



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPIRÍTO SANTO  
CENTRO PEDAGÓGICO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO**

**MARGARETE FARIAS DE MORAES**

**A HIGIENE ESCOLAR NOS ESCRITOS DE CARLOS SÁ:  
CIRCULAÇÃO DE IDEIAS E PROJETOS DE INTERAÇÃO ENTRE  
SAÚDE E EDUCAÇÃO (1920- 1945)**

*Vitória*

*2015*

**MARGARETE FARIAS DE MORAES**

**A HIGIENE ESCOLAR NOS ESCRITOS DE CARLOS SÁ:  
CIRCULAÇÃO DE IDEIAS E PROJETOS DE INTERAÇÃO ENTRE  
SAÚDE E EDUCAÇÃO (1920-1945)**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Educação da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Educação, na área de concentração em História, Sociedade, Cultura e Políticas Educacionais.

Orientador: Juçara Luzia Leite

*Vitória*

*2015*

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)  
(Biblioteca Setorial de Educação,  
Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

M827h Moraes, Margarete Farias de, 1967-  
A higiene escolar nos escritos de Carlos Sá: circulação de ideias e  
projetos de interação entre saúde e educação (1920- 1945) /  
Margarete Farias de Moraes. – 2015.  
164 f.

Orientador: Juçara Luzia Leite.  
Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal do  
Espírito Santo, Centro de Educação.

1. Educação – História. 2. Higiene escolar. 3. Saúde escolar. 4.  
Saúde – História. I. Leite, Juçara Luzia, 1964-. II. Universidade Federal  
do Espírito Santo. Centro de Educação. III. Título.

CDU: 37

**MARGARETE FARIAS DE MORAES**

**A HIGIENE ESCOLAR NOS ESCRITOS DE CARLOS SÁ:  
CIRCULAÇÃO DE IDEIAS E PROJETOS DE INTERAÇÃO ENTRE  
SAÚDE E EDUCAÇÃO (1920-1945)**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Educação da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Educação, na área de concentração em História, Sociedade, Cultura e Políticas Educacionais.

Vitória, 31 de março de 2015.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profª Drª Juçara Luzia Leite

Universidade Federal do Espírito Santo

---

Profª Drª Cleonara Maria Schwartz

Universidade Federal do Espírito Santo

---

Profº Dr. Sebastião Pimentel Franco

Universidade Federal do Espírito Santo

---

Profª Drª Simone Chabudee Pylro

Universidade de Vila Velha

---

Profº Dr. Iranilson Buriti de Oliveira

Universidade Federal de Campina Grande

Aos

Meus filhos Lukas e Arthur pela paciência e compreensão nos momentos de ausência.

## RESUMO

A presente tese buscou investigar como, no âmbito das ações e interações higienistas em espaços de práticas, entre eles o Ministério da Educação e da Saúde Pública, os congressos e os jornais médicos, foi pensado o papel da educação, da escola e do professor, considerando, especificamente, a obra do médico e professor Carlos Accioly de Sá, entre 1920 e 1945. A circulação de ideias nacionais e internacionais sobre higiene escolar nas primeiras décadas do século XX também foram investigadas na tentativa de analisar as filiações de ideias higienistas sobre educação e saúde. As questões comuns e os dissensos acerca das representações de higiene escolar, saúde e educação, foram investigados tomando por base a circulação da ideia de modernidade brasileira, imersa na chamada questão nacional. Para esta pesquisa, foi utilizado o conceito de intelectual, baseado em Sirinelli. O diálogo com as fontes se deu também por meio dos conceitos de cultura (Sirinelli), comunidades interpretativas, representações, e circulação (Chartier). Para tanto, articulamos a cultura política do período aos textos produzidos por Sá, em diálogo com seus pares e com as ações do governo e das associações profissionais que ele participou. Partimos do pressuposto que, longe de haver um projeto único de higiene escolar, os textos de Sá nos revelaram apropriações de outras ideias, o destacando assim de sua geração. Na análise de seus escritos, percebeu-se uma apropriação das ideias americanas de saúde pública, que apontou, já na década de 1920, para uma maior ênfase na educação da saúde, em detrimento à inspeção higiênica, no caminho de transformar hábitos, prevenir doenças e promover a saúde.

Palavras chaves: Educação – História. Higiene escolar. Saúde escolar. Saúde – História.

## **ABSTRACT**

This thesis aimed to investigate how, in the context of actions and hygienists interactions in areas of practice, including the Ministry of Education and Public Health, congresses and medical journals, the role of education, the school and the teacher was thought, with specific reference to the medical workforce and professor Carlos Accioly de Sá, between 1920 and 1945. The circulation of national and international ideas about school hygiene in the early decades of the twentieth century it was also investigated in an attempt to analyze the affiliations of hygienists ideas on education and health. Common issues and disagreements about the representations of school hygiene, health and education, were investigated building on the circulation of Brazilian modernity idea, immersed in the so-called national question. For this research, it used the concept of intellectual, based on Sirinelli. Dialogue with sources occurred also through the concepts of culture (Sirinelli), interpretive communities, representations, and circulation (Chartier). Therefore, we articulate the political culture of the period to the texts produced by Sá, in dialogue with their peers and with the actions of the government and professional associations that he attended. We assume that, far from having a single project of school hygiene, Sa texts revealed in the appropriations of other ideas, thus highlighting of his generation. In the analysis of his writings, it was noticed an appropriation of American ideas of public health, which pointed out, already in the 1920s, to a greater emphasis on health education, to the detriment of hygienic inspection on the way to transform habits, prevent disease and promote health.

Keywords: Education - History. School hygiene. School health. Health - History.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>9</b>
<b>1. CARLOS SÁ E OS HIGIENISTAS DE SUA GERAÇÃO .....</b>	<b>19</b>
1.1 EDUCAÇÃO E SAÚDE NAS PRIMEIRAS DÉCADAS DO SÉCULO XX .....	22
1.2 HIGIENISTAS E A EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE NOS ESTADOS UNIDOS.....	28
1.3. A HIGIENE ESCOLAR NO BRASIL .....	45
<b>2. ESPAÇOS DE SOCIABILIZAÇÃO E PRÁTICA.....</b>	<b>76</b>
2.1 A FOLHA MÉDICA .....	76
2.2 AS INSPETORIAS MÉDICAS .....	96
2.3 OS CONGRESSOS .....	112
<b>3. OS ESCRITOS DE CARLOS SÁ.....</b>	<b>120</b>
3.1 SAÚDE E EDUCAÇÃO COMO REPRESENTAÇÃO DE MODERNIDADE E FUTURO .....	120
3.2 AS REPRESENTAÇÕES DA SAÚDE .....	129
3.3 O CONCEITO DE EDUCAÇÃO DA SAÚDE.....	135
<b>4. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>146</b>
<b>REFERENCIAS.....</b>	<b>154</b>



## INTRODUÇÃO

Saúde é vida. Representação de saúde da própria autora, construída ao longo de muitos anos de atuação profissional concomitante em ambientes de saúde e educação. Qualquer semelhança é “mera coincidência”, diria a autora caso lhe fossem dadas certas licenças epistemológicas.

Que como arquivista, docente e historiadora da saúde pôde viver e conviver com representações e práticas da saúde e da educação em confronto quase que cotidianamente. A observação das culturas e práticas dissonantes com as políticas públicas de saúde e educação nestes ambientes complexos gerou reflexões sobre um mundo matizado e entremeado por representações, disputas de poder, estratégias de circulação de ideias e convencimento de práticas. Entre uma forma de conceber a saúde ou a educação e suas repercussões na cultura e nas práticas cotidianas de seus ambientes típicos, há uma linha que definitivamente não é linear e muito menos de fácil visibilidade aos desavisados.

Quando se analisa estas duas temáticas, que individualmente, já tão complexas, em interação, as dificuldades aumentam, na medida em que se colocam em confronto sujeitos, cujos pensamentos estão enraizados em paradigmas científicos e sociais circunscritos aos locais de onde eles “falam”, suas profissões e seus ambientes característicos, em cada momento histórico. Médicos e professores em convívio no ambiente escolar produziram alterações nesta cultura, ao longo dos anos que puderam “disputar” o aluno, cujos resultados demandam ainda muitas pesquisas por historiadores e educadores.

O presente trabalho buscou investigar como, no âmbito das ações e interações higienistas em espaços de práticas, entre eles o Ministério da Educação e da Saúde Pública, os congressos e jornais médicos, foi pensado o papel da educação, da escola e do professor, considerando, especificamente, a obra de Carlos Accioly de Sá entre 1920 e 1945. A circulação de ideias nacionais e internacionais sobre higiene escolar nas primeiras décadas do século XX também foram investigadas na tentativa de analisar as filiações de ideias higienistas sobre educação e saúde. Foram analisadas as interações entre educação e saúde no âmbito das ações do Ministério da Educação e Saúde Pública, com mais especificidade as inspeções

médicas nas escolas. E ainda buscou analisar as representações higienistas de modernidade, saúde e educação.

Carlos Accioly de Sá nasceu no Ceará, em 1886, e morreu em 1969, no Rio de Janeiro. Formou-se em Medicina no Rio de Janeiro, em 1907, mas complementou seus estudos na França e na Alemanha, e, mais velho, nos Estados Unidos<sup>1</sup>, onde aprimorou seus conhecimentos em saúde pública. Aprovado em concurso de provas e título, adentrou a pasta da saúde em 1921 como inspetor médico, mas antes já havia atuado como médico na Hospedaria dos Imigrantes da Ilha das Flores e médico veterinário do serviço de indústria pastoril. Em 1923 passa a compor o quadro de professores de higiene da Escola Normal do Distrito Federal, atuando assim a partir de então como médico, sanitarista e professor.

Os primeiros serviços de inspeção médica nas escolas iniciaram-se no Rio de Janeiro e em São Paulo, entre 1910 e 1911. Estes serviços foram a confluência, até certa medida, de um pensamento médico higienista no ambiente escolar uma vez que, de acordo com aqueles que defendiam essas ideias, o Brasil era doente e isto impedia seu desenvolvimento econômico e social.

Observamos que, na visão dos médicos higienistas, a saúde dos brasileiros, no início do século XX dependia fundamentalmente de bons hábitos de Higiene. Defendiam que, se os adultos tinham mais dificuldade de fazer mudanças destes hábitos, as intervenções mais efetivas seriam as que incidissem sobre as crianças. Nesse sentido, o ambiente mais apropriado para isso seria a escola.

Considerando esse contexto, nossa pesquisa tem por finalidade analisar estas interações no período de 1920 a 1945, fundamentalmente aquelas que colocam pensamentos, representações, atitudes e ações político pedagógicas da educação e saúde em completa e cotidiana interação, destacando-se: os serviços de inspeção médica nas escolas. As questões comuns e os dissensos coexistentes foram investigados tomando por base a circulação da ideia de modernidade brasileira, imersa na chamada questão nacional (PRADO, 2011; LUCA, 1999; CARVALHO, 2011).

---

<sup>1</sup> Sá, em 1928, foi agraciado com uma viagem de estudos de seis meses para Europa e Estados Unidos paga pelo governo brasileiro, com objetivo de estudar a organização de centros de saúde. A viagem foi bem sucedida, mas não ficou impune às críticas. (Correio da manhã, 31/08/1928).

Tanto na educação, como na saúde, no período anterior a 1930, não havia consenso nacional sobre os modelos a serem seguidos e implementados. Entretanto, o que de concordância havia era a noção de que o estado brasileiro carecia de reformas profundas com o objetivo de atender demandas da sociedade da época. O antigo e o novo reclamavam seus espaços e esta falta de alinhamento de projetos políticos tornou o Brasil ingovernável. Neste contexto, a revolução de 1930 foi um movimento vencedor com o discurso e prática de aglutinar forças para renovação do Brasil. Desde cedo, o governo de Vargas se caracterizou por interiorizar à burocracia, forças políticas e ideológicas concorrentes (FONSECA, 2007).

Neste sentido, a presença de intelectuais e formuladores de políticas públicas trabalhando no aparato do estado Vargas foi notória. Entretanto, nem sempre suas ideias foram consonantes, mas podemos assim dizer, que entre eles poderia haver um sonho comum: colocar suas ideias em prática, vislumbrando o poder ampliado nacionalmente do novo governo. Ou também seja pela criação de um corpo de técnicos formados pelo próprio Estado no seu projeto de ampliação da máquina estatal, que, no caso da saúde, gerou um exército de sanitaristas<sup>2</sup> com massa crítica sobre os rumos e destinos da saúde pública no Brasil, que muitas vezes diferia de seus dirigentes (FONSECA, 2007).

As décadas de 1920 a 1940 foram escolhidas como limites cronológicos desta pesquisa. Isso se deveu porque nos interessou o cenário político ideológico que se apresentou, a partir das disputas pela hegemonia das ideias que levaram Vargas ao poder e também pela concretização de políticas sociais no que tange à relação entre educação e saúde nas primeiras décadas de seu governo.

As ideias sobre a realidade nacional, suas mazelas e idiossincrasias, se polemizaram antes e depois da assunção de Vargas ao poder. Mais intensos ainda

---

<sup>2</sup> O movimento sanitarista pode ser dividido em dois momentos importantes. O primeiro corresponde a gestão de Oswaldo Cruz como Diretor geral da Saúde Pública do Distrito Federal, onde os principais pleitos eram o saneamento urbano do Rio de Janeiro, e o combate as epidemias de peste, febre amarela e varíola. A ideia comum era tentar diminuir os prejuízos recorrentes do Brasil, devido às péssimas condições sanitárias do Rio de Janeiro e seu porto. O outro momento se caracterizou pelo entendimento da necessidade de um saneamento na área rural, em especial o combate as grandes endemias rurais. O olhar para o interior estava ligado à ideia de nação. Este movimento, em pleno vigor, no momento da tomada de poder por Vargas, pleiteava uma reforma sanitária mais profunda como caminho para a construção da nação brasileira (HOSCHMAN, 2001).

foram os confrontos acerca das propostas políticas para apaziguamento do chamado atraso brasileiro ou possibilidades de modernização, que poderiam ser, neste momento sinônimos (GOMES, 2013) . A instabilidade política, nos anos iniciais do governo, refletiu a diversidade de interesses daqueles que tinham participado do movimento, tornando o jogo político um processo de complexas negociações. Estas dificuldades acirraram a tensão entre a intenção do Estado em implantar uma centralização da administração do país e as forças políticas locais, de cunho oligárquico, por vezes ainda ligadas à manutenção do federalismo, principalmente quanto às políticas públicas, dentre elas, educação e saúde. (FONSECA, 2007; GOMES, 2013).

Entre 1930 e 1937 ainda avaliza-se propostas de retomada legislativa e uma nova Constituição, frente às propostas autoritárias e centralizadoras. Uma disputa entre forças políticas estaduais e o governo federal. Este panorama teve como desfecho o estabelecimento do Estado Novo em 1937, um regime autoritário de alta centralização de poder na esfera federal, fortalecimento institucional e abrangência das políticas sociais.

No período desta pesquisa, educação e saúde foram aglutinadas institucionalmente, através da criação do Ministério da Educação e Saúde Pública, as duas grandes questões nacionais à época. Através deste ministério, as políticas públicas de educação e saúde puderam ser implantadas, e de certa forma, intensificadas nacionalmente. O Ministério da Educação e Saúde Pública<sup>3</sup> foi criado em 1930 (Decreto nº 19.402 de 14/11/1930), e apesar de se perpetuar até 1953, quando as duas pastas finalmente se separaram, o MESP se modificou entre 1930 e 1937, período de grande instabilidade política. A partir de então, estabilizou suas ações no sentido de garantir uniformidade e abrangência das políticas públicas de educação e saúde em todo território nacional (ARAÚJO, 2013; FONSECA, 2007; HOCHMAN, 2001).

O governo Vargas, tanto para saúde como para educação, respeitando suas diferenças históricas na construção de suas políticas governamentais, foi um marco na nacionalização destas temáticas. Objetivamente, as interações entre saúde e

---

<sup>3</sup> Antes da unificação institucional da saúde e educação em um ministério, ambas estavam em instâncias administrativas separadas, a saúde no Departamento Nacional de Saúde Pública criado em 1920 e a Educação na Secretaria de Estado dos Negócios e Instrução Pública criada em 1890, ainda no governo provisório de Marechal Deodoro da Fonseca (VEIGA, 2007).

educação entre 1930 e 1945, se apresentaram de três formas. A primeira e mais evidente foi a institucional. No âmbito do governo Vargas, estas duas questões se mesclaram em um único ministério, e mesmo tendo cada qual um departamento específico, as interações de ideias e ações foram inevitáveis.

Institucionalmente, a Educação da Saúde teve uma trajetória longa e que se inicia com o antigo Instituto de Propaganda e Educação Sanitária criado nas primeiras décadas do século XX, onde dava suporte as célebres campanhas sanitárias que caracterizaram todas as políticas de saúde deste período. Com este nome adentrou no governo Vargas, e somente ampliou suas atuações em 1937 (decreto 3781 de janeiro de 1937). A partir deste momento assumiu a responsabilidade de “[...] vulgarizar preceitos de Higiene e saúde pública e promover a educação sanitária da população: a ele compete, no que se refere à Higiene, fazer propaganda e educar [...]” (CPDOC/FGV – GC 1936.00.00).

Nesse sentido, outra interação importante seriam as ações governamentais específicas de Educação em Saúde para população em geral. E, mesmo sem apresentar-se tipicamente com uma pedagogia própria, estas ações fundaram um diálogo importante entre educação e saúde. Mesmo que durante muito tempo estas ações tivessem ficado no âmbito da propaganda e da disseminação da informação, no período contemplado desta pesquisa, elas eram vistas pelos higienistas, burocratas ou não do governo, como muito importantes. As ações de propaganda tinham o objetivo claro de vulgarizar os preceitos de Higiene, bombardeando a população com informações sobre regras de Higiene e de combate e prevenção às doenças (GAZZINELI, REIS, PENNA, 2005).

Outras ações de educação em saúde foram observadas em outros departamentos, como no Departamento Nacional de Educação, nas campanhas de alimentação nas escolas e a inclusão nos currículos de disciplinas de Higiene e saúde. A Educação em Saúde também se apresentou nas diversas campanhas sanitárias e de combate de doenças, como febre amarela, malária, lepra, entre outras.

A terceira interação seria mais profunda e a ela especificamente nos atentamos neste trabalho: as intervenções de profissionais médicos ou de saúde no ambiente escolar, isto é, a Medicina escolar, ou Higiene escolar, para um uso exato do termo

à época. O profissional de saúde mais presente nas escolas era o médico, apesar das enfermeiras também ocuparem estes espaços.

Médicos inspetores escolares já eram profissionais requeridos nos primeiros anos do século XX. Curitiba por exemplo, contava com um médico inspetor escolar em 1900 e declarava não ser suficiente, com isso repartiu a cidade para fins de inspeção escolar e delegou a outro inspetor o serviço. O próprio Carlos Sá adentrou no Departamento de Saúde Pública, se exonerando do cargo de veterinário na pasta da Agricultura, para se dedicar a inspeção médica em 1921 e neste cargo permaneceu até 1935, onde assumiu outras responsabilidades no Departamento de Saúde Pública.

Por se tratar de pesquisa no âmbito da História da Educação, demarcamos o trabalho na interseção da História Cultural e da História Política, fundamentando-se em Chartier e Sirinelli. Nosso corpus documental, além das fontes oficiais como legislação e relatórios ministeriais, incluiu os escritos de Carlos Sá, especialmente artigos publicados em *A Folha Médica*, periódico quinzenal, publicado pela Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro entre as décadas de 1920 e 1970, onde Sá foi editor e colaborador entre as décadas de 1920 e 1940. Também utilizamos seu livro *Higiene e educação da saúde*, publicado pela primeira vez em 1943, resultado de um curso ministrado para professores primários, a pedido da Associação Brasileira de Educação, de cujo Conselho Diretor, foi membro.

A Biblioteca Nacional possui a coleção completa deste periódico, entretanto os exemplares da década de 1920 estão inacessíveis para consulta por fragilidade do suporte material. A pesquisa aos exemplares desta década, fundamental para este trabalho, foi feita na Biblioteca Médica da Universidade Federal do Rio de Janeiro. De acordo com o catálogo da Biblioteca Nacional, a partir de 1970, o periódico foi publicado pela Universidade Federal de São Paulo.

Para delimitação da geração de Sá utilizaremos os manuais de higiene, ou similar, produzidos por higienistas escolares que estavam relacionados ou não com a formação de professores brasileiros. Neste sentido foram analisados os manuais de Ary Lex, Almeida Junior, Afrânio Peixoto, J. Fontenelle, entre outros. Nesta análise de geração foi possível identificar as representações de higiene escolar deste autores e as divergências com as representações de Sá. Ao considerarmos que os higienistas americanos voltados para questão da educação da saúde compõem

também a geração de Sá, suas produções também foram utilizadas para entendimento de suas representações acerca da temática.

Para esta pesquisa, o conceito de intelectual, baseado em Sirinelli (2003), aponta para os indivíduos que atuam na sociedade como criadores ou mediadores da cultura. Desta forma, jornalistas e escritores, se acomodam com os primeiros e professores secundaristas e de nível superior, se acomodam melhor entre os segundos. Carlos Sá como médico, editor, escritor de artigos e livros e professor dos níveis, secundário e superior, foi um intelectual muito peculiar, pois pertenceu a grupos e compartilhou ideias nas duas áreas, educação e saúde.

A análise dos escritos de Carlos Sá levou em consideração o contexto de seu “itinerário, geração e sociabilidade” (SIRINELLI, 2003). A análise de suas escolhas profissionais e sua história de vida, nos mostrou a que ideias sobre educação e saúde esteve vinculado, bem como em que meios emitiu e discutiu suas opiniões. Como Sá foi editor e colaborador da revista *A Folha Médica*, acredita-se ser este o principal veículo de disseminação das ideias sobre saúde que ele acreditava. Acredita-se também ser em torno desta revista, e não só, a cristalização de uma comunidade de médicos que compartilharam as mesmas ideias sobre saúde e Medicina. Já na educação, seu convívio por anos com o grupo de professores de Higiene do Instituto de Educação no Rio de Janeiro foi um indício de formação de um grupo com ideias específicas sobre a interação entre educação e saúde e Higiene escolar.

Além do conceito de intelectuais, o diálogo com as fontes se deu também por meio dos conceitos de cultura (Sirinelli), comunidades interpretativas, representações, e circulação (Chartier). Para tanto, articulamos a cultura política do contexto aos textos produzidos por Sá, em diálogo com seus pares e com as ações do governo e das associações profissionais. Partimos do pressuposto que, longe de haver um projeto único de higiene escolar, os textos de Sá nos revelaram apropriações de outras ideias, assim destacando-se de sua geração. Na análise de seus escritos, percebeu-se uma apropriação das ideias americanas de saúde pública, que apontou, já na década de 1920, para uma maior ênfase na educação higiênica, em detrimento da inspeção higiênica, no caminho de transformar hábitos, prevenir doenças e promover a saúde.

E mesmo tendo mapeado os grupos socialmente identificados às ideias de Sá, com os quais ele podia dialogar, pois potencialmente partilhavam ideias sobre o mundo e mais especificamente sobre educação e saúde no Brasil de seu tempo, não seria cabível afirmar que todos pensavam iguais, muito menos que entre as décadas de 1920 e 1940 mantiveram intactas suas ideias e práticas médicas e pedagógicas. Nosso limite está exatamente na dimensão operatória da pesquisa, pois por falta de registro, não foi possível redelimitar ou fragmentar ainda mais o grupo exato que compartilhava as ideias de Sá, dentro dos grupos já identificados.

Quando um grupo, em condições sociais e culturais específicas, no caso intelectuais da educação e saúde, comungam de valores, ideias e práticas, cuja interação é capaz de caracterizá-los e ainda permitir que, entre si, interpretem e dialoguem seus enunciados teóricos, os entendemos como comunidades interpretativas. Nelas, a princípio, há compreensão de ideias, de tal forma que a leitura da produção intelectual de seus integrantes produz sentido mútuo, mesmo que haja discordância e pluralidade de interpretações. Uma comunidade interpretativa compartilha representações, porque a partir de seu conjunto de crenças e experiências, classifica, valora, constrói sentidos e dá significados a certos aspectos do mundo social (CHARTIER, 2009), no caso desta pesquisa a educação e a saúde.

Neste sentido, no transcorrer deste trabalho tentamos responder: O que pensava Sá sobre Educação e Saúde? Quais eram suas representações sobre as problemáticas a elas relacionadas? Suas representações eram consonantes ou dissonantes de outros intelectuais de sua época, dentro e fora de suas comunidades interpretativas delimitadas por este trabalho? Quão consonante também estavam suas ideias sobre a interação entre as duas, com o pensamento predominante e com as políticas públicas à época? Que mudanças ocorreram em seu pensamento entre as décadas de 1920 e 1940?

Sabemos que sempre há articulação entre representações e práticas, e entre normas e condutas, e são exatamente aí que se produzem as resistências e as reformulações (CHARTIER, 2009). No caso específico de Sá, de certa forma, através de sua biografia, que entrelaçava com seus espaços de prática, foi possível analisar o quanto de suas práticas, como professor e funcionário público de



Departamento de Saúde Pública, foi articulado a seus escritos e evidenciado em seus diversos artigos publicados em *A Folha Médica* e em seu livro.

Por que um grupo de intelectuais, socialmente circunscritos, médicos do Rio de Janeiro da geração de 1920, decidem criar um Boletim? A que grupos de leitores eles pretendiam atingir? A que visão ou visões de mundo estes intelectuais estavam afiliados ou simpatizavam? Qual a intencionalidade política?

No seguimento da análise dos veículos dos textos de Sá, e levando em consideração que a materialidade do suporte pressupõe representações e sentidos, foram verificados aspectos estruturais dos textos. Notas, estruturação dos conteúdos, espaço ocupado no veículo, referências, frequência de publicação e, principalmente, suas citações foram analisados no sentido de avaliar padrões e intenções, como, por exemplo, o fato de que o cargo público que ele ocupava no momento da publicação de determinado artigo sempre estava declarado logo abaixo do título. A patente do autor, talvez pudesse configurar mais legitimidade às suas ideias impressas no artigo, criando no leitor certa expectativa de leitura, garantindo certa compreensão.

Quando uma obra adquire sentido? Para isso é necessário analisar a relação entre o texto em si, o objeto que lhe faz possível ser lido e a prática que dele se apodera (CHARTIER, 2002). Nesse sentido, qual obra de Sá mais adquiriu sentido? talvez tenha sido seu livro *Higiene e Educação da Saúde*, que foi reeditado sete vezes entre 1943 e 1963 e não seus artigos. É possível dizer que o livro de Sá, apesar de ser uma extensão de suas ideias expressas em seus artigos publicados na *A Folha Médica*, produziu sentidos variados por apresentar um contexto de suporte e destinatários diferentes, os professores primários do Rio de Janeiro das décadas de 1940 e 1960.

Foram analisados especificamente, nos conteúdos dos artigos sobre saúde e educação, as categorias modernidade, saúde e educação. Não foi usado a categoria higiene escolar, apesar desta temática permear e estar sempre presente no nosso caminho e análise, visto ser a interação óbvia entre educação e saúde. A decisão se deu por dois motivos, a não escolha de Sá por estar nestas comunidades interpretativas, que apesar de serem exíguas no período tratado, já existiam, como a Sociedade Brasileira de Higiene, criada em 1923. O outro motivo foi que a higiene

escolar ainda não havia cristalizada seu corpo teórico e não delimitado de forma clara suas atuações no corte cronológico desta pesquisa.

Com a finalidade de delimitar melhor nossa proposta de investigação, estruturamos o presente texto da seguinte forma: no primeiro capítulo. No Primeiro capítulo discutimos e tentamos delimitar a geração de Sá e o debate sobre educação e saúde nas primeiras décadas do século XX, as representações sobre educação e saúde de higienistas americanos que influenciaram o pensamento de Sá e as representações sobre educação e saúde de higienistas brasileiros que produziram manuais de higiene para professores. O segundo capítulo foi dedicado aos espaços de prática de Sá, *A Folha Médica*, as inspetorias médicas e o *Congresso Nacional de Saúde do Escolar*, onde foram analisadas as divergências de representações e práticas nestes espaços. O terceiro capítulo analisou as representações de modernidade, saúde e educação da saúde nos escritos de Sá.

## 1. CARLOS SÁ E OS HIGIENISTAS DE SUA GERAÇÃO

A doença como um produto social, se tornou de difícil controle, na medida em que as sociedades transformaram, paulatinamente, suas economias agrárias comerciais em industriais, gerando enormes aglomerações humanas. Toda sorte de febres, infecções e distúrbios colocaram a prova o desenvolvimento econômico destas sociedades. A Medicina diante do “império da doença” e com seu antigo método de debelá-la, se viu impotente. Foi necessário desprender-se da ingênua soberania da cura, algo limitada na metade do século XIX, e enveredar-se pela prevenção, enquanto a ciência microbiológica e farmacológica davam seus primeiros passos (PORTER, 2004).

Na virada do século XIX para o XX, praticamente suplantada a teoria miasmática<sup>4</sup>, novos rumos foram dados às políticas públicas de saúde no enfrentamento das doenças. O controle se focou no doente, uma vez que era ele o principal agente transmissor. No aprimoramento destas políticas de controle, ações sanitárias, como inspeções sistemáticas, interdições de domicílios e de fábricas, multas, vacinação, entre outros, mesclaram-se às de persuasão do povo, como publicações na imprensa e distribuição de folhetos avulsos pela cidade, advertindo a população sobre as formas de contágio e prevenção das principais doenças à época (ROSEN, 1994).

A Higiene ou a Medicina social destacou-se nos anos que adentram o século XX, como uma abertura de possibilidades de atuação do médico na sociedade. Um vasto campo foi vislumbrado por ele, a partir do diagnóstico de uma sociedade doente, como a clamar por sua atenção e terapêutica.

---

<sup>4</sup> Esta teoria consistiu na crença de que os surtos epidêmicos de doenças infecciosas seriam causados pelo estado ou qualidade da atmosfera. Condições sanitárias inadequadas causavam um estado atmosférico que provocavam doenças e isso justificava a tentativa de melhorar o saneamento por parte das autoridades sanitárias. A teoria miasmática, após as primeiras descobertas bacteriológicas, foi superada pela teoria contagionista, na qual as doenças eram transmitidas por agentes vivos, as bactérias, que tinham nos homens, a sua maior forma de contágio. (ROSEN, 1994).

Sobre a extensão da penetração do pensamento médico na sociedade, Gondra acredita que a Medicina a partir do século XIX, condensou dois aspectos que a caracterizariam a partir de então:

[...] que a Medicina deveria penetrar na sociedade, incorporando o meio urbano como alvo de sua reflexão e de sua prática, e o de que deveria constituir-se como apoio indispensável ao exercício de poder por parte do estado (GONDRA, 2010, p. 535).

O campo de atuação médico se expandiu da doença em direção à saúde. Da crise do corpo em si, para as circunstâncias sócio econômicas e culturais das vítimas, que no momento, já era sabido, serem também algozes, na medida em que o conhecimento científico de então, admitia o papel dos indivíduos na transmissão das doenças.

O pensamento médico higienista e a bacteriologia, a partir de então, influenciaram as políticas públicas de saúde. As ações de controle dos espaços, classificando-os como higiênicos e não higiênicos, as vacinações compulsórias e a tentativa de inculcar hábitos de Higiene à população, impingiu a estas políticas um caráter de “medicalização da sociedade” (GADELHA, 1995).

Higienistas tinham suas prescrições para sociedade doente, que além das determinações para salubridade dos espaços urbanos, públicos e privados, confluíam seus ditames para a aquisição de hábitos higiênicos por parte da população. A mudança de hábitos balizou muitas das intervenções de saúde pública mundo afora (ROSEN, 1994).

No movimento de ampliação de reflexão e atuação da Medicina, higienistas tomaram “para si o dever e a responsabilidade de definir regras para organização e funcionamento da educação escolar” (GONDRA, 1998, p. 40). A Higiene escolar se tornou então uma subespecialidade da Higiene, de onde prescrições médicas passaram a ser direcionadas para a estrutura física das escolas, à organização de seu cotidiano e ao comportamento dos indivíduos, alunos, professores e pais.

O próprio entendimento dos higienistas escolares sobre o que seria Higiene, incluía a mudança de hábitos em seu bojo teórico prático. Afrânio Peixoto (1876-1947) em 1914 a entendia como:

[...] estudo da saúde e dos meios de lhe obter a conservação, constitui, de há muito, e cada vez mais, uma preocupação dos governos, das corporações docentes, dos pedagogos. Todos estão convencidos de que, em tempo, se obtém facilmente da educação

popular o que, a más horas, não se consegue mesmo da Medicina, ainda tão deficiente e, por vezes, incapaz. Já passou em provérbio que é melhor prevenir do que curar. Sobretudo, é mais fácil, pois certamente é possível, enquanto que a saúde perdida nem sempre se recupera, embora a custo de sofrimento e dispêndios (PEIXOTO & COUTO, 1914, p. 5).

Interessante notar a distinção entre a Higiene e Medicina em Peixoto, onde a segunda, à sua época, estava limitada aos poucos recursos terapêuticos existentes, sejam farmacológicos ou clínicos. Prudentemente era “melhor prevenir do que curar”, era melhor educar a população sobre a forma de se “obter a conservação” da saúde. No contexto do status da profissão médica e do nível de desenvolvimento da saúde pública da época, a afirmação de Peixoto, nos induz a pensar que médicos higienistas poderiam ter mais prestígio, ou mais campo de trabalho e atuação que médicos focados na cura, ou na doença.

Sobre a importância da Higiene, escreveu o higienista escolar inglês Robert Lyster<sup>5</sup> em 1918:

[...] a importância da Higiene para a comunidade em geral, e mais particularmente aos membros mais jovens da raça, está agora, finalmente, sendo amplamente reconhecido.

A Higiene sendo reconhecida “finalmente”, após certo tempo de convencimento dos higienistas, que remonta a segunda metade do século XIX, como um conhecimento muito importante para as sociedades, que puderam, aliadas às suas mazelas urbanas e a reconhecida importância dos avanços científicos na bacteriologia, aceitá-la como um caminho para seus problemas de saúde e também sociais.

Entretanto a nova Higiene, ou a Higiene baseada nas descobertas bacteriológicas levaram os higienistas a alternar o foco do ambiente para o indivíduo, como entendia Oscar Clark (1890-1948)<sup>6</sup> em 1929:

---

<sup>5</sup> Robert A. Lyster escreveu *School Hygiene* em 1918. O livro destinava-se a formação em higiene escolar de professores de escolas primárias na Inglaterra. Lyster, à época, era Diretor de Saúde do Condado de Hampshire e Diretor Médico do Comitê de Educação do mesmo Condado. Foi professor de Saúde Pública e Higiene em universidades inglesas.

<sup>6</sup> Oscar Castello Branco Clark nasceu no Piauí em 24 de fevereiro de 1890. Formou-se em Medicina no Rio de Janeiro em 1910. Em 1914, assumiu o cargo de médico adjunto na Beneficência Portuguesa do Rio de Janeiro, e em 1919 tomou posse como professor substituto de Clínica Médica na mesma instituição. Assumiu a chefia do Serviço de

Em obediência aos princípios então dominantes em Higiene, os serviços de saúde pública, durante o século XVIII e grande parte do XIX, cuidavam somente dos canais de infecção, isto é, do meio exterior, mas desde o período áureo da Medicina – a época de Pasteur e de Kock – seu centro de gravidade foi deslocado do meio externo para o indivíduo, isto, do veículo para a causa das infecções (CLARK, 1929, p. 22).

Clark reconhecia o foco da Higiene de sua época, os indivíduos. Assim como a Medicina havia feito intervenções na organização e controle dos espaços urbanos, agora seria possível intervir e controlar o comportamento dos indivíduos, no que tange, principalmente, aos seus hábitos higiênicos. Acreditava-se então na possibilidade de mudança de comportamento ou na “reeducação para saúde que é a Medicina, ou melhormente a Higiene” (RICARDO, 1936, p. 252).

No esforço em impor regras, controlar e aconselhar, no intuito “áureo” de transformação dos hábitos dos indivíduos, a Higiene se amalgamou com os propósitos da educação, ou ainda, se utilizou deles como ferramenta e meio. Com a Higiene “formam-se hábitos e atitudes, há conhecimentos a adquirir e aplicar” (SÀ, 1941, p.12).

Hábitos e atitudes que se moldam e se transformam pela ampliação do conhecimento sobre a origem das doenças, do funcionamento do corpo humano, das formas de contágio, dos vícios perniciosos à saúde e das formas adequadas para conservá-la. E ainda, tão importante como conhecer este rol de temas, era necessário praticá-los. Era necessário transpor a barreira da teoria e atingir a dimensão prática das recomendações médicas

## 1.1 EDUCAÇÃO E SAÚDE NAS PRIMEIRAS DÉCADAS DO SÉCULO XX

A educação e a saúde foram bandeiras muito importantes para a discussão da questão nacional gestada no início do século XX. Essas questões conseguiram reunir, em torno de suas complexas problemáticas, intelectuais, profissionais de diferentes áreas, e políticos. Como que tomados por um entusiasmo idealista,

---

Inspeção Médica Escolar no Distrito Federal em maio de 1928. Criou em 1934 a primeira Clínica Escolar, hoje Centro Municipal de Reabilitação de Reabilitação Oscar Clark. Em 1939, com recursos próprios, inaugurou em Araruama/RJ o “modelo experimental do seu projeto médico-pedagógico, a primeira escola-hospital, com o intuito de demonstrar a eficácia desse tipo de instituição” (SILVA, 2013).

vislumbravam uma nova nação letrada e saudável, onde o progresso brasileiro, na verdade, estaria condicionado à solução destas questões. Nesse sentido, podemos afirmar que a ideia de que os movimentos por educação e saúde, no início do século XX, tinham no bojo de seus discursos a construção da nacionalidade brasileira, é um pensamento comum entre os historiadores que investigam a interação destas temáticas (LUCA, 1999; ROCHA, 2000; CARVALHO, 2011; PRADO, 2011).

O pensamento pedagógico, que se constituiu no final do século XIX e início do XX, tem relação direta com as mudanças das sociedades no contexto do capitalismo industrial, dos avanços tecnológicos e do desenvolvimento das ciências. Era necessário que os indivíduos pudessem ser inseridos de forma rápida e efetiva nesta sociedade, principalmente por meio do trabalho e das profissões (CARVALHO, 2011).

Os intelectuais da primeira e segunda décadas do século XX tiveram sua contribuição no fomento das problemáticas brasileiras para o caminho do progresso e da consolidação da nação, contrariando assim, no contexto do nacionalismo, a corrente historiográfica que supervalorizou a geração de 1922 e 1930 (LUCA, 1999, p.41). Refletiram de forma exaustiva o Brasil e suas querelas. Neste processo de produção e circulação de ideias, algumas problemáticas e suas soluções foram condensadas no meio intelectual. Como exemplo, destacamos o fato de que a situação de saúde do brasileiro e seu nível educacional eram compreendidos, com certos limites, como as questões (ou problemas) mais importantes no impedimento da construção daquilo que determinaram como modernidade brasileira. E na visão destes homens, da solução destas questões dependia o projeto de futuro do Brasil Segundo Carvalho (2011)::

Para os novos intérpretes do Brasil que entram em cena nos anos 20, as teorias racistas que, desde o século anterior, constituíam a linguagem pela qual era formulada a questão nacional, são assim, relativizadas por uma nova crença: a de que saúde e educação eram fatores capazes de operar a 'regeneração' das populações brasileiras (CARVALHO, 2011, p.305).

Por questão nacional podemos entender como uma ideologia sobre a nação, que é colocado por Oliveira (1990, p.21) “[...] como um sistema de crenças que pretende garantir a integração coletiva, ou seja, como um sistema de signos comunicados [...]”, que de certa forma organiza o espaço público e suas relações. E como tal, o conceito não é estático, pode assumir inúmeras configurações e possui

historicidade. Cada época detém seu sistema de crenças necessário para criar sentimentos e ideias de pertencimento.

Ainda que o conteúdo do nacionalismo tenha suas peculiaridades entre nações, épocas e grupos, ele sempre se apresenta como uma ideologia que tenta afirmar os aspectos específicos de um povo, sua identidade, na mesma medida que afirma suas diferenças em relação aos outros povos. Importante salientar também que estes aspectos específicos que identificam um povo, seja politicamente ou culturalmente, não enterram ideias nacionalistas passadas. Além dos próprios dissensos de uma época, representações de nação de épocas passadas voltam à cena ideológica quando em vez, sob novas configurações e de acordo com as pautas do presente (OLIVEIRA, 1999).

Para esta pesquisa, utilizamos o conceito de questão nacional fomentado na década de 1920, que para Oliveira (1990) se configurou de forma diferente do pensamento do final do século XIX, basicamente ligado aos ideais republicanos de crise do império, que reclamava, por fim, uma real ruptura do Estado nacional brasileiro com seu passado colonial e no caminho de um federalismo liberal, apesar das controvérsias da época.

Nas primeiras décadas do século XX, a conjuntura geopolítica internacional, provocou um maior consenso entre as ideias nacionalistas do período, que colocou em cheque a ideia de nação. A crise do imperialismo, a Primeira Grande Guerra Mundial, os movimentos intelectuais no Brasil, a crise econômica brasileira, entre outros, fomentaram novas ideias sobre a nação brasileira, onde educação e saúde foram elementos importantes neste novo sistema de crenças, que se engendrou nestas primeiras décadas do século XX. E como se percebeu nele, certo pessimismo quanto ao futuro, resolver as questões de educação e saúde significou reconstruir e salvar o Brasil.

O nacionalismo da década de 1920 se apresentou diferente dos momentos anteriores, que tinham como base o sentimento natural do amor à pátria, a crença na grandeza nacional e na qualidade das raças. Esta nova ideia de nação tinha embutido uma postura de luta e de organização para a salvação do país. O modelo biológico fora rejeitado. Nem clima e muito menos a raça justificavam mais o atraso brasileiro. Este novo nacionalismo, por assim dizer, foi militante e os movimentos decorrentes dele, entre eles os dos sanitaristas e os dos precursores da



escola nova, requeriam que fosse renunciada a tese da inferioridade racial do brasileiro. Jeca Tatu não era preguiçoso ou indolente, ele apenas estava doente e analfabeto (OLIVEIRA, 1990). Sobre esta diferença do nacionalismo das primeiras décadas do século XX, Luca (1999, p.42) colocava que:

[...] de uma exaltação contemplativa da beleza natural e das potencialidades da terra, passou-se a advogar a necessidade urgente de conhecer, explorar, administrar e defender o território. Contudo, não bastava arrolar medidas, era preciso passar à ação, o que forçava as elites pensantes a defrontarem-se com a realidade nacional, ensaiar diagnósticos e propor soluções para aqueles que lhes pareciam ser os nossos males. Proliferaram então discursos nos quais o Brasil interessava não pelo que era, mas pelo o que poderia vir a ser.

As novas ideias nacionalistas guiaram boa parte dos intelectuais brasileiros no sentido de construção de projetos de salvação nacional. Entretanto, a situação econômica era outra, pois outras questões entraram e se misturaram as pautas de discussão, como a pressão por industrialização, a questão operária, a urbanização, as políticas econômicas oligárquicas, entre outras. Os intelectuais das novas ideias nacionalistas criticavam políticos e os intelectuais ainda envolvidos com explicações raciais sobre a situação de atraso do país.

Muitos movimentos<sup>7</sup> se sucederam no país, longe de um consenso, basearam suas campanhas em lemas como a “defesa nacional”, a “construção do estado”, “entusiasmos pela educação, “otimismo pedagógico”, “o saneamento dos sertões” (SANTOS, 2008, p. 55). O movimento sanitarista em torno das reivindicações pró-saneamento e o combate às endemias do sertão brasileiro, entenderam a necessidade de se olhar para fora das capitais e resgatar o Brasil esquecido e enfermo das áreas rurais. E diante de um país de 75% de analfabetos (VEIGA, 2007), o movimento educacional pretendeu reivindicar educação para adaptar o brasileiro às novas exigências da sociedade daquele momento.

O nacionalismo dos anos de 1920 foi profícuo em diagnósticos e críticas ao panorama de atraso sócio econômico do Brasil. O passado também foi revisitado e o

---

<sup>7</sup> A Liga de Defesa Nacional, fundada em sete de setembro de 1916 que tinha como lemas a Educação e defesa nacional; A Liga Nacionalista de São Paulo, criada em 1917 e se originou da anterior, além dos ideais já comuns, defendia a conscientização do povo quanto ao ato de votar, e com este intuito promoveu campanhas de alfabetização (OLIVEIRA, 1990); A Liga Pró Saneamento do Brasil, fundada em 1918 e liderado por Belizário Penna (HOCHMAN, 2001).

futuro pensado a partir dos pleitos dos diversos movimentos sucedidos no período. Entretanto, segundo Oliveira (1990), todo este ideário nacionalista foi elaborado por intelectuais, independente de sua filiação profissional, política, de classe ou de formação. Consideravam-se responsáveis por uma missão e se ocuparam em disseminá-la, e de certa forma, tentaram entremear o ideário nacional às políticas governamentais, no intuito de concretizar suas ideias.

Desta forma, muitos destes sujeitos não se trancafiaram em “torres de marfim”. Trataram de se engajar “[...] nas tarefas da operação política propriamente dita”. Os “intelectuais públicos”, como Sá e outros de sua geração, acabaram não circunscritos à crítica e à formulação de opinião pública, não obstante se envolveram como formuladores e executores das políticas e ações governamentais no sentido das reformas na educação e saúde tão requeridas por eles (PRADO, 2011. P. 188).

Entretanto, mesmo compreendidas em suas potencialidades regeneradoras, educação e saúde, não seriam capazes do feito isoladas. Apesar de dissensos nas formas, um ponto central no discurso dos intelectuais e profissionais da saúde seria o processo educacional como um meio de transformação dos hábitos e costumes do povo brasileiro em prol de sua saúde. Esta manobra, como idealização e como prática, fizeram educação e saúde confluírem para mudanças importantes, tanto em seu aporte teórico, como em seu fazer prático cotidiano. A primeira no contexto da Escola Nova; no segundo caso, em práticas imersas no contexto do Higienismo.

Diversos pesquisadores, como Rocha (2000), já destacaram que a escola, na representação dos intelectuais contemporâneos às mudanças que se processaram na sociedade brasileira entre o final do XIX e início do XX, foi apontada como importante meio replicador de hábitos e representações daquilo que era considerado civilizado. Dessa forma, com base na ideia de que uma educação integral constituía-se pela saúde, pela moral e pelo trabalho (CARVALHO, 2011), intelectuais como Carlos Sá, ao pensarem a regeneração do povo brasileiro, colocaram a interação entre educação e saúde como um caminho possível.

Compreendemos que, foi na interação dessas duas temáticas, e nos contextos acima citados, que se deu a produção de uma nova disciplina: a Higiene escolar. Segundo Rocha (2003, p. 2), esta disciplina pretendia:

[...] eliminar atitudes viciosas e inculcar hábitos salutarés, desde a mais tenra idade. Criar um sistema fundamental de hábitos higiênicos, capaz de dominar, inconscientemente, toda a existência

das crianças. Modelar, enfim, a natureza infantil pela aquisição de hábitos que resguardassem a infância da debilidade e das moléstias.

Os médicos higienistas consideravam a escola como um ambiente transformador do indivíduo por excelência, pois produzia nas crianças e jovens um efeito de mudança muito mais efetivo, isto é, mais intenso e profundo e assim, quando adultos, poderiam reproduzir outro modo de vida, diferente do da sua família. No projeto de nação higienista, às crianças e jovens, educação para saúde, aos adultos, assistência em saúde.

A penetração dos preceitos de Higiene nas famílias viria da escola, na medida em que o aluno educado para saúde poderia influenciar sua família, além das ações diretas advindas da escola, como as visitas aos domicílios dos alunos pelas enfermeiras escolares e educadoras sanitárias. Segundo Stephanou (1999, p.1)

[...] embora a educação sanitária devesse ser estendida a todo o corpo social, julgavam que seria mais produtiva na escola, pois criaria hábitos, multiplicaria práticas higiênicas, chegaria até às famílias através dos estudantes. A escola emergia, então, como espaço irradiador, cumprindo um importante papel social no combate à ignorância e na promoção da saúde.

O *Manifesto dos Pioneiros da Educação Nova* de 1932, onde assinaram também médicos higienistas escolares, como Afrânio Peixoto (1876-1947), Antonio Ferreira de Almeida Junior (1892-1971) e José Paranhos Fontenelle, admitiu a desqualificação da família para educar a criança, assumindo que a educação seria uma função essencialmente pública e de responsabilidade do Estado, restringindo suas atribuições e autoridade na formação dos indivíduos.

As necessidades de modernização do país clamavam por uma mudança cultural e civilizatória, onde a educação e saúde foram questões chaves neste processo. Brasileiros saudáveis, por meio de processos educacionais, tinham mais chances de colaborar com o projeto de modernização do Brasil. Entretanto as ideias de como fazê-lo, nem de longe foram consensuais. Intelectuais brasileiros confluíram e divergiram sobre as ideias de Educação em Saúde e Higiene escolar. Receberam e disseminaram as influências que se apropriaram em estudos, viagens, estágios e encontros diplomáticos com profissionais da saúde e educação europeus e americanos. Sá e sua geração pensaram a interação entre educação e saúde, mas apesar de terem as ideias de nacionalidade e modernidade como um contexto

comum, não apontaram para as mesmas soluções e nem compartilharam das mesmas ideias de como transformar o Brasil, através da educação e da saúde.

## 1.2 HIGIENISTAS E A EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE NOS ESTADOS UNIDOS

A apropriação das ideias americanas de Saúde Pública e Educação da Saúde em Sá foram evidentes. Em prefácio de seu livro *Higiene e Educação em Saúde* de 1943, Sá afirmou a importância da produção intelectual dos americanos Thomas Wood, Jesse Williams e Clair Turner na sua própria produção e prática pedagógica. E mesmo na última edição deste livro, em 1966, Sá mantém as referências destes autores na bibliografia principal.

Sá traduziu, em 1927, o livro de Thomas Wood para o português, *A Educação da saúde*. Para Sá, o motivo pelo qual foi válido o projeto de tradução do livro de Wood era a escassez de livros desta temática, e pela obra “ocupar lugar ímpar na matéria” (SÁ, 1943, p. 180), justificando a tradução dos estrangeiros. Como não houve tradução dos outros americanos citados por Sá em seus livros e artigos, ele segue lamentando, na bibliografia comentada da edição de 1966, onde “a tradução desse livro admirável será um grande serviço aos sanitaristas, aos médicos e aos professores” (SÁ, 1966, p. 352), referindo-se ao livro *Personal Hygiene Applied* de Jesse Williams.

Sá entendia a obra destes autores como diferenciadas, pois as colocava acima das obras brasileiras sobre Higiene escolar. Higienistas escolares brasileiros, com livros e artigos publicados sobre a temática, como Afrânio Peixoto (1876-1947), Balthazar de Mello, Oscar Clark, Antonio Ferreira de Almeida Junior, Ricardo Aristides e Ary Lex (1916-2001), não foram citados como referências principais em nenhuma das edições do livro de Sá<sup>8</sup>. Apenas Almeida Junior foi citado no que se referia ao trabalho intelectual e Higiene mental (capítulo VII na edição de 1943 e capítulo VIII na de 1966), bem como Afrânio Peixoto, com seu livro *Noções de Higiene*, edição de 1932, fora citado na edição de 1966, no capítulo sobre cidade, casa, obras de saneamento urbano e casas proletárias.

---

<sup>8</sup> O higienista brasileiro mais citado por Sá, em diversos capítulos nas edições de 1943 e 1966, foi José Paranhos Fontenelle, professor do departamento de higiene do Instituto de Educação do Rio de Janeiro, portanto seu colega institucional de prática docente.

O curioso apagamento dos higienistas escolares brasileiros nos suscitou pensar que algo diferente havia no pensamento e na prática dos americanos sobre a Higiene escolar, ou pelo menos dos autores americanos referenciados por Sá.

Segundo Vaselek (2001) a história da Higiene escolar como política pública ou programa de saúde da escola moderna americana pode ser compreendida por três fases: a fase da “vida escolar saudável”, a dos “serviços de saúde” oferecidos ao escolar a da “Educação em Saúde”. Quase concomitantemente, todos os movimentos tiveram seu início de desenvolvimento ainda no século XIX, como três processos paralelos, que já na década de 1930, passaram a compor, juntos, o ideário de uma política de saúde escolar nos Estados Unidos.

A fase denominada como “vida escolar saudável” referiu-se à salubridade do ambiente escolar, onde a preocupação estava focada nos problemas decorrentes da construção do prédio escolar, da ambiência e também das questões relacionadas com as formas de contágio e ao impedimento da propagação das doenças. E como no Brasil, nos primeiros anos do século XX, conforme o entendimento de que as escolas poderiam ser verdadeiros centros de propagação de doenças, as prescrições acerca da iluminação adequada, abastecimento de água, cardápio nutritivo, organização de carteiras, conteúdos programáticos, eliminação de resíduo e a prevenção da propagação de doenças contagiosas, se intensificaram. O alvo das prescrições não se restringiu ao aluno e atingia também professores e funcionários da limpeza e cozinha, pois não faria sentido o aluno ser contaminado pela própria equipe que o atendia na escola.

Era a fase da escola saudável ou higiênica. Seria a Higiene escolar, que o autor distingue das outras fases, entretanto para ele, os historiadores da saúde escolar americana preferem denominá-la de “vida escolar saudável”, muito pelo fato de que ao longo do desenvolvimento destas políticas e do próprio pensamento sobre Higiene escolar foram sendo incorporadas questões sobre formas diferenciadas de lidar com os alunos com alterações mentais, sejam por deficiência mental ou brilhantismo em termos de inteligência (VESELAK, 2001, p.370).

A fase dos “serviços de saúde” corresponde à intervenção médica clínica na vida do escolar. Com a constatação do enorme número de alunos doentes, afetados pelas diversas epidemias, e com isso apresentando comprometimento da aprendizagem, foi necessário levar a eles assistência médica e odontológica.

Inspetorias médicas foram criadas no Texas (1890), Chicago (1895), Nova York (1897), Filadélfia (1898) e em 1899 os Estados Unidos já contava com a primeira lei estadual sobre a inspeção médica em Connecticut. O trabalho principal dos inspetores era visitar escolas e examinar os alunos, e para os que apresentavam suspeitas de estarem contaminados, segregação e quarentena eram prescritas. Aos poucos, enfermeiras foram se incorporando às inspetorias médicas, como auxiliares dos médicos. O termo “serviços de saúde” passou a ser utilizado pelos que pensavam a questão a partir de 1920. Houve também ampliação e intervenção médica dos exames de saúde dos alunos, os “defeitos” físicos passaram ter intervenção médica mais precocemente. Toda a escola americana, pelo menos até a década de 1950, se sentia na obrigação de oferecer estes serviços aos seus alunos (VESELEK, 2001).

Sobre a fase da “Educação em Saúde”, Veselak (2001) remonta ao ano de 1842, quando médicos e autoridades de saúde pública indicavam ensino de instruções de Higiene para as escolas públicas americanas, entretanto segundo Means (1962), ações voltadas para Educação em Saúde nas escolas já eram adotadas ainda no período colonial, principalmente com foco na importância das práticas de exercícios.

Nos currículos das escolas públicas, Higiene era o nome da disciplina encarregada de ensinar sobre como prevenir doenças e sobre o funcionamento do corpo, tendo sido produzido livros didáticos para auxílio da nova disciplina. Por pressão de algumas associações sociais cristãs, os efeitos nocivos do álcool e narcóticos passaram também a ser ensinados, por força de lei, em quase todos os estados americanos a partir de 1890. No bojo das leis que se espalharam pelo país sobre a obrigatoriedade do ensino de Higiene e fisiologia nas escolas, foram aprovadas leis que obrigaram a prática de exercícios nas escolas ainda em 1910 (VESELEK, 2001).

Associações de proteção à criança, com seus estudos sobre mortalidade infantil, organizações profissionais como as associações médicas, de educadores físicos e de professores, recém-constituídas, contribuíram para a ampliação e fortalecimento dos programas de Educação em Saúde nas primeiras décadas do século XX. E sob a liderança de Thomas Wood, em 1922, foi realizada a primeira

reformulação e reestruturação dos objetivos, planos e conteúdos curriculares do programa de Educação em Saúde das escolas americanas.

Thomas Wood foi considerado pela National Professional Health Education Honorary<sup>9</sup>, um dos mais importantes intelectuais sobre a Educação em Saúde no passado americano, conjuntamente com Clair Turner e Jesse Willians, os também autores referenciados por Sá em todas as edições de seu livro *Higiene e Educação em Saúde*.

De acordo com um de seus biógrafos, Wood teria sido o pai da Educação em Saúde nos Estados Unidos, não só por ter cunhado este termo pela primeira vez, em substituição a termos utilizados em sua época, como ensino de Higiene, educação sanitária, instrução sanitária, entre outros. Wood recebeu este alcunha por seus pensamentos sobre a importância da educação nas transformações do comportamento humano para a melhoria da saúde e não somente na prevenção de doenças. Wood, assim como Williams e Sá, foi médico e professor de professores. Lecionou Higiene e Educação Física na Faculdade de Educação da Universidade de Columbia, Nova York, entre 1901 e 1932. Como chefe de departamento foi responsável pela criação dos cursos de Bacharel em Educação Física e de Bacharel em Educação em Saúde. A partir de suas experimentações como professor do Departamento de Educação Física nesta instituição, pode fundamentar suas ideias sobre educação, saúde e Educação em Saúde (DAVENPORT, 1984).

Além da carreira docente, Wood assumiu muitos desafios a serviço do governo americano e em conjunto com as diversas associações relacionadas à Educação, à Saúde, à Educação Física e à Infância. Presidiu congressos nacionais e internacionais de Educação Física e Educação em Saúde. Para alguns, sua pertinente participação e militância, frente aos movimentos de saúde e Educação em Saúde se devem ao seu próprio estado de saúde. Wood era tuberculoso e apesar disto pode ter vivido até os 86 anos (DAVENPORT, 1984).

O trabalho que tornou Wood conhecido no Brasil foi o livro traduzido por Sá, em 1927, o referido relatório da proposta de reformulação do programa de Educação

---

9 Segundo Black (2006), as associações mais importantes para o desenvolvimento e consolidação da Educação em Saúde nos Estados Unidos foram a American Public Health Association (APHA); Society of Public Health Educators; American Association of Health Education/American Alliance for Health, Physical Education, Recreation, and Dance (AAHE/AAHPERD); American School Health Association e Coalition of National Health Education Organizations (CNHEO).

em Saúde nos Estados Unidos. O livro era um relatório sobre Educação em Saúde nos Estados Unidos, produzido com auxílio de 27 especialistas no tema, membros de uma comissão conjunta, liderada por Wood, da Associação Nacional de Educação com a Associação Médica Americana. Era um verdadeiro tratado pedagógico da Educação em Saúde americana e foi editado em 1924 e 1930, nos Estados Unidos e em 1927, no Brasil. O livro apresentava um diagnóstico da situação de saúde da população americana, com séries históricas de dados, os objetivos do programa, os princípios pedagógicos da Educação em Saúde, explanação detalhada do conteúdo básico do programa e sugestões de métodos e atividades para cada nível escolar. Continha também, como anexo, uma longa lista de fontes e materiais pedagógicos disponíveis para os professores na empreitada de implantar o programa sugerido pela comissão, como livros, artigos, estatísticas, cartazes, panfletos e filmes.

Além da edição brasileira, o conteúdo deste livro foi publicado, em forma de artigo, em edição toda dedicada à saúde, intitulada *Primeiro, a saúde*, da revista Escola Nova, em 1931. Sobre o artigo, o então diretor da revista, Lourenço Filho declarou:

[...] talvez seja este o trabalho mais completo e perfeito no assunto, publicado em todo mundo. Claro, metódico, com base perfeitamente científica, e com aplicações práticas imediatas, ele se impõe ao nosso estudo e meditação. Estamos convencidos da utilidade e oportunidade de sua publicação (LOURENÇO FILHO, 1931, p.5).

Lourenço Filho pareceu corroborar com Sá sobre o ineditismo do trabalho, pelo menos no Brasil, apesar de algumas obras já terem sido publicadas sobre Higiene, Higiene escolar e educação sanitária por higienistas brasileiros. Lourenço Filho ressaltou o caráter metódico e meticuloso do material. As sugestões para a prática da Educação em Saúde de Wood não seriam meros conselhos, mas talvez uma didática própria para a mudança do comportamento para a obtenção de saúde. Entretanto o ineditismo de Wood não estaria só nos métodos específicos para Educação em Saúde, mas principalmente, em novos conceitos sobre saúde, educação e Educação em Saúde.

Wood acreditava que a Educação em Saúde deveria atingir os seguintes objetivos:



I – Instruir as crianças e os moços para que possam conservar e melhorar sua própria saúde;

II – Fixar neles os hábitos e os princípios de viver que, durante sua vida escolar e nos anos posteriores, assegurarão esse vigor e vitalidade abundantes, que fornecem a base para a maior soma de felicidade e eficiência na vida do indivíduo, da família e da comunidade;

III – Influencia os pais e outros adultos por meio do programa de educação higiênica das crianças para que adquirirem hábitos e atitudes melhores, de modo que a escola possa ser um instrumento eficaz para introdução dos aspectos sociais da educação da saúde na família e na comunidade, tanto como na escola;

IV – Melhorar a vida individual e coletiva do futuro; assegurar uma segunda geração ainda melhor; uma nação e uma raça mais sadias e mais capazes (WOOD, 1931, p. 7).

A saúde como bem coletivo não seria uma novidade de Wood, médicos higienistas e autoridades sanitárias em todo mundo, já haviam afirmado que um povo sem ela frearia o desenvolvimento econômico e social de qualquer nação, assim e por isto, se desenvolveram a saúde pública e a Medicina social nos séculos XIX e XX. Entretanto, a dimensão individual da “preservação e melhoria” da saúde seria um aspecto relativamente incomum à época. A saúde do indivíduo, onde o primeiro a ser beneficiado seria ele mesmo, coloca a educação em prol da saúde, em patamar acima à mera fixação de hábitos. Se, seria o indivíduo o primeiro a ser beneficiado, ele deveria assumir parte desta responsabilidade. Deveria transformar seu comportamento e atitudes pela obtenção de conhecimento e entendimento dos aspectos concernentes à saúde. Mas a fixação de hábitos ainda seria necessária, em medida e em proporção à conscientização da criança e sua família, sobre a importância da saúde para a felicidade delas e das gerações futuras. A melhoria da raça, não no sentido biológica, mas como resultado de um movimento educacional e cultural em prol da saúde.

Wood acreditava que:

[...] para cada geração de mães e pais, educar seus filhos inteligentemente, cientificamente e sadiamente é enriquecer o patrimônio social.

Os jovens que tiverem aprendido desde cedo a viverem sadiamente e que estiverem absolutamente convencidos da importância de uma boa saúde, procurarão todos os meios possíveis para salvaguardar a saúde de seus filhos. Os efeitos de um programa construtivo de educação da saúde, cuidadosamente e inteligentemente planejado,

serão, em parte, imediatamente aparentes, mas na segunda, na terceira e na quarta geração é que serão mais fortemente sentidos (WOOD, 1931, p. 19).

Se, em síntese, o objetivo da Educação em Saúde seria tornar pessoas, famílias e comunidades de hoje e futuras mais felizes, por viverem sadias, e este estado de saúde seria conseguido através da educação, à saúde e à educação estaria sendo imputado um enorme valor social.

Wood entendia que o ideal da saúde “não é só a falta de deformidades físicas e de sintomas patológicos. É a realização das possibilidades mais altas do indivíduo, físicas, mentais, espirituais” (WOOD, 1931, p.25), apesar da ausência das doenças seria ainda um aspecto fundamental na sua manutenção, principalmente em um país, que apesar de ter conseguido vencer muitos desafios com as políticas públicas de saúde, ainda apresentava estatísticas preocupantes em mortalidade infantil por doenças contagiosas<sup>10</sup>.

Wood não entendia a saúde como um fim em si mesmo. Manter e melhorar a saúde seriam um meio pelo qual se chegaria ao que realmente importava, a felicidade do indivíduo e da comunidade. Para Wood:

A ignorância deve ser substituída pela instrução e a superstição pela ciência. Porém, a instrução e a ciência não devem fazer com que o indivíduo fique concentrado em si próprio, desejando apenas ser sã e capaz, devem ajudá-lo a realizar a ambição de ser capaz de alguma coisa (WOOD, 1931, p. 109).

Saúde e educação seriam o caminho para que indivíduos e comunidade fossem capazes de concretizar sonhos e realizar grandes feitos. Uma visão otimista sobre o homem e sua produção no meio social. A saúde dos indivíduos, que se refletiria no social, ou que teria como resultado, uma sociedade saudável. Uma perspectiva de uma possível saúde social, onde:

[...] o problema da Higiene social é fundamentalmente de criar um novo ponto de vista, uma nova atitude, um novo ideal...enquanto alguns problemas da saúde pública podem ser resolvidos, banindo-se a ignorância, os problemas da saúde social exigem outra solução: orientarem-se os motivos e desejos humanos (WOOD, 1931, p. 18)

---

<sup>10</sup> Em Detroit, em 1921, a taxa de mortalidade de crianças até 1 ano chegava a 113 em cada 1000 nascidos vivos (WOOD, 1931). No Brasil em 1930 esta taxa era de 162 por 1000 nascidos vivos e em 2010 a taxa caiu para 22 por 1000 nascidos vivos ([http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/evolucao\\_perspectivas\\_mortalidade/evolucao\\_mortalidade.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/evolucao_perspectivas_mortalidade/evolucao_mortalidade.pdf)) Acessado em 23/06/2014.

Tanto a saúde individual, fisiológica e mental, como a social, apresentavam sinais que os professores podiam identificar, caso fossem treinados para isso. A criança sadia, no ponto de visto físico, apresentaria altura e peso adequados para sua idade, teria funções corporais normais, dormiria bem, deveria também brincar com vigor e ter apetite constante.

Os sinais da saúde mental se mostravam em uma personalidade vigorosa e sadia, que promoveria comportamentos emotivos e sociais visivelmente sadios para o professor. Sob este aspecto, crianças sadias apresentariam inteligência em níveis compatíveis com seu desenvolvimento, deveriam conseguir se concentrar, seriam curiosos pelo que os cercam, aceitariam bem os desafios, não teriam medo em demasia, não seriam muito introspectivos e conseqüentemente teriam muitos amigos, conviveriam bem com os colegas e teriam consciência da sua responsabilidade pela felicidade e o bem estar de si próprios e dos demais (WOOD, 1931).

A saúde fisiológica, mental, social e até moral concebida e trabalhada no programa de Educação em Saúde de Wood, nos apontou para o entendimento da saúde como um estado de bem estar global, se assemelhando ao entendimento de seu colega de departamento na Faculdade de Educação da Universidade de Columbia, Jesse Williams. Ambos concebiam saúde como bem estar global, ainda nas décadas de 1920 e 1930, período onde ambos produziam artigos e livros sobre Higiene escolar e Educação em Saúde.

Suas concepções sobre saúde antecederam, em décadas, a declaração da OMS, que estabeleceu em 1948<sup>11</sup>, que saúde seria um “[...] estado completo de bem estar físico, mental e social, e não somente ausência de enfermidade ou invalidez” (SEGRE & FERRAZ, 1997).

Em todas as publicações de seu livro *Personal Hygiene Applied*, dedicado a alunos de todos os níveis escolares e editado oito vezes, entre 1922 e 1946, Williams declarou o mesmo conceito de saúde: “trata-se de manter o corpo e a mente em níveis mais altos, vivendo mais e melhor” (WILLIAMS, 1946, p.4) e criticou

---

<sup>11</sup> Esta declaração foi aprovada na Conferência Internacional de Saúde realizada pela OMS, em Nova York, em 1946. Hoje esta concepção é muito criticada por deixar dúvidas sobre o que seria bem estar e por ser utópica, partindo do pressuposto que nenhum ser humano a alcançará (SEGRE & FERRAZ, 1997).

veementemente a visão da saúde como sendo apenas a ausência de enfermidades. Para ele quem possuía esta visão não conseguiria enxergar o potencial humano, não conseguiria vislumbrar até onde corpo e mente poderiam chegar (WILLIAMS, 1946).

Williams acreditava que a saúde:

[...] como uma ideia que deve implicar mais do que a liberdade da doença. Tal ampliação da ideia traria, não apenas aumento dos valores de saúde, mas também os valores sociais desejáveis. É importante pensar a saúde como uma condição do indivíduo, que possibilita o maior prazer da vida, um maior trabalho construtivo, e isso mostra-se um melhor serviço para o mundo (WILLIAMS, 1946, p.6).

No prefácio da 8ª edição de 1946, Williams analisou os porquês da resistência de seu conceito de saúde à época das primeiras edições. Acreditava que a ignorância das instituições, a crescente cultura americana do acúmulo de capital, que roubava o tempo das pessoas, eram alguns destes motivos. Entretanto o que mais Williams ressaltou sobre tal resistência foi a mentalidade forjada pelas ações das políticas públicas de saúde americanas, que haviam deixado a população passiva frente a sua própria saúde, visto que os altos investimentos do governo para o combate das doenças, havia criado a concepção de que a responsabilidade pela saúde da população seria absolutamente do Estado. Williams avaliou a gravidade desta mentalidade, uma vez que no processo de obtenção, manutenção e melhoria da saúde, o esforço e a responsabilidade individual seriam fundamentais (WILLIAMS, 1946).

Assim como Wood, Williams acreditava que a educação era o meio fundamental para se alcançar a saúde. A transformação do comportamento através do processo educativo era um esforço do indivíduo na compreensão das mais modernas descobertas científicas aplicadas à sua vida. Para ele qualquer um poderia rapidamente conhecer os preceitos da prática da saúde, mas introduzir isto na vida, torná-los operativos nas situações corriqueiras e nas extraordinárias requeria entender a saúde como uma filosofia de vida.

Williams pretendia com seu livro melhorar a qualidade de vida das pessoas, entretanto compreendia o quanto a medição desta qualidade estava em uma

dimensão muito íntima e individual, cada um haveria de ter a sua própria medida. E para melhorar a vida humana:

[...] deve-se não só estabelecer as regras, mas também é preciso levá-los em contato com a profunda e perene fonte da ação humana, onde ideias, ambições, atitudes, preconceitos, esperança e aspirações nascem (WILLIAMS, 1946, p. Xii).

A filosofia da Educação em Saúde de Williams, ressaltada em todas as edições de seu livro até 1946, independentemente dos acréscimos e revisões realizadas, pela imperiosa rapidez das descobertas científicas, nunca havia deixado de ser, que a finalidade da saúde era “viver mais para servir melhor”. A saúde seria uma filosofia de vida que faria o indivíduo buscá-la incessantemente, instruindo-se, habituando-se, transformando-se, melhorando seu corpo e mente, com benefícios para si, mas indubitavelmente para os outros. Para Williams, a saúde também não era um fim em si mesmo.

Com menos argumentos filosóficos, mas igualmente defensor da saúde como bem estar global, Clair Turner, médico e professor de Higiene e de saúde pública nas universidades de Havard e Califórnia, autor do livro *Personal and Community Health*, editado nove vezes, entre 1925 e 1942, entendia o conceito de saúde “além do correto funcionamento do corpo e dos órgãos do corpo, a incluir controle da mente e emoções” (TURNER, 1952, p.15). A saúde deveria ser vista como um valor pessoal, que traria alegria e mais eficiência ao indivíduo.

Turner, apesar de diferenciar a saúde pessoal da coletiva, entendia que sua divisão era tênue e de difícil delimitação, pois os indivíduos formavam a coletividade. Entretanto, na sua explicação sobre a relação entre saúde pessoal e coletiva não apresentava argumentos filosóficos, mas sim funcionais. Um soldado em plena saúde física e mental teria mais condição de estar no front. E indivíduos com dificuldades para controlar a mente e as emoções poderiam se tornam alcoólatras e drogados e iriam, não só perturbar a ordem social, mas também dar prejuízo aos cofres públicos.

Nos três autores, a dimensão prática da Educação em Saúde foi evidente. A relação do conhecimento com a saúde era ambígua, pois ao mesmo tempo em que sua apreensão era muito importante para que os indivíduos pudessem entender perigos, fragilidades e potencialidades de seus corpos e mentes, sua não aplicação o tornava inócuo. Os conhecimentos selecionados e organizados, transmitidos em

livros, atividades e aulas precisavam transformar comportamentos, mudar hábitos, conscientizar, melhorar os indivíduos e a sociedade.

É de se presumir que as atividades docentes de longa data de Williams e Wood, em uma faculdade de educação, devem ter permitido a estes autores contato com reflexões pedagógicas, que talvez em uma escola médica não as tivessem.

Os movimentos de proteção e educação da criança, em grande parte, influenciados pelas descobertas no campo da psicologia infantil nos anos iniciais do século XX, e os impactos da Primeira Grande Guerra Mundial produziram importantes reflexões filosóficas e sociológicas no campo educacional e alavancaram movimentos reformadores do sistema educacional americano. O movimento da educação progressista, comumente conhecido no Brasil como movimento da Escola Nova, foi muito influenciado pelas ideias sobre filosofia e sentido da educação de John Dewey.

Dewey (1859-1952), doutor e professor de filosofia, após ter trabalhado em algumas universidades americanas, se filiou, em 1904, ao Departamento de Filosofia da Universidade de Columbia e também passou a ministrar aulas de filosofia na Faculdade de Educação desta universidade, congregando-se à comunidade de professores, onde já estavam Wood e mais tarde Williams.

Publicou em 1916, o livro *Democracia e educação*, que lançou os pilares de suas ideias sobre a filosofia da educação. Para ele, a educação, a filosofia e a ordem social pertenciam a um todo indissociável, onde a solução dos problemas de uma dependia de transformações das outras. Os temas filosóficos e educacionais se fundiam na busca de uma nova sociedade, no caso, a sociedade democrática (CUNHA, 2011).

Entendendo a Educação como uma necessidade da vida humana em qualquer sociedade, Dewey acreditava que a educação seria “habilitar os indivíduos a continuar sua educação”, entretanto esta ideia não teria sentido em uma sociedade que não fosse democrática, pois não seria possível a “reconstrução de hábitos e instituições sociais por meio de amplos estímulos originados da distribuição equitativa de interesses” (CUNHA, 2011, p. 22). A educação, como uma necessidade social, deveria proporcionar o compartilhamento de conhecimentos, experiência e valores, mas sem desconsiderar as aptidões, a liberdade e o interesse

individual. Com isso a experimentação e a prática, como recursos pedagógicos seriam fundamentais. O indivíduo, sendo considerado no processo de aprendizagem, teria nela, a forma de aliar o conhecimento universal que precisaria adquirir pela pertinência à sociedade que ele está inserido, com sua história, seu conhecimento tácito e seu interesse. A dimensão prática do aprendizado, permitiria dar ao conhecimento universal, um significado individual e com isso permitir que os indivíduos transformassem seu comportamento e atitudes.

Desta forma a Educação em Saúde necessitava de uma pedagogia própria, que garantisse os resultados tão esperados. Wood identificou sete princípios pedagógicos gerais para um programa de Educação em Saúde. O primeiro seria a estreita ligação que deveria existir entre as atividades e situações planejadas pelo professor, os meios subjetivos para tornar as atividades eficazes e o resulta efetivo na mudança de hábitos, atitudes e conhecimento. O professor sempre deveria introduzir os meios subjetivos, no caso os conhecimentos científicos em saúde, em atividades e situações facilmente reconhecidas pelos alunos. O segundo referir-se-ia ao valor e uso deste conhecimento na vida do aluno. As atividades deveriam ser planejadas de forma a habilitar o aluno a usar os conhecimentos em situações de problemas reais do cotidiano. A partir destes princípios, as aulas puramente teóricas deveriam diminuir ao máximo e os resultados das atividades planejadas e da absorção dos conteúdos em saúde deveriam ser avaliados na observação de mudança de comportamento do aluno e não em testes ou arguições

O terceiro princípio seria o gradativo aumento da complexidade dos conteúdos e das atividades, de acordo com o grau de interesse, a capacidade cognitiva e o nível de entendimento sobre saúde dos alunos. Apesar do programa de Educação em Saúde de Wood sugerir conteúdos de saúde para cada nível escolar, baseado nas últimas descobertas científicas sobre o desenvolvimento das crianças e jovens, deveria haver flexibilidade nestas escolhas, pois deveria ser respeitado o nível de saúde de cada grupo de alunos.

O quarto seria que as práticas de saúde e o nível de Higiene esperados do aluno pelo programa, não deveriam se restringir ao ambiente escolar. A casa do aluno e sua comunidade deveriam ser atingidas por suas mudanças de hábitos e atitudes. O aluno deveria ser capaz de transmitir os conhecimentos adquiridos e influenciar seu meio através se sua gradual mudança de atitude diante da saúde.

O quinto seria que o programa deveria fornecer ao aluno informações sobre os recursos institucionais existentes para a conservação de saúde, como informações de funcionamento e uso de postos de saúde públicos, hospitais e programas governamentais de saúde pública e de controle sanitário.

A transversalidade de conteúdos seria o sexto princípio. O ideal não seria estabelecer uma disciplina de Higiene ou saúde na grade curricular, mas introduzir a temática, dependendo do nível escolar, em disciplinas como química, física, biologia, história natural, entre outras. Como se a saúde passasse a ser um dos eixos unificadores das ações educativas nas diversas disciplinas.

O sétimo e último princípio seria a flexibilidade das atividades educativas do programa. A rigidez deveria se restringir aos conteúdos, que deveriam ser atualizados e pertinentes, e à perseguição e avaliação dos resultados na mudança de comportamento e atitudes dos alunos, na escola e em casa. Entretanto deveria haver total liberdade para adequação, adaptação e escolha das atividades pedagógicas.

O princípio pedagógico de Wood mais tratado nos livros de Williams e Turner foi a dimensão prática da Educação em Saúde. Estes autores enfatizaram que os conhecimentos em saúde deveriam ser aplicados, pois não são úteis se ficarem na dimensão teórica. Através de processos de autoconsciência da importância da mudança de comportamento e das atitudes para manutenção e melhoria da saúde, através da absorção dos conhecimentos em saúde. Turner, com uma abordagem mais direta, estabeleceu o nível de profundidade dos assuntos que “procura apresentar o essencial, o conhecimento diário da saúde individual e coletiva dentro dos limites espaciais e de tempo, com o suficiente em anatomia e Medicina” (TURNER, 1952, pág5).

Os livros de Turner e Williams foram produzidos com muitas ilustrações, como fotos e desenhos explicativos, no intuito de facilitar o entendimento dos alunos sobre os sistemas e funções do corpo, posturas adequadas, dentição, entre outros. Tabelas e gráficos com estatísticas variadas, também foram recursos dos autores no intuito de facilitar a compreensão dos alunos e encurtar a distância entre conhecimento e prática.



Williams, assim como Wood, talvez por sua experiência em escolas de formação de professores, se preocupou mais esmeradamente, com a questão didática. Planejou exercícios de reflexão ao final de cada capítulo, revistos, edição a edição, para auxiliar o aluno em seu processo de aprendizagem.

Apesar dos livros de Williams e Turner se diferenciarem um pouco do de Wood, por ser este último um programa completo de Educação em Saúde para todos os níveis escolares, foi possível tecer comparações dos conteúdos selecionados pelos autores. Como tais conteúdos seriam a base de conhecimento necessária para a Educação em Saúde, foi possível identificar as temáticas mais importantes, logicamente àquelas que seriam comuns aos três, e temáticas que cada um privilegiou de acordo com sua visão sobre a saúde e as formas de mantê-la e melhorá-la.

Todo um conjunto de tópicos relacionados à fisiologia do corpo estava presente nos três autores. Como a ciência biológica que estuda as funções dos seres vivos e, em geral, os fenômenos da vida, a fisiologia seria um conteúdo fundamental, pois da compreensão dela, dependeria o entendimento da manutenção e melhoria da saúde. Assuntos relacionados ao funcionamento do corpo e sua interação com o meio ambiente foram minuciosamente explanados. Os sistemas corporais, os elementos que os compõe e suas funções, foram colocados na perspectiva da manutenção e melhoria da saúde. Desta forma questões como o tempo de sono adequado, o planejamento adequado da dieta alimentar, a rotina da eliminação de resíduos corporais, a respiração em ambientes abertos, a Higiene do corpo e os exercícios físicos foram introduzidos nos livros dos três autores.

Os três autores também deram um destaque especial, em capítulos específicos, para ao conceito de saúde, à nutrição, à prevenção de doenças contagiosas e à saúde mental. E como Wood e Williams eram professores do Departamento de Educação Física da Faculdade de Educação da Universidade de Columbia, se ativeram profunda e longamente aos exercícios físicos. Wood apontou para uma tendência em sua época, onde educadores físicos, onde ele próprio se incluía, de entenderem a educação física para além dos exercícios mecânicos do corpo, de forma a fortalecer órgãos, músculos e articulações. Para este grupo de educadores, a educação física era considerada como “tendo aspirações e objetivos,

intelectuais e sociais, que pertencem à educação em geral e que não estão incluídos primitivamente em um programa de educação física” (WOOD, 1931, p. 65).

Apenas a ginástica como atividade principal de um programa de educação física, não foi o que Williams e Wood apontaram em suas explicações, apesar de terem discutido, como Turner, sobre a importância dos exercícios para o bom funcionamento do corpo. Eles colocaram a importância de atividades físicas para desenvolvimento global do indivíduo. Atividades esportivas individuais e em grupo, competições e brincadeiras fizeram parte das sugestões deles para um programa adequado de educação física. O desenvolvimento das relações humanas, da inteligência e de habilidades cognitivas seriam alguns dos resultados que eles acreditavam advir destas atividades. Inclusive Wood, já havia chocado a plateia da oitava reunião, da ainda incipiente, Associação Americana para o Avanço da Educação Física, em 1893, onde ele, à época, polemizava, afirmando:

[...] a educação física deve ter um objetivo tão amplo como a própria educação, e tão nobre e inspiradora como a vida humana. O grande pensamento em educação física não é a educação da natureza física, mas a relação do treinamento físico para completar a educação, e, em seguida, o esforço para tornar o físico contribuinte com a sua quota total para a vida do indivíduo no ambiente, formação e cultura (WOOD, 1893, p. 9, apud, DAVENPORT, 1984, p. 63).

Como o livro do Wood era um programa completo de Educação em Saúde e foi escrito para ser um guia completo de escolas e professores na sua implantação, continha assuntos que não cabiam aos de Williams e de Turner, como a prevenção de acidentes e os problemas da Educação. Sobre este tema, Wood, além de outras questões, deu ênfase aos aspectos psicológicos na educação em geral e na Educação em Saúde. E ainda indicou que a psicologia infantil já estaria bem estabelecida em sua época, de forma a dar segurança a professores e escola, no planejamento pedagógico geral e no da Educação em Saúde. Destacou que a inteligência, ou segundo ele, a capacidade de aprender, deveria ser considerada pelo professor e escola a partir da faixa etária da criança, da sua capacidade de entender e de formular conceitos abstratos, da sua capacidade de generalizar e de seu vocabulário. No entendimento de Wood, apesar do “nível de inteligência” estar, de certa forma, relacionado à idade da criança, dever-se-ia ter flexibilidade, pois

haveria de existir crianças pequenas mais inteligentes que adolescentes e jovens adultos.

Ainda sobre a psicologia aplicada à educação, Wood destacou a relação entre saber e fazer, até porque isto seria um ponto nevrálgico para Educação em Saúde, na medida em que seu objetivo seria transformar comportamentos e atitudes a partir da absorção de conhecimentos relativos à saúde. Para Wood, “[...] a inteligência determina o que um indivíduo pode fazer, suas qualidades instrutivas e emotivas determinarão o que ele fará” (WOOD, 1931, p. 104). E na “dinâmica dos procedimentos”, que auxiliariam a formação de hábitos, a reflexão, a repetição e o sentido de efeito seriam fundamentais no planejamento das atividades educativas.

Talvez por ter sido o livro de Williams, não só, mas preferencialmente, voltado para estudantes já dos níveis médio e superior, o autor introduziu assuntos e abordagens de temática adulta como a vida sexual. Neste sentido, Williams abordou as razões do sexo ser importante na vida humana, tratou de casamento, família, órgãos reprodutores e logicamente apresentou as doenças relacionadas ao seu funcionamento e uso. Outros capítulos de feição mais adultos também foram introduzidos, como a relação da ciência com a saúde e a natureza do comportamento humano. Nestes capítulos optou por uma abordagem filosófica e sociológica, contagiado provavelmente pelas reflexões sobre a formação e desenvolvimento da conduta dos indivíduos apontada por Dewey.

Turner, apesar de ter sido professor, não deve ter tido contato ou não se envolveu diretamente, em sua prática docente, com as reflexões de cunho especificamente pedagógico e do sentido da educação, próprios das primeiras décadas do século XX, pois se restringiu a explanar, de forma minuciosa, sobre as temáticas específicas da saúde do ponto de vista mais biológico e fisiológico.

Diferentemente de Wood e Williams, que trataram a hereditariedade de forma rápida e em capítulos de outros temas, Turner dedicou um capítulo inteiro a ela, explanando sobre suas complicações na conduta, na mentalidade e na saúde. Neste capítulo também abordou a questão da eugenia, definindo-a como a ciência que pretendia a melhoria da constituição genética da raça. A parte dois de seu livro, conforme anunciava o título, foi dedicado aos temas relacionados à saúde pública, como água potável, notificação de doenças, tratamento de lixo, Higiene na indústria, entre outros.

Sá, por acreditar nas ideias e por admirar os trabalhos dos três autores, os colocou nas referências principais de todas as edições de seu livro, entretanto o mesmo não aconteceu entre eles, nos livros específicos analisados. Apesar dos autores terem sido contemporâneos, apenas Wood referenciou Williams, mas Turner e Williams não se referenciaram mutuamente e nem a Wood. Independentemente disto, os motivos pelos quais motivaram Sá os referenciar, estão claros. À Wood e à Williams, não só pela proximidade da atuação profissional, por serem os três médicos professores de professor, mas também pela identificação das ideias sobre saúde, educação e Educação em Saúde. À Turner, provavelmente pelo embasamento técnico acurado e minucioso das questões pertinentes à saúde e à sua manutenção, tão importantes para ajudar professores e alunos na empreitada em prol da saúde.

As ideias e práticas sobre educação, saúde e Educação em Saúde, principalmente de Wood e Williams influenciaram o pensamento de Sá, que se refletiu em seus escritos como em suas práticas pedagógicas e como inspetor médico. Os conceitos de saúde e educação nos escritos de Sá se aproximaram muito dos autores americanos, além de ter sido possível identificar práticas sugeridas por eles, não só nos materiais analisados como em outros.

A ênfase que os americanos deram a importância da educação no processo de preservação e melhoria da saúde, influenciados pelas ideias escolanovistas de possibilidade de transformação dos indivíduos pela educação, foram perceptíveis paulatinamente nos artigos de Sá das décadas de 1920 e 1930, período onde suas ideias foram se distanciando de uma Higiene escolar para uma Educação em Saúde. Em seu livro *Higiene e Educação da Saúde* de 1943, estas ideias se condensaram melhor e puderam ser expostas de forma mais profunda e completa. O livro, que em seu título já distinguia a Higiene da Educação em Saúde foi destinado, prioritariamente, ao público mais interessado em uma pedagogia para a saúde, o professor.

### 1.3. A HIGIENE ESCOLAR NO BRASIL

#### 1.3.1. A historiografia

Na análise da historiografia da Higiene escolar no Brasil, identificamos algumas lacunas temporais, talvez conotando certo desinteresse dos historiadores da educação sobre esta temática, nestes períodos esquecidos. O interesse pela história da Higiene escolar, a partir dos trabalhos e pesquisas encontradas, se concentrou em três momentos.

Entre as décadas de 1910 e 1920, os trabalhos se apresentaram quase que como um inventário histórico da Higiene escolar do que uma pesquisa histórica. Médicos higienistas como Pedro Basile, Moncorvo Filho e Renato Kehl, em seus esforços de estabelecer métodos e estratégias para a Higiene escolar, levantaram ações do passado para fortalecer e apresentar a longevidade das ideias higienistas para a educação, principalmente ao que tange a inspeção médica nos escolares, questão que não estava clara na passagem do XIX para o XX nas ações do Estado. Outros médicos higienistas, até 1940, como Antonio Ferreira Almeida Junior, Clemente Ferreira, Oscar Clark, Belizário Penna, José Paranhos Fontenelle, Balthazar Vieira de Mello, Carlos Sá entre outros, mesmo que não tenham pesquisado sobre a história da Higiene escolar, deram importantes contribuições para o entendimento do tema, colocando seus pontos de vista quanto aos objetivos, métodos, dificuldades e interação com os profissionais da educação.

O segundo período de interesse sobre a história da Higiene escolar foi observado entre a década de 1970 e início da de 1980. Os novos investigadores, também médicos, estavam agora interessados em reafirmar a Higiene escolar como uma especialidade médica, ou uma subespecialidade da pediatria, a saúde escolar, que merecia o reconhecimento dos cursos de graduação e pós-graduação em Medicina. Para os autores deste momento, o termo Higiene escolar não fazia mais sentido. Outro termo deveria ser cunhado, a saúde escolar, que foi considerada por eles como:

Parte da Medicina que estabelece os meios de promoção, proteção e recuperação da saúde física, mental e social da criança e seu desenvolvimento normal durante o período de frequência à escola [...] assim conceituada, os objetivos da saúde escolar são, em

resumo: 1) favorecer o desenvolvimento normal da criança escolar; 2) estudar os fatores desfavoráveis e os meios de combatê-los; 3) manter a higidez física, mental e social do escolar; 4) instruir e educar a criança nos cuidados de conservação e melhoria da saúde; 5) traçar normas especiais de educação para os alunos excepcionais, integrando-os na comunidade (MORAES, 1978, p. 31).

Autores como H.M. Novaes, M.L. Paris e Gerson Zanetta de Lima investigaram historicamente o tema para reafirmarem suas posições à época. Defendiam maior seriedade no trato da saúde do escolar. Lima (1985) e Paris (1982) criticaram os educadores e historiadores da educação por não terem se interessado pelo assunto. Suas atividades no campo da saúde escolar foram relatadas por eles como solitárias, na medida em que não receberam apoio dos educadores e nem da comunidade médica em seus projetos.

O terceiro e último momento foi constatado a partir do final da década de 1980 em diante. Este momento observa-se o início do interesse dos pesquisadores da História da Educação. Este período coincide com o desenvolvimento de pesquisas em história cultural por estes historiadores.

A tese de doutoramento de Marta Maria Chagas de Carvalho de 1987 adentra nas investigações históricas do tema. Com *Molde nacional e fôrma cívica: Higiene, moral e trabalho no projeto da Associação Brasileira de Educação (1924-1931)*, a autora analisa os movimentos educacionais dos anos de 1920, que confluem na criação da Associação Brasileira de Educação – ABE, confrontando os projetos políticos educacionais idealizados por ela com outras ideias e pensamentos educacionais circulantes para além de seus muros. Entretanto o caminho metodológico escolhido por Carvalho inaugurou o uso do conceito de representações na História da Educação. Na análise dos discursos circulantes na ABE, Carvalho identificou que nas acepções de educação destes discursos três temas as sustentam: saúde, moral e organização racional do trabalho. Em outros trabalhos, Carvalho (2011) utilizou a Higiene escolar para sustentar suas hipóteses sobre o pensamento nacionalista, mais precisamente na sua análise da categoria disciplinarização deste pensamento. Segundo Carvalho (2011, p. 303):

O movimento protagonizado por médicos e higienistas em favor da reforma da saúde tem inúmeros pontos de contato com o promovido por amplos setores da intelectualidade em favor da ‘causa educacional’, nos anos 20.

Heloisa Helena Pimenta Rocha, a partir de sua dissertação de mestrado *Imagens do analfabetismo: a educação na perspectiva do olhar médico no Brasil dos anos 20* de 1995, inaugurou uma série de trabalhos sobre Higiene escolar e suas afinidades. Sua tese *A higienização dos costumes: educação escolar e saúde no projeto do Instituto de Hygiene de São Paulo (1918-1925)* de 2001, orientada por Carvalho, cristalizou seu interesse acadêmico sobre o tema.

Neste trabalho, Rocha analisou categorias como ciência, modernidade e disciplinarização dos costumes na atuação da Fundação Rockefeller na criação do Instituto de Higiene de São Paulo. O convênio que se firmou com esta fundação e o governo de São Paulo culminou na criação do Instituto, em 1918, e reorientou as diretrizes sanitárias em moldes americanos. O modelo americano de abordagem da saúde pública, à época, baseava-se na crença de que os problemas de saúde de uma população podiam ser sanados, em parte, pela construção de uma consciência sanitária individual e coletiva, que levaria a melhores hábitos de Higiene e isto na prevenção das doenças e conseqüentemente na promoção da saúde (ROCHA, 2003, p. 6). A partir disso, nas novas diretrizes sanitárias estariam incluídas, em certa medida, as intervenções higienistas na educação escolar.

Em outros trabalhos, Rocha (2000, 2003, 2005, 2010) continuou suas investigações sobre o tema, visitando questões como a representação dos médicos higienistas da infância, os discursos higienistas sobre educação, os manuais de Higiene escolar, as educadoras sanitárias, as estratégias higienistas sobre os corpos dos escolares, a cultura escolar e a racionalidade científica, entre outros.

Rocha seguiu com suas investigações no propósito de confirmar o caráter doutrinador do projeto higienista para a educação, inclusive a Educação em Saúde, que para ela também seria parte deste projeto doutrinador. Neste sentido não discutiu a multiplicidade das representações de saúde e higiene escolar entre os médicos higienistas brasileiros, muito menos as diferentes propostas de métodos para educação da saúde decorrentes delas.

Maria Stephanou em sua tese de doutoramento *Tratar e educar: Discursos médicos nas primeiras décadas do século XX*, em 1999, analisou as práticas discursivas da Medicina social sobre educação, no Rio Grande do Sul, nas primeiras décadas do século XX. A autora também descreveu e examinou os processos educativos propostos pela Medicina para educar crianças, jovens e a população em

geral, com isso, a autora também investigou as práticas não discursivas da Higiene, ou Medicina Social, termo que ela preferiu utilizar, no que tange à educação. Neste sentido, a autora examinou a inspeção médica nas escolas, o ensino de Higiene, a propaganda sanitária e os manuais de Higiene. A autora utilizou, em parte, as ideias de Michel Foucault sobre a razão médica. A autora destacou a importância do discurso e das estratégias de ação médicas no entendimento histórico das concepções sobre educação e suas práticas.

José Gonçalves Gondra, também orientado por Carvalho, foi outro pesquisador deste último momento de interesse pela história da Higiene escolar e suas interações. Sua tese de doutorado *Artes de civilizar: Medicina, Higiene e educação escolar na Corte Imperial*, em 2000, examinou as teses de doutoramento dos médicos da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro entre 1850 e 1890 e, pela análise dos discursos destes médicos, investigou os dispositivos de institucionalização da ordem médica no Brasil do século XIX, inclusive na educação escolar. O autor trabalha com a ideia de representações médicas sobre a educação escolar, e neste sentido aponta a Higiene, ou parte social da Medicina, por formular um projeto de educação escolar. Neste projeto a questão civilizatória, entre outras, está presente. Educar e civilizar se tornam indissociáveis, e a base pela qual a razão médica pretendia transformar o povo brasileiro.

Em outro trabalho, Gondra (2010) discorreu sobre o recente interesse dos historiadores da educação pelo tema. Apontou para possibilidade de, caso se entenda a Higiene escolar como mais um projeto ou concepção para a educação, ampliar-se-ia muito as possibilidades de análise historiográfica sobre a educação. O autor pontuou que, apesar de nos últimos anos, outros vieses historiográficos se apresentaram, a História da Educação ainda é marcada pelo discurso legislativo, seja privilegiando-o, seja criticando-o. Para Gondra, este viés excluiria sujeitos, processos, projetos e práticas cotidianas, como os projetos oriundos da razão médica, que é sistematicamente esquecido.

Tânia Regina de Luca (1999) em sua investigação sobre a questão nacional e pensamento nacionalista do início do século XX, examinou o discurso, ou os discursos, dos intelectuais colaboradores da Revista do Brasil<sup>12</sup>. Em seu livro *A*

---

<sup>12</sup> Segundo a autora a Revista do Brasil "[...] foi a principal publicação de caráter cultural da república velha. A revista acolheu em suas páginas os nomes mais representativos da



*Revista do Brasil: Um diagnóstico para a (N)ação* de 1999 dedica um capítulo à análise do higienismo e eugenia e a questão nacional, nos discursos dos colaboradores da revista. A autora discorre sobre as mudanças no conceito de saúde da virada do XIX para XX. A desinfecção dos ambientes e o controle das endemias não eram suficientes. Era necessário prevenir a doença e para isso a construção de hábitos higiênicos nos brasileiros era primordial, posto isso, "[...] a escola era, sem dúvida, um espaço privilegiado para difundir o novo conceito [...]" (LUCA, 1999, p. 222).

Também sobre os discursos e práticas médicas no ambiente escolar, foram as investigações de Iranilson Buriti Oliveira a partir de 2007, entretanto com foco na Paraíba aproximadamente entre 1920 a 1945. Esses discursos que ele designou chamar de médicos-pedagógicos, largamente encontrados nos jornais e revistas do período, continham representações da centralidade da educação higiênica para o futuro daquele estado, principalmente depois da assunção de Epitácio Pessoa à presidência, em 1919. Oliveira investigou como esses discursos ao adentrar os espaços escolares, contribuíram para construção "[...] das identidades dos sujeitos históricos envolvidos", que dele se apropriaram, professores, alunos, políticos e médicos, (OLIVEIRA; FREIRE 2014, p. 60).

O interesse crescente pela a história dos intelectuais e suas produções levou outros historiadores da educação a se aproximarem da higiene escolar, principalmente no tocante sua relação com os debates nacionalistas no início do século XX. As produções dos pesquisadores do grupo de pesquisa Estudos Intelectuais, Sociedade e Política (Gepisp), da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, no intuito de investigarem as muitas dimensões da relação dos intelectuais com a sociedade, no contexto da diversidade de debates acerca da nacionalidade e modernidade brasileiras, discutiram as representações e apropriações de intelectuais médicos e da educação.

Neste sentido, tendo como base médicos como Fernando de Magalhães, Emanuel Dias, entre outros, estas pesquisas puderam identificar as variações de projetos médicos na discussão da sociedade brasileira até 1930. Diferenciações nas representações de gênero, civilidade, saúde e educação foram possíveis serem

---

época, tendo desfrutado de enorme prestígio e ostentado uma longevidade rara para os padrões então vigentes[...]" (LUCA, 1999, p. 31).

identificados nos projetos médicos para o Brasil, investigados por estes pesquisadores (CARULA; ENGEL; CORREA, 2013).

Outras pesquisas sobre intelectuais médicos foram empreendidas, como as Sonia Câmara, que no seguimento de suas investigações sobre projetos para infância e suas representações, a partir da sua tese de doutoramento, *Sob a Guarda da República: a infância minorizada no Rio de Janeiro da década de 1920*, apresentada ao programa de pós graduação da Universidade de São Paulo, sob a orientação de Diana Vidal em 2006, a colocou em contato com o pensamento médico de Moncorvo Filho e Oscar Clark.

Camara investigou as representações de infância de Moncorvo Filho no contexto da criação da primeira experiência institucional de intervenção médica no cotidiano escolar no Brasil, a criação da Inspeção Sanitária Escolar em 1910 do Distrito Federal. Camara, no contexto desta instituição, investigou as representações de normalidade e anormalidade infantil no discurso de Moncorvo Filho e nos dos médicos de sua geração. Segundo Camara:

No entanto, o que estava em jogo para esses médicos não era apenas a defesa empedernida da criação de um órgão da administração municipal direcionado à inspeção das crianças nas escolas da municipalidade. O que estava localizado no desejo impulsionador da proposta era a compreensão sobre a missão social do médico de conduzir reformas e intervenções capazes de produzir a transformação do País. Dessa forma, a Medicina buscava ampliar seu raio de ação, instituindo a competência médica para afiançar um novo ordenamento da escola e das relações nela instituídas (CAMARA, 2013, p. 82).

Avançando nas investigações sobre os discursos higiênicos sobre a infância, Camara, no contexto da reforma do ensino de Fernando de Azevedo à frente da Diretoria de Instrução Pública do Distrito Federal a partir de 1927, analisou o discurso e práticas higiênicas nesta reforma e indica possíveis diferenciações de representações e práticas a cerca da intervenção médica na escola do período. Médico de dentro e fora da inspetoria escolar chefiada por Oscar Clark, divergiam em suas representações acerca da higiene escolar (CAMARA, 2004).

Apesar de Camara corroborar com os autores anteriores sobre a intervenção do pensamento médico no ambiente escolar, como mais um exemplo da tentativa de ampliação das ações médicas sobre a sociedade, nos pareceu que ela pode conceber e enfatizar certo altruísmo médico nos discursos e práticas de Moncorvo

Filho. Considerando-o como sujeito histórico e analisando sua trajetória de vida, principalmente no contexto do Instituto de Proteção e Assistência à Infância, idealizado e criado por ele em 1899, Camara pode indicar que as ações desta instituição, puderam engrossar o discurso acerca do movimento de proteção à infância do início do século XX no Brasil (CAMARA, 2014).

Com as investigações sobre a História da saúde iniciadas em 2012, por Sebastião Pimentel do programa de pós-graduação em História da Universidade Federal do Espírito Santo, inicia-se um importante foco de estudo acerca das representações da saúde e da doença neste programa. Suas investigações já começam atrair em torno destas temáticas, alunos e pesquisadores da história e da educação, indicando uma confluência, em futuro próximo, das investigações a cerca da interação das duas áreas nesta universidade.

### *1.3.2 História e as representações da Higiene escolar*

Moncorvo Filho (1871-1944)<sup>13</sup> escreveu sobre a história da Higiene escolar no Brasil em 1916, e neste trabalho, relatou que já havia teses de Higiene escolar datadas de 1850 e 1880, ou seja, médicos já se preocupavam com as técnicas adequadas para evitar doenças na população escolar infantil ainda no Brasil Imperial. No final do século XIX, o Barão de Lavradio promulgou um decreto que regulamentava a inspetoria de Higiene nas escolas, o decreto nº 9554 de 3/02/1886. Este decreto determinava que a Inspetoria Legal de Higiene, além de inspecionar diversos estabelecimentos públicos e privados, teria que “[...] visitar duas vezes por mês, as escolas públicas de instrução primária e uma, as particulares [...]”.

Entretanto, essas ações, ou intenções, não eram alargadas, principalmente, porque o número de escolas primárias no Império era diminuto. Além do mais, a ideia de transformação da situação de saúde da população através da educação não estava cristalizada neste período, assim a Higiene nas escolas ficou na letra morta da lei e, caso tenha sido concretizada, focou apenas em algumas experiências locais

---

<sup>13</sup> Arthur Moncorvo Filho nasceu no Rio de Janeiro em 13 de setembro de 1871 e como seu pai, formou-se em Medicina do Rio de Janeiro, em 1897. Defensor do direito médico-social da criança empreendeu movimentos em defesa da infância, e criou o Instituto de Proteção e Assistência à Infância em 1899, onde produziu campanhas de educação para as mães e de higiene da infância (CAMARA, 2013)

de inspeção dos espaços e não se preocupando ainda com a pedagogia higiênica (LIMA, 1985). As ações concretas de Higiene escolar podem ter sido incipientes neste período, entretanto para Gondra (1998) a Medicina imperial já havia forjado um projeto para as escolas. No âmbito do discurso, segundo este autor, um projeto médico para educação havia sido gestado no interior da Academia Imperial de Medicina, entretanto é possível observar que na prática, estas ideias ainda estariam por ser executadas de forma mais abrangente.

No início da República, as preocupações se estenderam para as especificações na construção dos prédios escolares. No código sanitário de São Paulo de 1894, já se estabeleciam as regras para construção deste tipo de prédio. Deveria estar distante de hospitais, cemitérios, igrejas e prisões, para ficarem assim longe de aglomerações. As escolas deveriam também ser arejadas, os corredores largos, o pé direito alto, deveriam ser bem iluminadas e extremamente limpas. O Código estabeleceu inclusive que a sala de aula deveria ser de preferência, retangular e que entre as carteiras uma distância que permitisse que cada aluno ocupasse 1,25 m da sala.

O capítulo VIII do Código Sanitário de São Paulo, através do Decreto 233 de 2/03/1894 dedicou 29 artigos ao ambiente escolar. Dentre estes, apenas cinco não se referiram às especificações dos prédios escolares. Os artigos exceção à regra referiram-se à obrigatoriedade de vacinação da criança para matrícula, o impedimento de sua frequência em casos de doenças transmissíveis, a obrigatoriedade da ginástica, a obrigatoriedade dos intervalos entre as aulas e a definição de que os internatos deveriam seguir as regras sanitárias das escolas e das habitações coletivas.

Segundo LIMA (1985), a Higiene escolar foi uma das primeiras medidas, no campo da saúde, de intervenção do Estado a favor da criança, inclusive frente a outras ações como a oferta em si de serviços de saúde. A criação dos centros de saúde foi posterior à institucionalização dos Serviços de Inspeção Médica Escolar. As causas desta decisão podem estar relacionadas ao alto índice de mortes de crianças em idade escolar e também pelo crescente número delas matriculadas na escola entre 1890 e 1920. A escola passou a ser vista como o ambiente aglutinador das causas e das consequências da ampliação do acesso à educação, pois como um contrassenso, quanto maior o número de crianças na escola, maior o risco de

adoecer, visto o baixo nível de controle das doenças transmissíveis pelo contato direto no Brasil do início do século XX.

No que concerne à formação do professor, os manuais de higiene<sup>14</sup> foram importantes materiais na conformação do discurso higienista na escola. Adotados como material auxiliar na vida do professor no ensino de higiene ao aluno ou como livro base de disciplina de higiene nas escolas normais, estes manuais foram produzidos no Brasil em número significativo e indicam as representações de higiene escolar de seus autores.

O médico Baltazar Vieira de Mello (1857-?), inspetor sanitário, diretor de hospital e chefe da Diretoria de Instrução Pública de São Paulo em 1911, redator do *Annual of the Universal Medical Sciences* (Filadélfia) e redator da *União Médica* em 1882 no Rio de Janeiro, foi uma importante referência da Higiene escolar deste período. Segundo LIMA (1985, p. 107-108), Vieira de Mello foi:

Proprietário da revista *Imprensa Médica*, na qual mantinha uma seção sobre Medicina social, fundou as Clínicas Dentárias Escolares em 1912, que depois dariam a Associação Paulista de Assistência Escolar e seria o primeiro diretor da Inspetoria Médica Escolar de São Paulo.

Mello escreveu dois livros importantes sobre Higiene escolar no início do século XX. O primeiro *A hygiene na escola* em 1902 e o segundo *Hygiene escolar e pedagógica para uso de médicos, educadores e estabelecimentos de ensino* em 1917. No primeiro debateu questões como ambiente escolar, organização do trabalho pedagógico, doenças transmissíveis na escola, entre outros. Mello defendia veementemente a inspeção médica escolar, atividade que se institucionalizaria em São Paulo somente em 1911 sob sua direção. Segundo Lima (1985, p.110), esta obra foi pioneira, pois não havia sido publicado no Brasil, até aquele momento, nada com a mesma amplitude e profundidade.

Em 2005, Rocha analisou as estratégias dos higienistas do final do XIX e iniciou com o livro de Balthazar Vieira de Mello. Segundo a autora (2005, p. 92), a Higiene escolar pleiteada por tais médicos pretendia, teoricamente:

---

<sup>14</sup> O primeiro manual de higiene para professores no Brasil foi *Hygiene para uso dos mestres-escola*. Traduzido do francês para o português em 1873, o manual foi fruto de uma série de conferências de um médico a professores franceses primários em 1867 (PAIVA, 2013).

[...] Produzir um espaço próprio para as práticas pedagógicas, redefinir o emprego do tempo, adequar os móveis e materiais escolares às dimensões do corpo infantil, conformar os métodos e processos de ensino aos padrões higiênicos, elaborar dispositivos de normalização, com vistas a prevenir e corrigir as deformidades físicas e intelectuais das crianças, assegurando-lhes a saúde plena [...].

A ampliação das ações governamentais republicanas no sentido da inspeção higiênica nas escolas, a partir das primeiras décadas do século XX, refletia um fomento de ideias que eleva a escola a um ícone de progresso e civilização. Segundo Rocha (2000, p.2), “[...] um espaço da ordem e da disciplina [...]” do corpo, ou ainda, de uma racionalidade organizativa do trabalho pedagógico, da ocupação do espaço e do tempo.

O ambiente escolar deveria se diferenciar do doméstico. O processo transformador deveria vir pela disciplina na introdução de novos hábitos e costumes às crianças, absolvendo-as do futuro inculto e insalubre, caso se mantivessem presas aos hábitos de suas famílias.

Nesta empreitada, Afrânio Peixoto (1876-1947) e Graça Couto<sup>15</sup> em seu livro *Noções de Higiene para uso das escolas*, cuja primeira edição foi de 1914, destinado, segundo seus autores, para alunos e professores, discorreram sobre as temáticas clássicas fundamentais concernentes à Higiene na prevenção das doenças. O Controle da disseminação das doenças seria muito importante em um “[...] país novo, em que tudo está por fazer, para a proteção dos que habitam, para a confiança dos imigrantes e capitães que o procuram” (PEIXOTO & COUTO, 1914, p. 5). Do controle das doenças, ou a manutenção da saúde, dependia o desenvolvimento do Brasil.

Por saúde, os autores consideravam uma “[...] consequência do funcionamento regular de todos os órgãos”. Uma vez o organismo funcionando normalmente, o individuo estaria sem doenças, portanto, com saúde. E as alterações de um órgão:

[...] na sua composição ou no seu exercício, nas interdependências funcionais e orgânicas, determina pequenas alterações que

---

<sup>15</sup> Afrânio Peixoto e Graça Couto, à época, respectivamente, professor de Higiene da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e diretor dos Serviços de Profilaxia e Desinfecção (este ainda diretor geral interino da Saúde Pública do Rio de Janeiro). A primeira edição do livro *Noções de Higiene para uso nas escolas* foi recusada pelo órgão paulista competente na escolha de livros didáticos. Até 1941, data de sua última edição, o livro foi reeditado seis vezes (ROCHA, 2000, p. 6)

umentam, se não corrigidas, e criam, por fim, estados definitivos de perturbação e lesão, interessando ao complexo anatômico e fisiológico, que são as doenças. Este estrago e gasto diminuem a vida numa ruína precoce. (PEIXOTO & COUTO, 1914, p. 651).

Doenças contagiosas e não observância das formas de como manter o organismo humano funcionando com perfeição, acarretariam em debilidade do corpo e conseqüentemente o estado de não saúde, que poderia precocemente diminuir sua capacidade produtiva. Necessário seria, desta forma, encontrar formas de fazer com que os indivíduos buscassem o funcionamento perfeito de seus próprios corpos.

Esta forma faria com os indivíduos introduzissem em suas vidas cotidianas, conhecimentos acumulados pela humanidade, através das pesquisas, que promoveram importantes avanços científicos na virada do século XIX para o XX. E “[...] todos esses conhecimentos comunicados (instrução) recebem-se na escola” e o meio de fazer esta comunicação é pela educação, que seria:

Um processo pelo qual se integram na personalidade, assim contínua e progressivamente guiada e dirigida, noções de decência e de proveito pessoal e social, regras de bem viver para vantagem própria e comum, os quais pela repetição se tornam hábitos e automatismo inconsciente (PEIXOTO & COUTO, 1914, p. 5).

Uma vez comunicados os conhecimentos necessários para a manutenção da saúde, ou prevenção da doença, seria necessário que eles se traduzissem em hábitos, a educação, com seus recursos e *modus operandis* específicos, era um caminho para este fim.

Apesar de movimentos educacionais, de forma incipiente, à época do lançamento deste livro, já estarem discutindo novos modelos didáticos e novas questões sobre a aprendizagem, como o papel ativo do aluno no processo ensino-aprendizagem, os autores remeteram a importância da educação para a manutenção da saúde, pela sua capacidade, através da repetição, de incutir “regras do bem viver”.

Os autores apontaram a educação como o meio pelo qual os indivíduos colocariam em prática os conhecimentos de saúde acumulados, entretanto não sugeriram nenhuma estratégia didática, ou nenhum programa pedagógico, isto

estaria a cargo de pedagogos e professores, a eles caberia fornecer o conhecimento atualizado, aos profissionais da educação, a forma de transformá-lo em hábitos.

Os autores organizaram o livro dentro de uma lógica que entendia que, para a prevenção de doenças, seria necessário não só conhecer a profilaxia específica delas, mas também todos os assuntos pertinentes às condições do viver, que poderiam levar o corpo a uma crise de funcionamento. Desta forma a fisiologia abria o livro, todos os sistemas foram apresentados de forma sucinta. E em seguida um conjunto de assuntos relacionados às “condições gerais de saúde”, como o controle do ambiente, a vestimenta adequada para as diversas situações e estação do ano, a alimentação adequada e o perigo das bebidas alcoólicas e a edificação das casas e prédios em geral. As “condições especiais de saúde” explicavam sobre as situações específicas na vida de todo indivíduo, cujos cuidados e respeito às regras de Higiene pertinentes, poderiam evitar doenças. Situações como o nascimento, a vida escolar, o trabalho, o asseio diário, os exercícios físicos e a vida no campo, entretanto aspectos da Higiene mental não foram introduzidos, diferentemente dos manuais de Higiene escolar a partir da década de 1920.

Curiosamente os autores também não discutiram questões de hereditariedade e eugenia, inclusive refutaram as ideias europeias, de que o clima dos trópicos seria prejudicial à saúde e que os homens desta parte do mundo sofriam de um tipo de “anemia tropical”. Os autores acreditavam que o “clima do Brasil não importava absolutamente a questão da salubridade, e permitia ao homem, como a todos seus comparsas da natureza, um desenvolvimento próspero e feliz” (PEIXOTO & COUTO, 1914, p. 203). E finalmente, dedicaram-se a profilaxia de doenças evitáveis, já problemáticas à época, como febre amarela, malária, peste, tuberculose, sarampo, disenteria, escarlatina, entre muitas outras.

De acordo com seus autores, a obra preenchia uma lacuna, pois foi “[...] o primeiro desse gênero que se publica no Brasil” (PEIXOTO & COUTO, 1914, p. 5). E pode ser caracterizado como um manual, pois pouco apresentava conceitos, muito menos os discutia. Apresentava abordagem e linguagem direta e técnica. Uma publicação técnica de Higiene que caberia também à formação de professores, uma preocupação já apontada pelos higienistas escolares antes da década de 1920.

Os higienistas deste período começaram então, a se preocupar com a preparação de professores e médicos para o desafio da Higiene escolar e prevenção



de doenças nos escolares. Arnaldo Vieira de Carvalho, em 1910, iniciou um curso teórico e prático de Higiene e puericultura para professores e Higiene escolar para médicos, ambos promovidos pela Cadeira de Higiene da Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo (LIMA, 1985). A disciplina de Higiene, ou noções de Higiene, já constavam nos currículos no ensino normal no início da República e se estenderam para todo o ensino regular, primário, secundário e profissionalizante nos anos que se seguiram até depois da década de 1950 (VEIGA, 2007).

Foi consenso (ROCHA, 2000; ROCHA, 2003; LIMA, 1985) entre os pesquisadores da Higiene escolar que os professores tinham um papel fundamental na formação de hábitos saudáveis e na construção do novo brasileiro. O professor era visto como um “[...] exemplo de virtude, a figura do professor teria também sobre a criança, impressionável e plástica, um enorme poder de sugestão” (ROCHA, 2003, p.10).

A partir da década de 1920, as ações de Higiene escolar se tornaram mais abrangentes se confluindo com os movimentos educacionais do período. A educação estava na agenda de intelectuais, políticos, educadores, médicos e profissionais de muitas áreas. Além da instituição das inspeções médicas nas escolas, da criação de clínicas especializadas nos escolares, da odontologia e nutrição escolar, os higienistas vislumbraram a escola normal reformada, abrindo espaço para o professor de Higiene (LIMA, 1985, p.121), como Sá.

A escola normal, como alvo dos higienistas escolares, foi contemplada com material específico do ensino de Higiene para professores a partir deste momento. Estes materiais podem ser visto como importantes dispositivos didáticos pedagógicos que tentaram consolidar o discurso e projetos higienistas na escola, através da formação do professor primário. Como o de José Paranhos Fontenelle<sup>16</sup>,

---

<sup>16</sup> José Paranhos Fontenelle nasceu em 15 de novembro de 1885, no Pará e morreu em 19 de março de 1975, no Rio de Janeiro (Jornal do Brasil, 1975). No Rio de Janeiro complementou sua formação escolar e doutorou-se em Medicina. Foi professor de Higiene e outras disciplinas correlatas na Escola Normal e depois no Instituto de Educação por 36 anos. Fontenelle desenvolveu estudos sobre deficiência mental nos escolares e antropometria física e psíquica da criança, além de higiene escolar e saúde pública. Em 1925, através de uma bolsa de estudos da Fundação Rockefeller, foi para os Estados Unidos, onde estudou biometria e estatística, epidemiologia e administração de saúde pública. Fontenelle também participou de projetos cinematográficos educacionais, como “Os inimigos invisíveis”, “Maternidade” e “Os homens de amanhã”. Todos com temáticas do pensamento higiênico. Atuou como membro da Associação Brasileira de Educação e, em 1932, foi um dos signatários do Manifesto dos Pioneiros da Educação Nova. Em 1947, foi

professor da cadeira de Higiene da Escola Normal do Distrito Federal a partir de 1917 (Jornal do Brasil, 1930), portanto colega de trabalho docente de Sá. Fontenelle escreveu *Compendio de Higiene* em 1918, que foi, até 1940, reeditado cinco vezes.

Na sexta parte do livro, todo dedicado à Higiene escolar, Fontenelle discorreu sobre sua história e importância, afirmando que ela na escola:

[...] não se reduz ao efeito direto e imediato sobre os alunos, porque a escola que é higiênica e que funciona com hábitos higiênicos contribui para educar o povo todo. As crianças adquirem bons costumes e os propaga em casa, onde desejam que tudo se passe como na escola, a cujo meio puro e sadio facilmente se acostumam (FONTENELLE, 1940, p.705).

Para Fontenelle a saúde seria “[...] o estado normal do organismo humano”. Questão um tanto embaraçoso, segundo ele próprio, pois definir normalidade seria uma tarefa um pouco difícil. A normalidade estaria assentada em várias dimensões, a física, a fisiológica e mentais ou psíquicas. Sobre a dimensão física, pesavam os parâmetros de peso e altura, cor da pele, etc. Sobre a funcional, estavam os batimentos cardíacos, o vigor muscular, a quantidade e qualidade da urina, etc. Na dimensão psíquica estavam arrolados os parâmetros sobre memória, a imaginação, a emotividade, a sociabilidade, etc. Desta forma os indivíduos seriam saudáveis se os parâmetros das referidas dimensões estivessem dentro de certa normalidade (FONTENELLE, 1940).

Em suas 771 páginas, Fontenelle discorreu sobre os agentes físicos e ambientais no agravamento da doença ou conservação da saúde. Tratou dos indivíduos socialmente e biologicamente. Neste sentido tratou da hereditariedade e eugenia, assunto que dedicou um capítulo inteiro. Sobre ele, Fontenelle discorreu sobre seus conceitos e novas descobertas e onde se posicionava afirmando que a “[...] ação prática da eugenia está apenas em começo, mas já se traduz em linhas gerais que o tempo permitirá, desenvolver e ampliar”. E sobre as ações eugênicas restritivas, aquelas que atuam nas restrições do casamento, segregação e esterilização, foram vistas por ele como tendo atingido “[...] resultados notáveis tem sido obtidos por esse meio nos Estados Unidos, na Itália e na Suíça” (FONTENELLE, 1940, p. 677).

---

eleito vice-presidente da Associação Americana de Saúde Pública. Produziu o instrumento utilizado na seleção dos candidatos ao curso normal do Instituto de Educação do Rio de Janeiro nas décadas de 1930 e 1940 (PAIVA, 2013).

Entretanto alguns destes manuais passaram a se intitular como sendo de Biologia Educacional. Antonio Ferreira de Almeida Junior (1892-1971), Ricardo Aristides e Ary Lex, professores de professor em São Paulo, que produziram manuais para escolas normais, intitularam suas produções desta forma.

Conteúdos sobre ciências naturais, mas especificamente a biologia, já haviam sido introduzidos nos currículos das escolas normais em disciplinas como história natural, anatomia, fisiologia e Higiene, ainda no século XIX. Entretanto, sob a influencia das novas descobertas da psicologia e da antropometria, aplicadas ao crescimento e desenvolvimento da criança e também do estudo dos solos, a biologia, como disciplina do currículo das escolas normais, foi se delineando e a partir da década de 1930, era obrigatória em quase todos os Institutos de Educação no Brasil (VEIGA, 2007).

Almeida Junior foi médico e professor de professor do Instituto de Educação de São Paulo, criado pelo decreto que reformulou o sistema educacional paulista em 1933. De acordo com os editores de seu livro *Biologia Educacional: Noções Fundamentais*, com 20 edições entre 1939 e 1965, foi o primeiro professor a lecionar esta cadeira, em 1931, na ainda antiga Escola Normal, e quem “formulou uma concepção precisa a respeito da matéria e dos fins da Biologia Educacional” (ALMEIDA JUNIOR, 1946, p.xi).

O Decreto 5.884, de 21 de abril de 1933 que instituiu o Código de Educação do Estado de São Paulo, não só transformou a Escola Normal da capital paulista em Instituto de Educação, como também tornou a disciplina Biologia Educacional obrigatória em todas as escolas normais do Estado. No art. 754, o decreto estabeleceu três seções para o currículo dos cursos de formação de professor. A primeira seria sobre educação, onde estariam compreendidos os temas Psicologia, Pedagogia, Prática de ensino e História da Educação. A segunda seção estaria a Biologia Educacional, que deveria compreender a fisiologia e Higiene da criança, estudo do crescimento da criança e Higiene da escola. E a terceira seção seria Sociologia, que abordaria temas como Fundamentos da Sociologia, Sociologia Educacional e Investigações Sociais em nosso meio. O estabelecimento da Biologia Educacional, como segunda parte do currículo, não só conferiu grande importância à temática na formação do professor, como também ampliou as possibilidades de médicos na formação de professores.

O autor justificou a importância de sua obra, tanto por faltar no país material organizado e com abordagem para o Brasil, como por considerar que o “educador se faz, como todos os profissionais, à custa de qualidades inatas despertadas e aprimoradas pelo estudo”. Almeida Junior criticou um velho preconceito que pairava sobre o trabalho dos professores primários, a de que eles não precisavam “saber muito”. Em sua opinião, esta ideia estava ligada aos que queriam “rebaixar a educação popular” (ALMEIDA JUNIOR, 1946, p.9). Tão importante como a aptidão para a profissão, o professor primário deveria adquirir e aprimorar constantemente sua cultura geral.

A introdução da Biologia Educacional no currículo dos cursos de formação de professor se deu:

Preliminarmente para dar ao educador uma larga visão sobre os fenômenos da vida e da evolução, ao mesmo tempo que se lhe fornecia, por intermédio desta disciplina, base científica para compreensão de certos capítulos da psicologia, da sociologia (ALMEIDA JUNIOR, 1946, p. 17)

A disciplina seria como uma grande base para a compreensão das outras. Psicologia, Pedagogia e Sociologia necessitavam de uma base biológica para serem compreendidas pelos normalistas.

O autor traçou três objetivos para a Biologia Educacional:

Fornecer ao aluno da escola normal base biológica para a compreensão do fenômeno educativo;  
Auxiliá-lo no estudo de outras disciplinas do curso, mormente o da psicologia;  
Muni-lo de noções práticas de Higiene geral e escolar, para o exercício do magistério (LEX, 1951, p. 5)

A Higiene estaria agora submetida a um conhecimento maior que seria a Biologia. O estudo da Higiene em si não conseguiria satisfazer as necessidades dos normalistas na sua formação profissional. A Biologia Educacional, não só daria o que a Higiene havia dado, conhecimentos importantes para manutenção da saúde, ou prevenção de doenças, como auxiliaria o aluno da escola normal compreender temáticas fundamentais para sua formação, como a psicologia, a pedagogia e a sociologia. Não obstante, quando aplicadas, poderiam repercutir positivamente no processo de ensino-aprendizagem.

Na perspectiva da Biologia Educacional, Almeida Junior distinguiu o trabalho do professor com o do médico. À educação não poderia ser imputada a missão de curar

as doenças, isso seria trabalho do médico. À Educação caberia, dentro do possível, através de recursos pedagógicos, corrigir dos desvios de um padrão biológico aceitável. A Biologia Educacional seria então o “estudo das causas biológicas que determinam as diferentes variações individuais na espécie humana, e dos meios com que o educador poderá atuar sobre estas causas” (ALMEIDA JUNIOR, 1946, p. 20)

O “ideal educativo” da Biologia Educacional seria a saúde, tanto física, como mental, e a eficiência, que seria a “saúde em ação”. Também em Almeida Junior a saúde não seria um fim em si mesmo. A saúde seria importante para que os indivíduos pudessem ser eficientes. O professor atua “a fim de atingir, para o indivíduo o máximo de saúde e de eficiência, quer física, quer mental” (ALMEIDA JUNIOR, 1946, p. 20).

A Biologia Educacional de Almeida Junior estava dividida em duas partes. A primeira seria a parte fundamental, nela, temáticas como a vida e a evolução, genética, as influências recíprocas dos organismos e do meio e atividades funcionais. A segunda parte seria de aplicação, e nela as temáticas Eugenia e Eutenia, ou a Higiene, foram abordadas.

A licença biológica de Almeida Junior permitiu que a questão eugênica fosse tratada de forma direta, profunda e “científica”, mesmo na edição de 1946, onde os movimentos eugênicos já estavam enfraquecidos pela repercussão negativa mundial da experiência alemã de perseguição aos judeus. Nesta edição, o autor deixava claro o que seria a eugenia:

Os objetivos da Eugenia é melhorar as qualidades hereditárias da espécie, mediante do plasma germinativo, a Higiene protege o indivíduo, procurando criar em torno dele condições favoráveis de ambiente – ambiente pré ou pós natal, interior ou exterior. Impedir que um imbecil tenha filhos, é medida eugênica; proibir que sífilítico se case, antes de estar curado, é providência higiênica: o defeito daquele reside no plasma germinativo; o deste, num agente nocivo do meio, o germe da sífilis (ALMEIDA JUNIOR, 1946, p. 491)

Um programa eugênico estaria ligado às ações, que impediriam que aspectos genéticos negativos fossem perpetuados para gerações futuras, pelas leis da hereditariedade. Com a perpetuação dos aspectos biológicos e morais positivos dos indivíduos, seria possível garantir ao planeta uma melhor qualidade de vida, na medida em que somente os melhores exemplares humanos sobreviveriam.

O pensamento eugênico e suas políticas relacionadas estiveram presentes em muitas sociedades desde a antiguidade. Sua versão mais contundente e recente na história ocidental se deveu à abrangência do pensamento médico na sociedade a partir do século XIX. O Inglês Francis Galton (1822-1911) teria sido o primeiro a cunhar este termo para designar os estudos sobre o melhoramento da raça humana, a partir de uma intervenção deliberada na seleção da espécie, como faziam agricultores e criadores de animais (GUALTIERI. 2008).

Os motivos pelos quais levavam os pobres gerarem mais filhos, ainda era uma incógnita para Galton e seus seguidores, entretanto, o fato de que eles, pelo processo de industrialização e urbanização, estavam entre os mais doentes, os mais “imbecis”, os mais criminosos, os mais alcoólatras e os com mais deformidades físicas, levaram estes pesquisadores concluíram, que a humanidade estaria caminhando para uma degeneração racial futura. Para os eugenistas, o novo formato econômico baseado na produção industrial, ao mesmo tempo em que trouxera o progresso e a riqueza, estava trazendo a destruição do homem, pois os biótipos inferiores se reproduziam em maior número que os superiores.

O pensamento eugenista no Brasil se mesclou com outras duas questões importantes, a miscigenação e a imigração, e tendo como pano de fundo a questão da nacionalidade brasileira. A questão verossímil e irremediável da mistura de raças no Brasil, colaborou para certo dissenso no pensamento eugenista, onde a educação teve um papel importante. O cerne desta controvérsia seria o quanto uma vida saudável, ou um corpo funcionando perfeitamente por longo tempo, seria resultado direto de um bom “plasma germinativo”. Ou, o quanto os bons hábitos de Higiene e o controle da qualidade no meio onde o indivíduo vivia, seriam preponderantes para isso. Eugenistas menos radicais acreditavam que o mestiço não era inferior, e pelo processo educativo, seria possível atenuar os aspectos negativos e potencializar os positivos deste biótipo.

O médico e antropólogo Edgard Roquette Pinto (1933, p. 44) admitiu os limites da Higiene e da Medicina, onde os indivíduos sãos seriam entregues a primeira, e os doentes, à segunda. Entretanto, ambas, sozinhas não conseguiriam “impedir certos tipos de enfermos. Porque há doenças da raça, há doenças ou deficiências do gérmen”. A genética e as doenças das raças seriam uma realidade, e conhecê-las poderiam trazer benefícios para saúde da população, mas não necessariamente

através de ações radicais e excludentes, como havia sido as leis eugênicas em outros países, porque mesmo que a “Higiene não vai lá. Mais depressa vai lá a educação, promovendo a seleção artificial da boa semente, facilitando a sua larga propagação e entravando, senão estancando, a má” (ROQUETTE PINTO, 1933, p. 71).

E sobre a miscigenação, assumiu uma posição em que responderia:

Aos que dizem: a mestiçagem é um mal e como a raça branca pode viver na zona tropical, tratemos de canalizar para lá os europeus - costume responder: a mestiçagem só é um mal quando realizada ao Deus-dará dos infortúnios, sem eira nem beira, *sem* Higiene e sem eugenia, sem educação e sem família (ROQUETTE PINTO, 1933, p. 41).

Por outro lado, o pensamento eugenista no Brasil apresentou uma vertente um pouco mais radical, onde a educação e o meio não teriam papel preponderante na saúde e na qualidade biológica dos indivíduos. Renato Ferraz Kehl<sup>17</sup> (1889-1974), médico e fundador da Sociedade Eugênica de São Paulo<sup>18</sup> (1918), considerado o maior incentivador do pensamento eugenista no Brasil (GUALTIERI, 2008; SOUZA, 2006), com propostas para criação de leis que restringissem casamentos entre inaptos e de estabelecimento da seleção conjugal baseado em regras eugênicas, refutou a crença cega na educação na melhoria da saúde dos brasileiros:

Costuma-se dizer: melhor o meio melhor o homem. Diremos nós, melhor o homem, melhor o meio. A hereditariedade cria e a educação revela ou, em outros termos, a hereditariedade fornece o material, a escola o bom acabamento, estando implícito que, sem ‘bom material’, não é possível boa criatura. Tenhamos, pois, escolas

---

<sup>17</sup> Renato Kehl publicou muitos livros diretamente relacionados aos estudos da eugenia, além de inúmeros artigos e entrevistas à imprensa e revistas especializadas, no Brasil e no exterior. Foi editor de revistas e periódicos nacionais, como o *Boletim de Eugenia*, que circulou entre 1929 e 1933. Em 1918 criou a Sociedade Eugênica de São Paulo e em 1931, a Comissão Central Brasileira de Eugenia. Além de sua participação como membro da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia e da Liga Brasileira de Higiene Mental, foi membro titular da Academia Nacional de Medicina, eleito em 1933 para a cadeira de número 48. Foi membro correspondente de várias Associações Científicas estrangeiras, como a Academia Nacional de Medicina do Peru, Sociedade Mexicana de Eugenia, *Société Française d'Eugénique*, Sociedade de Antropologia-Etnologia do Porto, *Eugenics Education Society* de Londres, Instituto de Eugenia de Berlin, Instituto de Eugenia e Biologia Racial de Uppsala e da *Eugenics Record Office* de Nova York. (SOUZA, 2006, p.68).

<sup>18</sup> A Sociedade Eugênica de São Paulo foi declarada por seus fundadores como uma organização científica para estudos e implantação da eugenia no Brasil, tendo como objeto as “questões da hereditariedade, descendência e evolução para a conservação e aperfeiçoamento da espécie humana” (KEHL, 1919 apud SOUZA, 2006, p.33).

e, para integrá-las, elementos de boa constituição genética! (KEHL, 1942, p.48 apud GUALTIERI, 2008, p. 98).

A identificação do pensamento eugênico com o movimento sanitário acabou promovendo, no Brasil, de uma forma preponderante, um meio termo. Pois se acreditava que os melhoramentos da saúde adquiridos ao longo da vida de um indivíduo poderiam ser transmitidos geneticamente. Desta forma, o controle do meio onde vivia o indivíduo, matéria dos sanitários por excelência, teria impacto nas aquisições de melhoramentos biológicos que poderiam ser transmitido, em certo grau, pela hereditariedade. O meio, enfim, impactaria na genética.

Almeida Junior nos pareceu ter ficado “em cima do muro”. Ou diante da responsabilidade de formar professores, preferiu explicar a temática eugênica de forma aprofundada, mas não se comprometer com posicionamentos radicais do pensamento eugênico. Para o autor, a seleção natural das espécies, regida pelas teorias evolucionistas de Charles Darwin, foi anulada no caso humano, pelo advento da civilização. Este fato permitiu, conjugado aos conhecimentos e práticas da Higiene e Medicina e da filantropia, que inaptos e defeituosos tivessem longa vida e gerassem filhos, comprometendo e degenerando a raça. Entretanto:

Na esfera espiritual em que vive o homem contemporâneo, seria absurdo pensar em suprimir, por amor à eugenia, as instituições higiênicas, médicas e filantrópicas. Voltar a viver sem elas seria retroceder à barbárie. Asfixiar os impulsos altruístas pelos que convivem conosco, em nome de um altruísmo incerto e longínquo, que pretende beneficiar as gerações do século XXII, seria uma insuportável violação dos sentimentos humanos. Não é mais possível apelar para a seleção natural do tempo dos Tupinambás; devemos procurar outros recursos (ALMEIDA JUNIOR, 1946, p. 503).

Os recursos que ele propôs seriam estender, o quanto possível, os benefícios da Higiene e Medicina também aos “capazes”. Seria a Higiene e a Medicina a favor dos indivíduos eugênicos e não só dos disgênicos. O controle de determinadas condições de vida promoveriam a perpetuação desta genética privilegiada. As guerras, que dizimam os fortes e poupam os fracos, o trabalho de menores, que impingem ao corpo da criança degenerações pelo esforço excessivo, a urbanização, que promove doenças e o casamento de incapazes, seriam aspectos da vida que a Higiene e a Medicina atuariam, mas que gerariam benefícios eugênicos.



Estes recursos, na perspectiva de um programa eugênico, seriam denominados “medidas eugênicas positivas”, que seriam medidas a incrementar a proliferação dos “tipos superiores”. Entretanto em um programa eugênico também existiriam as “medidas eugênicas negativas”, onde haveria tentativas de impedir a proliferação dos “tipos inferiores”.

Medidas eugênicas negativas, como tornar estéril os indivíduos por cirurgia, segundo Almeida Junior, já eram leis em países europeus e nos Estados Unidos. Esta ação eugênica tornava obrigatório “o impedimento cirúrgico da reprodução” para os loucos hereditários, epiléticos graves e hereditários, oligofrênicos hereditários, os portadores de defeitos físicos incuráveis e hereditários, criminosos e alcoólatras.

Outra medida eugênica negativa mencionada por Almeida Junior seria a segregação. Esta ação, apesar de custosa segundo o autor, “consiste em isolar em colônias de um e de outro sexo, os indivíduos acentuadamente deficientes do ponto de vista eugênico (idiotas, imbecis, débeis mentais graves, epiléticos, alcoolistas, etc)” (ALMEIDA JUNIOR, 1946, p. 515).

A proibição de casamentos de indivíduos de “tipos disgênicos” e de portadores de doenças contagiosas, seria a última medida eugênica negativa apresentada por Almeida Junior em seu livro. O autor lembra que a própria lei brasileira já proibia casamentos entre incapazes de “consentir” e entre indivíduos com parentesco colaterais até terceiro grau, sendo para estes a exceção em caso de exames pré nupciais negativos. Estes exames seriam obrigatórios para este nível de parentesco, mas apesar de sua extrema importância, facultativos para o restante dos casamentos, não só para fins eugênicos, mas também para os higiênicos, no sentido de detecção precoce de doenças que poderiam ser tratadas da contração das nupciais. Entretanto o autor reconheceu a sensibilidade da questão na sociedade brasileira<sup>19</sup>:

[...] Nossa opinião pública não está suficientemente preparada para receber leis draconianas a esse respeito; que a maioria de nossos centros de população não tem aparelhamento e nem pessoal para efetuar os exames; e que as restrições muito rígidas ao casamento legal conduzem às uniões irregulares (ALMEIDA JUNIOR, 1946, p. 517).

---

<sup>19</sup> A polêmica da consanguinidade não estava apenas entre os leigos e ordens religiosas, mas principalmente entre os médicos higienistas entre o final do XIX e início do XX. Sobre os debates de médicos higienistas acerca da consanguinidade, ver Gondra (2002).

Entretanto o casamento consanguíneo não foi a única polêmica social apontada por Almeida Junior. O cruzamento de raças também foi apontado por ele como controverso nos meios médicos e sociais brasileiros. Após longa explanação sobre opiniões de cientistas de vários países, inclusive referenciando-se às pesquisas de Charles Davenport<sup>20</sup> (1866-1944), sobre o cruzamento do branco com o índio, com o negro e com o asiático, assumiu um posicionamento diante da questão; referenciando a Roquette Pinto para ele “a mistura em si mesma não trás desvantagens” (ALMEIDA JUNIOR, 1946, p. 513).

O posicionamento de Almeida Junior diante do pensamento eugênico, na relação com a Higiene e a educação foi controverso na edição de 1946 de seu livro. Como a deixar demonstrar resquícios de um pensamento eugenista mais radical, entretanto contido pelo caráter desarrazoado destas ideias em um contexto de redemocratização no Brasil e pós Segunda Grande Guerra Mundial.

No tocante às medidas eugênicas positivas, apesar de admitir que existissem indivíduos “bem dotados” ou “superiores” e indivíduos “inferiores” e estes seriam “poucos ambiciosos ou pouco compenetrados das responsabilidades que assumem”, Almeida Junior reconheceu o fracasso de ações estritamente eugênicas no sentido de promoção do casamento e reprodução dos “bem dotados”. Afinal, o “que adianta a alta natalidade dos bens dotados, se no primeiro ano de vida as perturbações digestivas matam uma grande parcela” (ALMEIDA JUNIOR, 1946, p. 519).

Os fatores ambientais foram reconhecidos por ele como importantes para garantir um “bom desenvolvimento” de uma “boa geração”. A qualidade do meio dependeria da Higiene e da Educação, cada qual com seus elementos a controlar e seus objetivos a atingir. A Higiene se encarregaria do “clima, os germes patogênicos, a alimentação, os tóxicos”, já a Educação atuaria nos “agentes morais e sociais; a influência da família, da escola, da sociedade” (ALMEIDA JUNIOR, 1946, p. 520).

---

<sup>20</sup> Davenport, biólogo e zoólogo, foi um dos mais importantes eugenistas americanos. Em 1910, criou em Nova York a *Eugenics Record Office*, com o objetivo de ampliar os estudos e as informações eugênicas sobre herança familiar. Foi grande defensor das ações eugênicas radicais como a esterilização obrigatória e a segregação racial. Militou pelas leis de imigração baseadas em critérios eugênicos nos Estados Unidos (SOUZA, 2006).

Mesmo admitindo uma linha tênue entre Higiene e Educação, pois “se interpenetram, articulam-se em indissociável intimidade” (ALMEIDA JUNIOR, 1946, p. 521), distinguiu suas atuações. A Higiene cuidaria do corpo do indivíduo. A Educação cuidaria do comportamento, da moral e da intelectualidade. Os indivíduos precisariam da educação para manter seus corpos e mentes sadios, uma vez que sem a Educação os conhecimentos necessários para o cuidado do corpo não seriam absorvidos e muito menos colocados em prática.

A importância da formação dos professores está entremeada com importância da Educação na saúde dos indivíduos. A preocupação sobre a questão levou ao rebuscamento do material didático para a disciplina de Biologia Educacional. Almeida Junior havia se encarregado de produzir material introdutório, seu livro estaria destinado para o primeiro ano. Entretanto a disciplina também era ministrada no segundo ano. Ficou a cargo de Ary Lex esta empreitada.

Médico e professor de professores, Ary Lex lecionou Biologia Educacional na Escola Normal de São Carlos (SP). Foi presidente do Instituto Espírita de Educação e Associação Médico-Espírita de São Paulo e escreveu o livro *Biologia Educacional*, que entre 1946 e 1984 foi editado 19 vezes, o segundo maior sucesso editorial da Coleção Atualidades Pedagógicas, onde o livro de Almeida Junior também havia sido publicado e batido a marca de maior sucesso desta coleção. Esta coleção foi a terceira série de títulos da Biblioteca Pedagógica Brasileira, coleção de livros voltados para educação, criada por Fernando de Azevedo (1894-1974) em 1931 e editada pela Companhia Editora Nacional. Atualidades Pedagógicas publicou 53 livros entre 1933 e 1951 (LEX, 1951, apêndice).

Na missão de produzir conteúdo para os professores em formação do segundo ano dos cursos normais, Lex complementou a Biologia Educacional de Almeida Junior, que inclusive foi responsável pelo prefácio que explicava a complementaridade entre os dois livros e com isso não tratou dos conceitos de eugenia, Higiene e educação. Lex se ateuve as temáticas problemas específicos do professor e da escola no que tange à saúde do escolar e pré-escolar.

O livro estava dividido em oito partes. Na primeira ele se ateuve ao pré-escolar, seu desenvolvimento físico e mental, necessidades nutricionais, causas de mortalidade e sistema educacional e de saúde apropriados para esta faixa etária. O escolar foi objeto da segunda parte do livro. Além das temáticas apresentadas para

o pré-escolar, Lex tratou da Higiene dental, anomalias respiratórias, o asseio do corpo, a postura e a educação física do escolar.

A terceira parte o autor dedicou à escola. Como uma das finalidades da Higiene escolar “é proporcionar aos alunos o meio adequado em que seu crescimento físico possa se realizar nas melhores condições possíveis” (LEX, 1951, p. 101), Lex explanou sobre o terreno, a edificação e a localização da escola. Indicou a metragem dos espaços cobertos e ao ar livre, detalhando as características e necessidades de cada espaço da escola.

As doenças foram o foco da quarta parte. Escolheu as doenças mais comuns em crianças em idade escolar e discorreu sobre a etiologia, o ciclo evolutivo, os sintomas, as formas de contágio e a profilaxia de cada uma. Lembrou que na escola deveria existir o controle do estado de saúde dos alunos para identificação precoce de sintomas e se necessário, o devido encaminhamento aos serviços médicos especializados ou não na saúde do escolar.

A quinta e a sexta parte, Lex dedicou às peculiaridades da escola rural e da escola para deficientes físicos e mentais, as escolas especializadas. Sobre os deficientes mentais, o autor indica um exame que tentaria identificar “a extensão do patrimônio cultural e sobre os defeitos intelectuais”, com objetivo de maior assertividade na indicação do aluno para estas classes, pois apesar do autor intitular o capítulo como *Escolas Especializadas*, no caso dos deficientes mentais, não havia este tipo de escola no Brasil. O exame, baseado nas pesquisas do psiquiatra infantil italiano Ferruccio Giuseppe Montesano (1868-1961), apresentava questões que o professor poderia identificar em sala de aula:

1. Compreende o aluno as ordens verbais concernentes aos atos mais comuns?
2. Conhece as principais partes de seu corpo?
3. Conhece as principais cores?
4. Conhece o valor das moedas mais em uso?
5. Até onde se estendem suas noções sobre os animais, vegetais, utensílios, meios de transporte?
6. Que construções com cubos é capaz de imitar?
7. Como consegue ler?
8. Até onde vão suas noções de matemática?
9. Conhece o significado de palavras abstratas?
10. Qual o número de dissílabos que consegue repetir? (LEX, 1951, p. 264).

A educação escolar dos indivíduos com deficiência mental<sup>21</sup> foi uma preocupação recorrente dos higienistas escolares brasileiros e estrangeiros a partir da década de 1920 e 1930. Normalmente denominada de Higiene mental, esta temática estava ligada ao desenvolvimento da psicologia e psiquiatria da criança, e conseqüentemente do escolar. Entretanto a Higiene mental não trataria apenas das formas da escola educar o deficiente mental, mas principalmente tratava dos parâmetros de normalidade do desenvolvimento do psiquismo infantil observáveis pelo professor na sala de aula.

A Higiene mental tratada por Aristides Ricardo, delegado de saúde de Sorocaba (SP) na década de 1930, médico e professor de professor da Escola Normal Livre de Sorocaba<sup>22</sup>, em seu livro *Biologia Aplicada à Educação*, também publicado pela Coleção Atualidades Pedagógicas, em 1936, além das temáticas clássicas da Higiene escolar, discorreu sobre o desenvolvimento mental do nascimento à adolescência dos indivíduos.

Ricardo também explanou sobre a evolução biológica do psiquismo humano, confluindo os estudos sobre hereditariedade aos estímulos do meio no desenvolvimento mental e psicológico. Apesar de referenciar-se a Galton, Davenport e Kehl, se restringiu a explicar a cientificidade do fenômeno da hereditariedade, inclusive na inteligência e no caráter, mas não tratou das medidas eugênicas apresentadas por Almeida Junior. Para ele:

Fora a herança, que lhe permite herdar e transferir os atributos físicos e mentais adquiridos em um longo trabalho de acomodação e de aperfeiçoamento, não tem o homem outros estímulos que o acionem e o conduzem à manifestação de suas faculdades, senão o meio. (RICARDO, 1936, p.260).

O meio social e físico estimulam o homem permanentemente, impondo a ele a necessidade da adaptação, que funcionaria em mão dupla. Tanto o homem se

---

<sup>21</sup> Apesar de terem sido constituídas classes especiais para deficientes mentais em muitas escolas brasileiras nas primeiras décadas do século XX, as políticas públicas mais concretas referentes à Educação Especial, aí incluídos os deficientes físicos também, são da década de 1950, onde o governo federal assumiu a responsabilidade da Educação deste público em todas as escolas públicas brasileiras. Importante salientar que o enquadramento da criança como deficiente mental variou no tempo. Até a década de 1950, indivíduos desajustados socialmente, com dificuldades cognitivas e com problemas disciplinares, também eram considerados deficientes mentais, juntamente com os doentes mentais propriamente ditos (MARQUES, 2000).

<sup>22</sup> A Escola Normal Livre de Sorocaba, criada em 1929, foi uma instituição semi pública de ensino normal com autorização do estado paulista para funcionar (SANDANO, 2008).

submeteria a pressão do meio, como o meio seria transformado pelas manifestações culturais do homem. A crença nesta intensa relação de reciprocidade de influência entre o homem e seu meio, e conjuntamente com os conhecimentos recentes advindos de pesquisas em psicologia sobre o comportamento humano, Ricardo acreditava na ação educacional do meio sobre o desenvolvimento do indivíduo, mesmo admitindo que em sua época houvesse críticas sobre este pensamento.

Refutando as críticas sobre o papel da educação escolar no desenvolvimento do indivíduo e na sua herança genética, entendia que:

Nada acrescenta a educação no que já existe no indivíduo, apenas aciona e desenvolve aptidões naturais. Ela expande a potencialidade intelectual adormecida. O papel da escola seria, neste caso, o de agente libertador de energias acumuladas. Acionaria o indivíduo, fazendo desabrochar nele faculdades morais e intelectuais havidas na linguagem, e deles afastando os estímulos que, por sua natureza, e por sua circunstância, lhe fossem nocivos (RICARDO, 1936, p. 289).

A herança genética e a educação caminhariam juntas, de forma indissociável, no aperfeiçoamento dos indivíduos. Para ratificar seu posicionamento, Ricardo apresentou alguns casos de pessoas cegas e surdas, que puderam, através da educação, falarem e serem ouvidas. A educação, aproveitando-se da maleabilidade mental da criança e considerando os processos do psiquismo infantil, poderia estimular, desenvolver aptidões, faculdades e interesses. Permitindo a escola, ambiente da educação por excelência, devolver a criança à sociedade de uma forma diferente de como a recebeu, ou seja, apta a se inserir e contribuir no mundo a que pertencia.

A aposta na educação, para uma consciência higiênica ou de saúde, pautou muito das ações de saúde pública no Brasil a partir da década de 1920. Em São Paulo, segundo Rocha (2003), esta feição das políticas públicas de saúde, se deveu ao apoio da Fundação Rockefeller<sup>23</sup> na criação de importantes instituições médicas

---

<sup>23</sup> Criada por John D. Rockefeller, em 1913, teve como objetivo inicial implantar em vários países medidas sanitárias baseadas no modelo americano, para controlar a febre amarela e a malária, que graçavam na América Latina e atrapalhavam os negócios. No Brasil, começou a atuar em 1916, com a divulgação de um relatório com os resultados de expedições à América Latina. Este relatório mostrava uma carência de base científica para suporte de políticas públicas consistentes; ausência de treinamento médico quanto a questões de saúde pública e de carreiras especializadas e de organizações sanitárias. Sua atuação no Brasil influenciou os médicos brasileiros e as políticas públicas de saúde. Instaurou um escritório no Brasil e suas atividades se encerram em 1942, quando foram

como o Instituto de Higiene e a Faculdade de Medicina, delineando assim um pensamento sanitário mais voltado para educação do que para as ações de intervenção no espaço da cidade.

Entretanto a historiografia brasileira sobre educação higiênica ou de saúde a apresenta como um uníssono modelo. Segundo Shall (1999), a Educação em Saúde, ainda hoje, é vista como um campo multifacetado, onde convergem em sua direção ideias da educação e da saúde, entretanto é notório, que ambas concebem visões de mundo diferenciadas e suas posições político-filosóficas sobre a sociedade e o homem nem sempre se coadunam.

Ainda são extremamente atuais as discussões sobre seu escopo, objetivo e estratégias. Apresenta-se ainda, como área específica, em processo de construção, diferentemente do que ocorreu nos Estados Unidos, onde está estabelecida e são reconhecidos seus profissionais e conhecimento. No Brasil, ainda é pleito dos especialistas sua ampliação e incorporação nos planejamentos de promoção de saúde da população, onde suas ações possam, lado a lado com ações de assistência, promover realmente melhoria na qualidade de vida para população brasileira.

Hoje está clara a distinção entre ações de informação, comunicação e Educação em Saúde. Apesar de serem ainda instrumentos utilizados em conjunto com os programas de Educação em Saúde, a informação, a propaganda e a comunicação em saúde não constituem em si um processo educativo (VIEIRA ROCHA, 2003). Mesmo que ainda haja o debate sobre o impacto da transmissão da informação de saúde na mudança de comportamento dos indivíduos (GAZZINELI, REIS, PENNA, 2005). Discute-se então, a partir de avanços nos estudos de antropologia da saúde e representação da doença, o caráter particular dos indivíduos na vivência de uma doença ou agravo à saúde, onde os fatores internos aos indivíduos passam a ser considerados prioritariamente, como sua forma de ver o mundo, suas experiências de vida, sua personalidade e sua experiência afetiva e

---

absorvidas pelo SESP – Serviço Especial de Saúde pública (CAMPOS, 2006). Este serviço, atenderia a região da Amazônia e do Vale do Rio Doce, a saber, regiões de extração de matérias-primas estratégicas para os EUA. O SESP foi constituído como órgão autônomo do Ministério de Educação e saúde pública e era financiado pelos dois países. Atuou até 1990 como Fundação SESP (HOCHMAN, 2001).

psicológica com determinantes fatores externos causadores de doenças, como o cigarro, o álcool e a Higiene (NASCIMENTO, 2005; PORTO, 1997).

No período de intensificação das ações de Educação em Saúde no Brasil, a partir da década de 1920, seja para as escolas como para a população em geral, não se percebeu ideias e práticas que obedecessem a um mesmo corpo teórico prático. Práticas docentes de Higiene, disseminação de informação sobre prevenção de doenças, comunicação de estatísticas e propaganda foram algumas das vertentes de Educação em Saúde no período, que não necessariamente tinham os fundamentos da educação que se concebia, principalmente, a partir da década de 1930, onde as ideias escolanovistas estavam mais intensamente propaladas. Inclusive as ações dos próprios serviços de educação sanitária criados nos principais estados diferiam em suas ideias e práticas sobre Educação em Saúde.

Institucionalmente, a Educação em Saúde teve uma trajetória longa e que se inicia com o antigo Instituto de Propaganda e Educação Sanitária, criado ainda no período da República Velha, que dava suporte às célebres campanhas sanitárias que caracterizaram todas as políticas de saúde deste período. Segundo Melo (1976):

Na década de 1920, a educação sanitária foi excessivamente enfatizada. Era o apanágio da saúde pública e instrumento que iria resolver todos os problemas de saúde, à medida que fosse formada 'a consciência sanitária nacional.

O Instituto adentra o governo provisório e somente amplia suas atuações em 1937 (decreto 3781, de janeiro de 1937). A partir deste momento, assume a responsabilidade de “[...] vulgarizar preceitos de Higiene e saúde pública e promover a educação sanitária da população: a ele compete, no que se refere à Higiene, fazer propaganda e educar” (CPDOC/FGV – GC 1936.00.00). As ações de propaganda têm o objetivo claro de vulgarizar os preceitos de Higiene, bombardeando a população com informações sobre regras de Higiene e de combate e prevenção às doenças. Entretanto, não ficam claros os objetivos com a educação. Na análise preliminar dos relatórios de atividades deste órgão, as ações, de acordo com a Educação em Saúde de Sá, se misturam pelos três setores sem uma clara definição de seus propósitos e nem de seus resultados.

Outras ações de Educação em Saúde são observadas em outros departamentos, como no Departamento Nacional de Educação, nas campanhas de



alimentação nas escolas e a inclusão nos currículos de disciplinas de Higiene e saúde. A Educação em Saúde também se apresentava nas diversas campanhas sanitárias e de combate às doenças, como febre amarela, malária, lepra, entre outras.

A reforma na saúde paulista empreendida por Paula Souza em 1925, institucionalizou um modelo de Educação em Saúde peculiar e diferentemente do Distrito Federal, utilizou a mão de obra das professoras primárias como um dos principais recursos. Com isso, Maria Antonieta Mendes de Castro (1892-1984), professora primária do Grupo Escolar Oswaldo Cruz, foi nomeada a primeira educadora sanitária de São Paulo em 1927, após participar da primeira turma do curso de Educadores Sanitários<sup>24</sup>.

Na sua longa carreira nesta função, Castro militou no reconhecimento da profissão de educador sanitário, criando e dirigindo a Associação de Educação Sanitária em 1930. Castro também atuou ativamente nos movimentos de proteção à infância, participando de comissões acerca da mortalidade infantil e atuando na Cruzada da Infância, cuja direção assumiu em 1963 (ROCHA, 2005).

Produziu artigos e teses sobre Educação em Saúde, educação e saúde da criança. Suas ideias sobre estas temáticas circularam em anais de congressos de Higiene, educação e saúde e através de publicações dos órgãos ligados à educação e saúde no Estado de São Paulo, como a Diretoria do Serviço de Saúde Escolar. Na sua produção, Castro apresentou suas ideias sobre saúde, educação, Educação em Saúde e discutiu a profissão do educador em saúde, diferenciando-a da enfermeira escolar. Em artigo apresentado no I Congresso Nacional de Saúde do Escolar, realizado em 1941, Castro apresentou síntese de suas ideias sobre a finalidade da Educação em Saúde, para Castro seria:

[...] assegurar aos escolares uma vida tão sadia quanto for, humanamente possível, inculcando-lhes hábitos e levando-os à aquisição dos conhecimentos práticos e dos postulados indispensáveis ao cultivo da saúde, de modo a terem no fim da vida escolar, formado uma consciência sanitária tão sólida, que os capacite a cooperar na conservação da própria saúde e na defesa da saúde coletiva (CASTRO, 1941, p.450)

---

<sup>24</sup> O curso, entre 1925 e 1930 ofertou seis turmas consecutivas, mas manteve ofertas regulares até 1962. A ideia seria a formação de novos educadores sanitários saídos do magistério, visto que os candidatos ao curso eram em sua maioria professores (ROCHA, 2005).

Entretanto a Educação em Saúde, principalmente aquela pensada e praticada dentro do contexto das políticas públicas de saúde de São Paulo, estaria ligada a objetivos institucionais e governamentais, cuja busca da saúde referenciava-se concretamente a:

Cura de moléstias e correção de defeitos físicos, a conservação da saúde pela prática de hábitos sadios e criação de atividades sadias, na escola e no lar, finalmente a melhoria da saúde, pelo aprendizado das noções de Higiene, para defesa contras as moléstias (CASTRO, 1941, p.450).

Como um agente externo à escola, as educadoras sanitárias de Castro necessitavam de atribuições bem definidas, para não haver conflitos no desempenho de papéis entre as educadoras sanitárias, que também eram, na sua maioria, professoras, com as professoras regulares das escolas alvo dos programas e Educação em Saúde do governo paulista.

Às educadoras foram atribuídas responsabilidades, que comparadas com o tempo que a criança passava na escola e os recursos existentes para função de educar para saúde, inclusive o próprio número de educadoras existentes à época, foram demasiadas. A estes profissionais foi delegada a responsabilidade de ministrar aulas ou promover campanhas sobre Higiene pessoal, prevenção de doenças contagiosas, primeiros socorros, puericultura, alimentação, epidemiologia, segurança pessoal, entre outros. Uma vez ministradas as aulas ou promovidas as campanhas, as educadoras sanitárias faziam a inspeção para verificação da adesão dos conhecimentos à prática, em um contínuo processo de informar os preceitos de Higiene e a verificação da criação do hábito a partir deles.

Foram atribuídas também a estes profissionais, responsabilidades que claramente seriam da delimitação profissional de enfermeiros, como inspecionar o cumprimento dos tratamentos médicos prescritos pelos médicos escolares, os encaminhamentos para exames e internações e até aplicações de vacinas (CASTRO, 1941).

Sá pensava diferente sobre este agente externo à escola nos programas de Educação em Saúde. Corroborado pelas ideias de Wood, via no professor a chave fundamental de programas de Educação em Saúde. A enfermeira escolar, como agente externo e a professora, como agente interno, se completavam nestes programas.

Apesar da contratação de enfermeiras escolares no Rio de Janeiro só ter iniciado em 1928, na gestão de Oscar Clarck no Serviço de Inspeção Médica Escolar, Sá já promovia esta ideia em artigos publicados na Folha Médica anos antes. Baseado em pesquisa sobre a implantação e resultados das enfermeiras escolares em vários países, discorreu sobre sua importância, formação e atribuições. Segundo ele:

[...] auxilia o médico em seus exames, encarregando-se das verificações de peso, altura, febre [...] visita as crianças assinaladas pelos médicos [...] vai aos domicílios dizer às mães as taras e os tics dos filhos, explicando como corrigidos, averigua as causas das falhas de frequência [...] fiscaliza as condições higiênicas das casas. Ensina às crianças hábitos de Higiene...encoraja o desenho de cartazes de propaganda sanitária...nas classes mais adiantadas dá às meninas lições de puericultura, instalando ligas de mãezinhas [...] como se combatem ratos, mosquito, moscas [...] mostra como se apanham e como se evitam as doenças contagiosas (SÁ, 1923, p. 145).

As definições de atribuições da educadora sanitária por Castro, e da enfermeira escolar por Sá, confluem para atividades semelhantes, conotando claramente um dissenso quanto às práticas escolares da Educação em Saúde no Rio de Janeiro e em São Paulo.

Muitas ideias e práticas em Sá divergiram das dos Higienistas Escolares de sua época, principalmente os de São Paulo. A vocação eugenista de alguns intelectuais de sua geração ou a própria visão da Higiene escolar como intervenção absoluta do médico, prescindindo das ações pedagógicas modernas na obtenção da melhoria da saúde, foi algumas diferenças. E mesmo as ideias sobre saúde, nas décadas de 1930 e 1940, de alguns autores estavam vinculadas à ideia central da preservação da saúde e do funcionamento normal do corpo e não necessariamente a uma possibilidade de melhoria constante da felicidade pela saúde, como em Sá, Wood e Williams.

## 2. ESPAÇOS DE SOCIABILIZAÇÃO E PRÁTICA

### 2.1 A FOLHA MÉDICA

Sá foi redator da *A Folha Médica* na década de 1920 e 1930, e neste periódico veiculou suas ideias através da publicação de muitos artigos voltados para saúde pública, educação em saúde, higiene escolar, inspeção médica escolar, organização escolar, entre outros. Neste periódico escreveu *Inquéritos epidemiológicos*, em 1922; *A notificação da gravidez em Higiene infantil, Os cuidados pré-natais e a notificação da gravidez; O serviço permanente de Higiene municipal em Minas, O diagnostico social da pobreza e As enfermeiras escolares*, em 1923; *Organização do trabalho epidemiológico e funcionamento de laboratórios da Higiene pública*, em 1925; *Epidemiologia e profilaxia das doenças contagiosas e Classes de subnutridos e merenda escolar*, em 1929; *O diagnostico da saúde*, em 1930; E *Contribuição americana para a saúde pública no Brasil*, em 1947<sup>25</sup>.

O início do período republicano brasileiro viu florescer uma diversificação da imprensa, tendo como pano de fundo o crescimento urbano e inovações tecnológicas, que não só permitiram a sofisticação do processo de impressão dos periódicos, como deixava perplexa a sociedade, que até pouco tempo ainda vivia sob a égide de um regime imperial. Portanto, a imprensa republicana pôde se beneficiar dos novos recursos de ilustrações, melhor qualidade de impressão, menor custo e aumento das tiragens, propiciando a ampliação dos públicos. Os conteúdos publicados se avolumaram, na medida em que, nas primeiras décadas do século XX, as mudanças tecnológicas, políticas e urbanas, principalmente no Distrito Federal e São Paulo, proporcionaram um sem fim de fatos, novidades, debates e polêmicas que acabaram gerando uma produção bastante diversificada de periódicos<sup>26</sup> (MARTINS & LUCA, 2013).

---

<sup>25</sup> Em outros periódicos, Sá também publicou artigos sobre as mesmas temáticas. No periódico *Arquivos Paranaenses de Medicina* escreveu *Dispensários de Higiene infantil*, em 1924. Para a *Revista de Higiene e Saúde Pública* escreveu o artigo *Formação de especialistas sanitários no Brasil*, em 1925. Em publicação técnica do *Serviço de Saneamento Rural do Estado do Rio* escreveu *A educação higiênica na escola primária*, em 1925.

<sup>26</sup> Em 1930 existiam no Brasil 2959 títulos, sendo 524 no Distrito Federal e 702 em São Paulo (MARTINS & LUCA, 2013).

As instituições médicas científicas brasileiras, interessadas na vulgarização da ciência (VERGARA, 2008), já mantinham periódicos médicos na primeira metade do XIX<sup>27</sup>. Estas instituições e seus membros se beneficiaram com o avanço das tecnologias tipográficas, e no contexto de grande debate político e ideológica, sobre os rumos do país, das primeiras décadas do século XX, intensificaram a publicação de periódicos médicos científicos<sup>28</sup>.

Fundada por professores universitários de escolas médicas do Rio de Janeiro e diretores de importantes instituições científicas brasileiras, *A Folha Médica*<sup>29</sup> foi um periódico médico de caráter científico, e em certos períodos político científico, que iniciou suas atividades em 1920 e manteve suas publicações ininterruptas, apesar de periodicidades variadas, até 2002, quando foi interrompida, para, em 2006 ser retomada sob a tutela de conselho editorial da Escola de Medicina de São Paulo (UNIFESP), como veículo de disseminação das pesquisas médicas desta escola.

No período desta pesquisa, *A Folha Médica* possuía de duas a três tiragens mensais, geralmente, dia 5, 15 e 25 de cada mês, que através de assinaturas contratadas eram distribuídas para todo país. Os aspectos formais de um texto não deixam de produzir sentido e auxiliam na compreensão de intenções de produção e circulação de ideias contidas nele. Assim a estreita periodicidade das publicações, nos leva a pensar em um reflexo direto dos intensos debates de intelectuais médicos do período sobre questões tão problemáticas no Brasil, higiene, saúde pública e ainda outros assuntos relacionados, dentre eles a educação.

---

27 O primeiro jornal médico editado no Brasil foi *Anais de Medicina, Cirurgia e Farmácia para o Império do Brasil e Nações Estrangeiras*, em 1827, no Distrito Federal, por iniciativa do médico francês radicado no Brasil Joseph-François Xavier Sigaud, mas extinguiu-se no ano seguinte (FREITAS, 2006).

28 Em pesquisa ao catálogo de periódicos da Biblioteca Nacional, realizada em novembro de 2014, com período de busca entre 1900 e 1945, foram encontrados 22 periódicos médicos catalogados, contra 6 periódicos no período de 1808 a 1899.

29 Participaram do primeiro conselho editorial, ou diretoria científica da revista: Aloysio de Castro, diretor e professor de Clínica Médica da Faculdade do Rio de Janeiro; Hernani Pinto, professor de Histologia da Faculdade do Rio de Janeiro; Octávio de Freitas, diretor do Instituto Pasteur de Recife; Bruno Logo, diretor do Museu nacional e professor de Microbiologia da Faculdade do Rio de Janeiro; Roquete Pinto, professor de Antropologia do Museu Nacional; Ernani Alves, livre-docente da Clínica Cirúrgica da Faculdade do Rio de Janeiro; L. A. Silva Santos, professor de Anatomia da Faculdade do Rio de Janeiro; Francisco Lafayette, professor de Física da Faculdade do Rio de Janeiro; e Jayme Aben Athar, diretor do Instituto Pasteur do Pará (*A Folha Médica*, 1920)

Sob o ISSN 0015-5454, *A Folha Médica*, agora denominada apenas *Folha Médica*, de acordo com o último relatório da WebQualis/CAPES de abril de 2014, foi reclassificada como área de avaliação “interdisciplinar” e estrato de classificação “B3” (CAPES, 2014).

Contendo em média, a descontar as propagandas, 35 páginas por publicação, numeradas de forma sequencial por ano, a revista, se estruturava em seis seções. A primeira, “trabalhos originais” dedicava-se a publicação de artigos originais de médicos, cuja temática estivesse relacionada à linha editorial da revista, que tudo indica não se restringia ao fomento e a disseminação técnico científico da medicina. Muitas vezes mesclavam-se artigos voltados para assuntos de saúde pública, como organização de serviços, gestão e críticas de políticas públicas de saúde, com assuntos médicos técnicos, como novas terapias, novas formas diagnósticas das doenças e estudos de casos.

Carlos Sá, Oscar Clark e José Paranhos Fontenelle, que se revezaram, com outros médicos, entre editores e diretores da revista no período desta pesquisa, foram autores de boa parte dos artigos não técnicos, seja criticando a saúde pública brasileira, apontando novidades na gestão da saúde pública fora do Brasil ou relatando suas experiências à frente de órgãos da saúde pública.

A seção “bibliografia” dedicava-se a divulgar livros e outros materiais recém-lançados no mercado editorial especializado, ou materiais variados publicados em outros veículos, como brochuras, manuais e material médico educativo. A seção “terapêutica prática” apontava para as novas práticas médicas experimentadas, cujos resultados podiam-a evidenciar. A seção “teses” publicava os resumos das teses de doutoramento das escolas médicas brasileiras, que pela revista ser editada no Rio de Janeiro, a maioria das teses era da Faculdade do Rio de Janeiro.

A seção “notas e notícias” atualizava os leitores sobre as mudanças de cargos nas escolas médicas, nas instituições científicas e nos departamentos da gestão de saúde pública e por vezes da educação também, além de divulgar estatísticas variadas (demográficas, nosológicas, epidemiológicas, de atendimento nos serviços de saúde, etc) contidas em relatórios de governo e instituições.

O “editorial”, que normalmente se apresenta nas primeiras páginas de um periódico, na *A Folha Médica* se figurava como última seção<sup>30</sup>. Tratava de temáticas e debates relevantes para o período e que se coadunavam com as ideias e

---

<sup>30</sup> Por vezes, algumas publicações continham uma seção a parte dedicada aos “jornais e revistas” nacionais e estrangeiros, onde eram listados os nomes do autor e seus respectivos artigos, publicados por periódicos. Dentre as nacionais destacavam-se: *Brasil Médico* (RJ), *Arquivos Paranaenses de Medicina* (PR), *Jornal dos Clínicos* (RJ) e *Gazeta Clínica* (SP). E entre os estrangeiros o *American Journal of Public Health* despontava com frequência.

representações do grupo de médicos que estava a frente da revista, como editores e redatores. Os editoriais poderiam tratar, por exemplo, das novas descobertas sobre a etiologia do câncer (editorial de 5 de novembro de 1925), como tecer críticas ao sistema hospitalar brasileiro e do Distrito Federal (editorial de 15 de janeiro de 1923), ou ainda defender a importância do trabalho médico para sociedade (editorial de 15 de fevereiro de 1923). Os editoriais mostravam o que interessava ao grupo de médicos produtores daqueles conteúdos e representações e o que seria importante ser circulado para os grupos de leitores país a fora. Os editoriais críticos e políticos se concentraram nas décadas de 1920, influenciados pelo período de turbulências de ideias sobre o que seria melhor para o Brasil, diante de seus inúmeros problemas, principalmente relacionados à saúde e educação.

Sobre estas temáticas, mas precisamente sobre a interação das duas, a higiene escolar, pode-se destacar alguns editoriais deste período. O editorial “A saúde na escola”, de 15 de fevereiro de 1923, foi motivado pelas “reflexões a propósito da publicação no novo programa de ensino para escolas primárias do Distrito Federal” (A Folha Médica, 1923). Este editorial criticava alguns pontos da reforma da educação do Distrito Federal de Carneiro Leão (1887-1966).

Carneiro Leão foi, durante o mandato do prefeito Alair Prata Leme Soares (1882-1964), Diretor da Instrução Pública do Distrito Federal entre 1922 e 1926. Projetou uma ampla reforma na educação, incluindo mudanças na organização política e administrativa e também na organização pedagógica. Sob o número 238, o projeto de Lei não foi aprovado pelo Conselho Municipal, mas muitas de suas propostas foram incorporadas como procedimentos da Direção de Instrução Pública ao longo de sua gestão e nas reformas educacionais de Fernando de Azevedo (de 1927 a 1930) e de Anísio Teixeira (de 1931 a 1935). No tocante à higiene escolar, algumas de suas propostas acabaram sendo implantadas, nas reformas que se sucederam à sua gestão, como as mudanças na Inspetoria Médica Escolar, a criação das visitadoras escolares e das clínicas escolares (PAULILO, 2009; SILVA, 2006).

Publicada pelos diários cariocas da época, a reforma de Carneiro Leão, apesar de não aprovada, foi de conhecimento do público, principalmente do público interessado, como os médicos envolvidos com a problemática educacional, os professores de higiene e higienistas escolares.

As críticas do editorial de *A Folha Médica* de fevereiro de 1923 sobre a reforma baseou-se em dois pontos. O primeiro referiu-se à introdução do ensino da higiene somente no quinto ano, dos sete, que se comporia todo o ensino primário da reforma<sup>31</sup>, ou seja, no início da Escola Primária Complementar, na verdade, opcional, pois o aluno poderia sair da Escola Primária Fundamental e ir direto para um ensino profissional (SILVA, 2006).

Como o ensino primário compreendia, idealmente, os alunos de 7 a 14 anos, os preceitos de higiene só seriam introduzidos para os alunos a partir dos 11 anos de idade, segundo o editorial, onde a criança já estaria com seus hábitos de higiene semi formados, e caso ela optasse pelo curso complementar e não pelo profissional. O editorial indicava a inutilidade de se lecionar higiene para alunos desta faixa etária, enfatizando, baseado nas descobertas da psicologia infantil, onde a criança mais nova tem mais possibilidades de absorver novos hábitos do que as mais velhas. Porém, desde que o conhecimento da higiene fosse ministrado de forma prática e não teórica.

O segundo ponto de crítica do editorial, sobre a reforma proposta por Carneiro Leão, partia exatamente deste ponto. O “[...] ensino teórico, que sabemos ser predominante no nosso sistema pedagógico, dá medíocres resultados práticos” (*A Folha Médica*, 1923, p. 82). Como os conhecimentos de higiene deveriam criar e modificar hábitos, eles deveriam agir no subconsciente da criança, e para isso estes conhecimentos deveriam ser ensinados de forma prática, lúdica e deveriam estar em toda parte na escola, para que os alunos vivenciassem uma escola higiênica, todo o tempo que estivessem sob a tutela dos professores e cuidadores. (*A Folha Médica*, 1923).

O editorial da edição do mês de março do mesmo ano, também fez críticas a proposta de reforma de Carneiro Leão. Primeiro, o editorial criticou a forma como o projeto fora idealizado:

Feito quase clandestinamente, foi dado a público para receber as sugestões dos interessados, aparecendo estas em tão grande número, e em tão ao contrário ao projeto, que importa, agora, o prazo estabelecido para estudo desta questão e rejeitar, *in limine*, o malfadado projeto (*A Folha Médica*, 1922, p. 147).

---

<sup>31</sup> Escola Primária Fundamental de 4 anos e Escola Primária Complementar de 3 anos (SILVA, 2006).



Não há menção, no editorial, aos motivos pelos quais o projeto fora rejeitado, mas segundo Paulilo (2009), o projeto de Carneiro Leão pretendia uma reforma institucional e pedagógica muito profunda, com propostas de mudança para toda estrutura do sistema de ensino de todos os níveis. Além das mudanças da estrutura administrativa burocrática da Diretoria de Instrução Pública, onde se enfatizaria uma maior assistência à criança, com aumento dos anos de estudos e de ações assistenciais, como merenda, assistência à saúde, tratamento dentário, pensões, entre outras. O intuito, além de outras coisas, seria prolongar os impactos dos serviços escolares na vida da criança, visto, à época, as poucas ações de políticas públicas de proteção à infância, além das circunscritas aos projetos escolares.

O editorial de março de 1923 seguiu suas críticas à reforma de Carneiro Leão enfatizando a necessidade do ensino de higiene em todos os níveis escolares, do primário ao superior. O editorial enfatizava a grande problemática que era a saúde pública brasileira, para tanto, todos os profissionais de nível superior deveriam receber aulas de higiene e saúde, para que a questão fosse sensível a todos, tanto no sentido da prevenção pessoal das doenças, como na dimensão das ações sociais e coletivas, pois o “[...] Brasil é um problema de higiene que espera solução” (*A Folha Médica*, 1923, p.148).

Não foram apenas as reformas educacionais que motivaram reflexões e críticas de *A Folha Médica*. No editorial de 15 de abril de 1933, sob o título “Visitadoras de saúde pública”, a revista, diante do panorama político, apontava o que seriam as melhores diretrizes para uma reforma sanitária.

Em meio às campanhas eleitorais para Assembleia Constituinte, que daria ao país uma nova Constituição em 1934, o governo Vargas criou a Comissão Constitucional que elaboraria um anteprojeto de Constituição para que a Assembleia Constituinte eleita pudesse analisá-la e votá-la. Reformas na educação e na saúde foram anunciadas e estavam sendo esperadas por intelectuais e profissionais das duas áreas. Assim as disputas de ideias e projetos, que antecederam os trabalhos tanto da Comissão, como da Assembleia foram intensos.

Antes da Constituição de 1934 outras reformas foram executadas na saúde e na educação, como a reforma do Ensino Secundário e do Ensino Superior em 1931

de Francisco Campos (1891-1968)<sup>32</sup>. Entretanto ao assumir o Ministério da Educação e Saúde Pública, em julho de 1934, Gustavo Capanema (1900-1985) propôs uma reforma mais radical da própria estrutura do Ministério<sup>33</sup>, pois no tocante à educação, novas diretrizes já haviam se consolidado na constituição de 1934, que acabara de ser aprovada, onde foi vitorioso o projeto educacional de grupos de intelectuais e católicos, que concordavam que o ensino secundário profissional e a formação de professores estavam destinados às classes trabalhadoras, e o ensino médio geral à preparação das elites ao ensino superior. Sendo assim, a carta conseguiu desvirtuar, no campo das políticas públicas de educação, as propostas inovadoras, dentre elas as de Anísio Teixeira (NUNES, 2001).

Neste contexto, o editorial de abril de 1933, portanto um mês antes das eleições para Assembleia Constituinte, apontava algumas questões críticas da situação sanitária e de saúde pública no Brasil, como a luta árdua contra as doenças transmissíveis e o alto índice de mortalidade infantil<sup>34</sup>. O Editorial indicava que a reversão do quando dependeria, além das ações de políticas públicas, a oferta de ampla assistência médica, vacinações obrigatórias, saneamento básico, da prática da higiene pessoal, entre outras, (*A Folha Médica*, 1933).

---

<sup>32</sup> Na gestão de Francisco Campos algumas reformas na educação foram sancionadas através dos seguintes decretos: Decreto nº 19.850, de 11 de Abril de 1931, criou o Conselho Nacional de Educação; Decreto nº 19.851, de 11 de Abril de 1931, organizou o ensino superior no Brasil; Decreto nº 19.852, de 11 de Abril de 1931, dispôs sobre a organização da Universidade do Rio de Janeiro; Decreto nº 19.890, de 18 de Abril de 1931, dispôs sobre a organização do ensino secundário; Decreto nº 19.941, de 30 de Abril de 1931, dispôs sobre a instrução religiosa nos cursos primário, secundário e normal.

Decreto nº 20.158, de 30 de Junho de 1931, organizou o ensino comercial, regulamentou a profissão de contador e Decreto nº 21.241, de 4 de Abril de 1932, consolidou as disposições sobre a organização do ensino secundário. Na saúde, Francisco Campos se restringiu a extinguir e criar serviços e cargos, regulamentar profissões de saúde, além de provisionar verbas para o combate à epidemia de febre amarela.

<sup>33</sup> As difíceis negociações protelaram a aprovação da reforma do MESP para o início de 1937. A reforma se traduziu na Lei 378 de 13/01/1937. Foi um passo significativo na direção de construir aparato burocrático centralizado que tanto almejava o regime de Vargas, para as importantes questões nacionais, saúde e educação. A reforma do MESP deixava claro sua designação de competência, administrar no âmbito da educação, a educação escolar e extraescolar, e no que se refere à saúde, a saúde pública e a assistência médico-social. A reforma estruturou o MESP em órgãos de direção, de execução e de cooperação, além de ter criado oito regionais, distribuídos de norte a sul do país, tentando dar mais abrangência às ações e controles deliberados pelo centro do poder (BRASIL, Lei 378 de 13 de janeiro de 1937, 1937).

<sup>34</sup> No Brasil, em 1930 a taxa era de 162 por 1000 nascidos vivos ([http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/evolucao\\_perspectivas\\_mortalidade/evolucao\\_mortalidade.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/evolucao_perspectivas_mortalidade/evolucao_mortalidade.pdf)) Acessado em 23/06/2014.

De acordo com editorial, as ações das duas décadas anteriores, no sentido de modificar os hábitos e criar uma consciência de preservação e melhoria da saúde nos brasileiros produziu poucos resultados. Os métodos utilizados até aquele momento, como as campanhas sanitárias populares nos jornais, nas rádios, nos cinemas e por distribuição de folhetos, “[...] não tem correspondido à expectativa de modificar completamente o estado de ignorância e a conduta individual dos componentes da coletividade” (A FOLHA MÉDICA, 1933, p.176). Era necessário então, contato pessoal com os indivíduos em seus lares. Criar uma ligação direta entre a realidade das pessoas em seu cotidiano e os serviços de saúde, para que se pudesse “[...] modelar a conduta dos indivíduos pelas indicações da ciência” (A FOLHA MÉDICA, 1933, p.176).

Referindo-se aos países mais “adiantados”, principalmente os Estados Unidos, o editorial apontava a necessidade premente de se intensificar o trabalho das enfermeiras de saúde pública, que no Brasil, diferentemente dos modelos internacionais referidos pelo editorial, vinha ganhando pouca atenção do governo. Desde o início de sua implantação em 1920, mesmo após a criação de escolas de enfermagem, com o auxílio da Fundação Rockefeller, o Brasil contava com um número de enfermeiras de saúde pública muito inferior ao necessário. Segundo o editorial, no Distrito Federal, que contava apenas com 50 enfermeiras na função de visita aos lares (identificando mais acuradamente as necessidades de saúde das pessoas, controlando o seguimento dos casos e educando as famílias), necessitaria de 450. Esta diferença comprometia, e muito, todo conjunto de ações de saúde pública. Sem as visitadoras, estas ações se resumiriam em assistência médica somente, que apesar de ser uma dimensão muito importante das políticas de saúde pública, se contrapunham às diretrizes fundamentais da higiene, a prevenção das doenças e a melhoria da saúde física e mental, por meio de atitudes e hábitos individuais (A FOLHA MÉDICA, 1933).

O editorial de 1933 colocava em perspectiva, no contexto das reformas das políticas sociais e do aparato do estado do governo Vargas, uma possível contraposição entre médicos assistencialistas e médicos de saúde pública ou higienistas, onde a interação com a questão educacional deste último grupo era muito mais intensa e evidente. Médicos higienistas, principalmente os escolares, valoravam a educação por entendê-la como um meio fundamental para higiene

individual, e esta, a importante peça que estaria faltando para o alcance dos resultados dos serviços sanitários e das políticas públicas de saúde e também de educação.

No período desta pesquisa, os higienistas escolares que mais publicaram na *A Folha Médica*, além de Carlos Sá, foram José Paranhos Fontenelle e Oscar Clark. Entretanto, apesar do trio está ligado à temática, por seus encargos profissionais, apresentavam em seus discursos, expressos em seus artigos na revista, algumas divergências nas representações e práticas da higiene escolar no Brasil à época.

José Paranhos Fontenelle, também editor e diretor de *A Folha Médica* na década de 1930. Iniciou sua carreira docente, ministrando Higiene, Biologia Educacional e Estatística para as normalistas da Escola Normal do Distrito Federal, em 1917. Além de participar do conselho editorial e ter publicado artigos na *A Folha Médica*, Fontenelle escreveu os livros *Compêndios de Higiene*, em 1918, e *Métodos estatísticos em biologia e em educação*, que foram editados várias vezes nas décadas de 1930 e 1940.

No artigo *Tipos de organização sanitárias aplicáveis ao Brasil*, publicado na *A Folha Médica* de 25 de novembro de 1929, mas originalmente um parecer sobre as memórias de mesmo tema apresentadas no V Congresso de Higiene, em Recife, no mesmo ano, Fontenelle apresentava os consensos e dissensos sobre as concepções e representações acerca da saúde pública e da organização sanitária no Brasil, do grupo que participou do evento.

No fervilhar dos debates sobre os projetos de saúde e educação no Brasil, no contexto da crise econômica mundial e do agitado panorama político às vésperas da eleição presidencial de 1930, Fontenelle, identificando-se com as concepções sobre a organização sanitária do grupo de médicos que participou do congresso de higiene, considerava:

[...] necessário centralizar em um ministério nacional toda a ação de assistência médica e proteção e melhoramento da saúde. Nesse ministério separa, logicamente a ação geral para toda a nação, da ação local no DF e da influência articuladora com as organizações estaduais. É uma visão de entusiasmo e de esperança, que bem compreendemos porque assim temos pensado e continuamos a pensar" (FONTENELLE, 1929, p. 408).

Fontenelle, como higienista, compartilhava da representação de organização de saúde pública e assistência médica, integrada e centralizada em um órgão

federal. Onde a participação dos estados, como braço local das diretrizes centrais, poderia atingir, através da padronização dos serviços e dos programas em todo território nacional, uma fatia muito maior da população que a organização em vigência no final da década de 1920.

Este grupo de médicos, ligados à higiene e à saúde pública, antes mesmo da assunção de Vargas, criticavam o Federalismo e pleiteavam a centralização política, para construção de políticas de saúde nacionais, pois acreditavam ser a única solução para resolver os baixos índices de saúde do brasileiro, principalmente nas áreas rurais e no interior do país, segundo Hochman (2001, p.129):

A criação do Ministério da Educação e Saúde Pública, ainda em 1930, apareceria como uma vitória do movimento médico-sanitarista que, desde o início do século XX, reivindicava um ministério para saúde. Vitória parcial, uma vez que a saúde seria acompanhada da educação e da cultura, e incompleta pelo evidente menor peso da saúde pública vis-à-vis as duas outras políticas.

Entretanto apesar deste grupo clamar pela centralização das ações do governo, do que tange às políticas de saúde pública e sua abrangência nacional, às ênfases primordiais, ou as macro diretrizes destas políticas não seriam um ponto consensual. Relatando o trabalho de Plácido Barbosa (1871-1938)<sup>35</sup> no evento, Fontenelle apontava para as diretrizes, que orientariam ações práticas, da organização sanitária concebida por deste médico: “1º ensinar a saúde, 2º prevenir a doença, 3ª tratar e curar os doentes pobres e 4º fazer os registros e as estatísticas” (FONTENELLE, 1929, p. 409).

Barbosa, e também Fontenelle, criticavam os “[...] que querem o trabalho sanitário apenas preventivo”. Os serviços sanitários deveriam promover ações curativas também. Para tanto, nas propostas de organização sanitária de Barbosa, corroboradas por Fontenelle, os Centros de Saúde, uma versão mais moderna dos postos de higiene, muito cogitados por sanitaristas à época, deveriam ser colocados à disposição da população também, na visão dos “tratadistas”, com ações curativas, ou seja, deveriam oferecer assistência médica à população. Fontenelle confirmava este posicionamento afirmando:

---

<sup>35</sup> José Plácido Barbosa da Silva era mineiro, mas se formou em medicina no Rio de Janeiro. Foi tisiólogo e sanitarista, e participou de associações especializadas em tuberculose, além de ter publicado muitos artigos sobre este tema. Entre 1920 e 1929, foi chefe da Inspeção de Profilaxia da Tuberculose no Departamento Nacional de Saúde Pública (ALMEIDA, 2011).

Nem se compreenderia, de outra forma, que a ação em benefício da saúde pudesse deixar de considerar o combate à doença. Isso tem influência grande quando se tem de planejar a organização sanitária que deverá servir à determinada coletividade, pois é preciso atender, no problema de higiene, às condições que é feita, paralelamente, a assistência médica curativa” (FONTENELLE, p. 409, 1929)

Fontenelle, inclusive, criticava as ações sanitárias da época, principalmente nas áreas rurais, por subtraírem as ações curativas e com isso não conseguirem os resultados que poderiam atingir. Para ele, seguindo o modelo da Fundação Rockefeller, a abordagem inicial à uma coletividade, seria “limpando” as populações de doenças básicas, como amarelão (infestação por vermes, também conhecida como a doença do Jeca-tatu), tracoma (infecção nos olhos por bactéria) e a malária (doença infecciosa transmitida por mosquito), para que os trabalhos profiláticos pudessem acontecer sem assistir, tanto o sofrimento das pessoas, como a reinfestação delas (FONTENELLE, 1929).

Pela longa história de a *A Folha Médica*, foi possível identificar a aglutinação em torno dela, principalmente no período desta pesquisa, intelectuais médicos que compartilhavam representações sobre a situação brasileira e quais seriam suas soluções. Entretanto não significa que, mesmo compartilhando destas representações e por decisão, reunindo-se em suas redações, sociabilizando-se, por assim dizer, que suas práticas se efetivassem da mesma forma (SIRINELLI, 2003).

No discurso de Fontenelle e Barbosa, vê-se, de forma clara, que médicos higienistas e sanitaristas da geração de 1920, apesar de compartilharem representações de um sistema sanitário em âmbito nacional, com programas e ações abrangentes e padronizadas, onde as políticas de saúde pública pudessem chegar a todos os recantos do país, divergiam sobre o quanto as ações sanitárias deveriam mesclar práticas curativas com as frentes preventivas.

Como higienista escolar, Fontenelle incluía uma outra instituição na idealização de uma nova reorganização sanitária, a escola. Segundo Fontenelle “[...] o trabalho de saúde pública executa-se principalmente em dispensários, nos domicílios e nas escolas”. No dispensário era oferecido o tratamento adequado ao quadro clínico do indivíduo e a instrução necessária para a prevenção das doenças. No domicílio era onde se encontrava, parte das verdadeiras causas pelas quais as pessoas adoeciam, assim todo trabalho educativo realizado nas escolas para as crianças, deveria também se refletir ali. A escola, portanto, seria parte muito importante da

organização sanitária, lugar de conexão fundamental entre as ações de saúde pública e a população (FONTENELLE, 1929, p. 409).

À escola, para Fontenelle, estaria a responsabilidade da educação sanitária no momento mais propício, quando os indivíduos são ainda crianças, e conjugado ao fato de que nela seria possível atingir um contingente enorme de indivíduos, seria em seus espaços que as ações sanitárias mais se multiplicariam e onde os resultados seriam enormemente facilitados (FONTENELLE 1929).

Orquestrar ações de saúde pública, cuja organização basear-se-ia em tão distintos espaços, requeria “[...] especialistas de administração de saúde pública”. Referindo-se aos americanos, assim como Sá o fazia, no tocante à administração de saúde pública, Fontenelle criticava a forma de gerir a saúde pública de sua época. Mencionava a falta de especialistas, de padronização e controle, bem como a falta de formas adequadas que pudessem avaliar os resultados das ações de saúde pública, consoante aos recursos investidos. Neste sentido, Fontenelle, apesar de admirar a forma dos americanos de gerir a saúde pública, pontuava que seus métodos haveriam de ser copiados, mas as metas não.

As metas a serem perseguidas para os resultados da saúde pública brasileira deveriam ser baseadas na realidade do país e não copiadas acriticamente como se os dois países estivessem nas mesmas condições sanitárias e econômicas. Fontenelle, ao mesmo tempo em que mencionava Sá, como um dos estudiosos brasileiros que se ativeram à questão dos padrões de “[...] avaliação do trabalho de saúde pública”, criticava-o porque seus “[...] valores representam metas quase teóricas, muito de desejar, sem dúvida, mas dependentes de condições reais a serem verificadas” (FONTENELLE, 1929, p. 411). Pelo que tudo indica, o americanismo representado e veiculado na *A Folha Médica* apresentava variações.

Os higienistas escolares e editores de *A Folha Médica* durante boa parte da década de 1920 e 1930, Sá, Fontenelle e Clark tinham representações diferenciadas sobre os modelos estrangeiros a serem seguidos nos projetos de saúde e educação tão discutidos neste período.

Segundo Prado (2013), no processo de reflexão sobre a questão nacional brasileira, no final do século XIX e nas primeiras décadas do século XX, os modelos internacionais foram alvo de admiração e estudo por um grupo de intelectuais, em contraposição a outro grupo mais preocupado “[...] em afirmar a especificidade da

sociedade e da cultura no Brasil sem a preocupação de compará-las com modelos externos” (PRADO, 2013, p. 14).

Nas análises dos escritos de Sá em comparação com os de Fontenelle, na *A Folha Médica*, no que tange aos modelos externos, poderíamos dizer que ambos se identificavam com os modelos americanos de saúde pública e educação, entretanto Fontenelle pleiteava certa adaptação, a partir das especificidades e condições econômicas, sociais e culturais brasileiras. Entretanto na análise com os de Clark, foi possível identificar mais diferenças. Clark criticou as imitações e primou em seus artigos, sem deixar de referenciar os intelectuais médicos estrangeiros, não somente americanos, mas também europeus, as possibilidades e soluções nacionais para os problemas brasileiros.

Diferentemente de Fontenelle e Clark, Sá não economizou artigos para expressar sua admiração irrestrita aos modelos de saúde pública e educacionais americanos, além de ter referenciado inúmeros intelectuais nesta nacionalidade em seus artigos. Sá também apresentou soluções americanas de saúde pública e educação para a realidade brasileira.

No artigo *A notificação da gravidez no Rio de Janeiro*, publicado em *A Folha Médica* em 15 de fevereiro de 1923, Sá explicando como a notificação da gravidez aos órgãos públicos seria importante para a prevenção de problemas no parto e nos bebês, apontava os métodos e resultados americanos como um exemplo a ser seguido. A demonstração cuidadosa e a apresentação de provas científicas que indicassem os malefícios, tanto para mãe, como para o bebê, da falta dos cuidados pré-natais, seria para Sá, a forma mais adequada de prevenção, a partir das notificações das gravidezes. As orientações puramente teóricas seriam, comprovadamente pouco eficientes. Para Sá:

[...] por exemplo, na agricultura, onde os campos de demonstração ensinam ao lavrador as vantagens do adubo ou arado, em saúde pública, é necessário, seguindo a trilha dos americanos, efetuar provas concretas, mensuráveis, iniludíveis, que levem aos mais indiferentes, a convicção dos resultados previstos e alcançados” (SÁ, 1923, p. 31).

No artigo *Organização do trabalho epidemiológico e funcionamento de laboratórios de higiene pública*, publicado em *A Folha Médica* em 1 de novembro de 1925, tendo sido uma reprodução de artigo aprovado para o II Congresso de Higiene realizado no mesmo ano, Sá apresentava uma proposta, baseada nas experiências



americanas, de funcionamento do controle epidemiológico e seus desdobramentos. Dando ênfase ao importante tratamento metuculoso dos dados, oriundos da notificação dos óbitos e das doenças, Sá acreditava que:

São tanto da estatística como da epidemiologia as verificações que 1 óbito de tuberculose correspondem a 10 casos, e 15 a 1 de difteria e 10 a 1 de sarampo, isso em país, como os Estados Unidos, onde progresso sanitário se revela até na certeza desses cálculos (SÁ, 1925, p. 242)

Sá segue o artigo apresentando sua proposta para os serviços de controle epidemiológico no Brasil, a exemplo dos serviços americanos, com fartas referências aos seus sanitaristas, gestores de saúde pública e seus respectivos resultados, alcançados em várias cidades e estados. Nesse sentido, o artigo, na comparação das práticas americanas com as brasileiras da época, apontava muitas críticas à falta de entendimento da importância do controle e estudo epidemiológico nas ações sanitárias do Brasil. De acordo com Sá:

Em geral, porém, o que vemos é diante de um surto de febre tifoide, no Rio como em qualquer cidade do interior, as autoridades sanitárias, descuidadas da pesquisa local das vias de contágio, abrirem os livros de higiene e prescreverem todas as medidas teóricas de profilaxia, desde a fervura da água de bebida à proibição do consumo das saladas de alface (SÁ, 1925, p. 242).

A individualização dos casos, com o rastreio das formas de contágio, seria a forma mais adequada para as ações sanitárias apresentarem mais resultados, ou seja, diminuir o número de doentes e mortes. Diante das dificuldades em empenhar recursos para saúde pública, as ações sanitárias deveriam ser mais específicas, no sentido de atacar o que realmente está acometendo as doenças e não aplicar recursos a esmo. Para Sá, como apontavam as experiências americanas, o estudo epidemiológico é assim a função mais importante do sanitarista, e o controle das doenças representaria uma fatia significativa do trabalho de saúde pública (SÁ, 1925).

Este artigo se reporta a um período de transição, entre ações sanitárias já baseadas nas descobertas sobre a transmissão das doenças através de micro-organismos, e as novas descobertas no campo da epidemiologia. Onde seria muito importante, não só identificar o micro-organismo transmissor, mas também as formas de contágio, proliferação, manifestação e sintomas nas comunidades

afetadas. De acordo com Sá, havia sempre um atraso científico, por assim dizer, nas ações de saúde pública do período, demandando atualização constante do corpo de médicos a frente desta empreitada.

Sobre os modelos americanos de educação, principalmente no que se referem à interação com a saúde, Sá apontava a maestria dos americanos em se utilizarem das mais recentes descobertas científicas em suas práticas educacionais. Em seu artigo *Formação de hábitos higiênicos da criança*, apresentado no III Congresso de Higiene em 1926, Sá discutia a necessidade de se aplicar as novas descobertas da psicologia sobre o desenvolvimento da criança, e usa exemplos americanos neste sentido. O jogo da saúde foi um exemplo apontado por Sá, onde o uso do lúdico auxiliaria na aprendizagem de noções básicas de higiene. Sobre ele e seus resultados, Sá escreveu:

Para se repetir o ato que dará em resultado o hábito, é preciso, antes de tudo, que essa repetição interesse a criança. Sem despertar interesse será difícil conseguir alguma coisa do espírito infantil. Ora, a forma de interessar, nesta idade é a de causar prazer pelo brinquedo, aumentando a atividade vital e orientando-a no sentido que se tem em vista. E foi por isso que os americanos, mestres na matéria, criaram, para educação higiênica, o jogo da saúde [...] o interesse é de tal ordem que, na escola onde se vai verificar quais os vencedores do jogo da saúde, o dia de pesada é um verdadeiro dia de festa” (SÁ, 1929, p.813).

No mesmo ano, na edição de 25 de março de *A Folha Médica*, Sá publicava o artigo *Classe de subnutridos: merenda escolar*, onde mais uma vez fez referência ao modelo americano de educação. Neste artigo, fez um diagnóstico da nutrição dos escolares brasileiros e ressaltou a importância dos cuidados com nutrição infantil para o desempenho escolar. Discutiu também a necessidade de reafirmação do governo no compromisso com a merenda escolar<sup>36</sup>. Tentava estabelecer um padrão de criança sadia para o trabalho de diagnóstico da subnutrição, e partir dele tentar organizar as classes de subnutridos.

No artigo, *Alimentação dos escolares*, de mesmo tema e do mesmo ano, Clarck não fez menção às tais classes de subnutridos. Reconhecendo a gravidade da desnutrição dos escolares, concordava com a ideia de que a desnutrição provocava

---

<sup>36</sup> A Oferta de merenda escolar no Brasil apenas sistematizou-se nacionalmente a partir do Programa de Alimentação Escolar – PNAE, de 1955, momento em que a merenda escolar passou a ser uma política pública nacional de educação e saúde e não mais fruto de iniciativas isoladas de instituições, estados e municípios (PINHO & MARTINEZ, 2013).

atraso escolar, fazendo com que as crianças “[...] crescem lento e deficientemente e não oferecem resistência a qualquer infecção banal, tornando o trabalho das professoras muito difícil”, e que educar crianças mal nutridas seria um trabalho pedagógico sem préstimo. Entretanto, a segregação das crianças subnutridas em classes distintas às das crianças nutridas, não foi visto por Clarck, como uma solução para questão. Para ele a solução mesmo seria a oferta continuada de merenda a todos os escolares. E diante da precariedade desta questão à época, visto que não havia ação governamental efetiva neste sentido, Clark, no intuito de uma solução brasileira para o problema, clamou pela benevolência da sociedade civil, sugerindo que as associações nacionais de educação organizassem uma comissão que se dedicassem em recolher fundos privados para a merenda escolar (CLARK, 1929, p. 364).

Porém, a criação das classes de subnutridos para Sá teria um papel importante para que se pudesse oferecer atenção nutricional diferenciada a criança subnutrida ou não sadia, como faziam os americanos. Sá baseava-se no padrão americano de normalidade infantil, onde “[...] a criança sadia não tem absolutamente consciência do seu corpo. Tem uma sensação geral de bem estar” (SÁ, 1929, p. 100).

Muito importante para o diagnóstico do subnutrido, além da aparência saudável e da “sensação geral de bem estar” sentida pela criança sadia, seria a comparação do seu peso e altura com as medidas de normalidade, por faixa etária, das tabelas de referência da época, pois os índices de nutrição advinham da relação destas medidas. Sá referenciou as tabelas americanas, onde a “[...] mais notável é, sem dúvida, a de Baldwin-Wood, preconizada pela Associação Americana de Higiene da Criança adotada nos Estados Unidos” SÁ, p.101, 1929).

Entretanto como “tabelas não faltam”, neste caso também recorreu às tabelas produzidas ou adaptadas por médicos brasileiros, como a tabela de Fontenelle, que havia adaptado a tabela da Associação Americana de Higiene da Criança à realidade brasileira, entretanto Sá o criticou por não segmentar as medidas de peso e altura por sexo e com isso ter concebido faixas de peso e altura para cada idade muito alargadas, prejudicando a precisão da tabela. Na tabela americana, as medidas de meninos e meninas eram diferenciadas, e as faixas estreitas, além de estabelecer os padrões até os 19 anos, contra 14 anos da tabela de Fontenelle (SÁ, 1929).

Neste artigo, Sá apontava o leite, “[...] o alimento por excelência da idade escolar”, como um grande aliado no combate à subnutrição dos escolares, inclusive relatava que os americanos o consumiam em abundância, uma média de 300 centímetros cúbicos por ano para cada habitante, a terça parte do consumo brasileiro, e por isso eram “fortes e prósperos”. Considerava o leite o alimento essencial para a merenda escolar, porque além de todos os nutrientes necessários para o desenvolvimento da criança, era barato e simples de se manejar (SÁ, 1929 p. 103,).

Entretanto Clarck, em seu artigo *Higiene escolar*, publicado na *A Folha Médica* em 25 de fevereiro de 1930, apesar de concordar com os benefícios do leite no desenvolvimento dos escolares, criticava a “imitação dos estrangeiros”, e apontava que não adiantava oferecer este alimento sem o devido cuidado higiênico. O leite precisaria ser retirado da vaca em condições adequadas, ser armazenado apropriadamente e fervido, onde acabaria perdendo 50% de suas propriedades, além de que, a vitamina D, contida nele, não seria o mais importante para o Brasil, que não sofre de “raquitismo”. Criticava então que, apesar da riqueza do leite, no Brasil, não deveria ser ele o único alimento da merenda escolar, como “alguns pregavam”. Clark indicava, que no Brasil, melhor seria incentivar o consumo das carnes, frutas e verduras (CLARCK, 1930, p.63).

Clarck no artigo, *A alimentação dos escolares*, publicado na *A Folha Médica* em 25 de outubro de 1929 entendia que o grave problema da subnutrição não seria apenas uma questão de oferta de merenda escolar, mas considerava também que, em conjunto com os hábitos de higiene e “boas maneiras” ensinados nas escolas para as crianças, seria necessário também ministrar cursos práticos de economia doméstica às famílias. Para que assim, elas pudessem gerir melhor seus recursos em prol da boa alimentação de seus filhos. Estas seriam medidas de “salvação nacional”, pois a nutrição seria “[...] a principal necessidade fisiológica de um organismo em crescimento” (CLARK, 1929, p. 364).

Ainda sobre a apropriação dos modelos externos de saúde e educação, Clark também criticou a tão propalada recomendação dos higienistas escolares, o banho de sol. Segundo ele:

Não há descoberta científica que se tenha popularizado com tanta rapidez e, como no Brasil costumamos imitar o que se faz no estrangeiro, a prática dos banhos gerais de sol foi adotada pela

nossa gente quase com o entusiasmo do Major Hans Suren, o apóstolo do nu científico na Alemanha. Acontece, porém, que felizmente, aqui, como em outros países quentes, o raquitismo é muito raro, graças à intensidade e abundância dos raios do nosso sol tropical, de cujo excesso precisamos proteger-nos” (CLARK, 1930, p. 61).

O uso exclusivo do leite na merenda escolar e as prescrições médicas sobre os banhos de sol, no contexto das intensas discussões sobre os projetos de saúde e educação para Brasil das décadas de 1920 e 1930, foram exemplos do posicionamento de Clark frente à usual apropriação irrestrita dos modelos externos, principalmente os modelos americanos.

Sua crítica à “imitação dos estrangeiros” o colocava alinhado a um grupo de intelectuais que, não obstante ao reconhecimento da importância do conhecimento e das práticas produzidas pelos “estrangeiros”, não economizou esforços para identificar, dentro da peculiaridade da realidade e dos recursos internos, soluções nacionais para a saúde e educação.

Ao oposto de Clark, Sá manteve, durante toda sua produção intelectual veiculada na *A Folha Médica*, alinhamento às representações e práticas de saúde e educação americanas. Em seu último artigo, publicado neste periódico em 5 de junho de 1947, apesar de todas as transformações nas políticas públicas de saúde e educação ocorridas no período de Vargas, Sá manteve seu apreço, admiração e notório alinhamento às representações e práticas americanas. No artigo, intitulado *Contribuições americanas para a saúde pública do Brasil*, faz um relato histórico de mais de 40 anos da presença americana na saúde pública brasileira e sobre esta influência, ele justificou:

[...] é assim de maneira permanente, eficaz, generosa e cordial, pelo inquérito, a pesquisa, a experiência, a demonstração, a disciplina no trabalho, a organização científica, o intercâmbio cultural, que se tem tornado realidade a contribuição americana para a saúde pública no Brasil” (SÁ, 1947, p. 87).

O Brasil no século XIX, segundo Sá, era fortemente influenciado pelas ideias francesas sobre saúde pública, porém “[...] no alvorecer do século XX houve uma brusca mudança de eixo em torno do qual gravitávamos”. Emílio Ribas (1862-1925) e Oswaldo Cruz (1872-1917), já em 1901 e 1902, utilizaram as técnicas americanas, que haviam apresentado bons resultados em Cuba, no combate à Febre Amarela em São Paulo e no Distrito Federal.

Na empreitada de absorver e fazer circular as representações e práticas americanas de saúde pública, além destes sanitaristas, estava Plácido Barbosa (1871-1938), que por sua fluência na língua inglesa pôde facilitar a circulação estas ideias, através da tradução dos artigos e materiais da "grande república do norte" (SÁ, 1947, p. 83).

Todavia, foram com os acordos de intercâmbio científico do governo brasileiro com a Fundação Rockefeller em 1916, que o modelo americano de saúde pública adentrou as representações e práticas dos intelectuais médicos das primeiras décadas do século XX. Diagnósticos do nível sanitário, atualização científica e formação de profissionais de saúde, campanhas de combate às doenças contagiosas, criação de instituições científicas, pesquisas científicas e programas de educação sanitária foram algumas das intervenções da Fundação no cenário da saúde pública brasileira (SÁ, 1947).

A partir deste acordo de cooperação, que produziu inclusive formas institucionais especiais<sup>37</sup>, o modelo americano para saúde foi sendo apropriado às formas de conceber, gerir e organizar os serviços sanitários no Brasil e cingiu, em parte, o pensamento médico higienista e sanitário brasileiro nas décadas em questão.

Apesar da dissensão quanto a estas apropriações, nos artigos de Sá, Fontenelle e Clark na *A Folha Médica*, espaço de sociabilização e prática, eles se configuram como Intelectuais médicos de uma mesma geração, pois compartilhavam representações quanto a necessidade do Brasil da época, de produzir projetos de saúde e educação que pudessem retirá-lo da condição de doente e analfabeto para colocá-lo na lista de país moderno.

Apesar de ter sido editor da revista em pelo menos até 1935, só foram encontrados os artigos de Sá até 1930 e um último em 1947. O hiato de 17 anos sem publicação de artigos no periódico que foi, por tantos anos, o veículo que mais divulgou suas ideias, pode estar relacionado à intensificação de suas atividades, após a assunção de Vargas, nos serviços de saúde pública e no Instituto de Educação, onde foi diretor em 1931 e docente de Biologia Educacional, Higiene

---

<sup>37</sup> Em 1942 foi criado, fruto da evolução dos acordos do governo Vargas com a Fundação Rockefeller, o Serviço Especial de Saúde Pública, que foi uma agência internacional com um estatuto jurídico diferenciado, que lhe garantia total autonomia dentro do Ministério de Educação e Saúde Pública (CAMPOS, 2006).

escolar e Puericultura nos anos que se seguiram ao processo de criação da Universidade do Rio de Janeiro. Durante toda a década de 1930, com o ritmo acelerado das reformas na saúde e educação, Sá, em paralelo às suas atividades docentes, que também se intensificaram, assumiu cargos na Inspetoria de Profilaxia de Tuberculose em 1935 (JORNAL DO BRASIL, 1935), no Serviço de Propaganda e Educação Sanitária em 1937<sup>38</sup> (CORREIO DA MANHÃ, 1937) e na Comissão de Alimentação<sup>39</sup> do Departamento Nacional de Educação em 1938 (CPDOC/FGV – GC 1936.00.00). Além de ter se candidatado, por Minas Gerais, a cadeira 37 para Assembleia Nacional Constituinte que entregaria uma nova Constituição ao Brasil em 1934<sup>40</sup> (JORNAL DO BRASIL, 1933).

Entretanto é possível também, que este hiato tenha sido um reflexo do panorama político do período. Diante da instituição do Estado Novo, a partir de 1937, é possível que Sá, e outros de sua geração, tenham se contraído em suas declarações sobre saúde e educação e principalmente sobre as críticas que proferiam a estas temáticas. Neste sentido, importante notar também o interregno de 18 anos, entre 1929 e 1947, respectivamente, entre o V e o VI Congresso de Higiene<sup>41</sup>. Organizados pela Sociedade Brasileira de Higiene, estes congressos foram importantes fóruns de debates dos projetos para saúde pública e educação à época, além de divulgação de pesquisas e trabalhos científicos da área (PYKOSZ, 2008).

Outra hipótese ainda, seria o espaço que os intelectuais da saúde e da educação encontraram na gestão de Gustavo Capanema (1900-1985) no Ministério da Educação e Saúde Pública de 1934 a 1945. Afora o questionamento da participação dos intelectuais na formulação das políticas e práticas do autoritarismo do Estado Novo, é possível pensar que entre 1930 e 1945, principalmente no período em que Capanema empreendeu o projeto de reformulação do Ministério,

---

<sup>38</sup> Em 1941, o Serviço de Propaganda e Educação Sanitária foi substituído pelo Serviço Nacional de Educação Sanitária, que tinha como finalidade [...] formar na coletividade brasileira uma consciência familiarizada com problemas de saúde, através de publicação e distribuição por todo país de folhetos, livros, revistas, artigos, catálogos e cartazes destinados à educação sanitária; promover produções cinematográficas, de radiodifusão e televisão para fins de propaganda e educação sanitárias, entre outros (BRASIL, 1942).

<sup>39</sup> Esta Comissão foi criada por exigência da X Conferência Sanitária Pan-americana (1937), por concluir esta conferência que a desnutrição é a grande causadora de doenças (CPDOC/FGV – GC 1937.10.21).

<sup>40</sup> O candidato que acabou representando os médicos na Assembleia Nacional Constituinte de 1934 foi Afrânio Peixoto (A FOLHA MÉDICA, 1933).

<sup>41</sup> Os I a V Congressos de Higiene aconteceram entre 1923 e 1929 (PYKOSZ, 2008).

eles puderam vislumbrar a possibilidade de serem atores das reformas tanto requeridas e discutidas em suas produções intelectuais, além de considerarem a intervenção do Estado, o único caminho que as viabilizaria. Segundo Bomeny (2001):

Os intelectuais brasileiros do final do século XIX e início do século XX leram a modernização do país considerando fortemente a aposta de intervenção do Estado na articulação e/ou moderação de forças sociais. Isso talvez explique porque mesmo liberais como Anísio Teixeira, tendo como inspiração os Estados Unidos, com forte tradição de desconfiança em relação ao papel do Estado interventor, tenham condicionado a renovação brasileira à ação estatal (BOMENY, 2001, p. 20).

Sá, como funcionário público desde 1915, viveu as mudanças, na saúde e na educação implementadas pelos governos entre as décadas 1910 e 1920, que não foram suficientes para mudar sua representação de um Brasil doente e analfabeto. Como intelectual de uma geração que discutia caminhos para retirar o Brasil de seu estado de atraso econômico, social e cultural (GOMES, 2013), Sá, pelo que tudo indica, pode ter enxergado no “aceno” do aparato burocrático do governo, a possibilidade de colocar suas ideias em prática. Mesmo que para isso tivesse que concentrar seus esforços nas atividades laboriosas das repartições, em detrimento de suas reflexões intelectuais traduzidas em seus artigos na *A Folha Médica* e em outros periódicos.

## 2.2 AS INSPETORIAS MÉDICAS

As Inspetorias Médicas Escolares e suas ações de intervenção no ambiente escolar, colocando saúde e educação, e suas respectivas políticas públicas, em plena interação, podem ser vistas como “organizadoras de práticas” alinhadas às representações da Higiene escolar de cada período e de cada intelectual médico de uma geração. Analisar estas práticas ou o planejamento delas nos leva a identificar as apropriações e as representações do discurso higienista para escola, que não se apresentaram de forma consensual no período desta pesquisa.

Moncorvo Filho havia proposto, em 1909, ao então prefeito do Distrito Federal, Inocêncio Serzedello Corrêa (1858-1932), a criação de um Serviço de Inspeção Sanitária Escolar. A intenção era fortalecer os esforços na criação de uma rede de



proteção à infância pobre, atingindo um público maior que os assistidos pelas instituições filantrópicas de assistência social e médica, como o Instituto de Proteção e Assistência à Infância, criado por ele em 1899 (CAMARA, 2013).

Entretanto o Serviço de Inspeção Médica Escolar foi instituído em 1910 pelo Decreto 788 de 09/10/1910. Na mesma época, outros serviços foram criados como o de Pernambuco, Bahia e Minas Gerais em 1913 e Paraná e Santa Catarina em 1918 (LIMA, 1985, p. 112).

Em alguns estados, como São Paulo, institucionalmente, as inspeções sanitárias feitas por visitadoras sanitárias e a inspeção médica estavam em instâncias administrativas diferentes e por vezes havia sobreposição de ações. Entretanto com o passar dos anos que se seguiram ao governo Vargas, a Higiene escolar assentou de forma mais estável na máquina do Estado. Lima (1985, p. 134) analisa os discursos educadores e higienistas do período e conclui que o projeto educacional de ambos são quase o mesmo. Para ele, médicos e educadores confluem suas ideias para um mesmo projeto educacional, no contexto do governo Varguista.

Em 1931, em São Paulo o Serviço Sanitário Estadual foi reorganizado. Nessa empreitada foi criada uma Inspetoria de Higiene escolar, subordinada ao Serviço Sanitário, para onde a antiga Inspeção Médica Escolar, outrora ligada à Diretoria Geral da Instrução Pública foi transferida. O Serviço Dentário dos escolares, anexado à Inspetoria de Higiene escolar, foi criado em 1932 (LIMA, 1985, p. 139). Interessante notar a desvinculação institucional da Higiene escolar da instância administrativa ligada à educação, entretanto, de acordo com o autor, esta separação não logrou êxito e logo em 1933 foi criado o Serviço de Higiene e Educação Sanitária no recém-criado Departamento da Educação.

Desta forma, a Higiene escolar nos anos que seguem o governo Vargas vai se delineando mais como ações de prevenção de doenças e promoção de saúde em bases educacionais, do que apenas ações fiscalizadoras higiênicas. Não que as inspeções nas escolas tenham sido descontinuadas, mas a que tudo indica, o foco vai sendo direcionado para ações de fomento de informação, disseminação de conhecimento sobre doenças, suas causas e sua prevenção.

Através de concurso de provas e títulos, Sá ingressou no então Departamento de Saúde Pública, como subinspetor sanitário (A NOITE, 1921), onde desenvolveu longa carreira, atuando em vários cargos e liderando muitos projetos ao longo da

década de 1920 e no Ministério da Educação e Saúde Pública, nas décadas de 1930 e 1940.

Sá também foi idealizador dos Pelotões da Saúde, em 1923, onde os próprios alunos, no início das atividades diárias, faziam as revistas nas turmas, para identificar algum colega que havia chegado à escola, sem o cumprimento de alguma regra de saúde. Para ele, os Pelotões seriam o meio mais fácil de se realizar a educação higiene nas escolas. A estratégia foi uma mistura do jogo da saúde e da cruzada da saúde, ambas, práticas pedagógicas de educação em saúde americanas. Ele criou 16 regras, diferente dos americanos que haviam produzido apenas 7 para o seu jogo da saúde. Sá deve ter identificado necessidades que extrapolaram a dimensão da saúde, pois as regras adentraram questões sociais e de convívio coletivo. Os pelotões da saúde mantinham as seguintes regras:

- 1ª - Lavei as mãos e o rosto ao acordar;
- 2ª – Tomei hoje um banho com água e sabão;
- 3ª – Penteei hoje os cabelos e limpei as unhas;
- 4ª – Escovei hoje os dentes de manhã;
- 5ª – Fiz hoje uma evacuação intestinal, lavando depois as mãos com água e sabão;
- 6ª – Não coloquei hoje na boca, nariz e ouvido, nem os dedos , nem os lápis, nem nada que estivesse sujo e pudesse machucar-me;
- 7ª – Brinquei hoje mais de meia hora ao ar livre;
- 8ª – Como todos os dias frutas e ervas, lavo sempre as mãos antes de comer e mastigo devagar tudo que como;
- 9ª – Já bebi hoje mais de 3 copos de água;
- 10ª – Não tomo álcool e não fumo nunca;
- 11ª – Ando sempre calçado e com roupa limpa;
- 12ª – Hoje não chupei balas, nem comi doces;
- 13ª – Hoje fiquei sempre direito, quer de pé, quer sentado;
- 14ª – Hoje só bebi água no meu copo e só limpei os olhos e o nariz com meu lenço;
- 15ª – Hoje não cuspi e nem escarrei no chão, nem espirrei, nem tossi a não ser no meu lenço;
- 16ª – Hoje não menti nem brincando. (SÁ, 1929, p. 814).

As crianças precisavam cumprir as regras da saúde diariamente, sob pena de não conseguirem os prêmios ofertados aos campeões. Para o devido registro do cumprimento das regras, foi necessário criar cadernetas com os avanços e prêmios obtidos pelas crianças (SÁ, 1943). Os pelotões foram implantados em algumas escolas de Niterói e Distrito Federal, e foi uma intenção de Fernando de Azevedo, como prática ampliada na reforma da educação que empreendeu entre 1927 e 1930

no Distrito Federal (CAMARA, 2004), mas pouco colocado em prática pelo inspetor escolar chefe empossado por Azevedo, Oscar Clark.

Sá não trabalhou especificamente na Inspetoria Escolar, que estava ligada, no Distrito Federal à Diretoria de Instrução Pública, entretanto todas as suas funções e cargos assumidos no Departamento de Saúde Pública, o colocaram diretamente no espaço escolar, não só por ofício neste órgão, mas provavelmente também por interesse acadêmico, visto sua atuação como professor de Higiene na Escola Normal do Distrito Federal. Sá, em muitos momentos, propôs ideias e práticas de pedagogia higiênica para as escolas, além de ter ele próprio promovido ações neste sentido.

Entretanto, Sá criticou algumas práticas dos inspetores e a própria Inspetoria na década de 1920. A primeira crítica seria exatamente a posição da Inspetoria Escolar na estrutura do governo. Para Sá elas deveriam estar no Departamento de Saúde Pública e não na pasta da Educação, para ele:

A tendência é, pois, para colocar estes serviços nas repartições sanitárias, mais de acordo com os fins que elas visam, mas fácil de ser convenientemente inspecionado, mais em condições de produzir resultados proveitosos. No Rio de Janeiro temos a inspeção médico escolar, tão somente na prefeitura e dependendo da Diretoria de Instrução. E atrasados assim ficaremos até que entre os espíritos dirigentes, algum se preocupe com estas questões, disposto a estudar a lição de outras cidades, onde a política reinantes é o do bem público, a do interesse coletivo (SÁ, 1923, p. 146)

As cidades que Sá se referia no artigo, eram as cidades americanas, que ainda na década de 1910 já começavam a transferir suas inspetorias médicas escolares da pasta da educação para a da saúde pública, com resultados expressos no relatório *School Health Supervision* publicado em abril de 1923, no *American Journal of Public Health*, no qual, provavelmente, Sá se baseou para sustentar sua ideia de subordinação das inspetorias médicas escolares à pasta da saúde pública.

Essa questão, polemizada no discurso de Sá, pode indicar certa dificuldade que os agentes de saúde pública encontravam no desdobramento das ações sanitárias no âmbito escolar. O descompasso científico e não observância de ações sanitários validados internacionalmente criticados por Sá, podem ter sido fruto da falta de comunicação e integração institucional. Por estar a inspetoria médica escolar em outra pasta, as formas de gestão e as prioridades deveriam ser muito

diferentes. E agravado ao fato de que, os anos que antecederam o governo Vargas, do ponto de vista burocrático, se caracterizaram por falta de padronização administrativa, pode-se pensar que a pasta da saúde pública e da educação funcionavam como mundos muito distintos.

Seguindo com as críticas à inspetoria médica escolar do Distrito Federal da década de 1920, Sá afirmava que ela precisava ter suas práticas “renovadas” com base nas modernas descobertas da ciência e da gestão de saúde pública. A prática recorrente de retirar os alunos doentes da sala de aula com o intuito de segregá-los dos outros, para que a doença não se espalhasse na escola, era vista por Sá como ultrapassada.

De acordo com as novas descobertas da Epidemiologia, tão ou mais importante quanto as quarentenas dos alunos doentes ou o cerramento da escola, quando os casos eram em grande número, era identificar os focos e as formas de contágio, que as vezes estavam em outros ambientes, que não o da escola. O não cuidado das fontes e das formas de contágio fariam com que o aluno continuasse a contaminar outras pessoas fora da escola. No Rio de Janeiro, se em uma escola “[...] aparece com um caso de doença contagiosa, a criança é mandada para casa, a sala de aula é rigorosa e inocuamente desinfetada, e finda toda vigilância” (SÁ, 1923, p.143).

No enfrentamento de surtos de sarampo<sup>42</sup> e gripe no Rio de Janeiro, nos anos de 1921 a 1923, colocou em práticas sua representação de inspeção médica escolar, com base nas novas descobertas epidemiológicas da época. Não fechou a instituição de ensino em questão, no caso dois internatos, e identificando os grupos contaminados, procedeu a investigação das fontes de contaminação fora da escola e manteve a vigilância sobre os casos (SÁ, 1923).

A inspeção médica nas escolas apenas como um trabalho de detecção de situações anti-higiênicas e controle de doenças foi considerado por Sá, com base em suas apropriações das representações e práticas da higiene escolar americana, ultrapassados e insuficientes para o enorme trabalho a ser feito na luta contra a má saúde do escolar, responsável pela sua baixa frequência à escola (SÁ, 1923).

---

<sup>42</sup> O Sarampo até a década de 1960, quando a prática da vacina foi introduzida nas políticas públicas de saúde infantil, contaminava cerca de 135 milhões de crianças e matava outras 8 milhões no mundo, a cada ano (Domingues; Pereira; Santos; Ganter; Siqueira, 1997).

O diagnóstico da saúde, a identificação e tratamento dos subnutridos, os encaminhamentos à especialistas nos casos mais graves, o acompanhamento da evolução da saúde da criança e principalmente a educação da saúde dos escolares e da família, deveriam ser incluídos no trabalho das inspetorias escolares, e para tanto um outro profissional de saúde deveria compor as equipes médicas, a enfermeira escolar. Uma especialização das enfermeiras de saúde pública, que no Brasil, à época, já dispunham de formação específica<sup>43</sup>. A falta das enfermeiras escolares nas inspetorias, que realizaria “[...] assim, dia a dia, uma obra magnífica de defesa contra a doença, de melhoria da saúde, de renovação e aperfeiçoamento da raça”, foi uma grande crítica de Sá às inspetorias escolares (SÁ, 1923, p. 145).

A interação da enfermeira escolar com os alunos e suas famílias poderia se intensificar, na medida em que a confiança se estabelecesse. As atividades destas profissionais poderiam ir desde pesar e medir o aluno, até ensiná-los a se pentear e se abotoar, além de auxiliar o médico nos cuidados do controle e tratamento das crianças não sadias. As enfermeiras escolares fariam um elo entre os serviços de saúde, a escola e a casa da criança. Na relação das enfermeiras escolares com a família da criança, Sá indicava o que ela poderia fazer neste sentido:

Vai aos domicílios dizer às mães as taras e os tics dos filhos, explicando como corrigi-los, averigua as causas das falhas de frequência, insistindo sobre as vantagens intelectuais e morais da assiduidade escolar, dá remédio dos pequeninos males encontrados,

---

<sup>43</sup> A Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, criada através do Decreto nº. 791, de 27 de setembro de 1890, seria a primeira escola de formação para enfermeiros no Brasil. Esta escola deu origem a atual Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, na UNIRIO. Em 1923 inaugura-se a Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública, que deu origem a atual Escola de Enfermagem Anna Nery, na UFRJ, fruto das reformas sanitárias de 1922 e da Missão de Cooperação Técnica para o Desenvolvimento da Enfermagem no Brasil, liderada por enfermeiras norte-americanas. A escola pôde ser viabilizada pelos acordos do governo brasileiro com a Fundação Rockefeller. Nas duas escolas, o curso era de 2 anos.

Em 1927, a primeira criaria o Curso de Especialização em Visitadoras Sociais, como uma especialização, após a formação do curso regular de enfermeiros, com enfoque na higiene social e mental, habilitando-as às visitas aos domicílios. Este curso foi extinto em 1942 (SILVA JUNIOR, 2012). Entretanto, o curso que Sá se refere foi um curso emergencial de 10 meses, para formação de enfermeiras de saúde pública oferecido pela Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde (SÁ, 1923).

Segundo Mascarenhas (2013) o primeiro curso emergencial de enfermeiras-visitadoras foi realizado pelo recém criado DNSP em 1920, por iniciativa de Fontenelle, à época chefe interino da Inspeção de Profilaxia de Tuberculose. O curso teve duração de 3 meses e formou 6 profissionais. Outros cursos emergenciais de enfermeiras-visitadoras, ou enfermeiras de higiene, como as americanas preferiam chamar, foram oferecidos pela Escola de Enfermagem do DNSP. Os cursos emergenciais foram oferecidos até a formação da primeira turma de enfermeiras em 1925.

as dores de dentes e de cabeça, as perturbações digestivas ligeiras, etc. e fiscaliza as condições higiênicas da casa, procurando equiparar seu nível ao da escola [...] ensina às crianças os hábitos higiênicos, executando os gestos que devem ser repetidos (SÁ, 1923, p. 145).

O discurso de Sá sobre o trabalho das enfermeiras escolares nas inspetorias médicas escolares, nos pareceu, um tanto idealizado. Pela extensão da atuação delas na vida coletiva e privada dos escolares, mediando instituições tão distintas, como a escola, a casa do aluno e os serviços de saúde, pareceu-nos uma tarefa impossível de ser realizada na sua plenitude. A experiência americana pode tê-lo animado, a ponto dele próprio, em 1923, ter pedido a Sociedade de Medicina e Cirurgia que solicitasse à prefeitura a entrada destas profissionais na inspetoria escolar. Entretanto as condições institucionais, culturais e econômicas brasileiras dariam uma feição diferente ao trabalho destas profissionais.

As enfermeiras se incorporaram ao trabalho de inspeção escolar no Distrito Federal, a partir de 1928, na gestão de Fernando de Azevedo como Diretor de Instrução Pública, que à época nomeou Oscar Clark para o Serviço de Inspeção Médica Escolar. As avaliações das primeiras candidatas, que foram arguidas sobre o português e a aritmética, contou com uma banca de quatro médicos, inclusive o próprio Clark. Deste primeiro concurso resultou a nomeação interina de 27 enfermeiras, que devidamente orientadas, deveriam seguir o regulamento das enfermeiras escolares produzido por Clark. De acordo com esta norma, as recém-nomeadas enfermeiras tinham 10 tarefas para cumprir, dentro e fora da escola (CLARK, 1929a).

Na escola, as moças deveriam inspecionar os alunos, sempre em companhia do médico ou do diretor, ajudar os médicos nos registros das fichas dos alunos, emitir relatórios sobre os alunos “débeis”, subnutridos, anêmicos, com “defeitos físicos”, etc.; corrigir as “atitude viciosas que tomaram as crianças nas carteiras” e, sob consulta do médico, escolher lugar mais apropriado; “corrigir os maus hábitos escolares e ministrar-lhes noções de higiene” e prestar atendimento de urgência em casos de acidentes (CLARK, 1929a, p. 54).

Fora do ambiente da escola, as enfermeiras deveriam inspecionar a casa dos alunos e relatar ao médico, por escrito, as condições que viviam a família; “[...] transmitir aos pais as recomendações dos médicos escolares sobre o estado dos

filhos e obter consentimento para que sejam examinados e tratados em hospitais e policlínicas”; além de introduzir “[...] na prática elementar da higiene pessoal e doméstica as famílias dos educandos” (CLARK, 1929a, p. 54).

Além de suas atividades técnicas, rotinas administrativas foram incluídas por Clark. A cada quinta-feira, elas deveriam prestar conta do serviço realizado ao inspetor médico chefe nas reuniões semanais da inspetoria. Diariamente também deveriam se comunicar com o médico do distrito que atuavam, comparecer, com hora marcada, à sede do distrito duas vezes por semana, e duas vezes por semana conduzir os alunos à rede de serviços médicos para exames e tratamento. Elas deveriam também registrar todo o trabalho e gerar estatísticas do número de alunos em tratamento e a evolução dos casos (CLARK, 1929a).

Na análise das tarefas das enfermeiras, foi possível perceber a predominância de tarefas de controle, inspeção, administrativa, mediação, registro e estatística, em detrimento às tarefas voltadas para educação da higiene ou da saúde, que se restringiam a ministrar noções de higiene aos alunos e iniciar na “prática elementar” da higiene pessoal e doméstica às suas famílias.

Apesar de corroborar com Clark sobre estas tarefas, Sá, como educador, deu ênfase às tarefas educativas e suas estratégias pedagógicas no cotidiano das enfermeiras escolares. Segundo ele, as enfermeiras também deveriam:

[...] aproveitar o instinto infantil de fabulação para compor histórias, como as do palhaço Chon Chon e as da Fada da Saúde. Encorajar o desenho de cartazes de propaganda sanitária, promovendo a publicação do mais bem feito. Nas classes mais adiantadas, dá as meninas lições práticas de puericultura, instalando liga de mãezinhas e aos meninos, diz, fazendo, como se combate os ratos, os mosquitos, moscas, pulgas e piolhos, explicando o porquê deste combate [...] comete aos alunos tarefas de vigilância higiênica em relação uns aos outros ou referente ao edifício, dividindo-os em turma, instituindo prêmios, fundando clubes de saúde. Organizam programas de férias visando beneficiar as crianças que mais precisam de vida ao ar livre, do clima de montanha, ou de praia, do repouso no campo (SÁ, 1923, p. 145)

A ênfase de Sá às estratégias pedagógicas das atividades de educação sanitária das enfermeiras, talvez pela sua atuação docente e pelas apropriações que fazia da representação americana de higiene escolar da década de 1920, que valorizavam as ações de educação em saúde, colocava em questão qual perfil

profissional estas enfermeiras deveriam possuir, visto que para Sá, elas deveriam executar tarefas de saúde pública e pedagógicas ao mesmo tempo.

Enfermeiras ou professoras? Qual divisão de tarefas estas profissionais fariam com as professoras primárias nas suas intervenções constantes no cotidiano escolar? Ou quais conflitos esta sobre posição de perfil gerariam? E o quanto esses conflitos maculariam o trabalho do Serviço de Inspeção Médica nas escolas?

A profissão de enfermeira, neste momento se configurava como outra opção de carreira para as mulheres, visto que no pensamento higienista da década de 1920, seriam as mães, pela falta de conhecimento higiênico no cuidado com os filhos, uma das responsáveis pelas mazelas das crianças brasileiras. Neste sentido, para maior eficiência do trabalho de educação higiênica a este grupo, somente outras mulheres, as enfermeiras visitadoras em geral, ou as escolares, poderiam fazer este trabalho (BONATO, 2013).

Sá, entretanto, não aventou, e conseqüentemente não respondeu a estas questões. Porém os números expressos no relatório de Clark, sobre o primeiro ano da sua gestão no Serviço de Inspeção Médico Escolar do Distrito Federal, respondeu em parte a estas questões. De acordo com este relatório, as enfermeiras se concentraram nas tarefas de controle, encaminhamentos, vacinação, inspeção, registro e estatística. Desta forma, conforme as estatísticas, não houve, ou não foi significativa, ou ainda não valorizada, as atividades educativas, com ou sem as estratégias pedagógicas sugeridas por Sá.

No exercício de 1928 elas visitaram 971 escolas e 3116 domicílios. Selecionaram 63 alunos para colônia de férias, encaminharam 148 para tratamento fora da escola, auxiliaram 699 no tratamento na própria escola e vacinaram e revacinaram 1966 crianças (CLARK, 1929a). No primeiro semestre de 1929, as enfermeiras escolares apresentaram o mesmo extrato de atividades. Visitaram escolas, visitaram domicílios, trataram e encaminharam alunos doentes, vacinaram e revacinaram as crianças. As únicas atividades diferentes de 1928 para o de 1929 foram as injeções e os “avisos aos pais” (CLARK, 1929b).

De acordo com os dois relatórios, entre junho de 1928 e junho de 1929 no Distrito Federal, baseado em 5864 fichas sanitárias de alunos das escolas públicas primárias, foi possível identificar as doenças que mais acometiam os escolares. As maiores incidências eram as doenças do trato nasofaríngeo (28%), verminoses



(16%), a sífilis transmitida à criança pela mãe (12%), seguidos de anemia (10%), desnutrição (9%) e problemas de visão (4%) (CLARK, 1929b).

Os casos reportados ou identificados nas visitas às escolas e aos domicílios demandavam, na visão de Clark, uma estrutura que a inspetoria do Distrito Federal não tinha à época. Diante disso, Clark começava a refletir sobre que tipo de organização e estrutura físico funcional seria mais adequado para suas representações de higiene escolar.

As Clínicas Escolares, como estrutura complementar à inspeção médica e das enfermeiras, foi a instituição idealizada por Clark para tratamento e assistência de saúde dos escolares. Sobre elas, Clark ponderou:

A maior preocupação atualmente de todos os que têm a responsabilidade de organizar os serviços de higiene nas escolas públicas, consiste em instalar do modo mais perfeito as clínicas escolares, isto é, Centros de Tratamento, onde os alunos necessitados e doentes possam receber a devida assistência. Entre nós, muito particularmente, a clínica escolar constitui necessidade inadiável, por causa da ausência absoluta de hospitais para crianças. O Rio, com efeito, é a única metrópole cuja municipalidade não mantém estabelecimento onde a poluição infantil seja tratada, e por isso, vai para 12 anos, nutro a convicção de que o governo municipal nenhum maior serviço pode prestar aos alunos pobres e doentes das escolas públicas do que instalando policlínicas (CLARK, 1929, p.68).

Baseado em experiências internacionais, como na Inglaterra, Clark estava convicto que não seria possível promover a higiene escolar, principalmente onde não havia oferta de serviços de tratamento de saúde infantis, como no Rio de Janeiro, sem o apoio das Clínicas Escolares. Estas clínicas, para atenderem aos fins que Clark preconizava, deveriam contar com “gabinetes” de especialidades médicas relacionadas às maiores incidências das doenças dos escolares, assim consultórios de otorrinolaringologia, oftalmologia e dentistas, além das salas de Raio-x, laboratórios, salas de curativo, solário, salas para pequenas cirurgias e cozinha, para alimentar as crianças doentes e famintas que provavelmente a clínica atenderia.

Para estas instituições também seriam transferidas todas as atividades de educação sanitária aos pais e alunos, desta foram elas deveriam contar com salas de reunião e auditórios para este fim. As clínicas também deveriam atender e cuidar da saúde de professores e de todos os funcionários da escola (CLARK, 1929a).

As clínicas escolares seriam o epicentro da higiene escolar do Distrito Federal, pois não contariam apenas com estrutura assistencial, mas também receberiam os serviços administrativos e estatísticos da inspetoria, e espaços de apoio aos inspetores médicos e as enfermeiras visitadoras. Seria nas clínicas escolares, também, que Clark acomodaria a recém criada por ele, Sociedade dos Médicos Escolares. Segundo Clark esta sociedade “[...] foi uma das ideias mais felizes da atual organização dos serviços de higiene escolar”. Entretanto ela já nascera com muitas dificuldades, pois os inspetores não tinham lugar para darem continuidade às suas atividades, como não conseguiam se reunir para os estudo de caso, isso acabava acontecendo na Santa Casa de Misericórdia, onde Clark tinha vínculos, por ter sido chefe da 2ª enfermaria (CLARK, 1929b, p.69).

As clínicas escolares não apenas complementariam à inspetoria escolar, com seus serviços de orientação sanitária, diagnóstico, e tratamento médico aos escolares, mas também acomodariam toda a estrutura da inspetoria, que carecia de espaço para as suas atividades à época, inclusive do próprio gabinete da Inspetor Chefe. Além disso, os próprios médicos escolares teriam espaço para se organizarem enquanto categoria profissional, para discutirem suas práticas e principalmente compartilharem suas representações de higiene escolar, que se consolidariam com a concretização do sonho das clínicas escolares de Clark.

A representação de higiene escolar de Clark, de acordo com seus discursos, não excluía a importância da educação higiênica das crianças e dos pais. Na defesa da instalação das clínicas escolares, sobre o papel da educação higiênica, Clark acreditava que:

A educação popular constitui fator básico para a eficiência de qualquer serviço de higiene social e não pode haver melhor centro onde as aulas aos pais sobre a higiene possam ser dadas do que na clínica escolar. O simples fato dos pais assistirem aos mais diversos exames propedêuticos realizados em seus filhos [...] serve para convencê-los da necessidade de ouvir os conselhos médicos (CLARK, 1929b, p.69).

Sobre a educação sanitária, Clark não discutiu em seus artigos e relatórios de 1929, como Sá, sobre as estratégias pedagógicas para este fim, restringiu-se aos conteúdos, às formas e aos agentes. Entretanto em relatórios de 1930, talvez pela constatação na prática, depois de dois anos à frente da inspetoria, da ineficiência das aulas clássicas de higiene aos escolares, reconheceu a importância de uma

pedagogia específica, pois “[...] a criança não tem o necessário preparo em biologia para compreender preleções teóricas sobre higiene, de modo que sua educação sanitária deve ser baseada em atos concretos” (CLARK, 1930, p.61), que pela repetição se transformaria em hábitos higiênicos.

No seu planejamento inicial à frente da inspetoria, Clark estabeleceu o conteúdo e a frequência das aulas de higiene que os médicos escolares deveriam ministrar aos alunos. Porém identificou a necessidade de oferecer cursos de higiene para os professores para que pudessem, depois de devidamente instruídos, dividir a tarefa da educação higiênica com os médicos escolares.

No trabalho da enfermeira escolar, que não incluía diretamente as aulas de higiene dos escolares, foi identificada a necessidade de aperfeiçoamento de seus conhecimentos. Um curso foi organizado por Clark, com temáticas higiênicas prioritárias como Anatomia, Fisiologia, Higiene Geral e individual, Medicina preventiva, Higiene escolar e Higiene Mental (CLARK, 1929b).

Entretanto, provavelmente, pelo contato diário com o sofrimento infantil e pelas inúmeras frustrações cotidianas de diagnosticar doenças básicas crônicas pela falta de tratamento, seja pela ignorância de pais e professores, como também pela quase inexistência de serviços de tratamento médico voltados para criança no Distrito Federal, à época, Clark concebeu uma higiene escolar com uma parcela muito significativa de assistência médica, indicando uma certa distinção com as representações de Sá sobre a temática.

As distinções nas representações de higiene escolar no Distrito Federal, na década de 1920, foram percebidas pelos próprios higienistas escolares da época. Antônio Leão Velloso, chefe do Serviço Otorrinolaringologia da Policlínica de Botafogo, Rio de Janeiro, e mais tarde também médico escolar (A NOITE, 1941), levantou a questão na coluna semanal que mantinha no Correio da Manhã em 1929. Sobre o Serviço de Inspeção Médica Escolar, sob a gestão de Oscar Clark, pronunciou-se:

Dois pontos de vista disputam, agora, a sua orientação: de um lado encontram-se os que desejam restringir sua missão social ao programa de encaminhar as novas gerações no sentido da boa higiene; do outro campo forma os que acham que a intervenção do médico escolar não deve ser exclusivamente orientadora, mas, ao contrário disso, ele deve passar da contemplação à ação, medicando aos escolares, como aos enfermos de sua clínica (VELLOSO, 1929, p. 4).

Velloso, não só indicou a distinção como também nomeou os médicos escolares que se contrapunham em suas visões. De um lado, Oscar Clark, que “[...] pensa que a assistência é complemento lógico desta inspeção”. E do outro, Zopyro Goulart, médico da inspetoria escolar, portanto subordinado de Clark, e dermatologista especialista em sífilis, que entendia a higiene escolar como preventiva e fundamentada na profilaxia das doenças, baseada na sua detecção precoce e na educação higiênica (VELLOSO, 1929, p. 4).

O jornalista e médico também se posicionou ao debate, com cuidado, para evitar os melindres entre os colegas de profissão:

Acho muito acertada as palavras do ilustre e autorizado colega, Dr. Zopyro Goulart, quando reivindica para esse serviço público a sua alta missão educadora; creio, porém, que se além da profilaxia, ele fizesse também a assistência, mesmo que para isso esvurmasse as postemas que tanto arrepiam os cabelos ao dermatologista, grande seria a cópia dos favorecidos, sendo assim satisfeita sua finalidade social (VELLOSO, 1929, p. 4).

A representação da higiene escolar mais centrada na prevenção e profilaxia do que na assistência, indicaria uma apropriação do modelo americano em Sá, e provavelmente em Goulart, que supervalorizaria a educação dos indivíduos na prevenção das doenças e promoção da saúde, em detrimento às práticas coercitivas, de inspeção e de controle.

Entretanto o modelo americano de higiene escolar, no período desta pesquisa, não excluía necessariamente a assistência médica aos escolares, apesar da grande ênfase da educação para saúde. Porém as ações de saúde pública tinham sido muito efetivas em décadas anteriores e apresentaram resultados importantes na sociedade como um todo, e conseqüentemente as crianças em idade escolar foram atingidas por elas.

Assim foi possível desenvolver extensos programas de educação em saúde, visto que os escolares já estavam cobertos pelos serviços de assistência médica e pelas políticas de saúde pública (VESELAK, 2001). Muito diferente do Brasil, onde, apesar dos movimentos de proteção à infância, se iniciaram ainda no final do século XIX, as políticas públicas de saúde e educação se efetivaram em âmbito nacional, somente a partir da década de 1930.

A representação de higiene escolar de Clark, não se absteria de oferecer assistência médica ao escolar em momentos que eram necessários. Esta concepção, provavelmente, também estava relacionada com sua reflexão do papel do médico na escola, a partir de críticas feitas sobre este profissional. As críticas de que o trabalho do inspetor médico escolar “[...] é superficial e anticientífico, burocrático em suma” (CLARK, 1930, p. 63), apesar de corroboradas, foram justificadas por Clark, pela insuficiência das condições estruturais e de recursos. Entretanto, ele também indicava um certo conflito entre a natureza do trabalho e formação do médico com a configuração da higiene escolar baseada em inspetorias médicas, segundo Clark:

A organização universal dos serviços de higiene escolar é falha, por isso que não atende ao traço fundamental da psicologia do médico, cuja função primordial consiste em lidar com doentes. Não vale, certamente, a pena estudar uma vida inteira, formar o cérebro na atmosfera hospitalar, submeter-se a provas públicas de competência sobre pediatria, psicologia, higiene, otorrino, oftamologia, dermatologia e medicina preventiva para depois passar tantas horas percorrendo escolas, em bairros distantes, sem quase nada poder fazer em benefício da criança (CLARK, 1930, p. 63).

Com as experiências acumuladas durante os dois anos à frente da inspetoria, Clark pode refletir e discutir com seus pares, os médicos escolares que faziam parte da sua equipe e da Sociedade de Médicos Escolares, a higiene escolar do Distrito Federal. Através da idealização das clínicas escolares, Clark pode conceber a estruturação da higiene escolar, onde o médico estaria adequadamente acomodado e assim teria seu conhecimento aplicado plenamente em suas práticas assistências, “[...] de acordo com a nobreza da profissão” (CLARK, 1930, p.63).

A higiene escolar de Clark, consistiria na criação das clínicas escolares, o lugar do médico por excelência, onde estaria disponível e preparado para receber os escolares doentes, encaminhados pelas escolas e pelas enfermeiras escolares, necessitando de diagnósticos precisos e tratamento. Os médicos escolares, atuando nas clínicas escolares seriam, para Clark, o mais adequado às expectativas do médico como uma economia para os cofres públicos. A “[...] simples inspeção dos escolares, [...] a correção de mal hábito que tem as crianças, [...] a assistência higiênica e alimentar dos alunos[...] podiam ficar a carga das enfermeiras” (CLARK, 1930, p.63).

Assim, a higiene escolar de Clark seria constituída de uma “bem montada” estrutura médico assistencial central e nevrálgico, que com auxílio de agentes, no caso as enfermeiras escolares, captariam os alunos doentes nas escolas, através de visitas constantes de controle e inspeção higiênica. Na representação de higiene escolar de Clark, além dos médicos e enfermeiros, era necessário também contar com o professor<sup>44</sup>, “[...] que deve incumbir-se da parte propriamente fisiológica deste ramo da higiene”. À enfermeira caberia “[...] cuidar da educação sanitária dos alunos e respectivas famílias, bem como da inspeção diária das crianças”. E finalmente o médico se encarregaria “[...] da parte propriamente funcional, isto é, do exame clínico completo e tratamento eficiente dos alunos necessitados conduzidos à clínica” (CLARK, 1930, p. 64).

Seu sonho se concretizou em maio de 1930, quando foi inaugurada pela Diretoria de Instrução Pública, a primeira clínica escolar do Distrito Federal, a Clínica Escolar Oscar Clark<sup>45</sup>, situada à Rua General Canabarro no Maracanã. Nos primeiros relatórios estatísticos publicados em 1932, foi possível perceber que, pelo menos a estrutura e os recursos tecnológicos pleiteados por Clark foram supridos. Em seus dois primeiros anos pode contar com os consultórios de clínica médica, oftalmologia, otorrinolaringologia, dermatologia, sifilografia, além dos serviços de laboratório e do de radiologia. A clínica também oferecia distribuição de medicamentos e merendas e não atendia apenas os alunos, mas toda comunidade escolar, como idealizou Clark (A FOLHA MÉDICA, 1933).

Seguindo seu pensamento médico assistencial para o escolar, Clark idealizou um projeto ainda mais arrojado que as clínicas escolares, as escolas hospitalares. Estas instituições seriam escolas para crianças doentes e “débeis” pobres, que por sua condição estariam fora do ambiente da escola tradicional. Com seus próprios recursos, em um antigo casarão de sua família, ele inaugurava, em janeiro de 1939,

---

<sup>44</sup> O Serviço de Inspeção Médico Escolar de Niterói, por falta de enfermeiros escolares, precisou da mão de obra de professores para o trabalho de inspeção e educação sanitária nas escolas e nos domicílios. (SAMPAIO, 1930).

<sup>45</sup> A Clínica Escolar Oscar Clark manteve sua estrutura, função e designação até 1940. Após esta data ela passa se chamar Posto Médico Pedagógico Oscar Clark, onde sofreu poucas modificações em sua estrutura e objetivos. Entretanto a partir de 1962 ela transformou-se completamente e tornou-se um centro de reabilitação de deficientes físicos da prefeitura do Rio de Janeiro, passando a designar-se Instituto Oscar Clark, mantendo a função de reabilitação, atualmente, designada Centro Municipal de Reabilitação Oscar Clark, funciona recebendo pacientes da rede municipal de saúde necessitando de reabilitação física (CENTRO MUNICIPAL DE REABILITAÇÃO OSCAR CLARK, 2014).

no município de Araruama, no Rio de Janeiro, a Escola Hospital José de Mendonça. Nesta instituição, as crianças doentes e pobres ao mesmo tempo em que receberiam tratamento médico, seriam instruídas e com isso não interromperiam seus estudos. Na escola hospital, a primeira do gênero no Brasil, haveria também formação profissional, pois o que as crianças comiam e vestiam, eram em parte, produzidos por elas próprias (A NOITE, 1939).

Os primeiros resultados da experiência da escola hospital, foram divulgados por Clark, em 1946, através da publicação do livro *Política dos campos de saúde*. Em entrevista, por ocasião do lançamento deste livro, Clark declarou que a escola hospital havia sido criada:

[...] para corrigir uma grave injustiça social: a existência de crianças débeis. Até o gado, no século XVIII, adquiriu o direito de ser belo e sadio, por que, pois neste século de bondade e beleza a criança não deve gozar do mesmo direito? Esses débeis físicos tem, em geral, a sua vida cortada em meio caminho, via de regra pela tuberculose, assim a finalidade precípua da escola hospital é a prevenção da peste branca” (A NOITE, 1946, p.4).

A tuberculose e outras doenças que grassavam, principalmente, crianças pobres em idade escolar, foram grandes desafios para intelectuais, políticos e sanitaristas nas primeiras décadas do século XX. As apropriações de modelos externos de saúde e educação necessitaram, em maior ou menor grau, de tropicalizações para que pudessem ser experimentadas na realidade brasileira. Muitas práticas, como os pelotões da saúde, as clínicas escolares, as enfermeiras escolares, as inspeções médicas nas escolas e nos domicílios, a educação sanitária, entre outras, necessitaram de adaptações para algum resultado pudesse ser avaliado e apresentado à sociedade.

As práticas da inspetoria escolar e as ações de saúde pública para a escola no Distrito Federal, no período desta pesquisa, colocaram em confronto distintas representações de higiene escolar, que conseqüentemente, orientaram práticas distintas também. Seus sujeitos, intelectuais médicos, que também assumiram postos em importantes serviços de saúde de atenção ao escolar, puderam, na medida do nível da articulação política de cada um, testar suas ideias nas práticas que empreenderam ou modificaram nos espaços que ocuparam. Médicos da mesma geração, que publicaram suas ideias nos mesmos veículos e que compartilharam ações de saúde para os escolares no aparato governamental, puderam demonstrar

apropriações distintas a cerca da interação entre saúde e educação no enfrentamento das enormes mazelas que a infância brasileira sofria à época.

### 2.3 OS CONGRESSOS

Os primeiros congressos internacionais sobre higiene escolar foram realizados, respectivamente, na Alemanha, em 1904, em Londres, em 1907, em Paris, em 1910 e em Nova York em 1913. Neste último as três temáticas centrais, que não diferiram muito dos congressos anteriores, foram “A Higiene dos edifícios escolares, terrenos, equipamentos, material e manutenção”, “A Higiene da Administração Escolar, Currículo e Programação” e “Medicina higiênica e supervisão sanitária nas escolas” (SCIENCE, 1913).

No Brasil, apesar do primeiro congresso nacional sobre a temática ter se realizado somente em 1941, a higiene escolar foi assunto frequente nos congressos médicos e de educação, nas primeiras três décadas do século XX. Estes congressos foram importantes espaços de apresentação e debate de representações a respeito do tema. Os cinco congressos de Higiene que aconteceram entre 1923 e 1929, se ativeram com mais afinco a questão higiênica e de saúde pública, de forma a abranger todas as dimensões da sociedade, dentre elas a educação (PYKOSZ, 2008).

O I Congresso Nacional de Saúde Escolar, eminentemente um fórum de interação entre médicos e educadores, patrocinado pelo governo Vargas foi sediado em São Paulo, entre os dias 21 e 27 de abril de 1941 e contou com a participação de 1224 congressistas inscritos (VILELA, 2011). De acordo com o discurso de encerramento de Adhemar de Barros (1901-1969), Intervetor de São Paulo à época, foi possível perceber a importância da temática para a ideologia do Estado Novo:

Cumpro, ainda, o grato dever de confessar-vos que, se a adesão dos Estados da República foi, para nós, um estímulo, o alto patrocínio que à nossa ideia dispensou o Governo da União foi por sua vez uma consagração e um prêmio. A presença do senhor ministro Gustavo Capanema à solenidade inaugural deu-nos uma prova eloquente do interesse e do carinho com que os problemas submetidos ao vosso exame são, na hora atual, considerados pelo Estado Novo. Continuam a repercutir em nosso ouvidos, Senhores Congressistas, as palavras que o senhor Presidente Getúlio Vargas nos dirigiu, em novembro de 1939, na seção inaugural da Conferência dos



Interventores: 'Ao Estado Novo cabe enfrentar, quanto antes, os problemas da educação e do ensino e orientá-los pelos seus postulados, de forma a dar às gerações novas o preparo indispensável para participarem ativamente da grande obra de reconstrução nacional iniciada. E isso porque os cuidados de que necessitam as gerações novas, no tocante aos problemas da educação e do ensino, abrangem, a um tempo só, a saúde do corpo e a saúde do espírito'....Precisamos habituar o cidadão do futuro a combater, desde a infância, os inimigos do bem-estar" (Anais do I Congresso Nacional de Saúde Escolar, 1942, p.64-67).

Após os intensos debates e de práticas de higiene escolar nos anos de 1910 a 1930, o congresso, através de suas comissões de cooperação, executiva e de orientação técnica, pôde subdividir o assunto em dez temas distintos, demonstrando uma maior complexidade e abrangência das representações de higiene escolar à época.

Com décadas de experimentação de serviços de inspetorias escolares em todo país, muito profícuos seriam os debates do primeiro tema, a *Organização e orientação dos serviços de saúde escolar*. O segundo tema, *A saúde do escolar nos meios urbanos e rurais*, deveria se ater aos debates sobre os prédios escolares e às questões higiênicas do ensino, como a organização da sala de aula, programas, calendário, etc. O terceiro tema trataria das *Condições físicas e mentais para o exercício do magistério*, onde a saúde do professor deveria ser discutida. O quarto tema, *Morbidade e mortalidade do meio escolar*, trataria das doenças de maior incidência entre os alunos e aquelas com maior proliferação no ambiente da escola.

*A educação sanitária nas escolas*, o quinto tema, no qual Sá participou como relator, discutiria como criar hábitos sadios nas crianças, a necessidade do ensino da puericultura em todos os níveis escolares, a função da educadora sanitária e a relação da casa e escola. O sexto, *Problemas dos repetentes nas escolas primárias*, abordaria os aspectos sociais, médicos, pedagógicos e psicológicos dos altos índices de repetência no Brasil. *A higiene mental nas escolas*, o sétimo tema, apontaria para a discussão da saúde mental do escolar. A alimentação escolar seria tratada no oitavo tema, *Alimentação e nutrição dos escolares*. O novo tema, *Bases científicas para recuperação dos débeis físicos*, se ateria às formas de reabilitação de escolares com deficiência física. Finalmente, o último tema, *A adaptação e a escolha de profissões*, discutiria o uso de instrumentos psicotécnicos e de

laboratórios clínicos para seleção de alunos nas escolas profissionais (Anais do I Congresso Nacional de Saúde Escolar, 1942).

De acordo com regimento do congresso, não haveria avaliação dos trabalhos enviados. Seriam criadas mesas e plenárias na quantidade necessária para atender as demandas das discussões oriundas das 207 comunicações orais propostas, que não poderiam exceder 15 minutos, propostas pelos autores. Clark e Fontenelle não constavam na lista de congressistas, que contava, em torno de 25% de médicos, 60% de professores e os 15% restantes de outros profissionais (Anais do I Congresso Nacional de Saúde Escolar, 1942).

A temática que contou com a participação de Sá como relator<sup>46</sup>, *A educação sanitária nas escolas*, reuniu 36 trabalhos, 35 teses e 1 relatório apresentado por Maria Antonieta Mendes de Castro, à época, chefe do serviço de educadoras sanitárias de São Paulo. De acordo com Vilela (2011), como a maioria dos trabalhos apresentados foram de autoria das educadoras da equipe de Castro, sendo apenas 7 trabalhos de médicos, a visão predominante da plenária foi a das educadoras sanitárias de São Paulo. Anunciando, aos participantes e ouvintes, que São Paulo seria o estado com melhores e mais contundentes ações neste sentido. Se foi possível concluir questões e/ou recomendações do quinto tema do I Congresso Nacional de Saúde Escolar, provavelmente foram próximos das representações paulistas de educação sanitária, ou mais precisamente, representações do grupo de educadora sanitárias de São Paulo. Porém em análise com mais acuidade das conclusões relatadas por Sá, na comparação com sua produção intelectual, foi possível perceber que, suas próprias intervenções, no sentido de tornar mais equilibrada a visão geral do evento sobre o tema.

Em seu relato sobre a plenária no quinto tema, Sá apontava que um dos consensos mais importantes, foi a “[...] importância cada vez mais reconhecida da educação da saúde na escola, havendo quem a deseje iniciada no ensino pré-primário e alongada nos estabelecimentos de instrução superior” (Anais do I Congresso Nacional de Saúde Escolar, 1942, p. 436).

---

<sup>46</sup> O quinto tema foi dividido em mais dois subtemas, *O ensino da puericultura nas escolas* e *O papel da educadora sanitária*, que tiveram como relatores, respectivamente, Jorge de Queiroz Moraes e Maria Antonieta de Castro.

Na análise dos resumos, relatados por Sá, foi possível identificar a predominância do reforço da importância das educadoras sanitárias e dos professores para educação sanitária, nos trabalhos apresentados por professores. Neste grupo de trabalhos também foi possível perceber um apelo para a psicologia pedagógica na prática da educação sanitária, traduzido nos trabalhos dos médicos como “aprender fazendo”.

Entretanto, apesar da maioria dos trabalhos indicarem a centralidade da educadora sanitária na tarefa da educação sanitária, até pelo fato da maioria deles serem de autoria desta categoria profissional, alguns médicos apresentaram posicionamentos diferentes, onde a “[...] educação sanitária é dever do médico, com auxílio das educadoras sanitárias e colaboração dos professores”. Na contrapartida da reivindicação pela tarefa da educação sanitária, alguns professores indicaram que o “[...] ensino da saúde não pode isolar-se, mas há de fazer-se em todas as situações da vida escolar, e assim o professor, naturalmente com a necessária formação, deve ser o agente exato da educação da saúde” (Anais do I Congresso Nacional de Saúde Escolar, 1942, p. 438).

Curiosamente, no seu relato de conclusão, Sá não apontou a centralidade da educadora sanitária no labor desta educação. Inclusive, nem se quer mencionou as enfermeiras escolares, tão propagandeadas por ele na década de 1920, como um dos agentes mais importantes nesta tarefa. Na conclusão de número 5 e 6, enfatizou:

Na escola primária, o melhor agente da educação da saúde é a própria professora que, para isso, deve ter tido a necessária aprendizagem no seu curso de formação regular ou em curso de emergência.

À educadora sanitária cabe realizar a educação da saúde, quando para isso não estejam preparadas as professoras, a quem sempre orientará nessa matéria, mesmo quando tenham, estas, feito cursos regulares ou de emergência, nos termos da conclusão anterior (Anais do I Congresso Nacional de Saúde Escolar, 1942, p. 440).

Apesar dos 5 trabalhos apresentados pela chefe do Serviço de Educadoras Sanitárias de São Paulo, mais os outros de sua equipe, também inscritos no congresso, Sá deixou registrado conclusões que diferiram do interesse deste grupo. Pela análise de seus artigos e em seu relato no congresso, foi possível apontar para certa distinção na sua representação de educação sanitária, agora em 1941,

claramente entendida como uma dimensão da higiene escolar, ou para Sá, a própria higiene escolar.

Esta distinção pode ser indicada na própria nomenclatura utilizada pelos participantes do congresso. Sá, em todo o seu relato proferiu “Educação da saúde”, em contraposição aos termos “educação higiênica” e ao mais usual no congresso, “educação sanitária”, inclusive esta foi a nomenclatura usada para denominar o quinto tema do evento. Termo, que talvez, reforçaria o papel das educadoras sanitárias de São Paulo, que estavam em maior número nas plenárias do quinto tema do congresso, muito pelo evento ter sido organizado e sediado neste estado..

Para estas, o trabalho da educação sanitária seria o contexto para atuarem em seu papel fundamental, agentes sociais em benefício da criança, principalmente pobre e em idade escolar. Em trabalho intitulado *Função social da educadora sanitária*, Castro enfatizava que “[...] assistência social, em que se empenha a educadora sanitária, é mais que uma profissão, é verdadeira vocação [...] a educadora sanitária é o elo mais forte da cadeia e o lar”. Concordando com Sá e outros participantes, Castro apontou a necessidade da dimensão prática e lúdica da educação sanitária e refletiu sobre os diversos métodos desta tarefa, como “[...] a revista diária da prática de higiene, nas tomadas de peso e altura, nas dramatizações, nos clubes de saúde, na merenda”, entre outros. (Anais do I Congresso Nacional de Saúde Escolar, 1942, p. 436).

Em seu relato no subtema *O papel da educadora sanitária: ligação entre lar escola*, Castro declarou que no “[...] triangulo Lar-Escola-Saúde, a educadora sanitária escolar ocupa a base principal constituindo o ponto de enlace entre todas as atividades educativo sanitárias” (Anais do I Congresso Nacional de Saúde Escolar, 1942, p. 436). A centralidade, o papel coordenador e a função social das educadoras sanitárias nos programas de educação sanitária, conclusões de Castro em seu relato, conotam não apenas distinções nas representações da educação sanitária no Brasil, à época. Mas também, ou tão mais, um posicionamento político profissional, no sentido de demarcação de território, ou mercado de trabalho. Uma luta por um monopólio de conhecimento, que pudesse garantir a estas mulheres possibilidades de carreiras diferentes das do magistério ou da enfermagem. Uma carreira que traria, em seu corpus de conhecimento, um pouco de cada uma,

acrescida das habilidades especiais de uma agente social. As educadoras sanitárias de Castro seriam mais que a educação sanitária que praticavam.

No seguimento dos debates do quinto tema do congresso, os métodos e conseqüentemente, as práticas experimentadas de higiene escolar, como a inspeção médica nos alunos, foram reforçadas ou até mesmo resgatadas. A participação do médico, tão imprescindível para higiene escolar e educação sanitária nas décadas anteriores, foi trazida por alguns poucos professores, como imprescindível à complementar todo esforço em prol da saúde do escolar. Entretanto, agora ele estaria dividindo o espaço escolar, no contexto da saúde, com professores, enfermeiros escolares e educadoras sanitárias. Aos médicos, para esses professores, não cabia educar, mas tinham “[...] obrigação de visitar as escolas para exames de alunos e orientação aos mestres” (Anais do I Congresso Nacional de Saúde Escolar, 1942, p. 437).

Outra prática debatida foram os pelotões da saúde, ou o similar batalhão da saúde. Esta prática, introduzida no Brasil por Sá, na década de 1920, foi referida por muitos professores como um método muito afinado com as prerrogativas pedagógicas da educação sanitária. A formação de hábitos e o ensino da saúde de forma lúdica e coletiva, na medida em que, com a “[...] criação dos batalhões da saúde, nos quais os alunos cuidam de sua e da saúde dos que os rodeiam”. O relator corrobora com o professor, parafraseando Jesse Williams, “ter saúde é viver mais e servir melhor” (Anais do I Congresso Nacional de Saúde Escolar, 1942, p. 439).

Em seu trabalho de relator do quinto tema do I Congresso de Nacional de Saúde Escolar, Sá concluiu o evento, no tema que a ele foi delegado relatar, em nove consensos ou diretrizes. Não se pode ter muita certeza, se nestas conclusões, ele realmente expressou os consensos e diretrizes advindas da maioria dos trabalhos, na medida em que, dissensos e distintas representações do tema foram percebidos neles. Sá concluiu:

1ª - A educação da saúde deve ser realizada em todos os graus de ensino, desde a pré escolaridade às faculdades, mas encarecida, sobretudo, na escola primária;

2ª - A educação da saúde deve constituir em implantar hábitos, determinar atitudes e ministrar conhecimentos que permitam, conquistar, conservar e aperfeiçoar a saúde, não somente no indivíduo, mas ainda na coletividade;

3ª - A educação da saúde não será feita como disciplina à parte, mas em todas as situações da vida escolar;

4ª - Faz-se mister estabelecer padrões de saúde e realizar experiências com testemunho de controle pra dizer o valor exato da educação sanitária;

5ª - Na escola primária, o melhor agente da educação da saúde é a própria professora, que para isso, deve ter tido a necessária aprendizagem, no seu curso de formação regular ou em curso de emergência;

6ª - À educadora sanitária cabe realizar a educação da saúde, quando para isso não estejam preparadas as professoras, a quem sempre orientará nessa matéria, mesmo quando tenham, estas, feito cursos regulares ou de emergência, nos termos da conclusão anterior;

7ª - As organizações escolares que mais se prestam á educação da saúde são aquelas nas quais se põe em prática o princípio de “aprender fazendo”;

8ª - Para orientação dos professores, convém elaborar um programa no gênero “Introdução á educação da saúde”, formulado, com esse objetivo, pelo Departamento de Educação do Distrito Federal;

9ª - O Departamento Nacional de Educação da Saúde poderá impulsionar decisivamente a educação da saúde, no Brasil (Anais do I Congresso Nacional de Saúde Escolar, 1942, p. 440).

Na análise destas conclusões foi possível perceber algumas seleções e esquecimentos. Sá não mencionou a tão propalada função social das educadoras sanitárias, apesar desta questão ter sido mencionado em vários trabalhos. Inclusive sobre elas, apesar de terem sido enaltecidas por alguns participantes, foi referido por Sá, um papel secundário nas conclusões. A função da educação sanitária seria, prioritariamente, do professor, não de formação, como muitas educadoras sanitárias paulistas o eram, mas de prática escolar diária. Às elas estaria o papel de realizar a educação sanitária na falta do professor, ou enquanto ele não estivesse preparado.

Sá não mencionou as inspeções médicas nos alunos como complementaridade à tarefa da educação sanitária, como alguns participantes apontaram. O esquecimento pode indicar seu próprio descrédito nesta prática como importante para educação sanitária, verificados em seus artigos anteriores, ou por achar que isso seria tratado nas plenárias de outros temas, como *Organização e orientação dos serviços de saúde escolar* ou *A saúde do escolar nos meios urbanos e rurais*.

Sá concluiu que seria importante, para o desenvolvimento da educação sanitária, o estabelecimento de formas de verificar os resultados da educação sanitária. As ideias a cerca da necessidade de avaliar os serviços de saúde, inclusive com uso de estatística e estabelecimento de padrões, já havia sido assunto

recorrente em artigos de Sá, entretanto não foi assunto largamente apontado pelos participantes. Da mesma forma que a sugestão da criação de um Departamento Nacional da Educação da Saúde também não foi assunto muito difundido entre os participantes, mas foi indicado como uma das conclusões da plenária.

Conclusão que acabou sendo, de certa forma, concretizada. Em 1941, Gustavo Capanema promove uma segunda reforma em seu ministério. A intenção foi verticalizar e intensificar a presença dos órgãos federais de saúde e educação nos municípios e nos estados. Foram criados os serviços nacionais de saúde, baseados nas estratégias formuladas pelo governo para a saúde. Entre eles, foi criado o Serviço Nacional de Educação Sanitária<sup>47</sup>. Com este serviço, as ações se intensificaram em todo o Brasil e aumentaram o aporte de materiais mais voltados para informações sobre doenças (Sarampo, Poliomielite, Meningite, Varíola, Febre Tifóide, etc.).

A defesa da centralidade do professor na educação sanitária e a não valorização da inspeção médica aos alunos, nas conclusões relatadas por Sá, podem indicar, em 1941, um posicionamento distinto ao pensamento médico das décadas anteriores, expressados em práticas coercitivas e de controle das inspetorias médicas escolares, onde a presença do médico na escola, era visto como imprescindível para a prevenção de doenças e manutenção da saúde de todos, alunos, professores e funcionários. As conclusões do quinto tema do I Congresso Nacional de Saúde, pode apontar para certa transferência de conhecimento e poder, do médico para outros profissionais, professores, enfermeiros e educadores sanitários, e conseqüentemente certa perda de espaço do médico no ambiente escolar.

---

<sup>47</sup> A divisão de Educação Sanitária do SESP apresentou forte atuação em áreas que o Serviço Nacional de Educação Sanitária não explorou muito, como orientações sobre cuidados com bebês e tratamento de água e esgoto. Foi no interior desta divisão que ocorreram as primeiras reflexões mais profundas, no Brasil, sobre Educação em Saúde da população em geral, entretanto estas mudanças ocorreram já na década de 1950 e contribuíram para produção de teorias e métodos de Educação em Saúde que se focaram na população, deixando de lado a Educação em Saúde na escola e relativizando a eficácia da propaganda (FONSECA, 1989).

### 3. OS ESCRITOS DE CARLOS SÁ

#### 3.1 SAÚDE E EDUCAÇÃO COMO REPRESENTAÇÃO DE MODERNIDADE E FUTURO

Sá, em seus escritos entre 1920 e 1945, não dedicou esforços para debater a temática do progresso, da modernidade e do futuro em si, entretanto em vários artigos e em seu livro, expressou suas ideias acerca da educação e da saúde nestes contextos, e também sobre quais ações de políticas públicas poderiam conferir à ambas, um caráter moderno, e que permitiriam igualar, minimamente, o Brasil aos modelos internacionais e principalmente americanos de educação e saúde.

A observação constante das práticas de saúde e educação internacionais, principalmente americanas, através da leitura de artigos, livros e viagens de estudo ao estrangeiro, fazia com que, na comparação com a realidade brasileira, estas práticas lhe parecessem modernas e inovadoras.

Ao trazer ao debate estas questões, para ele inovadoras, ao panorama brasileiro sobre educação e saúde, não se furtou em criticar e apontar o atraso em que nos encontrávamos frente aos seus modelos internacionais. Em seu artigo *As Enfermeiras Escolares*, publicado em 1923 na *A Folha Médica*, onde apresentou a importância, as atribuições e o modelo ideal de um Serviço de Enfermeiras Escolares, Sá apontou como ultrapassado o princípio que norteava o trabalho do Serviço de Inspeção Médica Escolar na Capital Federal:

[...] se numa escola aparece um caso de uma doença contagiosa, a criança é mandada para casa, a sala de aula é rigorosa e inocuamente desinfetada e finda toda a vigilância. Ora, então, se os casos se repetem, o edifício escolar cerra as suas portas, a desinfecção se faz mais rigorosa e os focos de contágio se disseminam, livremente, pela cidade. Ainda no ano passado, a mim me coube realizar pesquisas epidemiológicas em surtos de gripe e sarampo em dois internatos desta capital. Para manter os doentes isolados dentro do próprio estabelecimento, impedindo, em um dos institutos a suspensão das aulas, com o que se azava oportunidade para rigorosa vigilância em torno de alunos e professores, necessário me foi enfrentar e vencer ferozes preconceitos, fundamentos arraigados nos espíritos dirigentes. (SÁ, 1923, p. 144)



As novas ideias sobre como os surtos deveriam ser combatidos no espaço escolar, defendidas por Sá, estavam em consonância com a introdução do trabalho das Enfermeiras nos Serviços de Inspeção Escolar e com as novas descobertas da Epidemiologia, ciência que estudaria “[...] a doença qual ocorre na coletividade, e que assim se distinguiria do processo mórbido e de suas manifestações no indivíduo [...]”. A Epidemiologia investigaria a origem, o desenvolvimento, as formas e os meios de contágio das doenças contagiosas, com o fim de impedir a sua propagação (SÁ, 1925, p. 241).

As práticas de retirar os alunos da sala, desinfetar as salas e até mesmo de fechar a escola foram criticadas por Sá, porque estavam em desacordo com as descobertas sobre a propagação e formas de contágio de muitas doenças contagiosas à época, onde por vezes indicavam que as intervenções e profilaxias conjuntas na escola e no ambiente familiar da criança eram mais eficazes do que apenas na escola. Não adiantaria fechar as escolas e desinfetá-las se a criança continuava sendo o vetor de doenças nos outros ambientes que frequentava, como na residência, na igreja, nos clubes, entre outros.

Sá apontou ser antigo o pensamento médico que considerava a Epidemiologia sinônima da Bacteriologia, que apesar de ter trazido muitos avanços para o pensamento e prática médica sobre a etiologia e tratamento das doenças contagiosas, não abarcava o estudo de seus fatores condicionantes na relação entre o parasita, o hospedeiro e o ambiente de crescimento e contágio. Sobre esta distinção, Sá entedia que:

Não parou, porém, nas descobertas dos agentes patogênicos vivos o progresso da epidemiologia que, antes, conseguiu se desprender-se da bacteriologia pura, em que muitos pretendem ainda encerrá-la, para aproveitar, na massa enorme dos fatos acumulados, apenas aqueles que servem à sua finalidade. Basta, para exemplo, a noção nova e certa das fontes de contágio, substituindo o conceito antigo da ubiquidade dos micróbios, que tanto preconceito caro e inútil tem gerado. (SÁ, 1925, 241).

O novo conceito sobre fontes de contágio diferia das práticas sanitárias do Departamento de Saúde Pública, que ainda mantinha ações sanitárias presas à visão de que os micróbios poderiam estar em qualquer lugar. A falta de investigação epidemiológica, onde se pudessem identificar as fontes e os meios de contágios

mais precisamente, fazia com que os recursos, já tão poucos, fossem desperdiçados, uma vez que sem orientação precisa de onde intervir, inspetores sanitários atuavam e gastavam seu tempo e prescrições em ações sanitárias na direção errada. Sá criticou a defasagem entre as práticas sanitárias brasileiras e as últimas descobertas da ciência:

Em geral, porém, o que vemos é diante de um surto de febre tifoide, no Rio como em qualquer cidade do interior, as autoridades sanitárias, descuidadas da pesquisa local das vias de contágio, abrirem os livros de Higiene e prescreverem todas as medidas teóricas de profilaxia, desde fervura da água de bebida à proibição do consumo das saladas de alface. (SÁ, 1925, p. 242)

Os avanços científicos haveria de modificar a atuação médica nas escolas, bem como toda lógica da prevenção das doenças contagiosas dos escolares. As mudanças das práticas dependeriam de uma mudança de postura do médico e alterações na estrutura dos Serviços de Inspeção Médica Escolar. Sá, apoiando-se no sanitarista americano Haven Emerson (1874-1957)<sup>48</sup>, acreditava que a função mais importante do inspetor sanitário em geral, assim como a do inspetor médico escolar, seria a de epidemiologista. A esta função primordial, deveriam aliar-se o pensamento calculista e a determinação de um detetive, além dos domínios da estatística. E sobre os ânimos destes profissionais, Sá pensou:

E o entusiasmo? Principalmente num país como o nosso, onde são tantos os que se arreceiam de ter convicções, como os que se entibiam de assumir responsabilidades, se não houver entusiasmo, não haverá obra que resista de pé, ao embate da ignorância ou da maledicência. (SÁ, 1925, p. 241)

O Serviço de Inspetoria Médica Escolar no Distrito Federal precisava de mudanças para poder fomentar as descobertas da Epidemiologia nas práticas do médico na escola e para melhorar a prevenção da doença e a conservação da saúde dos alunos. Sá entendia que a Higiene escolar precisava ampliar sua atuação para além dos muros da escolar e se utilizar de conhecimentos e técnicas

---

<sup>48</sup> Emerson foi professor de Saúde Pública também da Universidade de Columbia, como Wood e Williams, sanitarista e Superintendente do Departamento Sanitário de Nova York. Nesta cidade, foi considerado a autoridade sanitária que tratou o último caso de Cólera. Também fez estudos epidemiológicos sobre a Poliomielite e produziu um extenso relatório sobre doenças contagiosas, o *Controle das doenças transmissíveis no homem*. Este material foi traduzido em várias línguas, utilizado como tratado de epidemiologia por muitos governos em todo o mundo até a década de 1960, e entre 1917 e 1955 foi reeditado oito vezes (American Journal Public Health/Editorial, 1957).

modernas, “[...] o Dr. Carlos Sá prosseguindo fazer Higiene dentro de moldes modernos, porém práticos [...]” (A Folha Médica/Seção Bibliografia, 1925, p. 247) defendia a introdução de Enfermeiras Escolares como atividade complementar do médico na Higiene escolar.

Sá entendia a introdução das Enfermeiras Escolares como uma forma de estreitar mais a relação da escola com a casa da criança. Uma visão, destes tipos de serviço, mais atualizada com as tendências internacionais inovadoras para o início da década de 1920.

As Enfermeiras Sanitárias e as Enfermeiras Escolares já eram elementos encontrados nas políticas e ações sanitárias nos Estados Unidos e Europa ainda no século XIX. Entretanto com as atribuições definidas sob a égide das descobertas da Epidemiologia, seu trabalho começou a ser intensificado nas primeiras duas décadas do século XX, principalmente na Inglaterra e os Estados Unidos, onde a cidade de Chicago, em 1922, já contava com 88 Enfermeiras Escolares que conseguiram executar:

[...] 56.467 visitas às escolas; inspecionaram os alunos 510.589 vezes; assinalando aos médicos 33.874 crianças que precisavam de ser por eles examinadas; assistiram 132.331 vacinações, tendo feito 242.894 inspeções para verificação de vacinas e realizaram 1786 seções de ligas da mãezinhas . (SÀ, 1923, p. 144).

A interação entre a escola e a casa da criança se dava a partir das inspeções nas crianças, cujos diagnósticos encontrados pelas enfermeiras, as faziam encaminhá-las para os médicos, para realizar exames e ainda estabelecer uma pauta de assuntos e problemas a serem abordados e ensinados às mães nas próprias casas das crianças, ou nas reuniões específicas sobre saúde e doenças, as ligas de mãezinhas. No caso de doenças identificadas ou suspeitas, as Enfermeiras Escolares faziam o mapeamento das fontes de contágios, a inspeção nas casas das crianças e os devidos encaminhamentos a médicos e exames e as orientações cabíveis à família para cada caso, além de acompanhá-lo até o desfecho.

Realidade muito diferente da do Brasil à mesma época, que apesar de já contar com Enfermeiras Sanitárias ou de Saúde Pública, que eventualmente visitavam escolas nas situações extremas de surtos epidêmicos, não compunham os quadros profissionais nos diversos Serviços de Inspeção Médica Escolar dos Estados e municipalidades. A entrada destas profissionais dependeria de mudanças na visão

de seus dirigentes, entretanto para Sá “[...] o Serviço de Inspeção Médica no Rio de Janeiro funciona tão sem orientação que não é de admirar morra em projeto toda ideia de renová-lo, dilatando-lhe o horizonte” (SÁ, 1923, p. 144).

A necessidade de renovação de práticas de saúde, principalmente na saúde materno infantil, foram apontadas por Sá em seus artigos *A notificação da gravidez e suas vantagens na higiene infantil*, *Os cuidados pré natais e a notificação da gravidez* e *A notificação da gravidez no Rio de Janeiro*, todos de 1923. Ao apontar as necessidades de mudança na forma como se planejava as ações de saúde pública para este grupo, principalmente porque destas ações dependiam a saúde infantil e conseqüentemente a saúde do escolar, Sá relatava a dificuldade que se tinha em convencer as autoridades brasileiras sobre a importância de algumas práticas, como a notificação compulsória<sup>49</sup> da gravidez e do parto às autoridades, com intuito de garantir o pré-natal e a educação sanitária adequada para este estado da vida.

A falta da educação sanitária, com noções de puericultura e higiene infantil, era responsável por atribuir às mães, certa culpa da má saúde de seus filhos. Para Sá:

O maior benefício a colher do precoce conhecimento da gravidez é, sem dúvida, a possibilidade, que daí recorre, de preparar as mães para a tarefa tão mal sabida de criar os filhos [...] não há mais higienista digno deste nome que não saiba a influencia nefasta da ignorância materna sobre a mortalidade infantil (SÁ, 1923a, p. 21).

Entretanto, a educação sanitária para as mães, tão importante para saúde da sociedade, não deveria acontecer somente no momento da gravidez. A educação das mães deveria começar pela noções de puericultura ministradas nas escolas primárias e nos cursos normais, práticas já introduzidas nos sistemas educacionais americanos e europeus (SÁ, 1923a).

Sá, na tentativa de convencimento, não só das autoridades, mas também de seus pares, visto a publicação dos três artigos em *A Folha Médica* no mesmo ano, utilizou estatísticas americanas de 1919 e 1922 para demonstrar os resultados benéficos destas práticas, que segundo ele, seriam inovadoras no contexto da

---

<sup>49</sup> Hoje no Brasil, as únicas obrigatoriedades de notificação às autoridades sanitárias, são regulamentadas pela Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975, que dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, onde obviamente, não estão incluídos a gravidez e nem o parto.

saúde pública. Estas estatísticas revelavam que um terço dos óbitos de crianças de até um ano de vida, estaria relacionado a não realização dos pré natais. E a falta desta prática também interrompia um terço das gravidezes americanas, onde a sífilis encabeçava as estatísticas nas duas situações. As diarreias e as disenterias eram responsáveis por 20% dos óbitos infantis neste país. Contra 45% no Rio de Janeiro, de acordo com os poucos dados disponíveis. A discrepância, segundo Sá, se dava pelas notificações de gravidez, que possibilitavam os pré natais e as orientações de cuidados às mães (SÁ, 1923a).

E diante das descobertas científicas sobre as possibilidades de prevenção e tratamento de doenças durante a gravidez, como a própria sífilis congênita, a tuberculose, as doenças cardíacas e renais, as “cáries” e até as “perturbações mentais”, a notificação se tornava imprescindível, porque [...] destas considerações, clara resulta a necessidade da notificação da gravidez, que permite tomar medidas de grande interesse vital para as mães e para os filhos” (SÁ, 1923a, p. 21).

Porém esta notificação não deveria ser compulsória imediatamente após adoção da prática. Como nas experiências de algumas cidades americanas, os serviços sanitários responsáveis pela coleta e planejamento da ação de saúde materno infantil, a partir da notificação da gravidez, deveriam promover campanhas para a conscientização da importância da medida. Além da utilização do trabalho das enfermeiras visitadoras para buscar informação sobre as mulheres grávidas, notificando os casos e orientando-as. O serviço sanitário do estado de Illinois, nos Estados Unidos, lançou mão de extensa campanha com envio de folhetos a médicos e parteiras, sobre a importância da notificação da gravidez e do parto. Estas medidas elevaram em 9% as notificações de gravidez neste estado entre 1920 e 1921 (SÁ, 1923b).

Sá esteve mais inclinado à conscientização da prática da notificação da gravidez junto às mulheres e aos profissionais de saúde, do que a sua obrigatoriedade, diferente da notificação do nascimento que para ele deveria ser compulsória. Os meios para isso seriam para ele:

Uma intensa propaganda seria feita nos jornais diários, na imprensa médica, em conferências, em sessões cinematográficas, promovendo-se ao mesmo passo a fundação de associações devotadas à maternidade e à infância [...] de todas, porém, a melhor propaganda, a mais viva, seria que tivesse por base uma demonstração sanitária, levada a termo com todos os elementos de êxito (SÁ, 1923b, p. 31).

As dificuldades na implantação da moderna prática das notificações da gravidez e do parto seriam grandes, principalmente no Rio de Janeiro, pelo tamanho e pelos escassos recursos para a saúde pública. A sua solução foi pensar em fazer um projeto piloto em bairro. Iniciar a prática de forma “[...] a fazer obra perfeita, que sirva também de prova convincente das vantagens de estender esta organização a toda cidade” (SÁ, 1923b, p.32).

A representação de Sá da prática da notificação da gravidez e do parto, como um sinal de modernidade do âmbito das políticas públicas de saúde materno infantil na década de 1920, não se restringiu ao ato em si da notificação, mas também a toda organização sanitária para este fim. Mapear as cidades, identificar, através de tratamento estatístico dos dados sobre nascimento e óbito, o seu perfil epidemiológico, para, a partir disso, organizar serviços e práticas de saúde adequados à população materno infantil circunscrita nela, foi para Sá, a forma moderna de gerir a saúde pública. Na comparação com os serviços e práticas de saúde brasileiros, Sá os percebeu atrasados, e provavelmente, se sentiu compelido a propalar suas representações sobre o assunto

No âmbito da educação, Sá também refletiu sobre práticas, entendidas por ela como modernas e inovadoras, escrevendo sobre elas e divulgando-as nos meios a ele disponíveis, como *A Folha Médica*, nas reedições financiadas de seu livro, nas palestras e cursos que proferiu na ABE e nos congressos médicos e de educação.

A idade que a criança deveria entrar na escola, foi uma das questões discutidas por Sá em seus escritos. No artigo *Formação de hábitos higiênicos nas crianças*, apresentado no III Congresso de Higiene em 1926, cujo registro em anais foi de 1929, Sá discutiu os jardins de infância e as “escolas maternais”, onde as crianças a partir de dois anos, já poderiam desfrutar do convívio de outras e se submeterem ao ambiente escolar, rompendo assim com o seu “isolamento familiar”. Uma prática comum nas “cidades mais civilizadas”, segundo ele (Sá, 1929).

A importância do início da vida escolar tão cedo, de acordo com os modelos educacionais americanos e franceses, corroborado por ele, consistia no fato de que a criança bem pequena estava mais “[...] propícia para formação dos hábitos”. A afirmação baseava-se nas descobertas da psicologia infantil e da “educação dos sentidos” do pedagogo alemão Friedrich Fröbel (1782-1852) (SÁ, 1929, p. 811).

Sá apresentou algumas práticas pedagógicas americanas baseadas nestes princípios, para ele inovadoras, principalmente quando aplicados à educação da saúde para as crianças pequenas, como o “[...] brinquedo da saúde em que é juiz a balança, de team da escova de dentes, do club da água e sabão, etc”. Entretanto apesar de considerar que seja na fase pré escolar que a criança tem mais condições de absorver hábitos de saúde, desde que usada a pedagogia apropriada para isso, reconhecia que a maioria das crianças no Brasil entravam na escola, na melhor das hipóteses, depois dos 5 anos (SÁ, 1929).

Sobre o nível mais avançado de formação escolar, Sá sugeriu uma prática pedagógica de saúde específica para as normalistas, para que elas se preparassem para cuidar da educação da saúde de seus alunos futuramente. Sua sugestão era criar a disciplina da saúde, que melhor seria se fosse aplicada em internatos. Sobre o projeto, Sá escreveu:

A disciplina da saúde consiste em viver sadiamente, em possuir fundamente arraigados todos aqueles hábitos que pretendemos incutir nas crianças, não deixando defeito físico ou mental sem correção, nem permitindo que se lhe insinuem no corpo ou no espírito taras de qualquer espécie. Normalista que não fosse aprovada na disciplina da saúde, pela prova do funcionamento sadio do seu organismo e pela verificação em pelotões da saúde, de seus hábitos de vida salubre, essa não poderia incumbir-se de educação higiênica e talvez nem devesse mesmo ser nomeada professora. Só as que tivessem saúde, as que vissem sadiamente poderiam ser professoras da saúde (SÁ, 1929, p. 816)

Entretanto, enquanto esta normalistas, pretensamente bem formadas em educação da saúde, não estivessem prontas para o trato com as crianças, cursos de emergência deveriam ser ministrados para aquelas que já estariam na lida. Mas também haveria de se exigir:

Correção de todos os defeitos físicos, boa saúde, hábitos de vida sadia, entusiasmo pela educação higiênica. O curso compreenderia uma parte teórica sobre higiene individual e social, noções de fisiologia e noções de psicologia; e uma parte prática realizada nas escolas primárias por meio de pelotões de saúde confiados à professora aluna. Em quatro a seis meses o curso estaria feito conferindo-se certificado de professora de saúde às que se tivessem revelado capazes dessa elevada missão sanitária (SÁ. 1929, p. 816).

O radicalismo da proposta do curso de saúde para as normalistas, talvez seja fruto de uma indignação pela visão equivocada da educação sanitária nas escolas pelos órgãos competentes de saúde escolar. Uma visão que se baseava na

transmissão pura e simples da informação científica para saúde aos escolares. Como as conferências que foram realizadas pelos médicos escolares do Serviço de Inspeção Médica Escolar do Distrito Federal em 1929. Clark, chefe do serviço à época, planejou aulas teóricas, escritas e lidas pelos médicos escolares, sobre medicina preventiva e higiene social para o magistério municipal (CLARK, 1930).

Para ele, já que as mães se encontravam em um ambiente onde o Estado não tivesse muito acesso, o domicílio, seria necessário que na escola, ambiente por excelência da formação humana, a criança recebesse dos professores os ensinamentos da conservação e da promoção da saúde. Obviamente através de estratégias pedagógicas apropriadas, e nisto estaria incluído o exemplo de saúde da professora.

Em um contexto de recente reforma sanitária, que deu origem a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública em 1920 e seus órgãos, entre eles o Serviços de Propaganda e Educação Sanitária e o Departamento de Enfermagem, que proporcionou a formação de enfermeiras visitadoras, é provável que as ações destes órgãos em 1926, tenham sido vistas por Sá, com desconfiança no que tange ao seu alcance no interior dos lares e na aquisição de conhecimentos de higiene infantil das mães.

Para Sá, a pedagogia da educação sanitária, baseada na psicologia educacional, que identificaria as formas cognitivas mais adequadas para cada faixa etária, deveria ser observada e praticada tanto na educação sanitária da criança como na do jovem e adulto. Certa inocência otimista pode se depreender deste artigo, talvez pelo seu afã de uma renovação pedagógica para educação sanitária, visto a recorrência das aulas de higiene teóricas, improdcentes segundo sua visão pedagógica, ministradas por médicos e enfermeiros dos serviços de inspeção escolar da época. Na verdade, talvez um desejo de reformulação pedagógica de forma ampla, baseadas nas ideias da moderna e científica pedagogia, a escola nova. Ou pelo menos como a apresentavam os discursos de educadores deste período (CARVALHO, 2011).



### 3.2 AS REPRESENTAÇÕES DA SAÚDE

A conferência *O diagnóstico da saúde* realizada na ABE em julho de 1930 e publicada na *A Folha Médica* no mesmo ano, revelava de forma mais clara suas representações acerca da saúde e seus desdobramento no indivíduo e na sociedade. O conceito poderia transitar em duas dimensões uma individual e outra científica, de acordo com Sá:

Sentir saúde é a coisa ao alcance de toda gente, por mais variável que seja o critério individual. Este se sente com saúde porque está bem disposto, depois de uma noite bem dormida, um banho frio estimulante e uma xícara de café com leite, pão e manteiga. Aquele se sente com saúde porque, depois de longa caminhada, ainda está capaz de caminhar outro tanto. Um põe a saúde na alegria de viver. Outro a percebe porque não sente o seu corpo (SÁ, 1930, p. 280).

Sob critérios individuais, todos saberiam dizer o que seria saúde e se a gozam ou não. O conceito de saúde não somente poderia variar de indivíduo para indivíduo, como de época para época, pois ele se relacionaria com a conjuntura social, cultural, política e econômica. A saúde não seria a mesma coisa para todas as pessoas, suas representações dependeriam da classe social, do país, da época, das concepções filosóficas, religiosas e científicas de grupo ou indivíduo (SCLIAR, 2007).

Em 1930 não havia um conceito de saúde universalmente colocado por autoridade reconhecida para tal, isto só aconteceu em 1948, quando a Organização Mundial de Saúde – OMS declarava que a saúde seria um “estado completo de bem estar físico, mental e social, e não somente ausência de enfermidade ou invalidez” (SEGRE & FERRAZ, 1997).

À época, Sá reconhecia a falta de consenso e que havia conceitos formulados por vários autores. Fontenelle, por exemplo considerava que a saúde perfeita não existia e que no máximo, onde se poderia chegar, era em um estado de normalidade do organismo. Para o higienista americano Herbert Winslow Hill (1871-1947) seria o estado em que o organismo se encontra, quando reage de forma satisfatória ao meio, onde esta reação satisfatória se manifestaria em uma condição física sem dor e sem lesões (SÁ, 1930).

Entretanto, Sá, apesar de admitir um dia ter aventado uma aproximação das ideias fisiologistas acima, declarou, após certo tempo de reflexão, um pensamento diferente sobre o tema. Para ele naquele momento saúde era “[...] a condição de

bem estar em que se encontra o indivíduo, em plena atividade muscular ou física, reagindo ao meio seu meio físico e social, sem dor, sem lesão, sem fadiga e sem tristeza” (SÁ, 1930, p. 280).

Suas representações de saúde neste momento incluíam a normalidade da fisiologia do corpo, através da ausência de sinais claros de anormalidade como dor e as lesões. Mas também aspectos subjetivos sociais e individuais. Um indivíduo saudável deveria reagir bem aos estímulos sociais e de alguma forma não se sentir triste. Como seria difícil apenas com um conceito identificar indivíduos saudáveis, Sá sentiu-se impelido a abordar os critérios ou “sinais” que podiam ser utilizados, de forma operatória, para o diagnóstico da saúde.

Se utilizando das concepções de outro médico higienista americano, William Emerson (1869-?), Sá apresentava os sinais que tanto pretendiam dar objetividade ao diagnóstico da saúde:

Olhos brilhantes, tez corada; no rosto, uma expressão de felicidade e bem estar; cabelos lisos e lustrosos; boca fechada, dentes bons; pele lisa e clara; músculos rígidos, atitude direita, denotando atividade e resistência; passo ágil e firme, pés bem arqueados; peso ótimo de acordo com altura; prazer de viver ao ar livre; reações, ao meio, normais, significando bom equilíbrio físico-mental; prazer de viver; aspecto geral sadio, de mocidade e robustez (SÁ, 1930, p. 280).

Os sinais da saúde pretenderam tornar mais claros os patamares de normalidade, para que na comparação ao estado físico, social e mental dos indivíduos se pudessem identificar os que não gozavam de saúde, mesmo que esses, por ventura, auto diagnosticassem saudáveis.

Tanto o conceito de saúde de Sá, quanto seus sinais, nos remeteram a uma ideia de ideologia da perfeição, conotando certo otimismo intelectual em seu discurso. Seria possível sim, um ser humano buscar a perfeição tanto do físico como da mente, desde que conhecesse o caminho, no caso o conhecimento para manutenção e melhoria da saúde.

Uma postura talvez advinda do ambiente de esperança gerado pelas promessas de reforma dos candidatos à presidência da república daquele ano de 1930. Ou ainda, como médico, um otimismo baseado na crença às verdades científicas biomédicas e sobre as possibilidades de mudança das condições sociais dos brasileiros através delas. E como professor, ao apagar das luzes da década de

1920, o resquício de um entusiasmo pedagógico, advindo da crença nas possibilidades de transformação individual e social pela educação (SANTOS, 2008).

Os sinais mais objetivos ou tangíveis restritos aos aspectos físicos do corpo, não restaria qualquer dúvida que um médico estaria apto a perceber. Entretanto “a expressão de felicidade e bem estar”, o “prazer de viver” e “as reações normais ao meio” talvez demandassem do médico habilidades que ele talvez não estivesse preparado, ou não tivesse recebido em sua formação. Porém, para Sá, visto estarem arrolados em sua lista de sinais da saúde, os aspectos psicológicos e sociais dela, também seriam, a princípio, monopólios do médico.

Para Sá, a saúde estaria sustentada em alguns fundamentos. A hereditariedade seria o primeiro, no qual os outros estão suportados. Sobre ela salientou que não adiantaria melhorar a raça, a eugenia “[...] seria um sonho quase inverossímil”. A preocupação deveria ser com a união marital dos jovens. Na impossibilidade dos casamentos eugênicos, a sociedade deveria preocupar-se com as “uniões condenadas”. Estas uniões seriam aquelas cujas doenças e “defeitos físicos” dos noivos ou seriam desconhecidos ou ignorados pelas partes, comprometendo a saúde dos descendentes (Sá, 1930, p. 281).

O alerta de Sá, baseava-se em certas verdades médicas do período, como a de que as infecções dentárias poderiam levar a loucura e as infecções nos adenoides e nas amídalas retardariam o crescimento e afetariam a inteligência. A prevenção para estes males seriam os exames pré nupciais, que poderiam revelar as doenças do próprio indivíduo ou as hereditárias e suas má formações.

Uma vez resolvido a questão hereditária, os outros fundamentos seriam basicamente a “[...] dinâmica da saúde, o que se deve fazer para conservar e melhorar a saúde”. Para isto então seriam necessários, bons hábitos alimentares, a prática de exercícios físicos, o repouso entre o trabalho, a exposição ao ar fresco e ao sol, o consumo de água e o “[...] controle de uma vida higiênica” (Sá, 1930, p. 280).

Como médico e educar de seu tempo, Sá seria adepto a racionalidade científica (ROCHA, 2000). Formulações de padrão ouro, no caso, o padrão americano, para auxílio em avaliações de resultado e uso de estatística, foram apresentados por ele, no que designou chamar a “medida da saúde”. A possibilidade de se identificar o nível ou a escala de saúde dos indivíduos.

Baseada em escalas americanas, entre elas as formuladas por Thomas Wood para aplicação em crianças de escola primária, a medida da saúde poderia variar de 0 a 100 pontos. Os pontos estavam divididos em dimensões mensuráveis da saúde: os fatores subjetivos, valendo 15 pontos no máximo; e os fatores objetivos e prova de saúde, valendo ou outros 85% da escala da saúde. Outra possibilidade de escala seria a proposta por William Emerson, designada “quociente intelectual de saúde”, nela, 20 perguntas seriam feitas e a cada resposta positiva ganhava-se 5 pontos, performando também um resultado máxima de 100 pontos. Baseado também nos aspectos subjetivos e objetivos da saúde, mas sem referendar o máximo de pontos de cada dimensão, estas perguntas abordavam destes os defeitos físicos aos aspectos de sensação de tristeza do indivíduo. As 20 perguntas desta escala eram:

- 1 – Defeitos físicos removíveis e removidos;
- 2 – Consciência de hábitos prejudiciais à saúde;
- 3 - Hábitos irregulares de alimentação, trabalho, repouso, etc (hábitos irregulares de vida);
- 4 – Preferências e antipatias desarrazoadas (governadas, em matéria de saúde, mais pela emoção do que pela inteligência);
- 5 – Tristeza e mal humor;
- 6 – Irregularidades de dormir (sono insuficiente);
- 7 – Repouso durante o dia;
- 8 – Exagero em trabalhar ou divertir-se;
- 9 – Comer habitualmente fatigado;
- 10 – Repouso dominical;
- 11 – Apetite caprichoso (em geral insuficiente);
- 12 – Comer em excesso;
- 13 – Comer depressa ou bebendo muita água;
- 14 – Hora irregular de refeição;
- 16 – Trabalhar em ambiente muito quente<sup>50</sup>;
- 17 – Dormir com janelas fechadas;
- 18 – Evacuação intestinal irregular;
- 19 – Insuficiência de recreio e vida ao ar livre;
- 20 – Excesso de chá, café ou fumo.

(SÁ, 1930, p. 283)

Sá também apontou a possibilidade de se usar uma escala monetária, mas não necessariamente para medir a saúde, mas os custos e prejuízos da falta dela, ou ainda o custo de uma vida. O custo com diárias hospitalares e dias de trabalho perdidos seriam medidas relacionadas à não saúde dos indivíduos. Já as medidas que poderiam revelar quanto custa uma vida, seriam o valor da produtividade e as horas trabalhadas. No caso de morte por problemas de saúde, saber-se-ia quanto se deixou de ganhar com o indivíduo. O custo com a criação das crianças até que

<sup>50</sup> No artigo não havia a regra 15.

tornassem adultos também foi apontado por Sá como uma medida importante para a dimensão monetária da saúde. A soma das despesas como alimentação, casa, estudos e vestimentas seriam importantes para evidenciar quão prejudicial para economia das famílias e do país a morte de um jovem ou adulto por problemas de saúde (SÁ, 1930).

A este prejuízo Sá responsabiliza, em parte, às mães, e alertava:

É às mães, em verdade, que cabe a melhor parte da tarefa de fazer o homem são e feliz. A elas compete à educação da saúde e para serem dignas desta educação, não lhes basta o tesouro de ternura que possuem dentro do peito, mas é indispensável que estudem e aprendam, com inteligência e boa vontade a lição dos que possam ministrá-la. Porque se a aprende tudo e não se há de aprender a criação sadia? Nela assenta a saúde, e com a saúde, a felicidade de viver (SÁ, 1930, p. 283).

As mães sempre foram vistas por Sá e pelos higienistas escolares de sua geração como responsáveis pelo estado de saúde ou de doença da criança. Na análise das representações do feminismo da década de 1930, através dos discursos de médicos e educadores participantes dos congressos feministas da época, Bonato (2014) identificou um duplo sentimento em relação às mulheres nestas primeiras décadas. Elas, no caso as mães ignorantes, seriam responsáveis pelas mazelas do homem brasileiro, contribuindo enormemente para o estado de doença e com isso a permanência em uma condição social de miserabilidade. Por outro lado, uma vez capacitadas, como as enfermeiras de saúde pública, seriam verdadeiras “salvadoras”.

No primeiro capítulo da primeira edição seu livro de 1943, *Saúde, seu conceito: sinais, condições, medida da saúde, conceito de doença e suas causas*, Sá mantém as medidas da saúde e apresentou de novo o “quociente intelectual de saúde” baseado em Emerson. Porém sobre suas representações de saúde, Sá declarou quase o mesmo conceito de 1930, exceto por uma aparente pequena diferença.

No conceito apresentado em 1943 saúde seria a [...] a condição de bem estar consciente em que se encontra o indivíduo, em plena atividade fisiológica ou psíquica, reagindo ao seu meio físico ou social, sem dor, sem fadiga e sem tristeza”. A condição de bem estar passou a ser consciente e as atividades plenas desejáveis passaram a ser fisiológicas e psíquicas, deixando de ser apenas musculares e físicas.

Apesar dos avanços do conhecimento em psicologia terem impactado a higiene escolar e a pedagogia das primeiras décadas do século XX (CARVALHO, 2011; ROCHA, 2000), a sua consolidação no Brasil, com o desenvolvimento de pesquisa, criação de cursos, publicação de artigos e organização de eventos que se deu a partir da década de 1930 (CRPSP, 2011), pode ter dado a Sá certa liberdade para incluí-la em seu conceito de saúde.

Tanto, que neste capítulo dedicou-se a explicar os sinais psíquicos da saúde, questão não tratada em 1930, onde se restringiu apenas a indicar os aspectos subjetivos da vida saudável. Sobre eles, Sá discorreu;

Os sinais psíquicos são falta de consciência dos próprios órgãos e aparelhos, curiosidade alertada, espírito de iniciativa, com a consciência da própria e da responsabilidade alheia; capacidade de concentrar a atenção no trabalho a executar e de levá-lo a termo; memória fácil de fixação e evocação; confiança em si, sem timidez, medo ou mentira; controle emotivo; *fair play*, sabendo ganhar sem vaidade e perder sem despeito; espírito de cooperação com sociabilidade franca, sinceridade, lealdade, veracidade, altruísmo, idealismo e alegria de viver; sendo útil a si e aos seus semelhantes (SÁ, 1943, p. 11).

Uma vez conceituado a saúde, seria necessário definir o que seria a doença, que não significaria, necessariamente o oposto da saúde, ou a falta dela. As doenças seriam resultado de um “desajustamento” ou um desequilíbrio, conotando uma não adaptação do indivíduo ao seu meio físico ou social. Assim, Sá, não apenas identificou os sinais psíquicos da saúde, como também arrolou a psicose como uma doença psicológica que poderia decorrer de traumas sociais, como a guerra e outras (SÁ, 1943).

Sobre os aspectos psíquicos da saúde, Sá, em 1929, já havia mencionado que a criança sadia seria aquela que, além dos aspectos fisiológicos em equilíbrio, teria uma personalidade sadia, entendida por ele como sagacidade, inteligência, curiosidade, etc. Entretanto neste momento, ele associava a saúde psíquica à saúde do corpo. A criança teria a personalidade feliz em decorrência da saúde de seu corpo (SÁ, 1929). Esta associação deixou de ser discutida em 1943, conotando que talvez, para ele naquele momento, a saúde psíquica e a saúde fisiológica ou do corpo, poderiam não estar tão contundentemente associadas.

No que tange à hereditariedade, um dos fundamentos da saúde, Sá manteve seu posicionamento quando às questões eugênicas, acalorando suas críticas àqueles que ainda tinham alguma crença nela. Para ele:

Apesar das tentativas nem sempre justificáveis, escapa ao homem o seu próprio controle genético. A eugenia, criação sadia, tem aplicação nas plantas e nos animais, quando se cruzam laranjas para tê-las sem caroço ou se acasalam galinhas para maiores posturas. Porque o homem não é apenas um organismo animal, porém uma pessoa com dignidade, não pode rebaixar-se a cruzamentos daquela natureza. Nem mesmo deve ser submetido a certos processos amorais que alguns povos tem tentado aplicar. Apenas o exame pré-nupcial facultativo pode ser admitido (SÁ, 1943, p. 22).

Diferentemente de Sá, a questão eugênica, ainda estava presente nos escritos de alguns higienistas escolares de sua geração, como Almeida Junior e Fontenelle, que apresentaram as experiências e as descobertas científicas eugênicas de forma a transparecer que ainda seria um projeto socialmente possível.

As representações de saúde de Sá, também diferiam um pouco dos de sua geração, ou daqueles que compartilharam espaços de prática e sociabilização, como Fontenelle, seu colega da redação da *A Folha Médica* e de docência na Escola Normal do Rio de Janeiro, que se restringiu a admitir que a saúde seria apenas a normalidade do organismo e que a saúde perfeita não existiria. Entretanto para Sá a saúde

A partir de 1929, Sá concebeu a saúde admitindo um equilíbrio entre o indivíduo e seu meio, nos aspectos fisiológicos e nos aspectos subjetivos ou psicológicos. Admitindo ainda que uma dimensão individual e íntima na questão. Os indivíduos poderiam se sentir com saúde, visto que ela também seria uma sensação de bem estar físico e mental, onde o termômetro estaria dentro de cada um. A saúde portanto seria a própria vida.

### 3.3 O CONCEITO DE EDUCAÇÃO DA SAÚDE

O professor de Higiene, já muito comum nas escolas médicas desde o século XIX, passou a compor o quadro docente de outros níveis escolares, principalmente das escolas normais. Como educador, Sá atuou como professor efetivo da Escola

Normal do Distrito Federal, onde compôs o grupo de professores de Higiene a partir de 1923. Foi o último diretor desta instituição, pois em 1932 a Escola Normal do Distrito Federal foi transformada, por Anísio Teixeira, em Instituto de Educação do Rio de Janeiro, uma instituição de ensino superior em educação. Naquela nova configuração, ajudou na reestruturação dos programas e disciplinas, além de ter implantado e dirigido a Escola Secundária do instituto (ACCACIO, 2002).

Na sequência de sua atuação na formação de professores, em 1932, licenciado do Instituto, foi lecionar Biologia Educacional na Universidade do Distrito Federal e, em 1936, Biologia Educacional e Higiene na escola de professores da mesma Universidade. Lecionou também Higiene e Saúde Pública na Escola de Enfermagem Anna Nery e Higiene escolar no Instituto Social do Rio de Janeiro. Foi também professor de Higiene na Escola de Serviço Social da PUC-RJ e na Escola de Enfermeiras Luiza de Marillac no Rio de Janeiro entre as décadas de 1930 e 1940 (ACCACIO, 2002). Segundo a mesma autora, Sá fez parte do grupo que fundou a ABE – Associação Brasileira de Educação. Participou do seu Conselho Diretor e assessorou outras diretorias em vários mandatos. Foi a convite da ABE que, em 1942, ministrou aulas de Educação em Saúde em um curso de férias de aperfeiçoamento para professores primários de todo o Brasil.

Como resultado deste curso e principalmente em atendimento aos pedidos dos alunos (os professores) e da ABE, Sá preparou o livro *Higiene e Educação da Saúde*, em 1943, que até o ano de 1963 foi reeditado sete vezes, com 72 mil exemplares distribuídos gratuitamente. Com exceção da primeira edição, todas as outras foram financiadas pelo Serviço Nacional de Educação Sanitária.

Esta obra, em sua primeira edição continha 13 capítulos. Iniciava o livro conceituando a saúde e suas medidas, e seguia tratando da hereditariedade, das fases da vida e crescimento, da importância da nutrição, da educação física, do trabalho intelectual ou a higiene mental, do asseio, do vestuário, da iluminação, das doenças transmissíveis e da educação da saúde e sua relação com a escola e os professores. Na bibliografia geral apresentada, nenhum brasileiro foi referenciado e na bibliografia específica de cada capítulo, Fontenelle foi o higienista escolar mais citado por Sá,

Em sua edição final, em 1966, se apresentava em vinte e três capítulos. Que, além dos assuntos já tratados na primeira edição, foi acrescida da demonstração



dos agentes físicos, mecânicos, biológicos e químicos da doença e da saúde, da lista de doenças e suas formas de contágio e prevenção, do planejamento e localização das cidades e das casas e da apresentação do sistema de saúde brasileiro e seus elementos.

Nos capítulos dedicados à educação da saúde, Sá introduzi o assunto, concebendo a educação como “[...] um preparo para a vida, é um comportamento em que se afirmam as atividades individuais tendentes para convivência social, é, portanto, uma forma de adaptação entre o indivíduo e a sociedade”. A educação como um meio que permitiria ao ser humano conviver em sociedade. Assim sendo, a educação da saúde seria o “[...] preparo para vida, o comportamento afirmativo de atividades que tendem para convivência entre os homens, a adaptação entre indivíduo e sociedade, tudo isso só se realiza havendo saúde” (SÁ, 1943, p. 137).

A educação da saúde teria como finalidade despertar o interesse dos indivíduos pela saúde, fornecer conhecimento sobre saúde e promover, a através de ações, a prática da saúde. A educação da saúde seria um conjunto de experiências práticas, baseadas nos conhecimento da saúde, que tenderiam a influenciar os hábitos dos indivíduos, alterando seu comportamento frente a sua própria saúde e a da sua comunidade (SÁ, 1943).

Nas suas representações, Sá decretava a saúde quase como um bem social, na medida em que entende a saúde para servir a melhor convivência entre os homens, neste raciocínio, a educação é o caminho para a transformação daquele que liga o indivíduo à sociedade, o comportamento. E para comportamentos não saudáveis, a solução seria a educação específica nesta área.

Seguindo os autores americanos, Sá dividia a Educação em Saúde em três setores. O primeiro seria a formação dos profissionais que se dedicavam a à saúde pública, como médicos sanitaristas, engenheiros sanitários, laboratoristas, enfermeiras visitadoras, nutricionistas, educadoras sanitárias, entre outros.

O segundo setor seria todo o conjunto de ações do governo, que procuram disseminar os conhecimentos necessários para difusão do “comportamento sadio” para o público em geral. Neste setor estariam todas as ações de propaganda sanitária, que segundo ele é “[...] de campo dilatado, mas de precários resultados]”. (SÁ, 1943, p. 138).

A propaganda sanitária se utilizaria de toda sorte de materiais para seu objetivo. Cursos, programas de rádio, palestras, entrevistas, cartazes, folhetos, campanhas, dramatizações, concurso da saúde, filmes mudos e sonoros, entre outros, poderiam ser utilizados na propaganda sanitária. Apesar da abundância de materiais e estratégias que se poderiam utilizar, Sá, criticou sua baixa eficiência. Muito provavelmente pelas suas próprias experiências no Serviço de Propaganda e Educação Sanitária, que devem ter dado a ele a perspectiva pragmática e realística do alcance destas ações.

O terceiro e mais importante setor para Sá seria a educação da saúde nas escolas, dos jardins de infância até os ambientes universitários, ou que ele chamou de educação escolar da saúde. Se a educação poderia transformar comportamentos, a educação da saúde modificaria o comportamento da saúde.

O primeiro comportamento da saúde que poderia se modificar com a educação da saúde seriam os hábitos higiênicos individuais, como a boa alimentação, a atividade física, atividade mental, o asseio, o vestuário, o controle emocional, a prevenção de doenças contagiosas, entre outros. Depois viriam aquisição de conhecimentos úteis para a assistência de saúde pública, como os conhecimentos em primeiros socorros, fisiologia, higiene, enfermagem, etc, para que com isso os indivíduos pudessem apresentar um comportamento de saúde útil para a comunidade em que viviam. E por último a educação poderia modificar sua relação com o ambiente, na medida em que ele passaria a conhecer sobre iluminação e ventilação, salubridade dos ambientes, instalações sanitárias adequadas, etc. (SÁ, 1943).

Sá, baseado em Wood, identificou os valores ou ideias motivadores da saúde, justificando educação da saúde, segundo ele seriam o:

Desejo de forte vitalidade, disposição para adquirir hábitos de higiene, convicção que mais vale prevenir do que remediar, confiança no serviço profissional científico e na vida saudável, e não em charlatanismo e manias da moda, desenvolvimento de uma consciência sanitária, com conhecimento da responsabilidade individual na conservação e defesa da saúde própria e alheia (SÁ, 1943, p. 139).

Os tão nobres ideais da saúde, além da sua concepção, imputariam a ela um enorme valor em si. A saúde seria um valor humano da maior relevância, capaz

inclusive de modificar as condições sociais dos indivíduos, além de gerar-lhes a tão sonhada sensação de bem estar físico e mental.

Na educação da saúde, a educação seria o meio pelo qual os indivíduos modificariam seus comportamentos de saúde, que de tão amplos, abrangeriam todas as dimensões de sua vida, como que a indicar que a saúde seria mais importante que a educação.

Questão inclusive que já havia sido discutida por Sá, em 1923, quando criticou as intensas discussões de professores e autoridades da educação, acerca da baixa frequência do aluno na escola primária, principalmente as públicas. Para ele o diagnóstico era simples e estava posto. O que impedia as crianças de frequentarem a escola era a falta de uma vida com saúde. Sem saúde não se teria ânimo para estudar, e nas condições precárias de moradia, alimentação, conjugado à ignorância da família no trato da higiene individual, boa parte das crianças pobres brasileiras não tinham vontade de ir para a escola. Até porque, a escola também não estaria saudável, também não estaria animada, portanto pouco atrativa (SÁ, 1923).

Clark também havia refletido sobre esta questão. Para ele a saúde seria mais importante que a educação. Seria melhor e mais útil ensinar preceitos de higiene, do que “[...] atulhar o cérebro da criança com uma serie de coisas abstratas de nenhuma aplicação da vida prática” (CLARK, 1930, p. 62).

Em 1943, pelo que tudo indica, Sá manteve seu posicionamento frente a esta questão. Afirmava que em muitos sistemas educacionais no mundo, principalmente no “mundo anglo saxão”, “[...] a escola deve a seus alunos, em primeiro lugar, saúde, depois educação e por fim, instrução”. E pela importância da saúde, e por ser a escola um espaço social privilegiado, pela concentração de seres humanos em quantidade significativa e em fase de crescimento e desenvolvimento, seria ela “[...] o meio próprio, por excelência, para a manutenção e o revigoramento da saúde” (SÁ, 1943, p. 140).

Utilizando-se da psicologia educacional, inclusive referenciando intelectuais desta área, como o pedagogo americano William Heard Kilpatrick (1871-1965), Sá reivindicava para educação da saúde, uma pedagogia que pudesse possibilitar o aprendizado de praticas ou hábitos de saúde, de forma naturalizada pela a criança. Na vivência do cotidiano escolar, de acordo com o nível de cognição e experiência de vida de cada aluno, seria possível desenvolver as práticas de saúde da criança

sem mesmo que ela entendesse os propósitos científicos destas práticas. E uma vez adquiridos desta forma, na escola, seriam mantidos para vida toda e disseminados para coletividade (SÁ, 1943).

A educação da saúde apresentada por Sá em 1943, já dispunha de um conjunto de estratégias e métodos pedagógicos discutidos e testados nos Estados Unidos, principalmente por seu maior formulador, Thomas Wood.

A introdução da sistemática da medição do peso e da altura e a oferta sistemática da merenda escolar, foram vistas como oportunidades importantes para a educação da saúde. Ao informar a relação altura peso da criança, era possível mostrar-lhe os parâmetros de normalidade para sua idade, e indicar, caso necessário, o que se deveria fazer para se obter o desenvolvimento físico adequado. No horário da merenda seria perfeitamente possível a introdução da rotina da lavagem das mãos antes, e da escovação dos dentes depois, bem como ensinar-lhes o valor nutritivo do alimento do cardápio do dia. No momento do recreio, não só aproveitar a vontade da criança de brincar, oferecendo jogos e brincadeiras da saúde, como também, no momento do repouso, ensinar-lhe a importância do descanso do corpo, entre as atividades cotidianas, como estudar e trabalhar.

Da mesma forma que a educação se utilizava do instinto curioso, impetuoso e de brincadeira da criança, a educação da saúde também. Para Sá “[...] vale recordar que as mesmas leis de aprendizagem, as do interesse, do exercício e do efeito, encontram aqui sua aplicação”. Tendo como base estas leis, todas as oportunidades poderiam ser aproveitadas pela escola para educação da saúde (SÁ, 1943, p. 142).

A amplitude da educação em saúde na escola, onde não haveria um espaço delimitado, um horário específico ou uma disciplina para ela, demandaria o planejamento de um programa de educação em saúde, pois ela necessitaria ocupar todos os espaços e horários, desde que fossem oportunos e a situação proveitosa. Como um programa pedagógico, a educação da saúde se assentaria no rol privilegiado das grandes diretrizes da escola. E se desenvolvendo como um programa de governo para todas as escolas, uma diretriz educacional daquele país, estado ou cidade.

Tal programa, se assim chegasse a ser, deveria atender algumas linhas fundamentais: “[...] atividades e situações, oriundas das oportunidades da vida escolar; meios científicos que sirvam de fundamento para àquelas atividades; e resultados da aquisição de hábitos, prazeres e noções referentes à saúde”. Estas

linhas, indicavam a síntese de Sá apresentada em todos os seus escritos acerca da temática. A pedagogia da educação da saúde teria por princípio fundamental o “aprender fazendo” (SÁ, 1943, p.142).

Sobre os métodos da educação da saúde propriamente ditos, Sá ressaltava que eles difeririam de cada fase do escolar. Nos jardins de infância, os métodos deveriam ser os mais lúdicos possíveis, pois a criança aprenderia inconscientemente. Ela deveria perceber os hábitos saudáveis, nos exemplos dos professores e funcionários, nas rotinas e no ambiente físico das escolas, nas brincadeiras, nas músicas, nos jogos e dramatizações.

Na escola primária, ambiente onde estaria boa parte da população infantil de um país, não se abandonaria o lúdico, mas já seria possível introduzir atividades que pudessem desenvolver no aluno a consciência da saúde. Atividades de organização escolar, como cumprimento de horários, programação de estudos, ordenamento do ambiente, tarefas coletivas, etc, poderiam levar o aluno a se perceber ator da sua saúde física e mental. A instrução propriamente dita da saúde, já poderiam ser introduzidas nas idades finais do primário. O ensinamento dos princípios científicos da higiene, e as consequências maléficas da não observância de seus hábitos. Para este ensinamento, seria importante utilizar a realidade sanitária do aluno e da comunidade que vivia, contextualizando a teoria e tornando mais efetivo o aprendizado.

Sobre este aspecto, Sá apresentava uma experiência americana na cidade de Malden, Massachusetts, empreendida pelo higienista escolar Clair Turner. Nesta experiência foi planejado um programa de educação da saúde para as escolas primárias desta cidade, baseado em um diagnóstico feito por Turner, do nível sanitário e de saúde da população e também do nível dos hábitos de saúde das crianças e seus pais. Após três anos de execução do programa, os resultados pareceram a Sá surpreendentes. As crianças passaram a consumir mais leite, os peso e a altura delas aumentaram consideravelmente, além de seus professores e pais, a partir da observação diária, terem relatado que elas haviam introduzido muitos hábitos higiênicos em suas vidas (SÁ, 1943).

Sá atribuiu a si próprio o início das experiências no Brasil em educação da saúde, quando em 1923 ele propôs ao inspetor médico escolar de São Gonçalo, o projeto de implantação dos pelotões da saúde. Estratégia da pedagogia da educação da saúde, inspirada em experiências americanas, que visava “[...] a

criação de hábitos físicos e mentais, por estímulo individual e emulação coletiva”. Nesta iniciativa, as crianças seriam divididas em grupo, que se submeteriam, inicialmente, a exame médico, para identificar seu nível de saúde. Como “soldados” teriam regras, no caso 16 regras da saúde, a cumprir e após período determinado, seriam examinados de novo. Entretanto haveria uma inspeção diária pela professora e por outros colegas também. Sua aparência, limpeza, organização e atitude seriam verificados. Todas as informações do aluno seriam registradas pela professora em uma caderneta. Ao final de um período, de acordo com o seu desempenho frente aos hábitos e atitudes de saúde, os alunos seriam promovidos ou rebaixados dentro do pelotão. (SÁ, 1943, p. 149).

Sá acreditava que a Educação da Saúde na escola, em grande parte, uma responsabilidade do professor, principalmente o professor primário. Esta indicação se baseava no fato de que ser ele o único profissional que detinha os conhecimentos em pedagogia necessários, para empreender programas e atividades de educação da saúde. Outra questão desta indicação seria que o professor estaria de quatro a cinco horas por dia com a criança, oportunidade que nenhum outro profissional na relação com a criança teria.

Entretanto não haveria de existir a professora específica da saúde da escola primária. A educação da saúde seria uma:

[...] como linguagem ou ciências, à mesma professora dessas matérias caberia àquela educação [...] a saúde é vida a ser vivida em todas as situações escolares, tanto as que se sucedem dia a dia, ou hora a hora, quanto as que se improvisam para sua prática dentro e mesmo fora da escola (SÁ, 1943, p. 156).

Entretanto para tanto as professoras precisam ser preparadas para tal missão. A missão se referia não só aprender sobre a saúde para que pudesse planejar atividades para os alunos. Ela necessitaria se preparar para ter uma vida saudável. Além de seu conhecimento, seu próprio exemplo de vida seria uma estratégia da educação da saúde.

Na sua formação como educadora também da saúde, as professoras deveriam se preparar em três temas fundamentais, nos assuntos referentes a saúde, assuntos de higiene escolar e de educação. Sobre saúde, elas precisariam aprender sobre histologia, fisiologia, nutrição, noções de embriologia, bioestatística, bacteriologia, saneamento urbano, administração da saúde pública, assistência social e higiene mental. Sobre higiene escolar, a professora deveria conhecer as contribuições e o

papel dos profissionais de saúde na saúde do escolar e como eles interagem no âmbito das inspetorias escolares, ou órgão similar.

Quanto a educação, a professora precisaria ter conhecimento sobre a administração escolar e principalmente sobre a psicologia educacional. Como a professora da educação da saúde seria a própria professora primária, toda essa gama de conhecimento e comportamento da saúde deveriam ser aprendidos na escola normal ou de preferência em cursos de formação de professores de nível superior, que estavam disponíveis no Instituto de Educação do Distrito Federal (SÁ, 1943).

Entretanto, melhor seria que estes conhecimentos se introjectassem no comportamento das normalistas, aliando teoria e prática. Ao final do curso, as normalistas, não apenas deveriam ter conhecimento sobre saúde e higiene, mas principalmente deveriam viver uma vida saudável. Esse seria todo o resultado que se esperaria da formação das professoras primárias, colocando-as aptas à educação da saúde nas escolas, pois para esta tarefa nenhuma “[...] autoridade se compara a sua” (SÁ, 1943, p. 161).

Entre teoria e a prática, havia o interesse pessoal de cada professora em formação. Decidir por praticar os preceitos da vida saudável, postura fundamental para uma educadora da saúde, segundo Sá, seria preciso que a saúde lhes fosse um valor, algo tão importante que lhes fizesse transforma-se voluntariamente, até porque não eram mais crianças. Nesse sentido a formação das professoras seria tarefa difícil. E uma vez mal formadas, comprometeriam os resultados da educação da saúde nas escolas primárias. Em seu convívio cotidiano, com professoras em formação e professoras formadas, Sá pode refletir sobre isso, para ele:

Sem vida sadia, sem formação profissional, nas linhas traçadas, sem entusiasmo, a professora primária não pode nem deve ser educadora da saúde. As que assim deficientes são compelidas a essa tarefa, falseiam de tal modo os seus objetivos que transformam aquela educação numa farça dolorosa, em que vimos, tantas vezes, pelotões de saúde sem uma prática saudável, clubes em que dissertam sobre o leite alunos que deles não fazem uso diário (SÁ, 1943, p. 162).

Em substituição às professoras que ainda não estariam prontas para a educação da saúde, as educadoras sanitárias poderiam atuar. Como já havia colocado no I Congresso Nacional de Educação Escolar em 1941, Sá não

concordava que às educadoras sanitárias fosse delegado o trabalho da educação da saúde na escola, exceto na falta das professoras preparadas. Como os programas de educadoras sanitárias atribuíam grande número de atividades às suas profissionais, estava evidente que elas não se dedicariam convenientemente à educação da saúde. E o fato de haver apenas uma escola que as formava, à época, o Instituto de Higiene de São Paulo, tornava pouco exequível a adoção desta mão de obra na educação da saúde nas escolas de todo o Brasil.

Os avanços das pesquisas na etiologia das doenças e da epidemiologia levaram higienistas do início do final do século XIX e início do XX, repensarem suas práticas. Nesta nova onda higienista, a educação passou a ser o centro do esforço sanitário, ao invés de leis e regras autoritárias (FONTENELLE, 1930).

A determinação de Sá em preferir a professora, em detrimento de outros profissionais na tarefa da educação da saúde, inclusive dos próprios profissionais de saúde, relativizaria as conclusões de pesquisadores do pensamento médico na escola no início do século XX. Para Stephanou (2006) os discursos médicos deste período indicavam uma supremacia da medicina sobre a educação, entendendo assim a escola como um espaço franqueado de forma irrestrita ao médico, que circularia nele como campo de atuação profissional e de pesquisa. Neste sentido, Rocha (2000; 2003; 2005) na análise das noções e prescrições de higiene do período, concluiu que seria possível entendê-las como estratégias de “conformação” da racionalidade médica no ambiente escolar, impingindo uma nova cultura a ela, científica, saudável e moderna.

Entretanto, segundo Sirinelli (1994, apud, ALVES, 2012) não é porque uma cultura médica dominante, na relação com a escola, tenha sido identificada por esses historiadores, que não tenha havido dissensos, superficiais ou mais profundos das representações e práticas, acerca da interação entre saúde e educação.

Sá escreveu mais claramente de suas representações acerca da higiene escolar que acreditava, a educação da saúde, na publicação de seu livro em 1943, portanto período posterior ao estudado pelas duas autoras, podendo assim indicar também, que a higiene escolar das décadas de 1900 a 1920, tal qual historiada, se convertera em pediatria e melhor efetivação de políticas de saúde pública infantil, em 1940.



E o resquício dela, não necessariamente na prática, mas no discurso médico dos higienistas escolares, pelo menos no de Sá, se transformaria nas ideias da educação da saúde: o uso dos conhecimentos não só médicos, mas de saúde em geral, mediados pela psicologia educacional e a pedagogia, com a finalidade de melhorar a vida.

Com isso, na análise das representações da educação da saúde em Sá, foi possível perceber uma cessão de direito de atuação, no âmbito da escola, do médico para o professor. A medicina daria o conhecimento da higiene, assim como a história daria o conhecimento sobre os acontecimentos do passado do homem. Não haveria intervenções do pensamento médico na escola, porque na representação de educação da saúde em Sá, a educação era o meio fundamental para se obter saúde, e saúde era vida. E a vida das pessoas não estaria sob o monopólio, nem de médicos, nem de professores.

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ideia de que a modernização do país era uma urgência, nas primeiras décadas do século XX, fez com que intelectuais reivindicassem uma mudança cultural e civilizatória, onde a educação e saúde seriam questões chaves neste contexto. Brasileiros saudáveis, por meio de processos educacionais, teriam mais chances de colaborar com o projeto de modernização do Brasil.

Entretanto as ideias de como fazê-lo não foram consensuais. Intelectuais brasileiros, ora confluíram e ora divergiram representações sobre educação e saúde, discutindo problemas e propondo soluções. Neste sentido, intelectuais médicos, certos de que a manutenção e promoção da saúde poderiam ser aprendidas e desde cedo, pensaram e interviram no ambiente escolar. A higiene escolar, a interação mais contundente entre saúde e educação, se configurou como discurso e prática médica na escola, e para seus sujeitos históricos, alunos e suas famílias, professores e funcionários em geral.

Os higienistas escolares receberam e disseminaram as influências que se apropriaram em estudos, viagens, estágios e encontros diplomáticos com profissionais da saúde e educação europeus e americanos. Sá e sua geração pensaram a interação entre educação e saúde, mas apesar de terem as ideias de nacionalidade e modernidade como contextos comuns, não apontaram para as mesmas soluções e nem compartilharam das mesmas ideias de como transformar o Brasil através da higiene escolar.

Carlos Sá, como médico e professor pode pensar e viver as duas grandes questões nacionais de sua época, a educação e a saúde. Através de sua produção foi possível identificar sua filiação às ideias americanas sobre educação da saúde, que de acordo com os programas de saúde escolar americanos, se apresentou como uma vertente importante da higiene escolar naquele país. A constatação desta apropriação se deveu não só às constantes referências aos autores americanos em sua produção intelectual, mas principalmente pelas similitudes das representações de educação, saúde, higiene escolar entre a produção e práticas de Sá com os americanos, principalmente Thomas Wood e Jesse Williams, ambos, médicos e

professores de professor da Faculdade de Educação da Universidade de Columbia, Nova York.

Sá como médico, professor, inspetor sanitário, escritor, editor de periódicos médicos e funcionário de longa data do Ministério da Educação e Saúde Pública, pode confrontar suas ideias às práticas existentes de seus pares em cada um dos espaços que atuou. Fez críticas à falta de planejamento e à ineficiência das ações dos órgãos que esteve, bem como considerou ultrapassada muitas das práticas médicas das inspetorias, principalmente das inspetorias escolares. A ideia da inspeção e da doutrinação, muito comuns nos serviços de Inspeção Médica Escolar em todo Brasil até a década de 1940, como as únicas formas de conservação da saúde do escolar, foi rebatida por Sá. Para ele a saúde não era apenas a ausência de doenças, mas sim um estado de bem estar físico e mental, onde seria necessário dotar o aluno de conhecimentos específicos sobre a promoção da saúde. Entretanto mais importante ainda seriam as estratégias pedagógicas para conduzir os alunos à prática individual e coletiva da promoção e melhoria da saúde.

Sá, como formador de professores, pois ministrou a disciplina de Higiene escolar e Biologia Educacional na Escola Normal do Distrito Federal a partir de 1923, além de ter sido professor em escolas médicas e de enfermagem, acreditava que a pessoa mais indicada para formar bons hábitos de Higiene e colaborar para promoção da saúde do aluno era o professor primário (SÁ, 1943, p. 297). Para ele o contato contínuo e diário com o aluno, o preparo, a autoridade e o exemplo eram predicados que se conjugavam no papel de professor.

Os conteúdos arrolados por Sá em seu livro, *Higiene e Educação da saúde*, na análise comparativa com livros brasileiros semelhantes, ou seja, manuais de higiene para professores, divergiram nos conceitos de saúde e educação e nas escolhas dos conhecimentos a serem transmitidos. A questão eugênica foi uma das mais importantes divergências. Sá não dedicou espaço em seu livro para este tema. Ao invés disso, fez críticas a este pensamento e conseqüentemente à ideia de melhoramento da raça. Ele tratou a hereditariedade de forma superficial, possivelmente pela forte crença no desenvolvimento humano a partir da educação, um pouco diferente de alguns intelectuais de sua geração, como Almeida Junior e Fontenelle que dedicaram grande espaço para eugenia em seus livros,

respectivamente, *Biologia Educacional: Noções Fundamentais e Compêndio de Higiene*.

A geração de higienistas escolares, na qual pertencia Sá, não pensava a interação da educação e da saúde da mesma forma, conforme demonstraram os manuais de higiene para professoras no que tange a eugenia. A crença nas ações eugênicas nos escritos de alguns autores pôde demonstrar uma equiparação no potencial da educação e do determinismo biológico na busca e manutenção da saúde, diferente das representações de Sá, que indicavam uma supremacia da educação, em detrimento às questões de hereditariedade e genética na obtenção de uma vida saudável.

Na análise da geração de Sá foi possível perceber também diferenças nas próprias representações de higiene escolar. Alguns a concebiam como intervenção absoluta do médico na escola, como em Clark, que valorizava sobremaneira esta intervenção no sentido de intensificar as ações curativas da saúde, prescindindo das ações pedagógicas modernas na obtenção da melhoria da saúde. E mesmo as ideias sobre saúde, nas décadas de 1930 e 1940, em alguns autores estavam vinculadas à ideia central da preservação da saúde e do funcionamento normal do corpo e não necessariamente a uma possibilidade de melhoria constante da felicidade pela saúde, como em Sá, Wood e Williams.

Sá distinguiu a higiene, com suas regras e controles necessários, da educação da saúde. Assim como distinguiu esta última da biologia educacional, denominação recorrente utilizada pelos higienistas escolares paulistas que publicaram livros sobre esta temática. A distinção se deveu ao fato de que para Sá, a educação da saúde se constituía em uma filosofia educacional específica para a saúde e com isso, não só os conteúdos em saúde eram importantes, mas também as estratégias pedagógicas que fariam com que os alunos colocassem em prática estes conhecimentos de forma a serem responsáveis pela promoção e melhoria de sua própria saúde e daqueles que no futuro estivessem sob sua responsabilidade, seus filhos.

E, como metodologia dessa educação, ele acreditava que somente fazendo a criança aprender os princípios da higiene ela mudaria seus hábitos e, com isso, promoveria sua saúde. Contudo, ainda segundo seu pensamento, a criança, dependente das estruturas sociais que lhe são responsáveis (a família e a escola), deve ser assistida para o desenvolvimento desses novos hábitos. Assim, Sá indicava questões importantes para a educação da saúde, além dos conceitos de

higiene corporal em si. Alimentação, controle de peso e altura, a organização da estrutura escolar entre outros, eram temáticas recorrentes em seus artigos e livro.

A ênfase que os americanos deram para educação no processo de preservação e melhoria da saúde, influenciados pelas ideias escolanovistas de possibilidade de transformação dos indivíduos pela educação, foram perceptíveis paulatinamente nos artigos de Sá das décadas de 1920 e 1930, período onde suas ideias foram se distanciando de uma higiene escolar para uma educação da Saúde. Em seu livro *Higiene e Educação da saúde* de 1943, estas ideias se condensaram melhor e puderam ser expostas de forma mais profunda e completa. O livro, que em seu título já distinguia a higiene da educação em saúde foi destinado, prioritariamente, ao público mais interessado em uma pedagogia para a saúde, o professor.

Sá pôde fazer circular suas representações de saúde, educação e higiene escolar através da publicação de artigos na *A Folha Médica*, periódico médico, onde foi redator e colaborador entre as décadas de 1920 e 1940. Neste veículo, que tinha várias edições mensais em períodos de intensos debates políticos, como a década de 1920, foi possível perceber os consensos acerca das representações de um Brasil doente e analfabeto. Seus editoriais e artigos originais apontaram para soluções relacionadas à necessidade de ações governamentais de saúde e educação em âmbito nacional, principalmente no que tange à higiene escolar. Temática muito criticada por este periódico nas reformas de saúde e educação em momentos que antecederam a assunção de Vargas ao poder.

Neste espaço de socialização e prática intelectual de médicos, inclusive daqueles envolvidos com a interação da saúde e educação, os higienistas escolares, foi possível identificar dissensos importantes na especificidade do fazer a higiene escolar. As discordâncias mais significativas relacionavam-se a dicotomia entre a ação de saúde curativa e ação de saúde preventiva, e das apropriações de modelos externos de práticas de higiene escolar.

A intervenção médica na escola, não só para controle da obtenção dos hábitos higiênicos, mas também para ações de saúde curativas, no tratamento das crianças doentes foi uma representação de higiene escolar compartilhada por alguns colaboradores de *A Folha Médica*, como Clark. Esta visão divergia da representação de higiene escolar de Sá, que acreditava que a busca da saúde deveria se focar na

educação da saúde, onde teria o professor como sujeito principal neste processo. Esta dicotomia também foi observada nas propostas para as reformas da saúde pública pleiteadas pelos intelectuais de *A Folha Médica*. Para alguns seria impossível promover as campanhas sanitárias das doenças endêmicas sem uma abordagem inicial curativa, questão não importante para outros intelectuais.

Na análise de algumas práticas polêmicas de higiene escolar, como prescrição do banho de sol e do leite para os escolares, foi possível identificar divergências acerca das apropriações aos modelos externos, mas precisamente os modelos americanos de saúde pública e educação. Alguns intelectuais apresentavam uma disposição para a eles se apropriarem sem crítica ou sem adaptações à realidade brasileira, como Sá, que em diversos artigos e no seu livro se mostrou adepto e elogioso das representações e práticas americanas sobre os temas.

Diferentemente, outros, como Clark, criticaram estas apropriações indicando a especificidade dos problemas nacionais e conseqüentemente, propondo soluções adequadas para o Brasil. Entretanto um terceiro grupo de intelectuais, onde se incluía Fontenelle, indicava propostas mescladas, onde seria possível apropriar-se de certas representações de saúde e educação dos americanos, mas adaptando suas práticas à realidade do Brasil.

As inspetorias médicas também foram espaços de socialização e confronto de práticas dos higienistas escolares do período desta pesquisa. Como inspetor sanitário do Distrito Federal, Sá pôde colocar em prática suas representações, dentro de certos limites, de saúde, educação e higiene escolar.

As práticas da inspetoria escolar e as ações de saúde pública para a escola no Distrito Federal, no período desta pesquisa, colocaram em confronto distintas representações de higiene escolar, que conseqüentemente, orientaram práticas distintas também. Seus sujeitos, intelectuais médicos, que também assumiram postos em importantes serviços de saúde de atenção ao escolar, puderam, na medida do nível da articulação política de cada um, testar suas ideias nas práticas que empreenderam ou modificaram nos espaços que ocuparam. Médicos da mesma geração, que publicaram suas ideias nos mesmos veículos e que compartilharam ações de saúde para os escolares no aparato governamental, como Sá, Clark e Fontenelle, puderam demonstrar apropriações distintas a cerca da interação entre

saúde e educação no enfrentamento das enormes mazelas que a infância brasileira sofria à época.

Os congressos também foram importantes espaços de troca e circulação de ideias de higiene escolar. O *I Congresso Nacional de Saúde Escolar*, realizado em abril de 1941, em São Paulo, estruturou-se em vários temas relacionados à saúde do escolar, dentre eles *A educação sanitária nas escolas*, no qual Sá participou como relator. Este tema pretendia discutir como criar hábitos sadios nas crianças, a necessidade do ensino da puericultura em todos os níveis escolares, a função da educadora sanitária e a relação família e escola. Neste evento, como conclusão do relator, foi possível identificar diferenças nas representações da educação sanitária, ou da saúde como Sá sempre fez questão de nomear esta educação.

A defesa da centralidade do professor na educação sanitária e a não valorização da inspeção médica aos alunos, nas conclusões relatadas por Sá, podem indicar, em 1941, um posicionamento distinto ao pensamento dos higienistas escolares das décadas anteriores. Expressados em práticas coercitivas e de controle das inspetorias médicas escolares, onde a presença do médico na escola, era visto como imprescindível para a prevenção de doenças e manutenção da saúde de todos, alunos, professores e funcionários. Outra conclusão importante apontou para certa transferência de conhecimento e poder, do médico para outros profissionais, professores, enfermeiros e educadores sanitários, e conseqüentemente certa perda de espaço do médico no ambiente escolar.

A importância da função das educadoras sanitárias, que estavam em grande número no evento foi relativizada nos relatos de conclusão de Sá, indicando uma divergência de quem deveria assumir a educação da saúde dos escolares. Para Sá não havia dúvida que o professor seria o sujeito fundamental para esta empreitada, desde que preparado. Entretanto, para as educadoras sanitárias, seriam elas próprias o profissional ideal para a função.

Sá se apropriou das representações de saúde e educação americanas e com elas como guia mestre, apontou como atrasadas muitas práticas de saúde e educação brasileiras, indicando que este atraso colocaria o Brasil em um caminho distante da modernidade. Neste sentido, em seus artigos, apontou muitas soluções que representavam a modernidade e o futuro, como as enfermeiras escolares, a notificação da gravidez, o controle e estudo epidemiológico demandando novas

práticas de saúde pública, principalmente nas escolas, a professora como sujeito fundamental da higiene escolar e a pedagogia da saúde.

Sua representação de saúde, principalmente a partir de 1929, apontava para um equilíbrio entre o indivíduo e seu meio, nos aspectos fisiológicos e nos aspectos subjetivos ou psicológicos. Admitiu ainda que haveria uma dimensão individual e íntima na questão do que seria estar saudável. Os indivíduos poderiam se sentir com saúde, visto que ela também seria uma sensação de bem estar físico e mental, onde o termômetro estaria dentro de cada um. A saúde, portanto seria a própria vida. Assim seria a saúde mais importante que a educação, entretanto sem a educação não se chegaria a saúde.

Com isso, na análise das representações da educação da saúde em Sá, foi possível perceber uma cessão de direito de atuação, no âmbito da escola, do médico para o professor. A medicina daria o conhecimento da higiene, assim como a história daria o conhecimento sobre os acontecimentos do passado do homem. Poderíamos entender então que não haveria intervenções do pensamento médico na escola, porque na representação de educação da saúde em Sá, a educação era o meio fundamental para se obter saúde. E sobre a educação, o profissional mais indicado para pensá-la e praticá-la seria o professor e não o médico.

Com este trabalho foi possível verificar, no campo das pesquisas que se debruçaram sobre a temática, uma distinção entre grupos. Em primeiro lugar, elencamos os trabalhos de Carvalho, Rocha, Gondra, Stephanou e Oliveira que trabalharam na perspectiva de um pensamento médico que interveio no ambiente escolar com ações doutrinárias e de controle, no sentido da construção de hábitos higiênicos em prol da promoção ou conservação da saúde dos alunos e sua família. Este conjunto de pesquisas apontou para um pensamento de uma determinada geração de médicos, que começaram a atuar e pretenderam intervir na sociedade que pertenciam. Um projeto médico, que penetrou no cotidiano escolar de uma única forma: regras higiênicas para o espaço e para as pessoas, o controle da saúde através das inspeções médicas e a inculcação de hábitos higiênicos ou de saúde nos escolares. Este grupo não trabalhou a possibilidade de mais de um projeto médico para a escola, não chegou a investigar as divergências de representações de educação e saúde, bem como não chegou a analisar as divergências nas apropriações das ideias de higiene escolar no Brasil.



O interesse crescente pela a história dos intelectuais e suas produções levou outros historiadores da educação a se aproximarem da higiene escolar, principalmente no tocante sua relação com os debates nacionalistas no início do século XX. Um outro grupo, representado por Engel, Carula, Camara e Côrrea, por sua vez, considerou os dissensos no que diz respeito ao que se convencionou chamar pensamento médico higienista intervindo na cultura escolar. O conjunto de pesquisas do grupo levou a identificar filiações divergentes do pensamento médico para a sociedade. Projetos médicos que defendiam apropriação de ideias internacionais de saúde pública e higiene, se contrapondo à projetos médicos que consideraram as especificidades brasileiras como ponto fundamental na formulação de políticas de saúde pública.

A análise das representações acerca da interação da saúde e educação nos escritos de Sá, apontou para certas divergências nos projetos médicos para a escola e o escolar de uma geração de higienistas escolares brasileiros nas primeiras décadas do século XX, indicando uma reflexão no que se convencionou chamar “discurso médico para escola”, principalmente na análise dos anos de 1930 e 1940.

Adentrando nas especificidades das práticas médicas e educacionais de Sá, em seus espaços de socialização, principalmente a *Folha Médica*, as inspetorias médicas e os congressos, foi possível perceber os dissensos acerca das representações e modelos de higiene escolar nestes espaços, entre seus sujeitos mais representativos. As questões mais importantes que colocaram em contraposição o pensamento de Sá com o de seus pares estavam ligadas ao próprio conceito de saúde e a forma de obtê-la. Para Sá, saúde era vida e como tal, para alcançá-la, seria necessário se utilizar do único meio capaz de transformar as vidas, segundo ele, a educação.

## REFERÊNCIAS

A FOLHA MÉDICA, Relação dos docentes da escola normal. 16 de dezembro de 1930.

A FOLHA MÉDICA. A saúde na escola, editorial. Rio de Janeiro, 15 de fevereiro 1923.

A FOLHA MÉDICA. Seção editorial: As visitadoras de saúde pública. Rio de Janeiro, 15 de abril de 1933.

A NOITE. 17 de fevereiro de 1921. Rio de Janeiro.

A NOITE. Escola Hospital José de Mendonça. Rio de Janeiro, 4 de janeiro de 1939.

A NOITE. O livro do dia. Rio de Janeiro, 26 de abril de 1946.

A NOITE. Rio de Janeiro. 16 de março de 1941.

ACCACIO, Liette Oliveira. Biografia de Carlos Sá. (In) Dicionário de Educadores no Brasil: da colônia aos dias atuais. 2º Edição. Rio de Janeiro: Editora UFRJ & MEC/INEP/COMPED, 2002, 1008p.

ALMEIDA JUNIOR, Antonio Ferreira. A Alimentação na idade escolar e pré-escolar. Boletim do Instituto de Higiene, 1923.

ALMEIDA JUNIOR, ----- . Biologia Educacional: Noções fundamentais. 3º Ed. Cia Editora Nacional. São Paulo, 1946.

ALMEIDA, Marta de. A criação da cátedra de medicina tropical no Peru e no Brasil. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.18, n.2, abr.-jun. 2011, p.355-373.

ALVES, Claudia. Jean-François Sirinelli e o político como terreno da história cultural. (in) LOPES, Eliane Marta Teixeira; Faria FILHO, Luciano Mendes (org). Pensadores sociais e História da Educação 2. Belo Horizonte: Editora Autêntica, 2012.

American Journal of Public Health . School Health Supervision (Section VII from the Forthcoming Report of the Committee on Municipal Health Department Practice.) Vol. XIII APRIL, 1923 No. 4.

Anais do I Congresso Nacional de Saúde Escolar, 1941. Imprensa Nacional. São Paulo, 1942.

ARAÚJO, Gilda Cardoso. Políticas Educacionais e Estado Federativo. Curitiba: Editora Appris, 2013.

BARRETO, Aparecida de Lourdes Paes. Higienismo e educação escolar na Paraíba republicana: do discurso médico à prática educativa. Tese de doutoramento no Programa de Pós-graduação em Educação Universidade Federal da Paraíba. Paraíba: 2010.

BASILE, Pedro. Inspeção Médica Escolar. Tese apresentada à Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo em 1920.

BEZERRA, Rozelia. A Higiene escolar em Pernambuco: espaços de construção e os discursos elaborados. Tese de doutoramento no Programa de Pós-graduação em Educação Universidade de São Paulo. São Paulo: 2010.

BOMENY, Helena. Infidelidades eletivas: intelectuais e política. In: BOMENY, Helena (Org.). Constelação Capanema: Intelectuais e políticas. Rio de Janeiro: Ed. FGV, p.11-35, 2001.

BONATO, Nailda. A infância (des)protegida na voz de um higienista: o papel das visitadoras sociais (1922-1931). In: CAMARA, Sonia (Org.). Pesquisa (s) em História da Educação e da Infância: Conexões entre ciência e história. Rio de Janeiro: Quartet:Faperj, 2014.

BRASIL. Decreto nº 3781 de janeiro de 1937.

BRASIL. Decreto nº 10.013, de 17 de Julho de 1942.

BRASIL. Decreto nº 9554, de 3 de fevereiro de 1886.

BRASIL. Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975.

CAMARA, Sonia. A constituição dos saberes escolares e as representações de infância na Reforma Fernando de Azevedo de 1927 a 1930. *Revista Brasileira de História da Educação* n° 8 jul./dez. 2004.

CAMARA, \_\_\_\_\_. Sob a Guarda da República: a infância minorizada no Rio de Janeiro da década de 1920. Tese de doutoramento apresentado ao programa de pós graduação em Educação da Universidade de São Paulo. USP: 2006.

CAMARA, \_\_\_\_\_. Inspeção Sanitária Escolar e educação da infância na obra do médico Arthur Moncorvo Filho. *Rev. bras. hist. educ.*, Campinas-SP, v. 13, n. 3 (33), p. 57-85, set./dez. 2013.

CAMARA, \_\_\_\_\_. A arte de educar e prevenir crianças: as conferências de Higiene Infantil do Instituto de Proteção e Assistência à Infância do Rio de Janeiro (1901-1907). In: CAMARA, Sonia (Org.). *Pesquisa (s) em História da Educação e da Infância: Conexões entre ciência e história*. Rio de Janeiro: Quartet:Faperj, 2014.

CAMPOS, André Luiz Vieira de Campos. Políticas internacionais de saúde na era Vargas: O Serviço Especial de Saúde Pública, 1942-1960. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

CAPES. Lista completa de periódicos. Disponível em <http://qualis.capes.gov.br/webqualis/publico/pesquisaPublicaClassificacao.seam>. 2014

CARULA, K; ENGEL, Magali; CÔRREA, Maria L. (Orgs). *Os intelectuais e a nação*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2013.

CARVALHO, M. M. C. Molde Nacional e Fôrma cívica: higiene, moral e trabalho no projeto da Associação Brasileira de Educação (1924-1931). 1. Ed. Bragança Paulista: EDUSF, 1998. v.1. 505p.

CARVALHO, ----- . Molde Nacional e Fôrma cívica: Higiene, moral e trabalho no projeto da Associação Brasileira de Educação (1924-1931). Tese de doutoramento apresentada ao programa de Pós-graduação da Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo. São Paulo, 1987.

CARVALHO, ----- . Quando a História da Educação é a história da disciplina e da higienização das pessoas. In: FREITAS, Marcos Cezar de. História social da infância no Brasil. São Paulo: Cortez, 2011.

CENTRO MUNICIPAL DE REABILITAÇÃO OSCAR CLARK. Versão em português. [S.l], 2014. Quem somos. Disponível em :<  
<http://cmroscarclark.blogspot.com.br/p/quem-somos.html>>. Acessado em: 05 dez.2014.

CHARTIER, Roger. A História Cultural: Entre práticas e representações. Portugal: DIFEL, 2002.

CHARTIER, ----- . A história ou a leitura do tempo. Belo Horizonte: Autêntica, 2009.

CHARTIER, ----- . O mundo como representações. Estudos Avançados, 11(5), 1991.

CLARK, Oscar. Clínicas Escolares. A Folha Médica. 5 de junho de 1929

CLARK, \_\_\_\_\_. Higiene escolar. A Folha Médica. 15 de agosto de 1929.

CLARK, \_\_\_\_\_. Seis meses de higiene escolar (parte I): Relatório entregue ao Diretor Geral de Instrução Pública do Distrito Federal. A Folha Médica. 15 de fevereiro de 1929.

CLARK, \_\_\_\_\_. Higiene escolar. A Folha Médica. 25 de fevereiro de 1930.

CLARK, \_\_\_\_\_. A alimentação dos escolares. A Folha Médica. 25 de outubro de 1930.

CLARCK, \_\_\_\_\_. A Higiene escolar no Rio de Janeiro ao tempo de Fernando de Azevedo. A Folha Médica, 1941.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DA 6ª REGIÃO (org.). 50 anos da psicologia no Brasil: A História da psicologia no Brasil. Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região. São Paulo: CRPSP, 2011.

CORREIO DA MANHÃ. Rio de Janeiro, 20/03/1937..

CORREIO DA MANHÃ. Rio de Janeiro, 20/03/1937..

CORREIO DA MANHÃ. Notas sociais. Rio de Janeiro, 31 de agosto de 1928.  
20/03/1937.

CPDOC/FGV. Fundo Gustavo Capanema. GC 1936.00.00.

CUNHA, Marcus Vinícius. John Dewey: Democracia e Educação. Editora Ática. Rio de Janeiro, 2011.

DAVENPORT, Joanna. Thomas Denison Wood: Physical Educator and Father of Health Education. *Journal of Physical Education, Recreation & Dance*, 55:8, 63-68, DOI: 10.1080/07303084.1984.10630633. 1984.

DOMINGUES, Carla Magda Allan S.; Pereira, Maria Carolina C. Q.; SANTOS, Elizabeth David dos; SIQUEIRA, Marilda Mendonça; GANTER, Bernardus. A evolução do sarampo no Brasil e a situação atual. *Informe Epidemiológico do SUS*. v.6, n.1. Brasília: março de 1997.

FAUTO, Boris. A Revolução de 1930: História e Historiografia. 16ª Ed. Cia das Letras. São Paulo, 1997.

FERREIRA, Clemente. A inspeção médicos dos colegiais: primeira e segunda parte. *Imprensa Médica*, 1909.

FONSECA, Cristina Maria Oliveira. As propostas do SESP para Educação em Saúde na década de 50: uma concepção de saúde e sociedade. *Cadernos da Casa de Oswaldo Cruz*; 1(1), nov.1989.

FONSECA, \_\_\_\_\_. Saúde no Governo Vargas (1930-1945): dualidade institucional de um bem público. Editora Fiocruz. Rio de Janeiro, 2007.

FONTENELLE, José Paranhos. Organização Sanitária Escolar. *Revista O Ensino*, 1924.

FONTENELLE, \_\_\_\_\_. Compendio de Higiene. 4ª edição. Rio de Janeiro; Editora Guanabara, 1940.

FREITAS, Maria Helena. Considerações acerca dos primeiros periódicos científicos brasileiros. *Ci. Inf.*, Brasília, v. 35, n. 3, p. 54-66, set./dez. 2006.

GAZZINELLI, Maria Flávia; GAZZINELLI, Andrea; REIS, Dener Carlos; PENNA, Claudia Maria. Educação em Saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. *Cad. Saúde Pública*, vol.21 nº 1, Rio de Janeiro Jan./Feb. 2005.

GOMES, Ângela de Castro and ABREU, Martha. Apresentação. *Tempo* [online]. 2009, vol.13, n.26, pp. 1-14. ISSN 1413-7704.

GOMES, Ângela de Castro. População e sociedade. In: GOMES, Ângela de Castro (Org). *Olhando para dentro: 1930-1964*. São Paulo: Objetiva, 2013.

GONDRA, José G. Artes de Civilizar: Medicina, Higiene e Educação Escolar na Corte Imperial. Tese de doutoramento no Programa de Pós-graduação em Educação da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2000.

GONDRA, \_\_\_\_\_. Medicina, Higiene e educação escolar. In: FARIA FILHO, Luciano; TEIXEIRA, Eliane Marta; VEIGA, Cynthia (Org). *500 anos de educação no Brasil*. 4. Belo Horizonte: Autêntica, 2010.

GONDRA, \_\_\_\_\_. Conformação do discurso pedagógico: a contribuição da Medicina. In: VIDAL, Diana; DUARTE, Regina; GONDRA, José; FARIA FILHOS, Luciano. *Educação, modernidade e civilização*. Belo Horizonte: Autêntica, 1998.

GUALTIERI, Regina Cândida Ellero. Educar para regenerar e selecionar: Convergências entre os ideários eugênicos e educacional no Brasil. *Estudos de Sociologia*, Araraquara, v.13, n.25, p.91-110, 2008.

HAVEN EMERSON. *American Journal of Public Health and the Nations Health*: August 1957, Vol. 47, No. 8, pp. 1009-1011.

HOCHMAN, Gilberto. A saúde pública em tempos de Capanema: inovações e continuidades. In: BOMENY, Helena (Org.). *Constelação Capanema: Intelectuais e políticas*. Rio de Janeiro: Ed. FGV, p.127-151, 2001.

JORNAL DO BRASIL. Obituário. Rio de Janeiro, de 25 de março de 1975.

JORNAL DO BRASIL. Rio de Janeiro, 09/01/1935.

JORNAL DO BRASIL. Rio de Janeiro, 30/05/1933.

KEHL, Renato. Da Eugenia ao futuro do Brasil. Teses oficiais, memórias e conclusões do Primeiro Congresso Brasileiro de Proteção à Infância, 1922.

LAROCCA, Liliana Müller. Higienizar, cuidar e civilizar: O discurso médico para a escola paranaense (1886-1947). Tese de doutoramento no Programa de Pós-graduação em Educação Universidade Federal do Paraná. Paraná: 2009.

LEX, Ary. Biologia Educacional. 4ª Ed. Cia Editora Nacional. São Paulo, 1951.

LIMA, Gerson Zanetta de. SAÚDE ESCOLAR E EDUCAÇÃO. São Paulo: Editora Cortez, 1985.

LINHARES, Mário. A poesia de Carlos Sá. Rio de Janeiro, 1952.

LUCA, Tânia Regina de. A Revista do Brasil: Um diagnóstico para a (N)ação. São Paulo. São Paulo: UNESP, 1999.

LYSTER, Robert A. School Hygiene. 2ª Ed. London. University Tutorial Press, 1918.

MARTINS, Ana Luiza; LUCA, Tania Regina (Orgs). História da imprensa no Brasil. 2ª edição. São Paulo: Contexto, 2013.

MASCARENHAS, Nildo Batista. A inserção da enfermeira brasileira no campo da saúde pública (1920-1925). Bahia, 2013. Dissertação de mestrado em Enfermagem. Salvador: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

MEANS, Richard K. A History of Health Education in the United States. Lea & Febiger. Philadelphia, 1962.

MELLO, Baltazar Vieira. Higiene escolar. Revista Imprensa Médica, 1905.

MELLO, ----- . A hygiene na escola. São Paulo: Typographia do Diario Official, 1902.



MELLO, ----- . Hygiene escolar e pedagogica para uso de medicos, educadores e estabelecimentos de ensino. São Paulo: Casa Vanorden, 1917.

MELO, Joaquim Alberto Cardoso. A prática da saúde e educação. Tese de doutoramento apresentada ao Departamento de Medicina Preventiva e Social. Unicamp, 1977.

MOCORVO FILHO, A. Higiene escolar: seu histórico no Brasil. Anais do I Congresso Médico Paulista, p. 141-153. São Paulo, 1916.

MORAES, L.L. Saúde escolar. Revista Pediatria Moderna. São Paulo, nº 13, p. 31-51, 1978.

NATIONAL PROFESSIONAL HEALTH EDUCATION HONORARY. Foundations of Health Education. Volume 23. Number 1, 2006.

OLIVEIRA, Iranilson Buriti; FREIRE, Leonardo Querino. 'É o bom professor que prepara o bom patriota': interfaces entre educação e saber médico na Paraíba (1919-1945). Rev. bras. hist. educ., Maringá-PR, v. 14, n. 2 (35), p. 53-76, maio/ago. 2014.

OLIVEIRA, Lúcia Lippi. A questão nacional na Primeira República. São Paulo: Brasiliense, 1990.

PAIVA, Fernanda Simone Lopes de. Sobre o pensamento médico-higienista oitocentista e a escolarização: condições de possibilidade para o engendramento do campo da educação física no Brasil. Tese de doutoramento no Programa de Pós-graduação em Educação da Universidade Federal de Minas Gerais. Minas Gerais: 2003.

PAIVA, Thamires. Noções para persuadir e educar: Os discursos médico-higiênicos na formação e ofício do professorado primário (1914-1928). Dissertação de mestrado no Programa de Pós-graduação em Educação da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: 2013

PARIS, M.L. Assistência ao escolar: bem público ou estratégia compensatória. Cadernos Fundap, nº2, p. 79-85, 1982.

PAULILO, André Luiz. As estratégias de administração das políticas públicas de educação na cidade do Rio de Janeiro entre 1922 e 1935. Revista Brasileira de Educação v. 14 n. 42 set./dez. 2009

PEIXOTO, Afrânio; COUTO, Graça. Noções de Hygiene: para uso das escolas. Francisco Alves & Cia. Rio de Janeiro, 1914.

PENNA, Belizário. Por que se impõe a primazia da educação higiênica escolar. Trabalho apresentado na I Conferência Nacional de Educação em 1927.

PINHO, F. N. L. G. (1); MARTÍNEZ, S. A. (2). História da merenda escolar no Brasil: Trajetórias da mais antiga política de suplementação alimentar brasileira (1955-1993). II CONINTER – Congresso Internacional Interdisciplinar em Sociais e Humanidades. Belo Horizonte, de 8 a 11 de outubro de 2013.

PRADO, Maria Emilia. Prefácio. In: CARULA, K; ENGEL, Magali; CÔRREA, Maria L. (Orgs). Os intelectuais e a nação. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2013.

PYKOSZ, Lausane Corrêa. Ideias médicas sobre educação: o papel dos congressos de higiene e educação na década de 1920 no Brasil. Anais do V Congresso Brasileiro de História da Educação. Sergipe: 2008.

RICARDO, Aristides. Biologia aplicada à Educação. São Paulo. Editora Cia Nacional, 1936.

RIO DE JANEIRO. Decreto nº 788. 09/10/1910.

ROCHA, H.H.P. A higienização dos costumes: educação escolar e saúde no projeto do Instituto de Higiene de São Paulo (1918-1925). Tese de doutoramento no Programa de Pós-graduação em Educação da Universidade de São Paulo. São Paulo: 2001.

ROCHA, ----- . Educação escolar e higienização da infância. Cad. Cedes, Campinas, v. 23, n. 59, p. 39-56, abril 2003.

ROCHA, ----- . Imagens do analfabetismo: a educação na perspectiva do olhar médico no Brasil dos anos 20. Dissertação de mestrado apresentado ao Programa

de Pós-graduação em Educação pela Universidade Estadual de Campinas. São Paulo, 1995.

ROCHA, ----- . Inspeccionando a escola e velando pela saúde das crianças. Educar, Curitiba, n. 25, p. 91-109, 2005. Editora UFPR.

ROCHA, ----- . Prescrevendo regras do bem viver: Cultura escolar e racionalidade científica. Cadernos Cedes, ano XX, nº 52, p. 1-19, novembro/2000.

ROCHA, Cristina Maria Vieira da. Comunicação social e vacinação. Hist. cienc. saúde-Manguinhos, v.10, supl.2. Rio de Janeiro, 2003.

RODRIGUES, Jeorgina Gentil; MARINHO, Sandra Maria Osório Xavier. A trajetória do periódico científico na Fundação Oswaldo Cruz: perspectiva da Biblioteca de Ciências Biomédicas. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.16, n.2, abr.-jun. 2009, p.523-532.

SÁ, Carlos. Inquéritos epidemiológicos. A Folha Médica, 1922.

SÁ, ----- . Avaliação do trabalho de saúde pública. Anais do terceiro congresso brasileiro de Higiene, 1927.

SÁ, ----- . Classes de subnutridos , merenda escolar. A Folha Médica, 1929.

SÁ, ----- . Contribuição americana para a saúde pública no Brasil. A Folha Médica, 5 de junho de 1947.

SÁ, ----- . Dispensários de Higiene infantil. Arquivos paranaenses de Medicina, 1924.

SÁ, ----- . Formação de especialistas sanitários no brasil. Revista de Higiene e Saúde, 1925.

SÁ, ----- . Higiene e educação da saúde. Serviço Nacional de Educação Sanitária. Rio de Janeiro, 1943.

SÁ, ----- . Higiene e educação da saúde. Serviço Nacional de Educação Sanitária. Rio de Janeiro, 1966.

- SÁ, ----- . As enfermeiras escolares. A Folha Médica, 1923.
- SÁ, ----- . Epidemiologia e profilaxia das doenças contagiosas. A Folha Médica, 1929.
- SÁ, ----- . Higiene escolar. Imprensa Nacional, 1942.
- SÁ, ----- . O diagnostico da saúde. A Folha Médica, 1930.
- SÁ, ----- . O diagnostico social da pobreza. A Folha Médica, 1923.
- SÁ, ----- . O serviço permanente de Higiene municipal em Minas. A Folha Médica, 1923.
- SÁ, ----- . Organização do trabalho epidemiológico e funcionamento de laboratórios da Higiene pública. A Folha Médica, 1925.
- SÁ, Carlos. A notificação da gravidez em Higiene infantil. A Folha Médica, 1923.
- Sá. \_\_\_\_\_. Formação de hábitos sadios nas crianças. In: Annaes do 3º Congresso Brasileiro de Hygiene. Vol. I. 1929, p. 811-817.
- SAMPAIO, Bittencourt. O Serviço de Higiene escolar nas organizações de Saúde Pública. A Folha Médica. Rio de Janeiro: 25 de janeiro de 1930.
- SANDANO, Wilson. A criação da Escola Normal Livre de Sorocaba. In: Congresso Brasileiro de História da Educação, 5, 2008, Aracaju. Anais eletrônicos. Aracaju: UFS/UNIT, 2008. Disponível em <http://www.sbhe.org.br/novo/congressos/cbhe5>. Acesso em: 20/05/2014.
- SANTOS, Luiz Antonio de Castro. Reabrindo o debate sobre Nagle, a educação e a saúde na historiografia brasileira. Revista Brasileira de História da Educação. V.8, n.1 [16], 2008.
- SÃO PAULO. Decreto Estadual nº 233 (Código sanitário de São Paulo). 02/03/1894.
- SCIENCE. The Fourth International Congress of School Hygiene. August 15, 1913. N. S. VOL. XXXVIII. No. 972.

SCLIAR, Moacyr. História do conceito de saúde. *Physis* vol.17 nº.1. Rio de Janeiro Jan./Apr. 2007.

SHALL, Virgínia. Educação em Saúde: novas perspectivas. Editorial, *Cad. Saúde Pública* vol.15 suppl.2 Rio de Janeiro 1999.

SILVA JUNIOR, Osnir Claudino da. O Curso de Especialização em Visitadoras Sociais da Assistência aos Psicopatas do Distrito Federal (1927-1942). Rio de Janeiro, 2012. Dissertação de mestrado em Educação. Rio de Janeiro: PPGEduc da Unirio.

SILVA, Henrique Mendonça da. O projeto de criação de Escolas-Hospitais no Rio de Janeiro pelo médico Oscar Clark (1918-1946). Projeto de pesquisa de doutorado apresentado ao Programa de Pós Graduação em História da UNICAMP. Orientadora: Heloísa Helena Pimenta Rocha, 2013.

SIRINELLI, Jean-François. Os intelectuais. (In) RÉMOND, René (organizador). Por uma história política. 2º Ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2003.

SOUZA , Érica Mello. Educação sanitária: orientações e práticas federais desde o Serviço de Propaganda e Educação Sanitária ao Serviço Nacional de Educação Sanitária (1920-1940). Dissertação de mestrado apresentada ao programa de pós graduação em História das Ciências da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz. Rio de Janeiro, 2012.

STEPHANOU, Maria. Medicina e discurso científico para a educação. IN: Grupo de Trabalho de História da Educação da 21a. Reunião Anual da ANPED. 1998.

STEPHANOU, ----- . Trata e educar, discursos médicos nas primeiras décadas do século XX. Tese de doutoramento apresentada ao Programa de Pós-graduação em Educação da Universidade do Rio Grande do Sul. Rio Grande do Sul, 1999.

TURNER, Clair. *Personal and Community Health*. 9ª Ed. The C.V. Mosby Company. New York, 1952.

VEIGA, Cynthia. *História da Educação*. São Paulo: Ática, 2007.

VELLOSO, Antonio Leão. Profilaxia ou assistência?. Rio de Janeiro. A Noite, 15 de maio de 1929.

VERGARA , Moema de Rezende. Ensaio sobre o termo “vulgarização científica” no Brasil do século XIX. Revista Brasileira de História da Ciência, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 137-145, jul | dez 2008.

VESELAK, Kenneth E. Historical Steps in the Development of the Modern School Health Program. Journal of School Health October. 2001, Vol. 71, No. 8.

VILELA, Maria Aparecida Augusto Satto. Semear educação e colher saúde: 1º Congresso Nacional de Saúde Escolar (São Paulo – 1941). Tese de doutorado apresentado ao Programa e Pós Graduação em Educação da PUC/SP. São Paulo, 2011.

WILLIAMS, Jesse Feiring. Personal Hygiene Applied. 8ª ed. W.B. Saunders Company. Philadelphia, 1946.

ZUCOLOTO, Patrícia Carla Silva do Vale. A infância e a medicalização das dificuldades no processo de escolarização nas teses sobre Higiene escolar da Faculdade de Medicina da Bahia (1889-1930). Tese de doutoramento no Programa de Pós-graduação em Psicologia Universidade Federal da Bahia. Bahia: 2010.