



CORPOS E MATERNIDADE NA PAULICÉIA DESVAIRADA (SÃO PAULO INÍCIOS DO SÉCULO XX)

BODIES AND MOTHERHOOD IN “PAULICEIA DESVAIRADA” (SÃO PAULO EARLY 20TH CENTURY)

Maria Izilda Santos Matos *

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC

 <https://orcid.org/0000-0002-4109-3747>
mismatos@pucsp.br

Tania Soares da Silva**

Universidade Paulista - UNIP

RESUMO: Este artigo analisa as representações de gênero, da família e da maternidade propalados pelos discursos médicos através dos materiais de campanhas. Nas primeiras décadas do XX, a instituição familiar foi identificada como a célula da sociedade, para assumir tal papel deveria ser regenerada, civilizada e higienizada, nesse processo, o papel das mulheres como mãe foi o centro dos discursos médicos e de ações pública. Cabendo destacar as reformas empreendidas pelo médico sanitariano Geraldo de Paula Souza quando da sua gestão no Serviço Sanitário paulista (1922-1927) que causou impacto na condução das questões da saúde pública.

PALAVRAS CHAVE: Médicos, corpos, mulheres, maternidade, Geraldo de Paula Souza.

ABSTRACT: This article analyzes the representations of gender, family and motherhood propagated by medical discourses through campaign materials. In the first decades of the 20th, the family institution was identified as the cell of society, to assume such a role it should be regenerated, civilized and sanitized. In this process, the role of women as mothers was the center of medical discourse and public actions. It is worth highlighting the reforms undertaken by the public health physician Geraldo de Paula Souza during his tenure at the São Paulo Health Service (1922-1927), which had an impact on the conduct of public health issues.

* Professora Titular da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP), Livre docente (PUC/SP, 2017), Pesquisadora 1A do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ).

** Possui Doutorado em História Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (2009) e mestrado em História Social pela mesma instituição (2004). É professora colaboradora na Pós-Graduação Latu-Sensu "História, Sociedade e Cultura" da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo PUC/SP. Professora agregada da Universidade Paulista. Tem extensa experiência na formação pedagógica de professores.

KEYWORDS: Doctors, bodies, women, maternity, Geraldo de Paula Souza.

Vivia-se a euforia da chegada de um novo século, o XX, em São Paulo começava-se a conviver com as referências da modernidade e do progresso. Nas novas avenidas recém-iluminadas pela *Light and Power*, no lugar dos antigos carros de parrelha, tálburis e bondes a burro, eram encontrados os bondes elétricos circulando juntamente com os primeiros automóveis; os motores movimentavam as fábricas e máquinas, fotográficas registravam o processo, também despontava o cinema reproduzindo na tela a vida em contínuo movimento. Os ritmos e fluxos da cidade se alteravam, as ditas conquistas tecnológicas acenavam que o mundo nunca mais seria o mesmo.

O desejo de modernidade se generalizava, sob o influxo do crescimento comercial, industrial e financeiro. A capital paulista se consolidava como centro capitalista, integrador regional, mercado distribuidor e receptor de produtos e serviços, fatores vinculados ao crescimento da produção do "ouro verde". O antigo "burgo dos estudantes", onde o ritmo de transformações era lento e o espaço quase estático, alterava-se rapidamente. Sob a administração do Conselheiro Antônio Prado e do Barão Duprat a cidade procurou assumir seu destino de metrópole. Nesse sentido, foram feitas intervenções procurando embelezar o centro, remodelando a Praça da República, Avenida Tiradentes e os vales do Anhangabaú e do Tamanduateí. Aspirando ao cosmopolitismo inspirado nos padrões europeus, surgiram novos bairros com praças e avenidas bem cuidadas, a elite erguia palacetes réplicas de construções estrangeiras.

Neste processo coexistiam permanências, demolições e construções, cresciam as obras públicas, espaços foram redefinidos como novas áreas comerciais e financeiras, além da zona do meretrício. Conjuntamente com a intensificação industrial, quarteirões e bairros diferenciavam-se segundo a predominância das atividades ali estabelecidas; ruas, vilas e cortiços povoados, sobretudo por operários, em sua maioria imigrante, mostravam a latência de um espaço entre a casa e a rua onde ocorriam trocas permanentes, estabelecendo relações dinâmicas entre as famílias e criando novos laços.

A política desencadeada pela cafeicultura paulista, ao estimular e promover intensamente a imigração, em proporções bem superiores às possibilidades de emprego no campo favoreceu o crescimento da população urbana¹. Deste modo, em momentos de

¹ De acordo com o censo do ano de 1872, quando a cidade já sofria consequências do surto cafeeiro, a população de São Paulo era de 19.347 pessoas. No censo seguinte, o de 1890, elevou-se para 64.934

queda do preço do café, geada ou pragas, a evasão dos colonos do campo era acentuada, provocando acúmulo de despossuídos, envoltos num cotidiano de longas jornadas de trabalho, desemprego, carestia e fome, falta de moradia, especulação, epidemias e outros flagelos.

Nesse contexto, a problemática da cidade foi delineada enquanto "questão" - a chamada questão urbana -, atravessada pelos pressupostos da disciplina e da cidadania, passando a cidade a ser reconhecida enquanto espaço de tensões; sendo construída a questão social, com a identificação do outro - o pobre, o imigrante, a mulher, o negro. A primeira via a focalizar a cidade como uma "questão" foi a higiênico-sanitarista, que conjugou o olhar médico com a política de intervenção de um Estado planejador/reformador.

Essa expansão urbana de São Paulo, em parte, coincidiu com a emergência do regime republicano, cujo programa, dada a influência da doutrina positivista, concentrou suas atenções no binômio família-cidade, base da proposta de estruturação do Estado, em que o conceito de pátria se baseava na célula familiar (CARVALHO, 1987). A família passou a ser vista como o centro de um projeto normatizador cujo desenvolvimento reequacionou seu papel e sendo estimulada a desenvolver práticas que se adaptassem à modernidade, ao "civilizado".²

As teorias de Pasteur e de Koch expandiram o paradigma microbiano e bacteriológico que possibilitaram outras formas de compreensão das causas das doenças, dos corpos e da higiene; bem como, da transmissão das doenças, da ideia de contágio e da sua cura. Era preciso mudar hábitos e atitudes³, de tal modo que o papel do médico se tornou decisivo na configuração das pautas normativas. O cientificismo imperante neste período permitiu aos médicos expandir o controle sobre os corpos de homens e mulheres,

habitantes, e no início do século XX, em 1908, eram 270.000 moradores, atingindo a cifra de 579.000 pessoas em 1920.

² Em São Paulo, o período de efervescência da urbanização coincidiu com o momento de institucionalização da medicina como produtora de um saber enquanto teoria e prática. O movimento associativo dos médicos se desenvolveu a partir dos anos finais do século XIX, concentrando-se inicialmente em questões pertinentes à regulamentação do exercício profissional, como a condenação do charlatanismo e a definição de um código de conduta médica, temas que incentivaram a convergência dos profissionais em entidades da categoria, a Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo foi criada em 1895 e a Faculdade de Medicina, em 1913. Annaes da Faculdade de Medicina de SP, anno 1926, v.1, p.34.

³ Com o aperfeiçoamento de técnicas médicas, possibilitou o redimensionamento do olhar médico sobre os corpos, dando a conhecer uma variedade de micro-organismos patogênicos e iniciando a valorização da profilaxia, da assepsia e da higiene como sinônimos de saúde. Assim, o indivíduo passou a ser visto como principal veículo de propagação, sendo as políticas públicas de saúde direcionadas para a educação e conscientização sanitária, centradas na proposta higienista, valorizando cada vez mais o papel dos médicos como os responsáveis em resolver os problemas de saúde.

normatizando procedimentos, disciplinando a sociedade e ordenando a família.⁴ Nesse sentido, o discurso médico apresentava a sociedade como um organismo caótico que necessitava ser regrado, estabelecendo uma oposição entre a desordem real e a ordem ideal, sendo a interferência do médico considerada indispensável.⁵

O crescimento urbano da cidade criou um ambiente propício à difusão do discurso da desinfecção da pobreza. Era necessário inculcar nas “classes perigosas” (CHEVALIER, 1984) não somente valores morais, mas, também noções de higiene, limpeza e disciplina para o trabalho. Nesse sentido, foram propostos projetos de intervenção higienista em diferentes âmbitos do social, na ânsia de debelar os focos de proliferação das doenças “morais” e “físicas”, focou os populares como seu principal alvo, construíram-se representações de limpeza, ordem, família e educação com o intuito de organizar a sociedade e seus habitantes, transformando-os em cidadãos que a nova ordem republicana necessitava.

Pela diversidade de sua conformação, atribuíam-se à ignorância das famílias populares a perpetuação das péssimas condições de vida a que estavam submetidas. As mulheres eram responsabilizadas pelas elevadas taxas de mortalidade infantil, sendo consideradas incapazes de cuidar adequadamente da saúde moral e física da prole. Também contribuía para esse cenário o meio em que essas crianças viviam: casas insalubres, cortiços e ambientes viciados. Os modos de vida dos populares eram diagnosticados, segundo a ótica médica, como desorganizados, imorais, promíscuos, justificando a interferência por meio de uma pedagogia que lhes ensinasse hábitos de higiene, comportamento, princípios morais e disciplinares.⁶

A política de saúde empreendida desde a organização do Serviço Sanitário em 1891, seguiu por muito tempo um modelo *campanhista-policial*, que consistia basicamente em

⁴ A ação médica, vista enquanto discurso e prática, pode ser identificada como um modelo que indica e ilumina marcas de continuidade e mudança. Numa tentativa de entender estas relações, optou-se por analisar o discurso médico de descrições normativas sobre os corpos, reafirmações e definições de funções, papéis e sexualidade de homens e mulheres dentro da família e na cidade.

⁵ A produção médica consultada constituiu-se de textos destinados a públicos diferenciados e, portanto, dotados de linguagens distintas: desde monografias, ensaios e teses, passando por anais, boletins e revistas, até folhetos explicativos de divulgação e de campanhas. Colocando-se na posição de guias ou mentores, os médicos desqualificavam outras falas, criando um monopólio do discurso autorizado, pois oriundo de um conhecimento aplicado. A eles caberia indicar como e quando agir, como sanar, quando e como interceder. Não se identifica o discurso médico como unidade, ele contém tensões, particularidades e diferenças postas entre sanitaristas, higienistas, clínicos e eugenistas.

⁶ O lazer das classes populares também constava no projeto de racionalização da sociedade, uma espécie de “taylorização” do tempo livre (DECCA, 1987). Com relação às crianças, as propostas de intervenção do lazer se concretizaram com a criação dos parques infantis com intenção de preparar e preservar as crianças pobres por meio de um ambiente sadio e controle do seu lazer (NIEMEYER, 2002; PAULA, 1992).

ações de saneamento do ambiente e policiamento dos lugares. Contudo, entre os anos de 1922 e 1927, por ocasião da Reforma Paula Souza, essa concepção de política de saúde pública deu lugar para a *educação sanitária*, que tinha como foco o indivíduo, em particular, as mulheres-mães objetivando no sentido de forjar uma consciência sanitária (RIBEIRO, 1993, p. 246).

CORPOS FEMININOS: MULHER E MATERNIDADE

O processo de urbanização ampliou a circularidade pela cidade, o desenvolvimento industrial, crescimento comercial e dos serviços incorporou a mão de obra feminina e infantil, criando a preocupação com a normatização de novos parâmetros "civilizados" dos comportamentos femininos e masculinos. Esses comportamentos deveriam ser retificados acompanhando perfis de masculinidade e feminilidade hegemônicos⁷ adequados ao novo regime e a uma perspectiva sacramental; nesse sentido, a Igreja, o Estado e a medicina convergem seus interesses a fim de disciplinar mulheres, homens e famílias.

Os discursos médicos atrelados a outras ações explicitavam aspectos de normatização social, ordenavam e classificavam o real através de categorias que se transformariam em universais, exemplos de objetividade e racionalidade, impondo uma ordem dualista com rígidas classificações que desembocaram no binômio permitido/proibido. A fala científica da medicina justificava as funções tradicionais atribuídas aos sexos, alegando que estavam iniludíveis e irreversivelmente enraizadas na anatomia e na fisiologia masculina e feminina.

Considerava-se que as capacidades e limitações femininas tinham raízes nas suas "características biológicas" que determinavam um comportamento emocional, produzindo seres incapaz de raciocínios elaborados, abstrações e atividade intelectual, mais frágil do ponto de vista físico e sedentário. A combinação dessas características tornava as mulheres

⁷ Já ao homem era atribuído o papel de provedor da família, sendo a "masculinidade" vinculada a padrões de trabalho, considerado fonte de realização, também a valores como noção de "honra". A masculinidade hegemônica busca homogeneizar os comportamentos masculinos, variando em diferentes momentos históricos numa trama discursiva normativa sobre mulheres e homens. É uma relação historicamente móvel e provisória, que contém a masculinidade subordinada, cúmplice e marginalizada. A masculinidade hegemônica é sustentada e mantida por grande parte do vasto segmento dos homens que se sentem gratificados, usufrui seus benefícios e, dependendo da situação e da relação estabelecida, pode acionar diferentes atribuições de masculinidade, mas é também mantida por boa parte das mulheres que concedem a tal hegemonia, sendo fundamental não esquecer que não existem feminilidades e masculinidades únicas, na verdade são representações de gênero que demonstram mais o dever ser do que para o ser. Elas evidenciam as dinâmicas de relações de dominação e exclusão (CONNELL, 1995; CONNELL, 1995, p. 185-206; ALMEIDA, 1995; CHARTIER, 1995, p. 40-42).

preparadas para a procriação e a criação dos filhos Assim, as mulheres eram vistas como fisicamente débeis, sujeitas às limitações da menstruação e da gravidez, e deviam ser protegidas dos perigos públicos e manter-se no espaço privado⁸ exercendo sua "predestinação biológica" - a maternidade (ROXO, 1928; CAMPOS DA PAZ, 1909).

O higienismo-sanitarismo, como uma das bases da doutrina médica da época, criou todo um conjunto de prescrições que deveriam orientar e ordenar a vida nos seus mais variados aspectos: na cidade, no trabalho, no domicílio e na família; como também, os costumes e hábitos cotidianos, os prazeres "permitidos" e "proibidos" deveriam seguir o parâmetro médico.

O discurso médico propalava a necessidade de impor uma profilaxia antimicrobiana aos lares, nos quais a principal agente seria a mulher. Cabia à "rainha do lar" a responsabilidade pela saúde e pelo bem-estar de seus membros, e, portanto, ampliava-se sua responsabilidade como dona de casa no controle dos mandamentos de higiene, principalmente em relação à infância (FREIRE COSTA, 1979). A educação feminina tornou-se um elemento chave para a medicina, pois através dela pretendia-se o aperfeiçoamento físico e moral das mulheres e das mães das futuras gerações do país, sendo que as normas médicas deveriam ser transmitidas pelas mães as suas filhas a partir da adolescência e puberdade, período do início da vida fértil da mulher, merecendo atenção especial.⁹

⁸- Esta separação entre público e privado não pode ser identificada como algo inevitável ou natural, tendo sido construída conjuntamente com a definição das esferas sexuais e a delimitação de espaços para os gêneros. Esses elementos foram construções sociais, culturais e históricas, que permitem perceber um movimento progressivo de privatização do espaço, e, concomitantemente o fortalecimento do Estado e o processo de urbanização, em que a esfera pública, cada vez mais voraz, estende seus tentáculos até o domínio das intimidades. Desta forma, pensar a família, e nela a mulher, como uma esfera separada do mundo do público significa o mesmo que ignorar as formas pelas quais as dinâmicas sociais das duas esferas afetavam-se mutuamente, bem como ocultar a existência de referências de poder que age em ambos, indicando (SENNET, 1988; MATOS, 2018).

⁹ Considerava-se que a mãe devia vigiar a educação moral e a boa conduta das filhas, em particular sobre o ponto de vista da sexualidade. Também devia dar às filhas uma educação preparando-as para a missão de futuras mães e esposas (CASTILHO, 1910).

Figura 1. Cartaz de Campanhas Públicas



Fonte: Acervo Museu Iconográfico de Saúde Pública de São Paulo – MISP.

Ao identificar a criança como fundamental para a construção de uma sociedade centrada na família, os médicos atribuíam às mães a responsabilidade pela mortalidade infantil, e divulgavam novos preceitos de higiene, hábitos e controle da dietética infantil. Com essas preocupações, as campanhas pelo aleitamento materno foram um dos pontos centrais dos escritos e das ações médicas. Apresentando o aleitamento como um momento de estreitamento dos laços familiares e de manifestação do amor materno, capaz de garantir o bom desenvolvimento físico e mental das crianças, os médicos denunciavam o "egoísmo" e a " vaidade" das mulheres que não queriam amamentar seus filhos (PASCARELI, 1926; MAGALHAES, 1913; QUINTANILHA, 1927). Surgiram campanhas em defesa da amamentação materna e contra a amamentação mercenária, mesmo quando a mãe estivesse impossibilitada de amamentar seu filho e a utilização do aleitamento mercenário se fizesse necessária, a seleção deveria ser muito criteriosa.

A questão do aleitamento mercenário preocupava pais e autoridades médicas frente à possibilidade de que as amas de leite infectassem as crianças, principalmente com tuberculose e sífilis. Nesse sentido, sugeria-se a criação de organismos médicos que examinassem o sangue e o leite das amas, a realização de exames ginecológicos e o fornecimento de atestado de saúde. Além de arregimentar e catalogar as mulheres disponíveis para essa função, o órgão deveria servir como local de seleção, mantendo lista

das amas que estivessem qualificadas para trabalhar, registrando o número de partos que cada mulher tivera e a data de nascimento de seus filhos.

Nos anúncios de jornais da época as candidatas eram variadas: brancas e negras, nacionais e estrangeiras de diferentes nacionalidades, para dormir na casa dos patrões ou "para amamentar três vezes por dia". Algumas vinham sem os filhos, outras se faziam acompanhar pela criança, muitas vezes se sujeitando a receber menos por isso. Havia as amas de "primeiro leite" e as já de um quarto ou quinto filho, com leite de um, dois ou até sete meses.

As transformações não se efetuaram sem contradições. Higienistas desencadearam rigorosas campanhas contra as condições em que era realizado o trabalho de aleitamento, cujo controle foi feito paralelamente à difusão de novos princípios da dietética infantil fornecidos pela puericultura, ampliando o quadro de possibilidades de alimentação infantil, através das campanhas pelo leite higienizado e pelo leite de vaca integral. Todavia, a utilização de amas continuou pelo menos até 1930, quando ainda podia-se encontrar - de forma frequente, mas difusa - anúncios de procura e oferta de amas.

Sucessivamente tentou-se regulamentar essa ocupação, talvez o que mais influenciou na gradativa diminuição da utilização das amas de leite foram alterações nas relações familiares. Propalava-se um modelo de família orientado para a intimidade do lar e que conduzia a mulher ao território da vida doméstica, *locus* privilegiado para a realização de seus talentos, procurando introjetar a importância da "missão de mãe". A designação às mulheres exclusivamente para o espaço doméstico foi correlativa a uma transformação no estatuto da infância, difundida pela puericultura e pelas escolas e, de certa maneira, tardiamente, corroborada pela legislação.

O consumo do leite animal, da mesma forma que o trabalho das amas de leite, rendeu muitas discussões no meio científico devido à ordenha sem condições higiênicas, à possibilidade de disseminação de doenças e ainda ao fato de alguns médicos o considerarem impróprio para o aparelho digestivo infantil.

O discurso científico destinou como missão à mulher: amamentar. Ao mesmo tempo em que se depositava essa responsabilidade nas mães, atribuía culpabilidade aquelas que não desempenhavam de maneira adequada o seu papel. Sob essa perspectiva, pode-se ainda aventar uma espécie de positividade que o discurso médico depositou sobre a mulher, uma vez que, ao elegê-la para amamentar o filho, tornava-a insubstituível, selando a necessidade de ligação entre o feminino e a maternidade.

Dessa maneira, desenhavam-se os contornos de uma nova mulher, que deveria ser, acima de tudo, afetuosa e dedicada à sua família, fazendo cumprir um projeto social que se acoplava ao seu destino biológico de ser mãe, que teria como recompensa o filho saudável.

Essa preocupação médica voltada à infância¹⁰ deve ser observada juntamente com o pensamento da época de que a criança passou a ser pensada como futuro cidadão e trabalhador. Acoplando-se a ideia do futuro próspero do país, na construção de uma nação próspera dependeria de homens fortes, saudáveis e com bons hábitos. Foi sob esse prisma do progresso social que a criança foi sendo pensada como futura construtora da ordem e do progresso nacionais (TRINDADE, 1996, p. 114).

A preocupação crescente com a infância instigou a publicação de material de divulgação que, em grande parte, cumpriu o papel de manuais dirigidos a pais e educadores. Destacando-se o aspecto pedagógico referente aos modos corretos de se relacionar com o meio social e com o próprio corpo, fazendo o poder médico extrapolar do espaço do consultório ou da academia e moldando uma relação nova de convivência entre o saber médico, a pedagogia e a família. Dessa forma, destacava-se no conjunto das publicações a preocupação dos médicos em orientar as mães em relação ao parto, à alimentação e à higiene da criança.

Dar à luz a um filho amamentá-lo e cuidá-lo passou a ser ações que deveriam ser dirigidas por regras e sustentadas pelo saber médico. O discurso médico intervinha e racionalizava práticas que antes ficava por conta do conhecimento tradicional das parteiras, nutrizes, aias e comadres.

Por meio da intensa circulação de material, as campanhas eram realizadas por vários canais, buscava-se participar da ordenação da vida daqueles que não faziam parte dos círculos médicos. A educação sanitária, uma especificidade da Saúde Pública, passou a ser um importante meio de transmissão de conhecimentos médicos e de práticas de ações preventivas de saúde, dirigidas, sobretudo às mulheres.

Nos materiais de campanha divulgados pelos órgãos de Saúde Pública, encontravam-se informações específicas e claras que apoiavam as mães e as instruíam sobre como deveriam agir para terem filhos saudáveis. No que se refere à alimentação do bebê, podia-se perceber a preocupação dos médicos em ressaltar a importância da amamentação materna; aliás, esse foi um dos aspectos que os médicos atribuíram um sentido particular à

¹⁰ Deve-se ainda destacar que esse discurso que enaltecia a criança como responsável pelo futuro da nação teve sua matriz já no pensamento dos filósofos iluministas, que percebiam a criança de um modo diferenciado, refletindo sobre a existência infantil em vários âmbitos, passando, inclusive, pela educação.

maternidade e paulatinamente, os gestos maternos foram sendo encampados pelo discurso racionalizado e, conseqüentemente, padronizado (MARQUES, 2000).

CENTROS DE SAÚDE: “EIXO DA ORGANIZAÇÃO SANITÁRIA”

Geraldo Horácio de Paula Souza (1889-1951)¹¹ foi figura de fundamental importância nos rumos que a Saúde Pública em São Paulo tomou, quer em sua gestão no Serviço Sanitário, quer na gestão no Instituto de Higiene, na regulamentação da carreira médica higienista, na defesa do regime de trabalho exclusivo, na valorização da pesquisa científica e na concepção de saúde centrada na prevenção e educação.

A chamada “Reforma Paula Souza” empreendida em sua gestão no Serviço Sanitário paulista (1922-1927), se constituía basicamente na apresentação de um novo Código Sanitário em 1925, mas que causou grande impacto na condução das questões da saúde pública que se tinha até então.

Paula Souza acreditava que a divulgação e a prática de saúde e higiene somente atingiriam a população por intermédio da educação. Para ele, a ignorância deveria ser combatida com os recursos oferecidos pela ciência, que deveriam ser colocados ao alcance de todos. Com esta finalidade idealizou os Centros de Saúde, o grande “eixo”, segundo ele, de sua organização sanitária.

Entendido como órgão eminentemente educativo e profilático, os Centros de Saúde deveriam ser distribuídos por todo o Estado de São Paulo e em diversos bairros da capital, de modo que atendessem à finalidade de sua criação: “promover a consciência sanitária da população em geral” (Decreto N. 3876 de 11 de julho de 1925), funcionando como polos irradiadores de ações, uma espécie de quartel general, onde pela ação de funcionários especializados atingiriam toda a região a que lhes fossem subordinadas” (SOUZA, 1933, p. 99).

A criação dos Centros de Saúde, na proposta sanitária de Paula Souza, baseou-se no sistema sanitário já existente nos Estados Unidos, cujas bases assentavam-se na

¹¹ Geraldo Horácio de Paula Souza (1889-1951) oriundo de um grupo social que congregava poder, prestígio e riqueza. Seu pai, foi o engenheiro Antonio Francisco de Paula Souza (1843-1917), defensor da racionalização do trabalho via aperfeiçoamento técnico que resultou na criação da Escola Politécnica de São Paulo (1893). Formou-se em Farmácia em São Paulo (1908) e Medicina, no Rio de Janeiro (1913). Indicado por Arnaldo Vieira de Carvalho, juntamente com Francisco Borges Vieira, foi para Baltimore nos Estados Unidos fazer o curso de doutoramento em Higiene e Saúde Pública na Universidade John Hopkins entre os anos de 1918 e 1920, como parte do compromisso firmado entre a Fundação Rocckefeller e o governo paulista. Desse acordo resultou a fundação do Instituto de Higiene de São Paulo, atual Faculdade de Saúde Pública. De volta ao Brasil, assumiu a Cadeira de Higiene na Faculdade de Medicina, além da direção do já referido Instituto e entre os anos de 1922 e 1927 esteve à frente do Serviço Sanitário Paulista (SILVA, 2018, p.42).

profilaxia. Em 1919, 49 comunidades norte-americanas já contavam com seus serviços e mais de 28 Centros já haviam sido projetados naquele país. (SOUZA; VIEIRA, 1944, p. 47)

Paula Souza depositava confiança em seu projeto, pois via uma proximidade das condições dos Estados Unidos, pioneiros neste modelo de gestão da saúde pública, com as que se tinham em São Paulo no período de sua implementação: crescente urbanização, afluência de imigrantes europeus, altos índices de mortalidade infantil e pobreza. Assim, esperava a mesma eficiência em terras paulistas. Porém, por lá, a ideia dos Centros de Saúde teria partido de iniciativas particulares. Os governos só teriam se mobilizado a implantá-los de fato depois de verificado sua eficácia. (SOUZA; VIEIRA, 1944, p. 7-8).

Entusiasmado com o projeto, Paula Souza, defendia que a adoção dos Centros de Saúde seria a maneira mais racional para se tratar das questões de saúde pública, pois ao reunir as atividades distritais de assistência social às atividades sanitárias, facilitaria o tratamento dos problemas higiênicos sociais encarados em seu conjunto e não mais em seus aspectos isolados. Nesse sentido, criticavam o sistema de *dispensários* que, divididos por especialidade, atuavam especificamente, limitando a prática da assistência médica somente àqueles que o procuravam, preocupando-se com o trabalho de prevenção quando já se estava na iminência de alguma epidemia, o que representava grandes dispêndios de recursos econômicos na reversão de tal quadro.

Os Centros de Saúde, por sua vez, seriam órgãos gerais que deveriam conter elementos materiais básicos para o atendimento às necessidades da população – atendimento médico e saneamento - sem perder de vista o objetivo maior: a educação sanitária.

A supervalorização da educação sanitária incorporava as ideias de soerguer o povo por meio da educação. Era necessário valorizar o homem nacional, afinal, num período pós-guerra mundial, a falta de braços em virtude do refluxo da mão-de-obra imigrante, entre outras questões, era um problema. Assim, forjar um trabalhador ideal era tarefa urgente:

Obra de egréria e de esclarecido patriotismo, dellla é lícito esperar-se proveitos de largo alcance, pela transformação que operará no espírito das populações, pelo aumento da capacidade do indivíduo nacional com a erradicação dos inúmeros males que acarreta a ignorância de princípios salutare e necessários para a conservação da saúde... (SOUZA, 1925, p. 16).

Ocupar-se com essas pessoas era justificado, então, pelo que poderia representar o indivíduo para o coletivo, e não o contrário. Tratava-se de assistência com finalidade

sanitária, ou seja, pelo seu caráter profilático. Por esse motivo, os Centros não previam atendimento a doentes, excetuando-se casos que comprometeriam a coletividade, como a tuberculose e doenças sexualmente transmissíveis, como a sífilis.

É com este sentido que se explica a grande atenção dada às crianças na proposta dos Centros. Procurava-se atendê-las desde o pré-natal, contando principalmente com a educação das mães. Os Centros de Saúde contavam, para este fim, com ensino de dietética e de demonstrações, atendimento aos domicílios, cursos de noivas e “escola de mãezinhas”, que eram cursos regulares de puericultura para meninas, instituído em 1926, no Centro de Saúde Modelo. Realizavam também concursos de robustez com prêmios em dinheiro, como mecanismo de incentivo para as mães matricularem seus filhos a fim de que seu desenvolvimento pudesse ser acompanhado pelos Centros.

Figura 2. “Bebê Eugênico premiado”. *Boletim de Eugenia*. Maio 1929, vol. I, n. 5. ¹²



Os números da mortalidade infantil em São Paulo eram gritantes. Grande parte das mortes estava entre as crianças de zero a um ano de vida. Eram vítimas de males do

¹² O pensamento eugênico emergente desempenhou uma influência marcante no delineamento do papel da família, de homens e mulheres. Procurando difundir as ideias de melhoria da qualidade da raça, o discurso eugenista apoiou inicialmente a maternologia, reforçando que a função social e cívica da mulher era garantir a sobrevivência das futuras gerações, o aperfeiçoamento e fortalecimento da raça, gradativamente, esse pensamento se expandiu e se institucionalizou ampliando sua ação política e doutrinária. O discurso eugênico apresentava alguns pontos básicos para a regeneração social e moral dos cidadãos: a luta contra as doenças venéreas, combate à prostituição, ao álcool e às drogas; defesa da educação sexual e moralização dos costumes; o aperfeiçoamento de medidas legislativas de higiene pré-nupcial e regulamentação da imigração.

aparelho respiratório e, principalmente, de complicações gastrointestinais causadas pela alimentação inadequada.

Paula Souza possuía profundo conhecimento da questão, como demonstrou em sua preleção no Primeiro Congresso de Hygiene no Rio de Janeiro em 1923, impressionando o público com gráficos e tabelas que representavam os coeficientes de nascimentos e mortes, ressaltando o valor dos serviços de profilaxia e a necessidade de provimento do Serviço Sanitário de recursos financeiros para que se pudesse enfrentar o problema. (SOUZA, 1923)

Acreditava que as providências para a redução da mortalidade infantil eram de ordem geral e a cargo dos serviços de higiene e consistiam na melhoria dos abastecimentos de água e leite, da rede de esgotos e limpeza pública, do combate à mosca, da fiscalização de gêneros alimentícios, da higiene domiciliar e da educação sanitária, dando destaque para a eficiência deste último no esclarecimento em matéria de puericultura. Mas reconhecia que as más condições de vida, a que estava sujeita a maioria da população, eram um entrave que não permitia o sucesso de muitas das ações de cuidado com as crianças:



Como obter séria amamentação para uma criança de mãe malnutrida enfraquecida ou quiçá doente incapaz de exercer esse primordial dever materno? Como exigir-se para os filhos de destituídos recursos, ou o que lhe equivale, ignorantes, quando não ambas as coisas, alimento suficiente e de boa qualidade? (SOUZA, 1933)

Sobre essa preocupação social, recomendava que tanto o pediatra quanto o sanitarista, nas suas funções, deveriam adentrar no ambiente familiar. Objetivando os cuidados com a criança, deveriam olhar também o conjunto da comunidade, antes de circunscrever as preocupações que lhe interessaria “... não se podendo, pois logicamente, separar a higiene da criança da higiene familiar e esta da higiene do lugar em que se fixou ou da comunidade de que faz parte.” (SOUZA, 1933, p. 97)

As incursões e investigações que faziam nos vários bairros da capital e do interior – sobre a natureza das condições de vida de cada criança, recursos paternos, má alimentação, trabalho das mães fora do lar, insalubridade da habitação, doenças hereditárias, incompetência das parteiras, entre outros – Acabavam por dar o respaldo necessário para a política de saúde proposta. (SOUZA, 1923)

Comprovada uma relação inversa entre a facilidade paterna de vida e a mortalidade dos filhos, Paula Souza destacava a importância da higienização dos lares, a fiscalização das parteiras e da produção e distribuição do leite. Mas a ignorância das famílias pobres, em especial a da mãe, era destacada como a principal causa dos elevados índices de

mortalidade infantil. Educar as mães para a maternidade e ensinar os preceitos da puericultura significavam diminuir a letalidade infantil e, por conseguinte, “enriquecer o patrimônio nacional”.

Quanto à situação de pobreza da população, não se fazia grandes questionamentos ou análises. Publicou um detalhado estudo sobre a população de um bairro paulista entre os anos de 1932-1933 e seus hábitos alimentares. Colheu, por meio de fichas e questionários, informações como a renda mensal, os gastos com aluguel, alimentação, tipo e quantidade de alimentos (carne, leite, ovos, arroz, feijão, batata, queijo, massa, legumes). Segundo sua análise, a pesquisa demonstrava ser, mais do que a pobreza, o consumo errado dos alimentos o grande problema, e passaram a demonstrar o quanto era possível uma alimentação adequada com o mesmo gasto. O problema residia mais uma vez na ignorância da população e sua má cultura alimentar, por isso os Centros também contavam com uma cozinha experimental e aulas de nutrição. (SOUZA, 1935)

Para as mulheres que trabalhavam fora de casa, alguns médicos entendiam isso como manifestação de um *feminismo* que desobrigava a mulher de ouvir sua “natureza”. Paula Souza, contudo, na contramão desse pensamento, louvava as iniciativas do empresário Jorge Street, que permitiu que suas funcionárias amamentassem seus filhos em horário de trabalho, além de distribuir leite e criar uma espécie de creche para a guarda da criança:

A Companhia nacional de Tecidos de Juta merece justa menção como uma dessas beneméritas organizações pelo seu esforçado trabalho na Villa Maria Zélia. Bem rara, porém, são as organizações particulares dotadas de bastante esclarecido espírito de altruísmo que as induza a colaborar com os poderes públicos na solução dos mais urgentes e sérios problemas sociais como é o de protecção a infância (...) Com esta cooperação, os directores dessas organizações fazem não só obra de humanidade e patriotismo, mas inda trabalho de inteligente economia porquanto da melhoria das condições de vida dos seus operários resultam accrescimento e melhor qualidade dos productos de seus estabelecimentos, havendo ainda a considerar a facilidade para a obtenção de braço porquanto os operários procuram de preferência localizar-se nesses estabelecimentos onde encontram melhores condições de vida para si e suas famílias. (SOUZA, 1923, p. 12)

Os Centros de Saúde destacavam-se na política de Paula Souza como órgãos de “sondagem social” que analisaria “o modo de vida, os recursos econômicos, o grau de instrução, a capacidade de cada indivíduo”, impondo medidas que surgiam do contato entre o higienista e a sua população. (SOUZA e VIEIRA, 1944, p. 47)

O ENTUSIASMO PELA EDUCAÇÃO

Se os Centros de Saúde eram considerados o eixo da organização da política de saúde pública proposta por Paula Souza, a educação sanitária era o seu pilar principal, como podemos observar no capítulo IX do Decreto n.º 3876 de 11 de julho de 1925,

Artigo 47: É criada, como dependência imediata da Directoria Geral do Serviço Sanitário, uma Inspectoria de Educação Sanitária e Centros de Saúde, que se incumbirá de promover a formação da consciência sanitária da população em geral e dos serviços de prophylaxia geral e específica definidos neste decreto. (...)

Artigo 50: A educação sanitária se fará sempre com toda a generalidade possível e pelos processos mais práticos, de modo a impressionar e convencer as educandas e implantar hábitos de hygiene.

Parágrafo 2.º - O serviço de educação sanitária visará de modo especial a hygiene individual, a pré-natal, a infantil e da idade escolar, assim como o censo da morbidade em geral; aproveitará quanto possível, a oportunidade que se manifesta na infância e na mocidade para imprimir ou desenvolver hábitos de hygiene e sempre que operar fora do centro, fará propaganda intensiva das vantagens da população em frequental-os. (Decreto N. 3876 de 11 de julho de 1925)

O objetivo de desenvolver na população a consciência sanitária e o combate à ignorância demandou a criação e formação de um novo quadro de trabalhadores da saúde, destacando-se as Educadoras e Visitadoras Sanitárias, outra grande inovação da Reforma Paula Souza. Cabia a essas educadoras a realização do ideal profilático da conscientização sanitária, sendo incumbidas de combater os maus hábitos, corrigir os defeituosos e incutir os novos. (CORTEZ, 1926)

O seu corpo profissional era constituído por professoras normalistas que, após seleção, frequentariam no Instituto de Higiene um curso de especialização de no mínimo um ano. O curso visava à educação da saúde realizada em ensino globalizado de hygiene pessoal, puericultura, aplicações, noções de epidemiologia e enfermagem prática, primeiros socorros e hygiene em todos os seus ramos, capacitando para o trabalho junto às comunidades, atuando em diversas frentes: nos Centros de Saúde, nas visitas domiciliares e nas escolas.

As mulheres eram reconhecidas como as principais agentes da concretização do que pretendiam com os Centros de Saúde. Eram elas que deveriam fazer a ligação dos Centros com a população nas escolas, nas fábricas, nos quartéis e principalmente nos lares. São as...

...disseminadoras da boa semente, que na faina de elevar a consciência sanitária, preparam, para o futuro, condições como as escandinavas,

onde a administração sanitária passa quase desapercibida, por ser admiravelmente suprida pela educação sanitária, perfeitamente generalizada... (SOUZA e VIEIRA, 1944, p.34)

Nos Centros, atuavam oferecendo cursos, palestras e orientação às mães acerca dos cuidados pré-natais e neonatais, com aulas de puericultura em todos os níveis. Infundiam preceitos *científicos* no cuidado com as crianças e na sagração dos valores morais imputados às mulheres no exercício da maternidade, oferecendo, inclusive, curso de noivas, que tinha por objetivo esclarecer os sentidos biológicos, social e moral do casamento, preparando a jovem para ser uma boa esposa¹³.

Figura 3. Educação Sanitária no Centro de Saúde



Fonte: Acervo da Faculdade de Saúde Pública. (FARIA, 2005)

Embora não houvesse impedimento para que homens também passassem pela formação em Educação Sanitária no Instituto de Higiene, nota-se que a nova profissão era composta expressivamente por mulheres e referiam-se sempre a ela no feminino: Educadoras. (ROCHA, 2005, pp. 69-104)

A valorização das mulheres na Reforma Paula Souza pode também ser compreendida como estratégica, pois através delas a penetração nos lares encontraria menor resistência. Esperava-se que dispusessem de força persuasiva para que levassem

¹³ A Eugenia também era ensinada como meio profilático com incentivo aos exames pré-nupciais. Defendiam que a “Instituição do casamento deveria repousar em princípios mais definidos e a lei postergando sentimentos afectivos ou interesseiros nos casos em que um dos noivos ou ambos não se apresentassem em condições saudáveis, physica e moralmente, de iníqua como pareceria a princípio se tornaria, por isso que iria beneficiar a coletividade”. (CORTEZ, 1926, p. 30)

outras mulheres a frequentar os Centros de Saúde, onde poderiam matricular a si e suas filhas para receber subsídios que as ajudariam no cumprimento de suas responsabilidades.

A paridade das ideias de Paula Souza com o pensamento educacional de sua época, pressupondo a concordância com a pedagogia racionalizadora, reconhecia na mulher um papel de destaque a ser desempenhado no lar. Era no espaço privado que daria a sua contribuição social, organizando ordeira e harmonicamente a família, fazendo desta a *célula mater* do corpo social, higiênico e sem conflitos. Portanto, ela precisaria ser educada em torno dos afazeres domésticos, da criação dos filhos e do gerenciamento do lar, conforme as mais “modernas técnicas racionalizadoras”.¹⁴

Assim, não há uma grande ruptura no projeto de Paula Souza no que diz respeito ao papel da mulher na sociedade da época, afinal as ocupações de Educadoras e Visitadoras enquadravam-se no rol das profissões consideradas essencialmente femininas, como secretária, costureira, bordadeira, enfermeira e professora. Embora se saiba que faz parte do jogo de poder da sociedade, a divisão por gênero das profissões demonstra a desigualdade na distribuição de poder e prestígio. A noção de trabalho feminino “expõe as armadilhas da diferença, inocentada pela natureza e estabelecida como princípio organizador numa relação desigual”. (PERROT, 19870

Nas escolas, a atuação das educadoras era considerada fundamental para o ensino da educação sanitária, como também na inspeção da higiene escolar, exercendo papel não apenas de agentes de profilaxia, mas também de fiscalizadoras, pois entendiam que o ambiente escolar era um ambiente propício para a troca de germens patogênicos. O grande número de crianças que ele reunia dava início a uma cadeia de contágios, tornando necessário, às vezes, o fechamento da escola no intuito de rompê-la. (VIEIRA, 1935)

Por outro lado, a escola também poderia ser convertida em grande auxiliar na prevenção das enfermidades, pois,

É justamente na escola, em todos os seus graus, que melhor e mais proficuamente se pode realizar a educação sanitária, instruindo crianças nos cuidados para um bom crescimento corpóreo e perfeito desenvolvimento mental, para a conservação e melhoria da saúde, imprimindo-se-lhes hábitos hygienicos, que conservarão com vantagens

¹⁴ O Artigo 346, do Decreto n.º 3356, de 31 de maio de 1921, que regulamentou a Reforma Sampaio Dória, determinava que simultaneamente aos trabalhos de oficina e ao ensino de desenho profissional, acrescentar-se-ia às Escolas femininas economia doméstica e puericultura. A inclusão desses novos programas na escola fora acompanhada de um discurso que salientava ser tarefa das instituições de educação feminina, cuidarem além da qualificação de sua mão-de-obra, proporcionar o devido preparo da mulher para o lar. (OLIVEIRA, 1994)

peçoas por toda a vida e que farão sentir aos de sua casa e aos amigos, ampliando o bem-estar e a felicidade geral. (Pelo Brasil futuro, s/d)

Algumas tarefas eram atribuídas para as professoras ministrarem nas aulas, mas não era incomum acusarem-nas de despreparadas. Por isso defendiam na formação de professores, a frequência obrigatória nos cursos oferecidos no Instituto de Higiene e também a criação de Centros de Saúde nas proximidades de escolas. (VIEIRA e SOUZA, 1923)

Figura 4. Educadora nas Escolas



Fonte: (VASCONCELOS,1995) ¹⁵

Para o real aproveitamento da educação higiênica desenvolvida para as crianças escolares, era preciso cuidar das noções que elas recebiam em seus lares. A escola poderia corrigir os maus hábitos adquiridos nos primeiros anos de vida junto às famílias, mas seria mais produtivo e dispensaria esforços se as crianças, ao chegarem na escola, já dispusessem de um campo fértil no qual a semente da educação pudesse germinar sem grandes transtornos. Por essa razão, propunham-se interferências nas famílias que não cumprissem com essa função educativa iniciadora, apontando as escolas maternais como solução. Estas funcionariam como substitutas da base familiar na instrução da infância aos valores saudáveis. O modelo norte-americano sempre aparecia como referência:

¹⁵ Cabe observar que a imagem retrata meninas aprendendo a escovar os dentes. As preocupações com a saúde bucal da infância remontam ao século XIX, gradativamente os preceitos higiênico-sanitaristas se expandiram, também se buscou a normatização de práticas de cuidados com a boca e os dentes, tornava necessário mudar hábitos e atitudes, de tal modo que o papel do dentista era decisivo na configuração das pautas normativas nas referências à higiene bucal. (MATOS e OLIVEIRA, 2018)

(...) em Oaklant, Califórnia, os systema de ensinar hygiene às creanças de tenra idade, escolas especiaes, denominadas “Nurse Schools” está em plena execução (...) ahi começam a entrar no conhecimento da hygiene em seus mais elementares princípios. Trabalho de tal ordem, não só evita a opportunidade de serem adquiridos mus hábitos devido às pobres e defeituosas condições de certos lares e à ignorância dos paes a respeito de hygiene, mas ainda inicia a obra de preparação da creança para a prática e educação higienica, ao entrar na escola. (GUERNER, 1924, p. 3)

Era também atribuição das Educadoras criar campanhas de prevenção e combate a doenças. A alimentação ocupava lugar de destaque em suas inquietações, em parte pelo número elevado de óbitos infantis em consequência da alimentação inadequada, mas também devido à “má cultura” alimentar do povo.

Como estratégia, tanto nos Centros como nas escolas, utilizavam panfletos, mapas, gravuras, ilustrações, livros, cartazes, canções, filmes, com o intuito de despertar e imprimir os ensinamentos para a criação de hábitos sadios “inconscientes”.

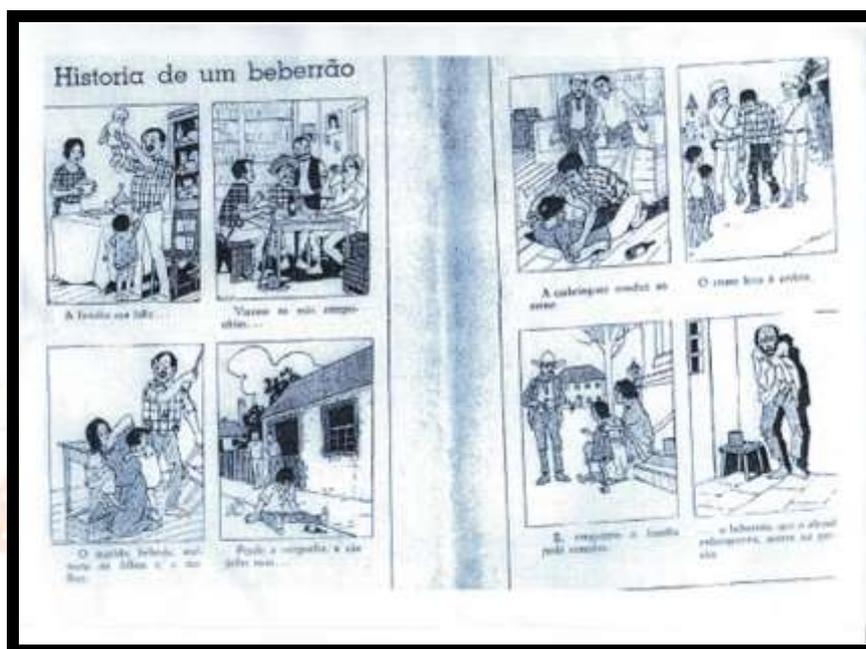
Figura 5. Acervo Museu Iconográfico de Saúde Pública de São Paulo - MISP



Para as crianças com o auxílio das técnicas de psicologia, foram elaborados jogos, livretos e cartilhas que usavam linguagem simples e desenhos coloridos, capazes de gravar no cérebro infantil uma série de imagens convincentes, que provocariam as ações nelas sugeridas. Utilizavam ainda fábulas, historietas e contos de fadas. (SOUZA, 1920, p. 16)

Com poucas palavras escritas e muitas mensagens visuais, essas publicações tinham por objetivo chamar atenção não apenas das crianças, mas também das suas famílias que em sua maioria eram analfabetas, para inculcar-lhes, através das imagens, as regras de asseio corporal, alimentação, respiração, exercícios físicos, comportamento, culto ao trabalho e sentimento de responsabilidade, denúncia sobre o alcoolismo. (MATOS, 2000, p.41-42 e 99)

Figura 6. ALMEIDA JUNIOR, A. Cartilha de Hygiene. São Paulo, 1923. Biblioteca do Centro do Professorado Paulista



Além dos muitos dados estatísticos, o recurso visual era também utilizado nos cursos e palestras ministrados pelas Educadoras Sanitárias nos Centros, voltados principalmente para as mulheres no cumprimento do seu dever: *a maternidade consciente*. Eram slides, cartazes e o cinematógrafo, este último alvo de controvérsia, pois alguns médicos pesquisavam o malefício deste recurso sobre o cérebro humano, principalmente sobre a criança. (SILVEIRA, 1922)

A imagem era um recurso eficiente na efetivação de práticas e na produção de significados e cristalizações de associações mentais. O próprio Paula Souza fazia uso constante da fotografia. Em suas incursões pela cidade de São Paulo, fotografava segundo a sua ótica de médico sanitarista, registrando a organização dos espaços e dos sujeitos sociais em seu cotidiano.

Eram registros de moradias populares – sobretudo os cortiços - não deixando escapar as latrinas, os tanques coletivos para a lavagem da roupa, o acúmulo de lixo e uma

infinidade de lugares e seus usos na cidade: hotéis, lavanderias, fábricas, serviços funerários, mercados, feiras livres, delegacias, mictórios públicos, reservatórios de água, estabelecimentos comerciais, serviços de abastecimento do leite, a assepsia dos vendedores ambulantes e tudo aquilo que interessaria a um administrador da saúde pública em São Paulo. Suas imagens funcionavam como “diagnóstico” social e sua política a “terapêutica”. (CAMPOS, 2002; FARIA, 2005. p. 1011-24; REZENDE, 2007)

Enfim, a educação assumiu um aspecto político fundamental na execução de um projeto que permeava o Serviço Sanitário na administração Paula Souza. Ganhando centralidade, a educação feminina era entendida como fator fundamental na *evolução* do Brasil futuro. Os defensores desse discurso acreditavam-se feministas, pois julgavam perceber a importância que a mulher tinha na sociedade e explicavam o “atraso” feminino por meio da biologia: “A mulher pouco precisou de cérebro, pouco serviu-se d'elle, por isso não se desenvolveu cerebralmente...”. (GOUVEIA, 1922, p.306)

* * *

Os médicos buscaram higienizar, preservar e regenerar a família identificada como a célula da sociedade, delinearam ações e espaços apregoando para mulher o papel de mãe e “rainha do lar”, já para o homem defendiam a função de pai, provedor e “chefe da família”. Norteados por princípios de vigilância e controle, os médicos destacavam que as mulheres tinham por natureza aptidões para os cuidados com a infância, reconhecendo o espaço privado como lócus das competências femininas.

Contudo, as mulheres deveriam ser educadas dentro de princípios considerados “civilizados”, essa educação arrancaria as mulheres de seu “crepúsculo mental” e transformando-as no “baluarte da moral da sociedade, num agente transformador”, quer como esposas e mães, quer como Educadoras e Visitadoras Sanitárias. Estas últimas, tais quais “bandeirantes”, dedicando seu tempo a desbravar os aglomerados da cidade, levando o progresso da higiene e da puericultura (COLUCCI, 2001).

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Miguel Vale de. **Senhores de si**: uma interpretação antropológica da masculinidade. Lisboa, Fim de Século, 1995.

ALMEIDA, Waldemar. "Discurso contra o alcoolismo". In **Arquivos Brasileiros de neuropsiquiatria e psiquiatria**. RJ, Tipografia Besnard Freres, 1919, pp. 432-437.

Artigo 346, do Decreto n.º 3356, de 31 de maio de 1921

CAMPOS DA PAZ, Arthur Fernandes. **A utilidade do casamento sob o ponto de vista higiênico**. FMRJ, 1909.

CAMPOS, Cristina de. **São Paulo pela lente da higiene: as propostas de Geraldo de Paula Souza para a cidade (1925-1945)**. São Carlos: RiMa, 2002.

CARVALHO, José Murilo de. **Os bestializados da República**. SP, Cia das Letras, 1987.

CASTILHO, Brandão. **Breves considerações sobre a Educação Sexual**. Faculdade de Medicina da Bahia, 1910.

CHARTIER, Roger. Diferenças entre os sexos e dominação simbólica (nota crítica). **Cadernos Pagú**, 4, Fazendo história das mulheres. Campinas, NEG/Unicamp, 1995, pp.40-2.

CHEVALIER, Louis. **Classes Laborieuses et dangereuses**. Paris: Hachette, 1984.

COLUCCI, Sandra Regina. **Mães, Médicos e Charlatães – Configurações culturais e múltiplas representações dos discursos médicos-sanitaristas. (São Paulo, 1920-1930)**. São Paulo, 2001. Dissertação de Mestrado, PUC/ SP.

CONNELL, Robert W., "Políticas da masculinidade". **Educação e realidade**. Porto Alegre, n.20, v.2, 1995, pp. 185-206.

CONNELL, Robert W., **Masculinities: knowledge, power and social change**. Berkeley/Los Angeles; University of California Press, 1995.

CORTEZ, Adamastor. **Centros de Saúde de São Paulo**. São Paulo, 1926. Tese (Doutorado).

DECCA, Maria Auxiliadora Guzzo. **A vida fora das fábricas – Cotidiano operário em São Paulo (1920/1934)**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

Decreto N. 3876 de 11 de julho de 1925. Leis e Decretos do Estado de São Paulo, 1925.

FARIA, Lina. A Casa de Geraldo de Paula Souza: texto e imagem sobre um sanitarista paulista. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 1011-24, set. dez. 2005.

FREIRE COSTA, J. **Ordem Médica e norma familiar**. RJ, Graal, 1979.

GOUVEIA, Antonio Epaminondas de. "A missão social do médico e da mulher no Brasil". **Annaes do Primeiro Congresso Brasileiro de Protecção a infância**. 28 de agosto de 1922.

GUERNER, Nuno. **A Educação Hygienica na Escola**. These apresentada à escola de hygiene e Saúde Pública Johns Hopkins University-Baltimores, Estados Unidos. Revista da Sociedade de Educação, Vol. II – nº 4 – 1924.

ALMEIDA JUNIOR, A. **Cartilha de Hygiene**. São Paulo, 1923.

MAGALHAES, Antonio Simão de. **Do aleitamento materno**. FMSP, 1913.

MARQUES, Marília Bernardes. **Discursos médicos sobre seres frágeis**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000.

MATOS, Maria Izilda S. **Cotidiano e Cultura**, SP, E@manuscrito, 2018.

- MATOS, Maria Izilda Santos de. **Meu Lar é o Botequim – Alcoolismo e Masculinidade**. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 2000.
- MATOS, Maria Izilda S. e OLIVEIRA, Iranilson Buriti de. “Para maior glória do nosso Brasil”: educação e cuidados para a saúde bucal infantil, 1912-1940. In: **História, ciência, saúde-Manguinhos** vol.25 no.4 Rio de Janeiro out./dez. 2018, pp.
- NIEMEYER, Carlos Augusto da Costa. **Parques Infantis de São Paulo: Lazer como expressão de cidadania**. São Paulo: Annablume, 2002.
- OLIVEIRA, Sueli Teresa de. Escolarização profissional Feminina em São Paulo, nos Anos 1910/20/30. In: **Projeto História**, São Paulo, n. °11, novembro, 1994.
- PASCARELI, Vicente. Da proteção a primeira infância em São Paulo, FMSP, 1926.
- PAULA, David Ferreira de. **A infância e o poder: A recreação no parque infantil e sua implicação social (1930-1945)**. Dissertação (Mestrado em História), UNESP, Assis, 1992.
- Pelo Brasil futuro. **Revista de Higiene e Saúde Pública**. s/a, s/d.
- PERROT, Michelle. “Qu’est-ce qu’un métier de femme?” In: *Lê Mouvement Social*, n. 140, **Lés Éditions Ouvrières**, Paris, juillet/septembre, 1987.
- QUINTANILHA, Ivo Lindemberg. Higiene pré-natal. FMSP, 1927.
- REZENDE, Eliana Almeida de Souza. Construindo imagens, fazendo clichês: fotografias pela cidade. **Anais do Museu Paulista**. São Paulo, n. Sér. V. 15, n. 1, p. 115-186, jan. jun., 2007.
- RIBEIRO, Maria Alice Rosa. **História sem fim...Inventário da saúde pública**. São Paulo (1880-1930). São Paulo, Editora da Unesp, 1993, p. 246.
- ROCHA, Heloísa Helena Pimenta. A Educação Sanitária como profissão feminina. **Cadernos Pagu** (24), Janeiro-junho de 2005, PP. 69-104.
- ROXO, Henrique. "Perturbações nervosas e mentais que se observam as doenças do útero e dos ovários". In: **Tribuna Médica**, ano XXXII, 1928.
- SENNET, Richard. **O declínio do homem público**. SP, Cia das Letras, 1988.
- SILVEIRA, Alfredo Balthazar da. **O Filme cinematógrafo como fator de delinquência infantil**. Primeiro Congresso Brasileiro de Proteção à Infância (1922).
- SOUZA, Geraldo Horácio de Paula Souza. **Anais do Primeiro Congresso Brasileiro de Higiene**, outubro, 1923.
- SOUZA, Geraldo Horácio de Paula, CINTRA, A. de Ulhôa, CARVALHO, Pedro Egydio. Inquérito sobre a alimentação popular em um bairro de São Paulo. **Boletim do Instituto de Higiene de São Paulo**. São Paulo, 1935.
- SOUZA, Geraldo Horácio de Paula, VIEIRA, Francisco Borges. Centro de Saúde: “Eixo” da Organização Sanitária. *Boletim do Instituto de higiene de São Paulo*, São Paulo, **Imprensa Oficial**, reeditado em 1944.
- SOUZA, Geraldo Horácio de Paula. Algumas considerações sobre a mortalidade infantil em São Paulo. **Annaes Paulista de Medicina e Cirurgia** – Volume XIV – n. ° 12 – 1923.
- SOUZA, Geraldo Horácio de Paula. Deverão os serviços de proteção e higiene da criança ser entregues aos Estados, ou ficar subordinados à administração Federal? **Revista de Higiene e Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 1933, p. 99.
- SOUZA, Geraldo Horácio de Paula. Relatório Anual, 1920.

SILVA, Tânia Soares da. **Da Panacéia para Hygéa**: crianças, mulheres e famílias no discurso médico. São Paulo: E@manuscrito, 2018.

TRINDADE, Etelvina Maria de Castro. **Clotildes ou Marias. Mulheres de Curitiba na Primeira República**. Curitiba: Ed. Fundação Cultural - Farol do Saber, 1996.

VASCONCELOS, Maria da Penha C. **Memórias da Saúde Pública**: a fotografia como testemunha. São Paulo- Rio de Janeiro - Hucitec/Abrasco, 1995.

VIEIRA, Francisco Borges e SOUZA, Geraldo Horácio de Paula. A Mortalidade nos Escolares e suas principais causas no município de São Paulo. **Congresso Brasileiro de Higiene**, 1923.

VIEIRA, Francisco Borges. Noções sobre as doenças transmissíveis mais commumente encontradas no meio escolar. Série de Vulgarização Sanitária. Instituto de Higiene de São Paulo. **Imprensa Oficial do Estado**, 1935.



www.revistafenix.pro.br

RECEBIDO EM: 12/01/2021 PARECER DADO EM: 03/05/2021