão Gesteira (1884-1954)⁴⁸⁵

⁴⁸⁵Foto extraída da obra OS PATRONOS da Academia Brasileira de Pediatria: perfis biográficos. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria. Academia Brasileira de Pediatria, 2007, p. 26.

APÊNDICE C - Produções científicas de Joaquim Martagão Gesteira 1911-1920⁴⁸⁶

ANO	TÍTULO	PUBLICAÇÃO
1911	Sobre um caso de estenose pulmonar congênita	Brasil Medico
1911	A reacção de Schimidt-Triboulet: seu valor prognostico nas afecções dos lactantes	Apresentado para Livre Docência da FMB (resumo na Revista dos Cursos da Faculdade de Medicina da Bahia, 1913)
1911	Congestão renal	Brasil Medico
1913	A tuberculose ganglionar mediastinica na infância	Brasil Medico
1913	Diagnostico diferencial do mal de Pott.	Brasil Medico
1914	Um caso de Dysplasia Periostal	
1914	O exame medico da criança. Semiotica do Apparelho Respiratorio Intra-thoracico	Bahia: Livraria Economica (tese de concurso p FMB)
1915	Anomalia congênita do coração (Sociedade Medica dos Hospitais)	Gazeta Médica da Bahia
1915	Um caso de cefalematomia (Sociedade Medica dos Hospitais)	Gazeta Médica da Bahia
1915	Syndrome de Little	Gazeta Medica da Bahia,
1916	Um caso de beribéri infantil	Brasil Medico
1916	As afecções digestivas do Instituto de P. e A. à Infância na Bahia	Gazeta Medica da Bahia
1917	O ruído de pião: ruído arterial ou venoso?	Gazeta Medica da Bahia
1917	Anasarca infantil não albuminúrica (Sociedade Médica dos Hospitais)	Gazeta Medica da Bahia
1917	Síndrome cefaloplegica	Gazeta Medica da Bahia
1918	Molestia de Barlow	Gazeta Medica da Bahia
1918	Sobre 2 casos de síndromes cefaloplégica	Gazeta Medica da Bahia
1918	Clinica Pediátrica. Syndrome de Fernandes Figueira por paralyisia diphtherica	Brasil-Medico

⁴⁸⁶ Consta nesta lista somente as produções encontradas na íntegra.

APÊNDICE D - Publicações científicas de Martagão Gesteira 1921-1944⁴⁸⁷

ANO	TÍTULO	PUBLICAÇÃO
1921	Prova hemoclásica de Widal na infância	
1921	'Síndrome de Fernandes Figueira ou cervicoplégica": evolução médico cirúrgica	
1921	Schistosomose com manifestações cutâneas	Comunicação à Sociedade Médica dos Hospitais da Bahia
1921	Impressões da Pediatria em Paris	Conferência na Sociedade de Medicina da Bahia
1922	Um caso de schistosomose com manifestações cutâneas (comunicação feita à Sociedade Médica dos Hospitais da Bahia)	Brasil Médico, 06 de março de 1922, N. 18
1922	Perturbações gastro-intestinais do lactente: tentativa taxonômica	Memória ao 1º Congresso Brasileiro de Proteção à Infância
1922	Paludismo na criança e quinino	Comunicação à Sociedade de Medicinada Bahia
1922	Discurso inaugural de abertura dos cursos, em nome da Congregação de Medicina da Bahia	
1922	Um caso interessante de nanismo em menina de 3 anos	Comunicação à Sociedade de Medicinada Bahia
1922	Um caso interessante de hidrocefalia	Comunicação à Sociedade de Medicinada Bahia
1923	Discurso de abertura da 1ª Sessão da Semana Médica do Centenário da Independência da Bahia	Gazeta Médica da Bahia, 1923-1924
1924	Pneumonia do vértice em lactente	Revista Brasileira de Pediatria
1922	Pleurites lactentes na criança	Comunicação à Sociedade Médica dos Hospitais da Bahia
1923	Necrologio do Prof. Oscar Freire	Discurso em nome da Congregação da Faculdade
1923	Alguns casos de pediatria (pleurites e pseudo pleurites)	Comunicação à Academia Brasileira de Medicina
1922	Pericardites no lactente	Comunicação à Sociedade Médica dos Hospitais da Bahia
1924	Segundo tom aórtico da heredo-sífilis	Comunicação à Sociedade Médica dos Hospitais da Bahia
1925	Segundo tom aórtico da heredo-sífilis	Brasil Médico, 17 de janeiro de 1925, n. 3
1925	Perturbações gastro-intestinais do lactente: ensaio de classificação	Conferência na Sociedade de Medicina da Bahia
1925	Perturbações gastro-intestinais do lactente: ensaio de classificação	Brasil Médico, 17 de outubro de 1925, n. 16
1925	Prognóstico dos grandes derrames das pleuras maior gravidade dos derrames diretos, em igualdade de condições clínicas (opinião, 20 de setembro de 1924)	Gazeta Médica da Bahia, abril de 1925, n. 10 (continuação ao número de março).
1926	Os serviços da Inspetoria Federal de Hygiene Infantil na Bahia	Anais Medico-sociais da Bahia, ano I, março de 1926, n. 1

⁴⁸⁷ **FONTE:** GESTEIRA, Joaquim Martagão. *Pediatria: Lições e Conferências*. Rio de Janeiro, Editora Peixoto S.A, 1944.

1925	Discurso de saudação ao Prof. Pinto de Carvalho em nome da classe médica da Bahia	
1924	Le Service Fédéral d’Hygiène Infantile à Bahia	Archive de Medicine des Enfants, 1925
1926	Comentários sobre o problema do leite na Bahia	Comunicação à Sociedade de Medicina da Bahia
1926	Em prol da amamentação materna	Conferência no “Curso de Férias do Professorado Primário”
1929	Doença de Heine-Medin	“Tratado de Patologia Infantil, sob direção de Fernandes Figueira
1927	Sinais aórticos da sífilis infantil	Conferência na Sociedade de Medicina de São Paulo
1927	Os sinais aórticos da sífilis infantil	Brasil Médico, 19 de março de 1927, n.12
1927	Les Signes de la sífilis infantile	Comunicado à Societé de Pédiatrie de Paris
1927	Lições de abertura do Curso de Clínica Pediátrica	Brasil Médico, 5 de novembro de 1927, n. 45
1927	Palavras inaugurais	A Semana da Criança
1927	Diagnóstico precoce da heredo-sífilis	A Semana da Criança
1928	Lição inaugural da clínica pediátrica da Bahia	Pediatria Prática, agosto de 1928, vol. 1, fascículo VI
1928	Declarações dos direitos do menino	Brasil Médico
	Discurso em resposta ao Profº Pinto de Carvalho, na homenagem que lhe prestaram por ocasião da Semana da Criança	
1928	A Higiene Infantil na Bahia: quatro anos de peleja	Conferência no 4º Congresso Brasileiro de Higiene
1928	A Higiene na Escola: um plano de ação	Conferência no Curso de Férias do professorado
1928	O Professor Primário – Professor de Saúde	Conferência no Curso de Férias do professorado
1928	Obras de puericultura pré-natal	Conferência na Semana de Educação
1929	Sífilis Infantil – Réplica ao dr. Luiz de Mesquita	Brasil Médico, 16 de fevereiro de 1929, . 7
1929	Discurso de saudação à Medicina Francesa em nome do Brasil	Journées Medicales de Paris, 1929
1930	Os erros da Clínica na Pleuriz da Criança	Conferência nas Jornadas Médicas do Rio de Janeiro. Jornal dos Clínicos, 1930
1930	Instituições européias de puericultura	Gazeta Médica da Bahia, março de 1930, n. 9
1930	Instituições européias de puericultura	Relatório do Governo do Estado, 1930
1930	A Higiene Escolar na Bahia	Brasil Médico
1930	O Serviço de Higiene Escolar na Bahia	Boletim do Instituto Internacional de Proteção à Infância
1930	A Disenteria Bacilar no Lactente	Pediatria Prática
1930	Em torno da Difteria na Bahia	Boletim da Sociedade de Pediatria da Bahia, n.1, 1930
1930	Deve o Serviço de Higiene Escolar ficar subordinado às Autoridade da Instrução ou à	Boletim do Instituto Nacional de Proteção à Infância

	Diretoria da Saúde Pública? Resposta a uma consulta do Prof. Luiz Morquio	
1930	Le Paludisme chez L'Enfant (Quelques reflexions touchant Le probleme Therapeutique)	Revista Sul-Americane de Medicine
1931	Como criar o meu filhinho (Palestras com o doutor)	
1931	A Defesa dos Débeis	Conferência na Semana do Professorado. Arquivos Brasileiros de Pediatria
1931	Higiene Escolar na Bahia	Relatório apresentado ao Diretor da Saúde Pública da Bahia. Revista de Higiene e Saúde Pública
1931	O leite de coco nos distúrbios agudos do lactente (Em colaboração com o dr. Álvaro Bahia)	Pediatria e Puericultura 09.1931
1931	Doença de Swift-Feer	Pediatria e Puericultura 12.1931
1932	Diretrizes da terapêutica infantil (lição de abertura do curso de Clínica Pediátrica Médica em 1931)	Gazeta Médica da Bahia, setembro de 1932, n. 2
1932	Em torno da terapêutica da decomposição	Pediatria e Puericultura
1932	Pelos expostos: documentos de uma campanha	
1932	Em prol dos nossos enjeitados: "A Roda dos Expostos"	Pediatria e Puericultura
1933	A Liga Baiana Contra a Mortalidade Infantil	Pediatria e Puericultura
1934	Assistência aos Menores: "A Roda dos Enjeitados" – Necessidade de sua extinção	Conferência no Rotary Clube, em Recife. Brasil Médico
1934	Curioso caso de teratoma abdominal em criança	Comunicação à Sociedade de Pediatria da Bahia. Bahia Médica
1934	Assistência aos Menores	Pediatria e Puericultura
1934	Miguel Couto – Médico Clínico	Gazeta Médica da Bahia
1935	Associação leite-cálcio citratado e baurtrato nos estados hipotrópicos	"Laboratório Clínico", 1935
1935	Esclerótica azul e fragilidade óssea	Comunicação à Sociedade de Pediatria da Bahia
1935	O problema da Saúde na Escola Regional: meios eficientes de protegê-la	Pediatria e Puericultura
1936	Nefrose lipídica: efeitos dos fermentos lácticos sobre os edemas	Comunicação à Sociedade de Pediatria Bahia, 1936. Pediatria e Puericultura, 1937
1937	Instituto Nacional de Puericultura	Exposição feita à Sociedade Brasileira de Pediatria
1937	Os serviços de Amparo à Criança na Bahia	Conferência na Academia Nacional de Medicina. Boletim da Academia
1937	Distúrbios gastro-entero-tróficos do lactente	Jornal de Pediatria
1937	Os fermentos lácticos nos edemas da nefrose lipoidica	Pediatria e Puericultura, março de 1937, n. III
1937	Discurso na cerimônia da pedra inaugural do Instituto Nacional de Puericultura	Outubro de 1937
1937	O Erro em Clínica Pediátrica – Conferência na	Pediatria e Puericultura.

	FMB a convite de Alvaro Bahia (Martagão já estava no RJ)	Set./out. 1937
	Escala de Valores Auxológicos (comentários sobre os valores biológicos do Prof. J. Maria Estapé)	Conferência realizada na Bahia, em sessão conjunta das "Sociedades Médicas". Boletim do Instituto de Puericultura (Ano 1, n. 1)
1938	Lição inaugural do Curso de Puericultura e Clínica da Primeira Infância	"Hospital", junho de 1938
	Plano de organização do Instituto de Puericultura	Boletim do Instituto de Puericultura. Ano 1, N. 1
1939	A forma clássica da Doença de Heine-Medin: a poliomielite anterior aguda	Boletim da Assistência, N. II, Ano V
1939	Ainda a forma clássica da Doença de Heine-Medin: formas atípicas	Boletim da Assistência, N. II, Ano V
1939	O prognóstico da doença de Heine-Medin: noções sobre o vírus e sua transmissibilidade, meios de propagação	Boletim da Assistência, N. II, Ano V
1939	A profilaxia e o tratamento médico fisioterápico da doença de Heine-Medin	Boletim da Assistência, N. II, Ano V
1939	O leite cálcio citratado	Boletim do Laboratório Clínico Silva Araújo
1940	Escola de Mãezinhas	Palestra feita no "Lar da Criança"
	O Diagnóstico oportuno da espondilite tuberculosa na criança	Palestras das quintas-feiras no Serviço do dr. Darcy Monteiro
1941	Porque chora a criança: capítulo de semiologia	A Hora Médica, abril de 1941
1941	Discurso do paraninfo aos doutorandos de 1941	A Hora Médica
1941	Importância da sífilis em puericultura	Palestra na Sociedade de Medicina e Cirurgia. Patologia Geral, N. 3 e 4, março e abril de 1941
1942	Particularidades motoras do recém-nato e do lactente	Revista Médico Cirúrgica do Brasil, janeiro de 1942
1942	Puericultura: Higiene alimentar e social de criança	
1944	Pediatria (Lições e Conferências) (coletânea de trabalhos do autor, década de 30 tb)	Rio de Janeiro, Editora Peixoto S.A

APÊNDICE E - Produções científicas de Braulio Xavier Filho

Ano	Título	Publicação
1931	Manifestações cutâneas da diathese exsudativa e seu tratamento (trabalho do serviço clínico de Martagão Gesteira)	Pediatria Prática, junho de 1931
1932	Notas praticas sobre a infecção urinária na infância (etiopathogenia e diagnóstico) – assistente de Clínica Pediátrica)	Brasil Médico, 31 de dezembro de 1932, n. 53
1933	A doença de Selter-swift-feer (acrodinia) – assistente de Clinica Pediátrica	Brasil Médico, 08 de julho de 1933, n. 27
1933	A respeito de novo processo para o diagnóstico da diathese exsudativa (método de Alexandrine Strobl) -assistente de Clinica Pediátrica	Brasil Médico, 18 de fevereiro de 1933, n.7
1934	Disturbios neuro-psychicos na ascaridiose – livre docente e assistente da Clinica Pediátrica	Pediatria e Puericultura, dezembro de 1934
1935	Pathogenia da anemia ancylostomotica, em parceria com Jaldo Reis (trabalho do Serviço Clínico do Prof. Martagão Gesteira) - livre docente e assistente da Clinica Pediátrica	Pediatria e Puericultura, março de 1935
1935	Um caso de erysipela rapidamente curado com injeções de bismuto em parceria com Jaldo Reis (trabalho do Serviço Clínico do Prof. Martagão Gesteira) - livre docente e assistente da Clinica Pediátrica	Pediatria e Puericultura
1935	Efeitos terapêuticos das injeções de soro de leite humano em certos distúrbios digestivos e nutritivos do lactente (trabalho do serviço clinico de Martagão)	Jornal de Pediatria, nov./dez. de 1935
1936	Entorse dolorosa de chassaingnac, em parceria com a acadêmica Rosa Oisiovici	Jornal de Pediatria, fevereiro de 1936
1936	Tratamento do paludismo na criança – livre docente de Pediatria e Chefe da Clinica pediátrica do Hospital Santa Isabel	Jornal de Pediatria, abril de 1936
1937	Alguns casos de deformidade craniana em crianças (oxycephalia e exencephalia) – livre docente da FMB	Pediatria e Puricultura
1937	Telangiectasia de osler	Jornal de Pediatria, outubro de 1937
1935	Patogenia da anemia anilostomotica, em parceria com Jaldo Reis (trabalho do serviço do professor Martagão) – livre docente e assistente	Jornal de Pediatria, junho de 1935



Álvaro Pontes Bahia (1891-1964)⁴⁸⁸

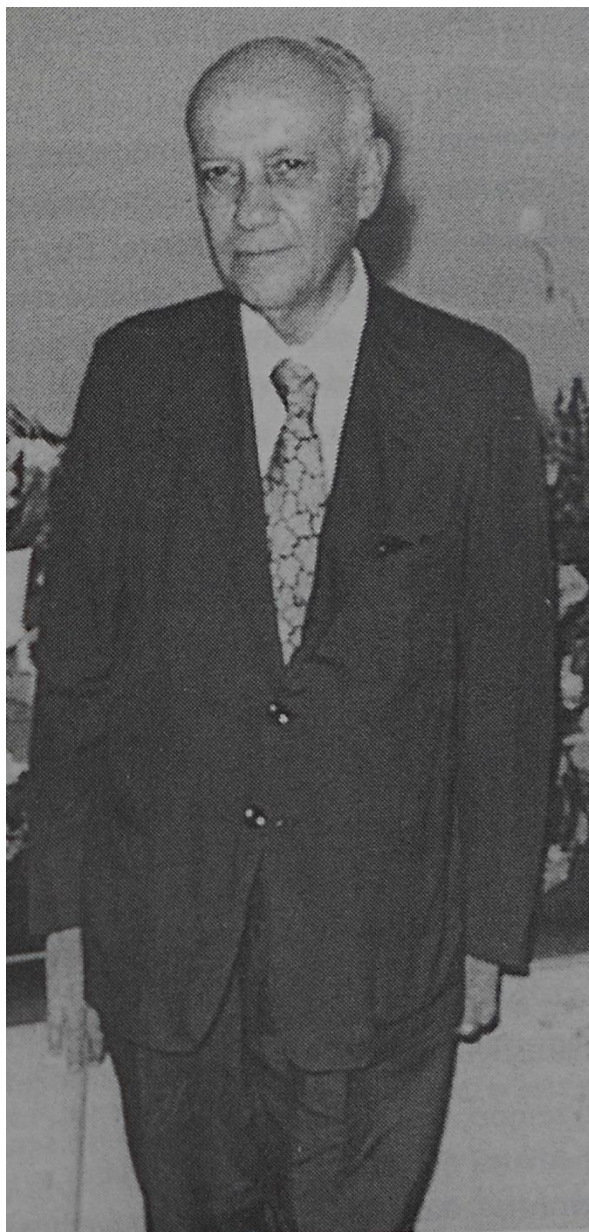
⁴⁸⁸ Foto extraída da obra OS PATRONOS da Academia Brasileira de Pediatria: perfis biográficos. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria. Academia Brasileira de Pediatria, 2007, p. 50.

APÊNDICE F - Produções científicas de Álvaro Pontes Bahia⁴⁸⁹

ANO	TÍTULO	
1923	Um caso de photosyphiloma de localização genital numa criança de quatro anos	Gazeta Médica da Bahia, julho de 1923, N.1, p. 221-229.
1928	Dispensários Infantis, tratamento e profhylaxia da heredo-syphile	Separata do “Jornal dos Clínicos” N. 10, 30 de maio de 1928 (Rio de Janeiro)
1932	Syphile adquirida da criança (cinco observações)	Comunicação apresentada à Sociedade de Pediatria da Bahia, Publicada da Gazeta Médica da Bahia em junho de 1923 Separata ‘Pediatria e Puericultura (junho de 1932),
1932	O leite de coco nos distúrbios nutritivos do lactente (em parceria com Martagão Gesteira)	Brasil Médico, Rio de Janeiro, 20 de fevereiro de 1932, N. 08
1935	Paludismo Congênito na Bahia: Paludismo transplacentário (1ª contribuição) – Trabalho da Clínica Pediátrica da Bahia – escrito em parceria com José Peroba (ex-interno e assistente)	Separata da “Pediatria e Puericultura” (Bahia)
1934	Normas Práticas e simplificadas a adotar na alimentação artificial do lactente são (Memória apresetada à Conferência Nacional de Proteção à Infância	Separata de ‘Pediatria e Puericultura’
1935	Paludismo Congênito na Bahia: paludismo transplacentário (1ª contribuição), em parceria com José Peroba (ex-interno e assistente) – Trabalho da Clínica Pediátrica da Bahia	Pediatria e Puericultura, set./dez. 1935, ns. I e II
1936	Paludismo Congênito na Bahia: Paludismo transplacentário (2ª contribuição) – Trabalho da Clínica Pediátrica da Bahia – escrito em parceria com José Peroba (ex-interno e assistente)	Pediatria e Puericultura, junho de 1936, n. IV
1936	Paludismo Congênito na Bahia: Paludismo transplacentário (2ª contribuição) – Trabalho da Clínica Pediátrica da Bahia – escrito em parceria com José Peroba (ex-interno e assistente)	Separata da “Pediatria e Puericultura” (Bahia)
1936	A propósito dos vômitos-habituais: emprego do “cito-baryo” no tipo espastico (nota prévia) – docente Livre e Chefe da Clínica Pediátrica	Pediatria e Puericultura, março 1936, n. III
1936	A propósito dos vômitos-habituais: emprego do “cito-baryo” no tipo espastico (nota prévia) – docente Livre e Chefe da Clínica Pediátrica	Separata da ‘Pediatria e Puericultura’
1936	A propósito dos processos de pneumonia chronica	Set. dez. 1936, ns. I e II

⁴⁸⁹ As separatas encontram-se no acervo da Liga Álvaro Bahia Contra a Mortalidade Infantil (Antiga Liga Baiana Contra Mortalidade Infantil)

	do lactente (docente Livre e Chefe de Clínica Pediátrica – serviço do prof. Martagão Gesteira	
1937	A propósito dos processos de pneumonia chronica do lactente (docente Livre e Chefe de Clínica Pediátrica – serviço do prof. Martagão Gesteira	Separata 'Pediatria e Puericultura'
1937	Tratamento da enurese noturna pelas injeções de anterohypophyse (1ª contribuição – 8 observações) – em parceria com José Peroba (ex-interno e assistente de Clínica Pediátrica	Pediatria e Puericultura
1937	Escola de Puericultura Raymundo Pereira de Magalhães	Separata de 'Pediatria e Puericultura'
1938	Importância das pesquisas sobre os gêmeos em pediatria . Eugen Stansky (Viena). Tradução em parceria com a profa. Rogeria dos Santos	Pediatria e Puericultura, março de 1938, n. III
1938	Importância das pesquisas sobre os gêmeos em pediatria . Eugen Stansky (Viena). Tradução em parceria com a profa. Rogeria dos Santos	Separata da 'Pediatria e Puericultura' (Bahia)



Hosannah de Oliveira (1902-1994)⁴⁹⁰

⁴⁹⁰ Foto extraída da obra CENTENÁRIO do Dr. Hosannah de Oliveira. Salvador: Secretaria da Cultura e Turismo, Egba, 2002. p. 129.

APÊNDICE G - Produções científicas de Hosannah de Oliveira

ANO	TÍTULO	
1927	Considerações em torno de alguns estados febris da Criança	Trabalho apresentado à Semana dos doutorandos (1927) e publicado no Diário Oficial do Estado em 22.09.1927
1927	Perturbações funcionais do fígado na criança, especialmente nos estados de desnutrição	Trabalho apresentado à Semana da Criança (1927) e publicado nos Anais da Semana a Criança e no Jornal dos Clínicos (15.01.1928) que dela tirou uma Separata (1928)
1927	O fígado na hipotrepisia	Tese inaugural aprovada com distinção (1927)
1928	Dados biométricos sobre a criança da Bahia	Trabalho apresentado ao 4º Congresso Brasileiro de Higiene, reunido na Bahia em 1928
1927	Discurso da Solenidade da Formatura	Imparcial de 28.12.1927
1929	Sexualidade Infantil e profilaxia das perversões sexuais	Trabalho apresentado à Sociedade de Medicina Legal, Criminologia e Psiquiatria da Bahia em setembro de 1929 publicado no Mundo Médico (16.01.1930)
1929	Educação e instrução sexuais	Meridiano
1930	Diateze Neuropática	Tese de Concurso à Docência Livre de Clínica Pediátrica Médica e Higiene Infantil da FMB (Bahia: Oficinas da Livraria Científica, 1930)
1932	A constipação no lactente	Bahia Médica, 31.03.1932 (Ano III, n. 11, p. 100 a)
1932	Guanidina como fator da intoxicação alimentar na criança	Bahia Médica, 31.03.1932 (Ano III, n. 11, p. 108)
1932	Resumos de artigos publicados em revistas estrangeiras (diversos)	Bahia Médica
1932	Infecções gerais para o tratamento das perturbações nutritivas do lactente: perturbações agudas	Bahia Médica, 30.09.1932 (Ano III, n. 17, p. 239-244)
1932	O complexo de Édipo em Pediatria	Bahia Médica, 30.12.1932 (Ano III, n. 20, p. 306-309)
1934	Diagnóstico clínico da tuberculose pulmonar no lactente	Pediatria Prática, vol. V, dez. 1934
1935	Tratamento dos vômitos no lactente sob alimentação natural	Jornal de Pediatria, março de 1935, fascículo 3
1937	Febre transitória do recém-nascido	Jornal de Pediatria, abril de 1937, fascículo 4
1939	A alergia no lactente	Anais da Faculdade de Medicina da Bahia (Bahia; Imprensa Vitória, 1939, p. 173-185)



Durval Tavares da Gama (1886-1946)⁴⁹¹

⁴⁹¹ Foto extraída da obra OLIVEIRA, Eduardo de Sá. Memória histórica da Faculdade de Medicina da Bahia concernente ao ano de 1942. Salvador: Centro Editorial e Didático da UFba, 1992, p. 383.

APÊNDICE H – Produções científicas de Durval Tavares da Gama⁴⁹²

ANO	TÍTULO	
1909	Estudo das causas mais comuns das hemorragias antes, durante e depois parto	Tese de doutoramento
1913	Ligeiras considerações anatomo-cirúrgicas da mastóide	Trabalho para a livre docência
1914	Infecção gonocócica: vacinas – Vacina de Dmégon	Trabalho para Livre Docência em Clínica Cirúrgica (1914)
1921	Noções sobre as escolioses essenciais (Clínica Ortopédica)	Tese para concurso de Professor Substituto da 12ª Seção
1922	Diagnóstica e tratamento das adenites tuberculosas cirúrgicas na infância	Tese de Concurso de Clínica Pediátrica Cirúrgica e Ortopédica (1922-19250)
1923-1924	Nefroptose e Hematúria	Gazeta Médica da Bahia
1928	Vícios de conformação dos órgãos gênero-urinários da criança.	A Semana da Criança (Bahia)
1929	Pés tortos	Congresso sul americano de Cirurgia (Rio de Janeiro)
1931	Considerações em torno da cura das hérnias congênitas nas crianças	Gazeta Médica da Bahia
1931	Considerações em torno do prolapso da mucosa ao retal na criança e operação de Heald	Revista Pediatria e Puericultura (Bahia), vol. 1
1932	Poder tóxico dos siris	Sociedade de Zoologia da Bahia (Comunicação)

⁴⁹² FONTE: OLIVEIRA, Eduardo de Sá. Memória histórica da Faculdade de Medicina da Bahia concernente ao ano de 1942. Salvador: Centro Editorial e Didático da UFba, 1992, p. 383-384

APÊNDICE I - Produções científicas de João Francisco Lages Netto

Ano	Título	Publicação
1930	Estudos sobre o metabolismo dos hidrocarbonetos nos latentes da Bahia (1ª contribuição: da “glicemia normal” nos lactentes) – doutorando – trabalho do serviço clínico do prof. Martagão	Pediatria Pratica, dezembro de 1930
1931	Estudos sobre o metabolismo dos hidrocarbonetos nos latentes da Bahia (2ª contribuição: da curva da glicemia alimentar nos lactentes)	Pediatria Pratica, junho de 1931
1931	Importância e função dos hidratos de carbono (H. C.) no organismo infantil	Pediatria Prática, agosto de 1931
1932	Perturbações crônicas	Bahia Médica, 30.09.1932 (Ano III, n. 17, p. 244-251)
1934	Tratamento eficaz e econômico dos distúrbios nutritivos agudos do lactente	Pediatria Prática, fevereiro de 1934
1934	Tratamento da sífilis do lactente	Pediatria Pratica, abril de 1934
1934	A proposito da tuberculino-reação	Pediatria Pratica, outubro-novembro de 1934
1936	Questões atuais. Observações sobre a anemia da 1ª infância (Docente de Pediatria na Universidade do Rio e Medico do Hospital Alemão)	Jornal de Pediatria, novembro de 1936