

I RELATÓRIO PARCIAL

da equipe do Projeto

CAMPANHAS SAZITÁRIAS E SUA INSTITUCIONALIZAÇÃO

- um estudo histórico da saúde pública no Brasil -

Fevereiro/Outubro de 1976

Í N D I C E

PAG.

EQUIPE

I PARTE - Relatório de Atividades

- a. Atividades vinculadas ao Núcleo Central do PESES
- b. Itens do cronograma de trabalho do projeto
- c. Atividades não previstas no cronograma

II PARTE - Produção

- a. Relatório de Andamento da Pesquisa
 - Projeto
 - Oswaldo Cruz e a Questão da Saúde
 - Conjuntura Sanitária - 1930-1937
 - Os anos 50 - Desenvolvimento e Saúde
- b. Relatórios de produção suplementar
 - "Algumas reflexões críticas sobre a questão dos Indicadores Sociais" (Salvador)
 - "Sugestões para discussão do tema: O Estado e a prestação de serviços de saúde" (Washington)
 - "A questão da saúde e o problema social"
 - "Noções de Demografia aplicadas à Pediatria Social"

III PARTE - Anexos

1. Resumos apresentados à SBPC em março
2. Relatórios Trimestrais à Comissão Supervisora
3. Relatório da viagem à Brasília para consultar Anais da Câmara
4. Relatório da viagem a Salvador
5. Memorando para promoção de auxiliar
6. Memorando do Núcleo Central para a FINEP
7. Relatório de Auxiliares de Pesquisa
8. Programa "Ciências Sociais e Epidemiologia"

EQUIPE

Coordenadoras - Ana Clara Torres Ribeiro
 Izabel Fontenelle Picaluga

Auxiliares - Nilson do Rosário Costa
 Tamine Elmor Laino
 Ana Lúcia Valença de Santa Cruz Oliveira

O Projeto prevê a contratação de duas coordenadoras e quatro auxiliares.

HISTÓRICO DA EQUIPE

Novembro de 1975 - Contratação, pela FIOCRUZ, das pesquisadoras Ana Clara T. Ribeiro e Izabel Fontenelle Picaluga para integrarem o Núcleo Central do PESES.

Fevereiro de 1976 - Contratação, pelo PESES, dos estudantes Nilson do Rosário Costa, Luiz Carlos Fridman, para integrarem a equipe do Projeto Campanhas Sanitárias.

Neste mês iniciaram-se as atividades do referido Projeto.

Marco de 1976 - Contratação da estudante Tamine Elmor Laino.

Abril de 1976 - Contratação da estudante Ana Lúcia Valença de Santa Cruz Oliveira.

Equipe completa.

Maior de 1976 - Demissão do estudante Luiz Carlos Fridman .

I PARCE

2324

RELATÓRIO DE ATIVIDADES

2325

Relatório de Atividades

A equipe do Projeto "Campanhas Sanitárias e Sua Institucionalização" realizou, no primeiro semestre as seguintes atividades:

A. Atividades vinculadas ao Núcleo Central do PESES:

1. Discussão e redação do Plano de Ação do PESES - novembro e dezembro de 1975 e janeiro de 1976.
2. Seminários com Dr. Carlos Garcia - novembro de 1975.
3. Discussão e redação das linhas de Ação (do Plano de Ação) janeiro e fevereiro.
4. Seminário com Dr. Guilherme Rodrigues da Silva - fevereiro
5. Orientação na contratação de pessoal administrativo (datilografia) março, abril.
6. Substituição Interina do Coordenador do PESES durante três semanas (Izabel Fontenelle Picaluga) - maio.
7. Elaboração do Plano Orçamentário do PESES - junho.
8. Participação nas reuniões administrativas do PESES - todo o período.
9. Atendimento de pesquisadores interessados em obter Financiamento Externo para pesquisa através do PESES - todo o 1º semestre.
10. Julgamento dos projetos de pesquisas apresentados ao PESES solicitando Financiamento. - setembro.
11. Atendimento de pesquisadores que tiveram seu pedido de financiamento aprovado. - outubro.
12. Participação em Seminários do PESES - todo o período.
13. Participação em reuniões administrativas - todo o período.

B. Itens do cronograma de trabalho do projeto:

1. Levantamentos bibliográficos:
 - Biblioteca Nacional - concluído em fevereiro.
 - Ministério da Saúde - concluído em fevereiro.
 - Núcleo de Documentação da UFF - realizado em fevereiro.
 - Biblioteca da FIOCRUZ - iniciado em março.
 - Biblioteca do IPCB - concluído em março.
 - Faculdade de Medicina - iniciado em abril.
 - I,B.B.D. - realizado em maio (incompleto).
 - Levantamento artigos/currículos IMS da UERJ - maio.
 - Levantamento de periódicos da Biblioteca Nacional - maio.
 - Levantamento bibliográfico paralelo, decorrente das leituras realizadas durante todo o primeiro semestre.
2. Arquivamento
 - Currículos da UERJ - maio.
 - Noticiário selecionado em jornais - desde fevereiro.
 - Levantamento e arquivamento do material estatístico - abril (incompleto).
3. Leitura e fichamento de bibliografia selecionada para o Projeto durante todo o período.
4. Redação de resumos para inscrição na XXVIII Reunião da SBPC - março - (anexo 1).
5. Seminários internos da pesquisa - todo o período.
6. Participação em Seminários do PESES - todo o período.
7. Redação de Comunicações a serem apresentadas em Brasília - junho e julho - (na II deste Relatório, Item A).
8. Redação de Relatórios trimestrais a serem apresentados à Comissão Supervisora da FIOCRUZ (anexo 2).
9. Participação na XXVIII Reunião da SBPC em Brasília - julho.
10. Levantamento dos Anais da Câmara em Brasília - julho. (anexo 3).

11. Através de reuniões da equipe da pesquisa foi estabelecida a extensão da análise das seguintes conjunturas complementares do projeto: - (agosto).
 1. período da primeira guerra - encaminhamento da pesquisa a partir da conjuntura de Oswaldo Cruz, tendo em vista a análise dos anos 20. Anos estes relativamente pouco estudados pela historiografia brasileira mas indispensáveis para compreensão da Revolução de 30.
 2. período 35-37 (aprofundamente)
 - 37-45 análise do Estado Novo, incluindo o estudo dos modelos de saúde pública que surgem no período da segunda guerra.
 3. período 46-55 da redemocratização ao final do segundo governo Getúlio e a crise da sucessão presidencial, estabelecendo os limites das mudanças nas propostas em torno da saúde em dois governos politicamente bastante distintos: Dutra/Getúlio Vargas.
12. Organização do material obtido em Brasília - discursos e projetos de lei. (desde agosto).
13. Gravação de palestras e conferências - trabalho iniciado.
14. Análise do debate político - iniciada para o período 52-60 (anexo 7) - Ana Lúcia Valença de Santa Cruz Oliveira.
- Tamine Elmor Laino.
15. Contatos realizados com o Departamento de Epidemiologia do IPCB para contratação por serviços prestados de pessoa a ser incorporada temporariamente à pesquisa para desenvolvimento do item referente a montagem de índices surtos epidêmicos (outubro).
16. Foi iniciada a preparação da pesquisa de campo (Estudo de caso I) através da seleção e leitura de material bibliográfico e artigos de jornal sobre a campanha de esquistossomose. (outubro).

C. Atividades não previstas no cronograma de trabalho:

1. Cadastramento das Campanhas Sanitárias e Instituições de Saúde.
- março e abril.
2. Redação de Texto a ser apresentado no "Seminário para elaboração de Livro Texto", na O.P.A.S., Washington, abril, maio (na II parte deste Relatório, Item B).
3. Seminário especial com o prof. José Alvaro Moisés - maio
4. Atendimento de convite para participar do "Seminário sobre Qualidade de Vida", no C.E.A.S., Salvador, junho, quando foi apresentado o texto "Algumas reflexões críticas sobre a questão dos Indicadores Sociais". (na II parte deste Relatório, Item B).
5. Demissão do estagiário Luiz Carlos Fridman.
6. Elaboração do Plano Orçamentário da pesquisa. - junho.
7. Participação em Seminários mensais no Instituto de Medicina Social na UERJ, abril, maio e junho.
8. Recomendação, ao final do semestre, de promoção do auxiliar de pesquisa B - Nilson do Rosário Costa à auxiliar de pesquisa A. (anexo 5) (anexo 6).
9. Curso "Ciências Sociais e Epidemiologia" - Curso Avançado de Epidemiologia (programa anexo 8).
 - Ana Clara Torres Ribeiro
 - Izabel Fontenelle Picaluga
 - Nilson do Rosário Costa
10. Organização do material de jornal - contratação Enilce dos Santos Berquó, por serviços prestados, pelo prazo de dois meses, a partir de 1º de novembro de 1976.
11. Organização do fichário bibliográfico.
12. Desenvolvimento de um projeto interno à pesquisa por Nilson do Rosário Costa (na II parte deste Relatório, Item B).
13. Elaboração de um texto didático para Pediatria Social sob o título: "Noções de Demografia aplicadas à Pediatria Social", por Ana Clara Torres Ribeiro. (na II parte deste Relatório, Item B).
14. Relatório Parcial da pesquisa a ser enviado à FINEP, por Izabel Fontenelle Picaluga.

II PARTE - PRODUÇÃO

2330

A) RELATÓRIO DE ANDAMENTO DA PESQUISA

2331

XXVIIIa. REUNIÃO DA SOCIEDADE BRASILEIRA PARA O PROGRESSO DA CIÊNCIA

CAMPANHAS SANITÁRIAS E SUA INSTITUCIONALIZAÇÃO

Notas de Pesquisa - Oswaldo Cruz e a questão de Saúde

De maneira geral, as abordagens sobre as questões históricas no Brasil são realizadas sob um esquema de análise puramente econômico, ou dentro de um quadro onde se privilegia a descrição das dissensões políticas no seio do bloco dominante. As transformações no interior das forças produtivas e nas relações sociais de produção são, com frequência, ou desconsideradas ou tratadas com escasso rigor analítico. Assim são praticamente inexistentes os trabalhos que investiguem em profundidade as mudanças que se operam nas condições existenciais da força de trabalho historicamente no Brasil e como estas se interrelacionam com as demais transformações passadas pela sociedade. Esse é o caso do tratamento dado comumente quando se estuda as violentas reações populares e de certas frações dominantes às políticas de controle sanitário realizadas no início desse século no Brasil, em especial no Rio de Janeiro. Os trabalhos que fazem alusão à questão amiúde não levam em consideração o processo de reestruturação das condições de produção da formação capitalista brasileira, principalmente sua configuração à base do trabalho assalariado e sob a necessidade de melhor utilização dos fatores de produção então existentes, em primeiro lugar da força de trabalho.

Tentaremos mostrar como as políticas sanitárias do início do século, que tiveram em Oswaldo Cruz sua mais alta expressão, vinculam-se às necessidades criadas por uma fase de expansão da produção capitalista. Com efeito, uma análise dos problemas colocados pela Saúde Pública (1) e as formas de superação assumidas demonstrará sua contigência com as diversas fases do desenvolvimento de dada formação social, que implica também uma variação das exigências de saúde. Essas exigências sanitárias apresentam-se nessa conjuntura sob duas faces:

A primeira, quando elas estão voltadas para determinadas doenças cujas raízes não se vinculam imediatamente as leis da produção capitalista. Desse modo, as medidas sanitárias visam fundamentalmente a superação dos entraves que impedem a expansão das forças produtivas e uma maior

(1) O requisito fundamental da Saúde Pública e de seus instrumentos como a campanha sanitária, é a medicalização por um baixo custo unitário, podendo ser empregada na massa, como se fez na imunização contra a varíola, sem a presença do médico e sua assistência, em face da contra-indicação e dos riscos que acarreta. (OPINIÃO, 14/02/1971, Tem e Medicina Alguma Utilidade?, p. 7)

racionalização das condições gerais de produção. Assim os momentos de "crise sanitária" ligam-se às necessidades de se combater aquelas doenças que incidem sobre a população de maneira indiferenciada e que objetivamente podem provocar uma paralização da estrutura produtiva. (2) A febre amarela, por exemplo, aparece desde os fins do século XIX como um dos problemas vitais para a expansão da economia brasileira. Sua extrema virulência sobre a população se acentua à medida que se intensifica o processo migratório e se acelera a integração econômica brasileira ao mercado capitalista. (3) "De tal modo a febre amarela dizimava os europeus que aqui chegavam, que os nossos jacobinos chamavam-na e "patriótica" (...) As más condições sanitárias do Brasil eram aliás apontadas na Europa pelos representantes interessados em enviar imigrantes dos seus respectivos países." (4) As rápidas mudanças das relações de produção de caráter escravista para as formas de trabalho assalariado, o desenvolvimento crescente da empresa agro-exportadora do café (5), originam necessidades cada vez maiores de deslocamento da força de trabalho europeia para o Brasil. (6) Essas necessidades tinham origem não só na escassez relativa da força de trabalho, mas também devido à espantosa instabilidade dos operários agrícolas nas fazendas de café, fossem eles negros libertos, luso-brasileiros ou italianos.

(2) "Este é um problema presente ainda hoje." O Ministério da Saúde informou ontem que a malária é uma ameaça real na zona de construção das usinas de Itaipu e Sobradinho e que em São Paulo as correntes migratórias representam papel de maior importância na introdução das fontes de infecção, e exigindo uma eficiente vigilância epidemiológica" (JORNAL DO BRASIL, 20/04/1975).

(3) "A República conheceu três empréstimos que passaram à história com o nome de "Funding Loan". O primeiro gerou viva controvérsia junto à opinião pública. Data do Governo Campos Salles, na gestão de Joaquim Murinho no Ministério da Fazenda (...) O compromisso totalizava 10 milhões de libras. Respondendo às críticas dos que qualificavam a operação de "humilhação imposta ao Brasil pelos seus credores estrangeiros", em face das duras exigências de garantia de liquidação formuladas e aceitas, Murinho alegava: "O que querem nossos credores é o que querem todos os brasileiros, a restauração econômica e financeira do Brasil" (VISÃO, 28/06/1976) "Em novembro de 1902, ao passar o governo ao novo presidente eleito, o Conselheiro Rodrigues Alves, Campos Salles recebia dos banqueiros Rotschild, de Londres, que haviam negociado conosco o empréstimo-moratório do Funding Loan. Em paternal telegrama de felicitações, no qual se lia: "...devido à vossa deliberação de restaurar o equilíbrio das finanças, o crédito do vosso país ressurgiu e a felicidade geral da nação bastante aumentou... Desejamos, portanto, que o vosso sucessor adine a sábia política que com tanto êxito indicastes" (VERNECK SODRE, N. - História Militar do Brasil, p. 184).

(4) CARNIPIO, J. Fernando. Imigração e Colonização no Brasil, p. 19. O autor acrescenta que "é um estado que ainda está para ser feito, o da mortalidade, algumas vezes espantosa, que liquidou colonias inteiras de imigrantes" (p. 17)

(5) "O Brasil nos fins do século XIX aparece em dois terços o mercado mundial de café" (CARNIPIO, N. 27, Rio de Janeiro - "O Processo Político-Industrial na Indústria Açucareira" in Brasil em Perspectiva, p. 164)

Fernando Carneiro comenta que "costa a crer como a fazenda do café conseguiu lutar, e durante certo tempo, vencer tal situação. Essa instabilidade explica a luta dos fazendeiros para que sempre chegassem ao Brasil novos imigrantes. Eram necessário que o seu número fosse muito acima das necessidades reais da lavoura, que a oferta excedesse muito a procura, a fim de que os "colonos" se contentassem com salários razoáveis e pudessem ser substituídos com facilidade". (7) Como observa Dobb, a força-de-trabalho, como mercadoria, não tem apenas que existir, precisa mostrar-se disponível em quantidades adequadas nos lugares onde mais for preciso, e para isso a mobilidade da classe trabalhadora surge como condição essencial. (8)

A segunda face dessas exigências é expressa através de contraposição àquelas doenças que estão ligadas às condições de vida das classes trabalhadoras e setores populares. Em especial essas cuja origem imediata está na forma de inserção do indivíduo no processo produtivo e que são expressas em termos das condições de trabalho, habitação, nutrição, etc. O aspecto fundamental dessas doenças é que elas ficam contidas na própria sociedade, isto é, sua verdadeira expressão nunca é apreendida em termos reais pelos dados estatísticos, pesquisas sobre qualidade de vida ou quaisquer outros meios utilizados pela máquina do Estado. Principalmente porque sua existência não entra em contradição com as necessidades da estrutura produtiva em determinadas fases de seu desenvolvimento histórico ou não impede que o indivíduo despenda sua força de trabalho em dado período de sua existência. (9) Sobretudo nos períodos de recessão econômica quando

(5) "Mesmo na época em que mais incerta parecia a solução do problema de mão-de-obra, não evoluiu no país a idéia de um amplo recrutamento interno financeiro pelo governo".

"Prevalencia no país uma atitude extremamente hostil a toda transferência interna de mão-de-obra, o que não é difícil de explicar, tendo em vista o poder político dos grupos cujos interesses resultariam prejudicados. Assim, quando no governo Campos Sales (1898-1902) se aprovou um plano, com financiamento governamental, de traslado de população do Ceará para o sul, organizou-se uma campanha de grande escala para obstruir a execução do mesmo". (GURTADO, C. Formação Econômica do Brasil, p. 122)

(7) CARNEIRO, J.F., op.cit., p.30

(8) DOBB, M. A Evolução do Capitalismo, p. 335.

(9) É com base nessa realidade que os discursos sobre os problemas de saúde que incidem sobre a população - que não são levadas em consideração em termos de campanha, apesar de muitas vezes seu combate assumir essa forma - estejam presentes em quase todos os momentos de nossa história. Variam apenas no tom ou nuance. Em 1907, Plácido Barbosa afirmou: "Insidiosa, lenta, contínua, infatigável, a tuberculose é para nós epidemia mais mortífera do que foi nos seus tempos a febre-amarela; mais mortífera do que tem sido a varíola, cujas devastações são periódicas e passageiras, a peste branca, com sua clamorosa e fútil luta, a peste e a peste popular, com descansa de um dia, de um mês, de um ano, a malária, a sífilis, o cólera, o tifo, o tifo, de que cada um sofreu. Não há dúvida, porém, de que a tuberculose em habi- tude adquirida". (LACROIX, J. Le nivel. A luta contra a tuberculose, p. 17)

a cronicidade das doenças pode ser largamente desenvolvida ou quando da existência de uma superpopulação relativa da classe trabalhadora. (10)

Esses dois aspectos contraditórios que todas as práticas de racionalização sanitária contém em seu interior, aparecem claramente conjugados na conjuntura do marco oswaldino. Nesse momento toma expressividade como todas as políticas que visam elevar as condições de salubridade exigidas pelo desenvolvimento das forças produtivas estão entrecortadas por esse estado de contenção das doenças no seio da sociedade. Eis porque, então, essas práticas necessariamente tomarão, de maneira radical, todos os elementos de uma campanha, termo de origem militar, quando o incentivo, a mobilização, a indução da população para o sentido dos objetivos a serem atingidos torna-se um requisito prioritário. (11)

(9) cont...) Em 1975, por outro lado, temos: "O ministro da Saúde disse que todas as campanhas foram criadas com um sentido de emergência. Quando existe uma desse tipo, é porque a Saúde Pública não está bem aparelhada". Para quem acompanha a promoção do desenvolvimento sanitário, que na verdade apresenta alta dose de promoção política, a afirmação do sr. ministro parece deslizar sobre o óbvio pelo fato de que as Saúdes Públicas Federais do País até agora não conseguiram fazer com que os benefícios sanitários ao menos cheguem a acompanhar o crescimento demográfico. As taxas dos indicadores de saúde e de frequência de doenças continuam de ano para ano em franca deterioração".

.....
"... os trabalhos científicos e estatísticos desiludem-nos pelo contínuo crescimento das taxas de mortalidade infantil perinatal, neonatal, tardia e mortalidade materna. Doenças preveníveis pela vacinação, como sarampo, tétano umbilical, tuberculose etc., continuam a matar". Isto sem falar nos dez milhões de esquistossomóticos, sete milhões de chagásicos e nos 80% de escolares verminóticos. E nem se cogite em pensar nos excepcionais que segundo alguns, na cidade de São Paulo, em menor ou maior grau seria encontrado um para cada 20 famílias. (... "Meningite e aparelhamento do setor de saúde pública". FOLHA DA TARDE, 21/04/1975).

(10) "Uma sucessão rápida de gerações requíscitas, ou de vida curta manterá abastecido o mercado de trabalho tão bem como uma série de gerações robustas e de vida longa." (MARX, K. Salário, Preço e Lucro, p.76)

(11) Na campanha da Meningite esses requisitos estão claramente presentes: "Para que a campanha de vacinação em massa contra a meningite consiga atingir seu objetivo - vacinar mais de 10 milhões de pessoas no Grande São Paulo e na Baixada Santista - foram distribuídos seis milhões de volantes à população, 250 mil volantes às lideranças, 25 mil informes técnicos, 285 mil cartazes e 109 mil faixas para veículos.

Os 2122 funcionários que foram mobilizados para trabalhar nos postos distribuídos por toda a Grande São Paulo vão usar braçadeiras. 500 faixas e 80 balões chamarão a atenção dos moradores para os pontos de vacinação e 270.300 listas de postos, distribuídas às entidades comunitárias, orientarão a população na procura da unidade de vacinação mais próxima de sua casa.

2336

.....
Mes toda essa máquina rigorosamente planejada para a execução da campanha que envolve desde aparelhamento dos pontos até o levantamento dos bairros da Grande São Paulo para a instalação dos postos, pode falhar se a população não procurar o vacina... (O "FOLHA DA TARDE", 20/04/1975).

Além disso, esses elementos exteriores das campanhas sanitárias geralmente são acompanhados por profundas e drásticas mudanças de teor jurídico, configurando-se na área de saúde através do problema de notificação de doenças.

No período das campanhas da febre-amarela, da varíola, e da peste bubônica, no início do século, um documento citado por Odair Franco, se expressava dessa maneira: "para que o serviço de Saúde Pública seja proficuo convém quanto antes, se estabeleça uma lei que torne efetiva as disposições regulamentares já existentes sobre a notificação compulsória, estabelecendo imediatas medidas repressivas enérgicas contra os sonegadores de doentes".

"Para que essa repressão possa ser rápida e proveitosa, conviria destacar para junto da repartição sanitária federal um representante do poder judiciário, encarregado de tornar efetivas medidas repressivas no mais curto prazo de tempo possível, de modo que a punição do delito venha ser tão rápida quanto deveria ter sido o cumprimento do dever ora menoscabado e punido. Outrossim conviria estabelecer penalidades que viessem facilitar a vigilância sanitária". (12)

Com efeito, as campanhas da época do Oswaldo Cruz trarão consigo medidas legislativas de caráter draconiano que serão mesmo vistas por determinados setores da burguesia e pequena burguesia como um sério atentado às prerrogativas constitucionais e que atrairão sobre si uma cerrada oposição. (13) Essa confrontação expressará, antes de tudo, o grau de contradição que dilacera os grupos que lutam pela hegemonia do aparelho de Estado naquele momento. A oposição levantada pela imprensa, escolas médicas e outros, elementos da sociedade civil (o exemplo do Apostolado Positivista) revelam a profundidade do antagonismo entre essas diversas frações de classe. Nesse instante, a questão das campanhas, da vacina obrigatória, etc. aparecerá como uma manta cortina de fumaça que mascara embora mantendo sua especificidade, os problemas fundamentais da luta pela direção política da sociedade. A tentativa do golpe a manu militari em 1904, que se desenvolve e sombra da revolta popular comprovará apenas o que há muito afirmou Clausewitz, que "a guerra nada mais é do que a continuação da política por outros meios", mas persuasivos que não é oratório, poderíamos acrescentar.

(12) FRANCO, O. História da Febre-Amarela no Brasil, p. 77.

(13) A imensa quantidade de charges e artigos publicados no período das campanhas são provas testemunhais dessa oposição (Ver FALCÃO, Edgard de O. Oswaldo Cruz. Monumento Histórico, São Paulo, 1971, com reproduções familiares de todas as charges saídas na época), assim como as obras publicadas pela Igreja Positivista do Brasil, que nos dão uma visão bastante clara dos debates surgidos então.

Como nota Carone, a remodelação e saneamento da cidade do Rio de Janeiro e sua transformação em grande centro será obra prioritária do governo Rodrigues Alves, em 1902. Para realizá-la, através do prefeito Pereira Passos, torna-se necessário a imposição de determinadas condições, "pois sabe que as políticas e os interesses particulares podem colocar barreiras aos seus projetos. É aprovada uma lei especial em 29 de Dezembro de 1902 que adia as eleições do Conselho Municipal e lhe dá plenos poderes, afastando a intervenção dos edis nos projetos públicos por certo tempo. Só depois disso é que Pereira Passos toma posse". (14)

Desse modo, o desenvolvimento das diversas etapas exigidas pela política de racionalização sanitária permeará todas as instâncias jurídicas, indo no período de Oswaldo Cruz desde a questão parlamentar até o momento de reorganização da Diretoria Geral de Saúde, em 1904.

Para determinados setores da população, em especial a classe trabalhadora, e, dentro dela, o operariado, essas preocupações de melhoramento urbano terão, em todas as suas conseqüências um outro significado. O deslocamento do centro da cidade implicava para esses grupos que se amontoavam nos becos, casas e pardieiros um deslocamento para lugares cada vez mais distantes do seu trabalho e vivência e uma elevação constante do preço dos aluguéis. Estava explícita também nessa política o início do processo de diferenciação social na ocupação das diversas áreas da cidade do Rio de Janeiro.

Na maioria das vezes, as diversas formas de recusa que lançaram mão esses setores da população são explicados como atitudes demonstrativas de um certo obscurantismo ou ignorância frente essas medidas ditas civilizadoras. Porém elas são, sem dúvida, melhor compreendidas se vistas como respostas objetivas que se enraizam nas necessidades concretas dessas frações de classe. A "imprensa operária" então existente exemplifica de maneira eloquente como as classes populares respondiam as exigências colocadas em nome da política sanitária. Em jornal de 1903 em um artigo sob o título A Taxa Sanitária diz: "A taxa sanitária é uma coisa muito justa, porém não com as interpretações dadas, que, longe de ser um direito de todos os habitantes de nossa capital, é uma espoliação feita em nome da dívida. É justo que se pague a taxa razoável que está estipulada, mas é injusto obrigar-se aos habitantes vindos de zonas que não eram servidas por esta limpeza porca, digo pública, pagar um ano e mais um trimestre

.....
E não é tudo: obrigar ainda operários carregados de família a perderem dias de trabalho, para pagarem, quando a intendência tem um batalhão de em-

(14) CARONE, E. A República Velha, p. 197.

pregados e lhe não custaria mandar procurar nas casas dos contribuintes ou incluir nas décimas pagas pelos proprietários.

Quanto a desapropriação dos prédios adquiridos pela prefeitura, achamos falta de censo e S.S. estipular um prazo de TRÊS DIAS para a mudança, não quarendo saber se o inquilino tem ou não dinheiro para fazer ou se tem casa para ir morar como se a intendência tivesse mandado edificar centenas de prédios para alugar aos infelizes que lutam com dificuldades horrorosas, em vistas das exigências dos proprietários, que aproveitam-se sempre dessas ocasiões para sequearem a bolsa dos infelizes enxotados pela prefeitura." (15)

O jogo de todos esses elementos, que levam o problema da saúde a assumir o aspecto de contradição principal, se configurará finalmente na revolta popular de 1904. Junto ao Centro das Classes Operárias, a Liga Contra a Vacinação Obrigatória fará frente comum quando a agitação contra as medidas sanitárias se transforme em luta de rua.

Os distúrbios começaram em 10 de novembro. Neste dia dão-se choques esporádicos entre polícia e populares. Existirão ordens terminantes das autoridades proibindo meetings, o que leva as forças do governo a entrar em choque com os curiosos e os que protestam. No dia 13, o conflito cria impasses ao governo Rodrigues Alves, que resolve que o exército precisa auxiliar na repressão, já que a polícia está esgotada e não tem forças para superar a situação. Finalmente, já no dia 15, nas primeiras horas da madrugada, a revolta popular começa a ser sufocada. (16)

Todas essas questões vão de encontro às análises feitas sob os sistemas de medicina social surgidos com o desenvolvimento das diversas formações capitalistas européias. O estudo da medicina inglesa, por exemplo, mostrou como nos fins do século XIX o sistema de "health service" se completava a legislação médica voltada para o controle médico da população, originando uma série de reações violentas dos setores populares. Tinham como função:

- 1º) o controle da vacinação, obrigando os diferentes elementos da população a se vacinarem;
- 2º) organização do registro das epidemias e doenças capazes de se tornarem epidêmicas;
- 3º) localização de lugares insalubres e eventual destruição dos seus focos de insalubridade;

(15) BRASIL OPERÁRIO, Ano I, nº 1, 1º de Maio de 1903.

(16) CARONE, E. op.cit., p.207.

O sistema inglês possibilitará, do mesmo modo que as práticas que se descobrem a partir dele, ligar três coisas: a assistência médica ao pobre, controle de saúde da força de trabalho e enquadramento geral de saúde pública, permitindo as classes dominantes se protegerem dos perigos gerais. (17)

(17) Ver FORTALETA, H. Segunda Conferência. AEG. Outubro 1973, mimeo.

XXVIII.^a REUNIÃO DA SOCIEDADE BRASILEIRA PARA O PROGRESSO DA CIÊNCIA

CAMPANHAS SANITÁRIAS E SUA INSTITUCIONALIZAÇÃO

Notas de Pesquisa - Conjuntura 1930/1937

Partindo da idéia de que saúde não é um conceito abstrato, mas que encontra sua manifestação em cada etapa histórica, acreditamos, que se torna imprescindível realizar esta investigação considerando as relações sociais efetivas que determinam a presença de uma política de saúde, definida no âmbito do Estado, e estudando-as e compreendendo-as na conjuntura em que ela se dá. Desta forma concluímos que a abordagem mais adequada para a reconstrução proposta deva se dar ao nível de conjunturas sanitárias. Uma primeira descoberta a partir da análise das condições gerais em que se deu o efetivo amadurecimento do capitalismo no Brasil refere-se às motivações que propiciaram o desencadeamento das campanhas sanitárias. As campanhas sanitárias constituíram-se ao longo do tempo, na forma assumida pelo Estado para dar conta dos problemas pertinentes à saúde pública no Brasil. No entanto, nem sempre o surgimento de uma campanha esteve estreitamente vinculada à necessidade de erradicar uma epidemia. Podemos, neste momento da pesquisa, diferenciar campanhas surgidas da ameaça à saúde pública, daquelas surgidas da necessidade de realização do capitalismo.

As contradições do sistema capitalista, no entanto, interferiram sempre, no sentido em que as campanhas, de maneira geral, tenderam a se cristalizar em órgãos públicos destinados ao combate indefinido e interminável de determinadas doenças. Estas contradições explicam também a não ocorrência entre 1930 e 1934 de campanhas sanitárias; as condições gerais de produção e sanitárias não se alteraram, mas o período referido apresenta especificidades que pretendemos dar conta.

O período de 1930/37 corresponde ao período da reorganização do Estado brasileiro, assentada no "compromisso" entre as diferentes facções da classe e sobre um novo padrão de relacionamento com as classes populares. O novo padrão, isto é, o enguar-

dramento das classes populares em instituições relativas ao Trabalho e à Saúde, foram respostas populistas ao crescimento das reivindicações dos trabalhadores, o que vinha ocorrendo de forma cada vez mais acentuada desde o início do século.

As maiores dificuldades para quem se propõe um trabalho de reconstrução histórica em torno da questão de saúde no Brasil, relacionam-se à historiografia nacional. Ao nos dedicarmos à pesquisa bibliográfica no início do presente estudo, "Campanhas Sanitárias e sua Institucionalização" nos deparamos com alguns aspectos que nos chamaram a atenção.

Primeiramente nos chamou a atenção a ausência de formulações que dissessem respeito à saúde. Autores recentes bastante respeitados como Celso Furtado, Caio Prado, Nelson Werneck Sodré, acentuaram os determinantes econômicos e/ou políticos do processo histórico brasileiro. Referências à saúde ou às condições sanitárias encontramos nestes autores quando trataram da época da borracha na Amazônia (ligeiramente) ou do período Oswaldo Cruz (ênfase na "reação popular"). A história da medicina ou da saúde no Brasil, por seu lado, tem privilegiado o aspecto técnico, notando-se a ausência de abordagem política ou econômica; encontramos, eventualmente, referência às condições de vida da população em artigos ou livros de certos epidemiologistas.

Um segundo aspecto para o qual devemos estar alerta, é que se acompanharmos apenas a história institucional da saúde poderemos ser levados a ver apenas o Estado, e poderemos deixar de lado justamente o que existe de mais dinâmico no processo histórico, o jogo das forças sociais. Este perigo é maior quando nosso foco de análise restringe-se ao período 1930/37 no Brasil. O período histórico que se inicia em 1930 no Brasil corresponde ao que se convencionou chamar de populismo e sua análise por vezes está influenciada pela aparência como "doações" dada às conquistas sociais da época.

Estes aspectos, como outros, que deixamos de citar têm prejudicado bastante a compreensão desta conjuntura. Nos parece necessária, antes de tudo, estudar o confronto das forças sociais então existentes na década de 20, considerando a urbanização, a industrialização, o crescimento do proletariado, a formação do exército industrial de reserva, a influência dos imigrantes estrangeiros, as medidas de restrição a esta migração, a migração interna, as condições de trabalho, a criação de instituições ligadas ao trabalho e à saúde, a reação do operariado a isto e à política em geral, isto é, suas reivindicações. Parece-nos necessário também compreender a reorganização do Estado após 30, suas reformulações frequentes, a forma como se deu a instituição da atenção médica e sua prática, a ausência de campanhas de efeito entre 30 e 34, a questão da tuberculose, as diferenças existentes do DF e SP em relação às demais capitais e interior, sempre levando em consideração os pontos nevrálgicos do processo de desenvolvimento capitalista, isto é, a possibilidade de acumulação e a reprodução não só do modo de produção capitalista em geral, mas a reprodução da força de trabalho. A segunda fase do período, e que se inicia em 35, precisa ser melhor analisada, e poderá fornecer subsídios para a compreensão do Estado Novo. Portanto, para fins analíticos dividimos o período em duas etapas: a que se refere a 30/34, momento de reorganização do Estado e de criação de instituições ligadas ao trabalho e à saúde, e a que se refere a 35/37, momento de redefinições na filosofia e na política estatais já direcionadas para o padrão estadonovista.

A criação do Ministério do Trabalho, independente do Ministério da Justiça ainda em fins de 1930 poderia ser vista como resposta a uma cobrança do setor social gaúcho que apoiara Vargas. Tal ministério, assim como promessas de legislação trabalhista fizeram parte da plataforma eleitoral do candidato Getúlio Vargas, e a criação dos principais órgãos voltados para a classe

trabalhadora ficou sempre em mãos de gaúchos ligados a Vargas. No entanto, acreditamos que a motivação para esta reorganização estatal, que compreendeu também a implantação de uma política social previdenciária, a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública, e a regulamentação de profissões ligadas à saúde, extrapole esta necessidade de repartir o bolo entre os correligionários. (1)

(1) Legislação Social - Trabalho Urbano

1930 - Limita a entrada no território nacional, de passageiros estrangeiros de 3a. classe, dispõe sobre a localização e amparo de trabalhadores nacionais, e dá outras providências. (lei dos 2/3)

1931 - Estabelece novas modalidades para a concessão de férias.

1932 - Institui a Carteira Profissional.

Regula o horário para o trabalho no comércio.

Regula o horário para o trabalho industrial.

Regula as condições de trabalho para as mulheres nos estabelecimentos industriais e comerciais.

Institui a Convenção Coletiva do Trabalho.

Estabelece as condições do trabalho dos menores nas indústrias.

1933 - Regula a duração do trabalho em bancos e casas bancárias.

1934 - Regula a concessão de férias aos empregados na Indústria, sindicalizados.

Regula a duração do trabalho dos empregados em armazéns e trapiches das empresas de navegação e estabelecimentos, no Distrito Federal.

Regula a duração e condições de trabalho dos empregados na indústria frigorífica.

1935 - Promulga 4 projetos de convenção, aprovados pela Organização Internacional do Trabalho da Liga das Nações, por ocasião da Conferência de Washington, 29.10.1919, a saber: Convenção relativa ao emprego das mulheres antes e depois do parto; Convenção relativa ao trabalho noturno das mulheres; Convenção que fixa a idade mínima de admissão das crianças nos trabalhos industriais; Convenção relativa ao trabalho noturno das crianças na indústria.

1930 - Estende ao pessoal do serviço de força, luz, bondes e telefones, a cargo dos Estados, Municípios e particulares e aos serviços de telegrafia, radiotelegrafia, mantidos por particulares, o regime do dec. 5.109, de 20/12/1936, que cria em cada uma das empresas uma caixa de Aposentadoria e Pensões, para os respectivos empregados.

1931 - Cria a caixa de subvenções, destinada a auxiliar estabelecimentos de caridade, de ensino técnico e os serviços de nacionalização do ensino.

1931 - Declara caber às Caixas de Aposentadoria e Pensões o pagamento e seus contribuintes dos vencimentos de inatividade concedida pela lei 5.300, de 5/11/1928.

1932 - Aprova o regulamento para aquisição ou construção de casas pelas caixas de Aposentadoria e Pensões.

Aprova o regulamento para a organização nas caixas de Aposentadoria e Pensões de uma carteira de empréstimos aos respectivos associados.

Estabelece o procedimento para a exactação dos socorros médicos e hospitalares das Caixas de Aposentadoria e Pensões.

1933 - Cria o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos.

A par da influência externa das conquistas sociais de trabalhadores europeus, e de trabalhadores chilenos e argentinos⁽²⁾, a causa principal das "doações" trabalhistas devem ser buscadas no relacionamento cada vez mais agudo que vinha se dando entre as classes fundamentais no Brasil da época. Esta certeza advém da observação de que primeiros beneficiários da nova política social implantada foram os setores do operariado melhor organizados, mais ativos em termos reivindicatórios e que correspondiam a setores industriais mais dinâmicos.

(1) continuação ...

1934 - Cria o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciantes.

Cria a Caixa de Aposentadoria e Pensões dos Trabalhadores em Trapiches e Armazéns de Café.

Cria a Caixa de Aposentadoria e Pensões dos Operários Estivadores.

Cria o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários. Estabelece sob novos moldes as obrigações resultantes dos acidentes do trabalho e dá outras providências.

1935 - Regula a distribuição de subvenção a instituição de assistência, educação e cultura.

1932 - Institui juntas de Conciliação e Julgamento e regulamenta suas funções. Alterado pelo decreto 24.742 de 14/7/1934. Reorganiza o Departamento Estadual do Trabalho e amplia suas funções.

1935 - Assegura aos empregados da indústria e do comércio uma indenização quando não existe prazo estipulado para a terminação do respectivo contrato de trabalho ou quando for despedido sem justa causa, e dá outras providências. (lei de Indenização)

1937 - Dispõe sobre a execução dos julgados nos processos de conflitos oriundos das relações entre empregadores e empregados, e dá outras providências.

Ministério do Trabalho

1930 - Cria uma secretaria de Estado com a denominação de Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio.

Dispõe sobre a primeira organização do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio e dá outras providências.

1931 - Organiza o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio.

1932 - Cria Inspetoria Regionais do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio nos Estados e no Território do Acre.

1933 - Atribui ao Departamento Estadual do Trabalho, de São Paulo em virtude do Convênio, o desempenho de encargos no território daquele Estado, relativo à instituição da carteira profissional federal.

Ministério da Educação e Saúde

1933 - Cria a Secretaria de Estado com a denominação de Ministério de Negócios da Educação e Saúde Pública.

Fontes: SEMAG, Azis - Sindicato e Estado; Dominus Ed.; S.P., 1966.

(2) Gaete, Jorge e CASATI, Rolando - El desarrollo de las instituciones de atención médica en Chile durante este siglo. Mimeo, 1970.

Insistimos quanto ao caráter de reorganização estatal ocorrido após 30, já que anteriormente se havia delineado até mesmo a política previdenciária.⁽³⁾ Esta reorganização fez-se necessária principalmente devido ao movimento social da época.

O movimento operário, apesar de fragmentado, permeado por influências anarquistas⁽⁴⁾, atingiu seu apogeu entre 1917/1919, decresceu no início da década de 20, e ao final da década voltou a crescer, só sofrendo interrupção em 1932 quando da decretação do estado de sítio⁽⁵⁾; assim o movimento operário seguiu seu curso praticamente sem interrupções até 1932. As classes populares não se sensibilizaram com as teses tenentistas, e nem participaram da revolução de 30, a não ser em casos raríssimos. O rearranjo no interior do Estado abrigou setores da classe média civil e militar, assim como setores das classes privilegiadas, quer ligadas à indústria quer ligadas à agricultura. A classe operária foi objeto de atenção das classes privilegiadas, por parte do Estado, na forma proposta de enquadramento através das instituições citadas, e a Constituição de 34 incorporou os temas da Educação e Saúde para todos os brasileiros. Os programas previdenciários iniciais, além da aposentadoria e das pensões, proviam serviços funerários médicos e de seguro-emprego após dez anos de trabalho.⁽⁶⁾

Observando os serviços médicos, pela ótica de nossa preocupação atual - saúde - podemos apontar a discrepância entre o

(3) HALLOY, James - "Previdência Social e Classe Operária no Brasil - uma nota de pesquisa", Estudos CEBRAP nº 15.

(4) PINHEIRO, Paulo Sérgio, op. cit.
FAUSTO, Boris - "A Revolução de 30", Ed. Brasiliense, 1975, São Paulo.

(5) Foi decretado o estado de sítio quando da revolução constitucionalista, em 22 em São Paulo.

(6) HALLOY, James, op. cit.

prometido e o oferecido, em termos de cuidados médicos. (7) A primeira crítica se refere ao fato de que apenas o setor realmente ocupado da classe operária fazia jus a esta atenção médica. Ficava de fora o contingente de reserva existente na cidade, e toda a população rural, alimentadora da mão-de-obra industrial. Outra crítica que podemos formular diz respeito ao padrão de atendimento médico oferecido.

A política nacional de saúde, que acreditamos ter existido sempre, e ter sido formulada pela classe dominante através das campanhas sanitárias sofreu uma interrupção entre 1930 e 1934. Não houve campanhas de emergência, nem campanhas rotinizadas naquele período, a não ser a de tuberculose. Vale destacar que a saúde foi alvo de reivindicações operárias, haja visto, entre outros exemplos, a criação pelo barbeiro José Cesar dos Santos, em maio de 1927, da Associação de Assistência aos Tuberculosos Proletários. (8)

Em julho de 1934 ocorreu a modificação dos Serviços de Saúde do Ministério de Educação e Saúde. Foram criadas a Diretoria Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social; a Diretoria Sanitária Internacional e da Capital da República; a Diretoria dos Serviços Sanitários nos Estados e a Diretoria de Proteção à Maternidade e à Infância; a Diretoria de Assistência Hospitalar, e o Sistema de Visitação. A Inspeção dos Centros de Saúde foi organizada em 1934, segundo Fontenelle em base racional após avaliar a eficiência e o custo do trabalho sanitário. (9)

(7) "Uma das maneiras de percorrer o emaranhado roteiro que separa objetivos e ações concretas ao nível institucional é procurar destacar as funções mais importantes que teoricamente as instituições médicas devem assumir no sentido de assegurar a reprodução do modo de produção capitalista na sociedade brasileira. O passo seguinte é testar a execução de tais funções nas conjunturas concretas que assume esta sociedade" - do projeto de pesquisa "Saúde e Estado Capitalista" desenvolvido pela Prof. Nadel Terezinha Luz no Programa de Pós-graduação de Medicina Social da UFRJ.

(8) FERREIRO, Lourival - "A Luta contra a tuberculose no Brasil", Imprensa Nacional, 1934.

(9) O fato mais surpreendente para nós, foi a ausência quase con-

O plano da Campanha contra a Tuberculose no Distrito Federal foi organizado por Barros Barreto em 1936, e em 1937 "o Governo Federal assumiu a Gerência da Luta anti-tuberculose em face do atual momento epidemiológico do Brasil" (J.P.F.)

Esta remodelação das instituições de Saúde foram acompanhadas de medidas de caráter populista-corporativo referentes ao trabalho (representação classista na Câmara, por exemplo). Cabe observar que estas medidas não ultrapassavam os limites urbanos. O que Malloy disse a respeito da Previdência Social, gostaríamos de dizer a respeito da Saúde, de forma geral: "sob Vargas a política de Previdência Social foi elaborada como parte de uma visão sistematizada a respeito das relações trabalhistas em geral e con

-
- (9) continuação ...
pleta nas estatísticas oficiais, de ocorrência de doenças no período 30/34.
FONTENELLE, J.P. - "A Saúde Pública no Rio de Janeiro" - relatório sobre 1935-1936. Imprensa Nacional. Decresceu a mortalidade causada pelas doenças transmissíveis que causam maior número de óbitos, entre as quais estão:
VARÍOLA e ALASTRIM - Entre 1920 e 1926 ocorreram 2.924 óbitos por varíola. Houve um óbito em cada um dos anos 1927, 1932, 1935 e 1936. Desde 1927 até 1936 não houve mais epidemia de varíola. Em 1932 houve 2 casos de varíola vindos do sul já doentes, e 30 casos de alastrim, estes em soldados não vacinados vindos do Rio Grande do Sul. Em 1935 houve 17 casos de alastrim em indivíduos não vacinados, chegados de fora. (p.90) Em 1936 houve 4 casos de varíola e 19 de alastrim.
COQUELUCHE - Entre 1920 e 1936 no Rio de Janeiro ocorreram 4.383 óbitos. O máximo foi em 1923, e o mínimo em 1921. Houve tendência a decrescer. (p.98)
DIFTERIA - Houve entre 1920 e 1936, no Rio de Janeiro, 1.596 óbitos. Máximo em 1932 e mínimo em 1923. Houve tendência a crescer. Maior índice entre março e maio de 32. (p.105)
DISENTERIA - Entre 1920 e 1936 houve, no Rio de Janeiro, 4.704 óbitos. Máximo em 1925 e mínimo em 1934. Tendência a declinar. (p.119)
FEBRES TIFÓIDES - 2.012 óbitos no mesmo período, no Rio de Janeiro. Máximo em 1922 e mínimo em 1935. Tendência a declinar. (p.130)
MENINGITE EPIDÊMICA - Entre 1920/26, no RJ, houve 508 óbitos. Máximo em 1922 e mínimo em 1936. (p.149)
SARACPO - 5.326 óbitos naquele período. Máximo em 1925, e mínimo em 1921. (p.156)
VARICELA - No RJ, 58 óbitos naquele período. 2 óbitos em 1935 e 7 em 1936. (p.165)

vertido em um importante instrumento de controle estatal. Basicamente, Vargas usou o sistema de Previdência Social como um dos instrumentos de cooptação e de controle. Por conseguinte, deste ponto de vista, a política previdenciária brasileira não pode ser estudada como uma medida isolada, área capaz de ser explicada por si mesma; antes deve-se tomá-la como parte crucial do complexo jogo geral entre o Estado e a classe operária. (J.M.,121)

Na segunda fase da conjuntura, no período 35/37, uma especificidade pode ser notada na reformulação tática ocorrida na orientação da política de saúde. É importante lembrar o que Fontenelle afirmou ao analisar sua gestão frente à Superintendência de Saúde, no D.F.: "Por muito tempo permaneceram as repartições sanitárias na completa ilusão de que poderia obter do povo, em seu próprio favor, por meio de leis e regulamentos que o compelissem à execução das medidas e normas de vida estabelecidas pela higiene como as melhores. Então os regulamentos sanitários tomaram a forma imperativa em todos seus artigos, cujas disposições minuciosas eram logo seguidas de processos compulsórios: intimidações, fechamentos de casas, multas, destruição de materiais. Daí o aparelhamento de fiscais, guardas, inspetores, procuradores, quando não de juizes especiais, para as devidas sanções. Mas esse tempo passou felizmente. Começou-se a compreender quão mais valiosa é a persuasão, a educação, a propaganda, em vez de coação. Em vez de obrigar, esclarecer; em vez de intimidar, instruir; em vez de multar, insistir." (10)

Como já dissemos em outro trabalho, (11) a questão social tem sido, historicamente, resolvida de formas diferentes. As

(10) FONTENELLE - op. cit.

(11) TORRES RIBEIRO, A.C. e FONTENELLE, L. - "Algumas reflexões críticas sobre a questão dos indicadores sociais", mimeo., 1970.

conquistas sociais, via de regra, resultam de êxitos reivindicatórios no confronto de forças sociais estruturalmente divergentes, mas nem sempre este fenômeno é aparente. As soluções sociais populistas, por exemplo, impedem a constatação das forças sociais divergentes ao projetar, através de suas "doações" às camadas populares, uma imagem de sociedade consensual. No mínimo, o que se pode afirmar é, no entanto, que estas doações se não respondem a questionamento social local, correspondem a vitórias já anteriormente alcançadas em lutas reivindicatórias passadas.

Nas "doações" podemos observar, além da imagem de sociedade consensual que projeta, o potencial de controle que possibilita ao canalizar possíveis reivindicações antes (ou logo) que sejam expressadas, e podemos destacar o fato não menos relevante de assim impedir saídas alternativas. Os resultados mais importantes, no entanto, são: (1º) a possibilidade subjacente à política populista, de conquistar base social para o governo que a pratica, e (2º) mascarar o Estado como uma agência relativamente autônoma que distribui recursos, e, portanto, poder.

Isto foi o que agora pudemos inferir na fase em que nos encontramos em nossa pesquisa, mas algumas questões ainda terão que ser respondidas.

ooo0ooo

XXVIII^a REUNIÃO DA SOCIEDADE BRASILEIRA PARA O PROGRESSO DA CIÊNCIA

OS ANOS 50 - DESENVOLVIMENTO E SAÚDE

Ana Clara Torres Ribeiro

- julho 1976 -

2352

Este texto centra-se nas modificações do populismo nos anos 50, e principalmente, no rompimento ocorrido com o modelo getulista no governo de Juscelino Kubistchek (1956-1960). Trata-se aqui da passagem do "modelo de substituição" para o "modelo associado" principalmente no que se refere às transformações da política governamental com relação à força de trabalho, onde se insere mais significativamente a problemática de saúde.

Neste sentido, a análise da posição governamental do período demonstra que a preocupação com o desenvolvimento cobre praticamente qualquer outro tipo de colocação. Os deslocamentos do plano estritamente econômico referem-se à junção necessária entre, por um lado, desenvolvimento econômico e bem-estar social e, por outro, entre desenvolvimento econômico e a manutenção da ordem. A explicitação da política do desenvolvimento no governo Juscelino contrasta tanto com a solução getulista quanto com a tentativa, de curta duração, de Jânio Quadros. Neste último governo são retomadas, como pontos marcantes as categorias "povo" (trabalho, educação e saúde), "soberania" e "interesse nacional".

Apesar da inexistência de "modelos" puros e da existência de formas mais corretas para a periodização histórica do que a que se realiza através dos períodos governamentais, esta primeira apresentação se justifica num quadro de tentativa de rompimento com o padrão de análise do populismo "in generico".

A problemática da saúde, neste contexto do governo Juscelino Kubistchek, pode ser analisada de diversos ângulos, como por exemplo, do ângulo da política governamental de saúde (planos), das reivindicações de saúde das classes populares, da incidência de doenças. Optamos por enfatizar os núcleos de política em torno da saúde "Medicina Socializada" x "Medicina Privatizada", estado geral de desnutrição x enfoques parciais da problemática de saúde, investimentos "produtivos" x investimentos

"improdutivos" (educação e saúde) etc. Esta ênfase se justifica enquanto reflete um passo inicial ao tema geral da pesquisa "Campanhas Sanitárias e sua Institucionalização". Representa, neste sentido, uma das possíveis linhas de continuidade da pesquisa, já que esta se propõe a identificar parâmetros que permitam a confrontação de análises conjunturais (conjunturas políticas/"conjunturas sanitárias"). Assim, a análise dos "núcleos de polêmica" diz respeito a um dos tipos de enfoque a ser reproduzido noutros períodos e, além disto, permite a identificação da possível permanência de formas de equacionamento da saúde.

O período Juscelino Kubistchek é marcado, em termos de política governamental, por dois traços fundamentais: o amplo favorecimento ao capital estrangeiro e a busca de aumento da produtividade⁽¹⁾. Em consonância com estas metas de "desenvolvimento" e "produtividade" como prioridades restritas ocorre, com a criação do Departamento Nacional de Endemias-Rurais (DNERU) a centralização das Campanhas Sanitárias rotinizadas, isto é, daquelas campanhas que constituem a verdadeira razão de ser do Ministério da Saúde⁽²⁾. Cabe acrescentar aqui que consideramos como "Campanhas rotinizadas", em contraste com as "campanhas de emergência", aquelas que vêm a constituir órgãos estatais. Estas campanhas rotinizadas para a pesquisa visam sobretudo, a relação das condições mínimas de produção, como por exemplo, com relação à ancilostomose: "Apesar do vulto dos estudos realizados sobre a epidemiologia da ancilostomose, deve-se considerar que os conhecimentos sobre a exata importância médico-social da doença, em termos de prejuízo econômico, não é devidamente conhecida. Tal

(1) Vide, por exemplo, a criação em 1950 da Comissão Nacional de Produtividade do Ministério do Trabalho.

(2) O DNERU foi instituído pela Lei nº 2743 de 06 de março de 1955.

so de racionalização muito desejado no início deste governo⁽⁶⁾. A segunda refere-se ao aparentemente aspirado aumento de eficácia das campanhas contra as endemias rurais. Neste sentido, e dentro do caráter oficialmente "endêmico" destas doenças, as metas se colocam entre o "controle" e a "erradicação". E mesmo dentro do quadro de "erradicação" a meta mais realista é colocada na denominada "erradicação epidemiológica". Assim, por exemplo, com relação à boubã: Já foi atingido nas áreas endêmicas desses três Estados (Ceará, Rio Grande do Norte e Paraíba) naquele nível para a eliminação do qual não basta só a penicilina. São necessárias também medidas gerais tendentes a elevar o padrão de vida das populações atingidas... (neste sentido) criou-se na última Reunião do Comitê de Peritos da OMS a expressão "erradicação epidemiológica", isto é, a ausência de casos infecciosos por três anos consecutivos, a qual constitui a primeira meta, antes da completa erradicação".⁽⁷⁾ A terceira, refere-se à importância que é atribuída dentro do DNERu à educação sanitária que significa a busca de uma aproximação com as camadas populares.

Em 1958 no auge da divulgação do projeto "desenvolvimentista" do governo Juscelino Kubitschek é declarado oficialmente erradicado o transmissor da febre amarela (Dec. nº 43.174 de 04/12/58 é instituída, pelo mesmo decreto a Campanha de Erradicação da Malária. Além disto, "foi previsto pelo D.O.S. o início do plano de erradicação da varíola em 1958..."⁽⁸⁾ e instituída a Campanha Nacional contra a Leprosia pela Lei nº 3.542 de 11 de

(6) As medidas de racionalização "são compreensíveis diante da situação difícil que o país passava desde 1955... continuou o governo no firme propósito de manter sua política de subordinação dos gastos administrativos às possibilidades de arrecadação e das fontes de financiamento não inflacionário, selecionando e hierarquizando as despesas públicas". (Mendes, 1967)

(7) DNERu, op. cit. p. 10 e 11.

(8) DNERu, op. cit. p. 10 e 11.

fevereiro de 1959. Cabe acrescentar aqui que "... Juscelino Kubitschek desde o início de 1959 até o fim do seu mandato, prepara os últimos retoques no cumprimento das suas metas, a fim de que pudesse manter a confiança do seu eleitorado para uma disputa futura". (9)

Por outro lado, ainda no quadro de retoques finais é instituída a Fundação Pioneiras Sociais através da Lei nº 3.736 de 22 de março de 1960 que "terá por objetivo a assistência médica, social, moral e educacional da população pobre, em suas variadas formas, e as pesquisas relacionadas com suas finalidades" (Art. 4º) e é transformado em Fundação o Serviço Especial de Saúde Pública que tem entre seus propósitos: "desenvolver um programa de educação sanitária nas localidades onde mantiver unidades sanitárias" (Art. 1º C) e "desenvolver programas em cooperação com os Estados, o Distrito Federal, os Territórios ou os Municípios visando à higienização dos bairros pobres e a solução de problemas de saúde pública" (Art. 1º K) da Lei nº 3.750 de 11 de abril de 1960. (10)

Até o momento tocamos em apenas uma das faces do binômio doença-saúde no período desenvolvimentista, aquela que refere-se à atuação do Ministério da Saúde e está dirigida às "doenças de massa". Gentile de Melo num trabalho denominado "Saúde e Desenvolvimento Econômico" procurando realizar um diagnóstico da atenção médica do cerne de um enfoque globalizante de "desenvolvimento" identifica a multiplicidade de formas de assistência, a saber: clínica particular, assistência filantrópica, mutualida-

(9) CARDOSO, H.L. - "Ideologia do Desenvolvimento. Brasil-J.K.-J.Q." - Tese de doutoramento apresentado ao Departamento de Ciências Sociais da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, 1972 p.126.

(10) A maior parte das referências à legislação desta comunicação foram obtidas da publicação "Ministério da Saúde Legislação Federal do Setor Saúde", vol. 1, Consultoria Jurídica, 1973.

de, assistência prestada por sindicatos e associações profissionais, assistência patronal direta e indireta, assistência prestada pelo seguro social (Previdência Social) e assistência estatal ("Medicina Socializada"). Esta multiplicidade que encontra-se vinculada ao debate entre os que pleiteiam o alargamento da assistência médica estatal e aqueles que mesmo no interior da Previdência Social tentam impor o seguro-saúde, ou seja, feito em convênio com entidades privadas, aparentemente se contraporia aos anseios de centralização/racionalização do período que estamos analisando. No âmbito da política de racionalização e controle na área de saúde vemos que no período são revigorados os Conselhos de Medicina pela Lei nº 3.268 de 30 de setembro de 1957 e criados o Conselho Federal e Regionais de Farmácia pela Lei nº 3.820 de 11 de novembro de 1960. Dentro da mesma preocupação de normatização são regulamentados o exercício da profissão de Assistente Social pela Lei nº 3.252 de 27 de agosto de 1957 e o exercício da enfermagem pela Lei nº 911 de setembro de 1958.

No entanto, aos ideais do planejamento (de um conjunto de metas) se opõem interesses cristalizados dentro dos IAPs: "A resistência à reforma da Previdência Social proveio de três fontes básicas: 1) grupos específicos de trabalhadores (especialmente bancários e servidores públicos) os principais beneficiados do sistema; 2) o crescente número de empregados pelos fundos e, 3) líderes trabalhistas e políticos que tinham a perda de suas bases de poder."⁽¹¹⁾ As tentativas de centralização/universalização já surgem no fim do primeiro governo Getúlio sem grande sucesso. Porém em torno do período que analisamos a situação política transformada permite a seguinte colocação de James Halley: "Enquanto parcela da antiga coalizão de Vargas se

(11) HALLEY, James H. "Previdência Social e Classe Operária no Brasil: o contexto político". Estudos CEBRAP 15, p.126.

mantinha calma, segmentos-chave do movimento trabalhista começavam a desenvolver-se cada vez mais como força política autônoma!

Até o momento nos referimos a três faces da medicina que não se realiza em clínica privada no Brasil: às campanhas rotinizadas, às campanhas de emergência e à Previdência Social. No período de J.K. foi possível a realização de uma tentativa de rearticulação do Ministério da Saúde (campanhas rotinizadas) porém, não na Previdência. Neste último setor a disputa política impediu que a racionalidade técnico-administrativa do Estado tentasse impor sua imagem.⁽¹²⁾ A perspectiva do Estado tem, portanto, cunhos diversos no Ministério da Saúde e no Ministério da Previdência Social. No primeiro caso são enfatizados os elementos técnicos. Assim, no período, continuam a ser demandados pelos corpos técnicos mais racionalidade e afastamento das injunções políticas, como por exemplo: "Todos os que estudam e se interessam por problemas de administração sanitária no Brasil sabem que, a partir de 1945, quando o saudoso prof. Barros Barreto deixou a direção do Departamento Nacional de Saúde, os diferentes serviços que o constituíam foram se tornando cada dia mais indiferentes, com evidente prejuízo de sua unidade funcional, transformando a Diretoria Geral em órgão quase decorativo.

Tínhamos, portanto, necessidade de restabelecer no Departamento Nacional de Saúde a unidade funcional de trabalho, dentro de um plano coordenado com ajustamento harmônico de seus órgãos".⁽¹³⁾

Já no segundo caso, na Previdência Social, é enfatizada a possibilidade de ganhar a máquina do Estado.

Devemos entender a inserção das "questões" acima mencionadas no âmbito do quadro esboçado. A compreensão, primeiramente, da questão investimentos "produtivos" e "improdutivos" ga

(12) MALLOI, J. - op. cit. p.128.

(13) SILVA, Luciano de - op. cit. Introdução p.1.

nha relevo no período J.K.. Estamos no cerne da ideologia da de-
colagem, de quebra do círculo vicioso da pobreza. No plano go-
vernamental trata-se de enfatizar o caráter produtivo critério
"sine qua non" dos investimentos. Trata-se de estabelecer a "in-
fra-estrutura" do desenvolvimento econômico. Neste momento Jus-
celino Kubitschek em sua mensagem diz: "a saúde do homem só me-
lhora quando é possível substituir na produção do trabalho pesa-
do necessário à vida das coletividades, a força muscular, pela
energia produzida por elementos de outra natureza". Este mesmo
trecho é referido por Gentile em seu trabalho "Saúde e Desenvol-
vimento" quando conclui: "Se há um círculo vicioso constituído
pela pobreza e pela doença, não há outra alternativa senão que-
brar um dos elos dessa cadeia, e, se possível ambos...Nestas con-
dições a decisão consiste em dar prioridade ao problema do desen-
volvimento ou ao problema da saúde... Assim, não tem sentido a
programação assistencial como fator de desenvolvimento, salvo se
acompanhada de medidas paralelas em investimentos produtivos. Por
outro lado, como os recursos para assistência médica, qualquer
que seja a forma de financiamento, são originários da renda na-
cional, a sua amplitude deve ter por base as possibilidades do
País de modo que não venha a prejudicar o próprio processo de de-
senvolvimento". (14)

A questão da "Medicina Socializada" também corresponde
como vimos no início do trabalho, a uma tomada de posição no pe-
ríodo J.K.. No entanto, o Código Nacional de Saúde declara:

"Art. 2 - É dever do Estado, bem como da família, de-
fender e proteger a saúde do indivíduo.

§ 1 - Ao Estado, precipuamente, cabe a adoção de medi-
das preventivas, de caráter geral, para detosa e pro-

(14) - C. N. S. - Estatuto - op. cit. pp. 40 e 41.

teção da saúde da coletividade.

§ 2 - O Estado deve prestar assistência médica gratuita aos que não disponham de meios ou recursos para provê-la.

§ 3 - À família, por seus responsáveis, cabe a adoção de medidas preventivas, de caráter individual, recomendadas pelas autoridades sanitárias competentes, e as providências necessárias para adequada assistência médica de seus integrantes, quando doentes". (15)

Vemos, neste instrumento legal, lado a lado, Estado e família como co-responsáveis pela saúde. O Estado assume ideal e tranquilamente a sua parte com relação à assistência daqueles que não disponham de recursos próprios, de forma adequada aos princípios da cidadania. Esta posição "in generico", no entanto, é posta em prática não somente através das campanhas rotinizadas cuja análise demos início acima, como também, pela extensão da previdência a outras classes de trabalhadores, correspondendo ao ideal de um Estado onipresente. No período em questão a única extensão neste sentido provem do acesso à previdência dos trabalhadores urbanos autônomos.

XXVIII^a REUNIÃO ANUAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA PARA O PROGRESSO DA
CIÊNCIA

MENINGITE - UMA ANÁLISE DE CAMPANIA

Ana Clara Torres Ribeiro
Izabel Fontenelle Picaluga

Brasília, julho 1975 -

A pesquisa "Campanhas Sanitárias e sua Institucionalização" se propõe a uma reconstrução histórica da saúde pública no país. Esta reconstrução baseia-se, fundamentalmente, nas conjunturas políticas como recortadas pela historiografia brasileira recente. A conjugação entre conjunturas políticas e conjunturas sanitárias se constitui, assim, no fulcro analítico utilizado para o caso da meningite.

O interesse na campanha da meningite justifica-se, também, por constituir esta campanha o marco final da pesquisa. Como o projeto foi redigido no âmbito desta campanha sua análise é necessária para o controle da influência de suas características mais marcantes no estudo das conjunturas anteriores. Neste sentido, já se torna possível comparar sua reconstrução com a das conjunturas de Oswaldo Cruz, os anos 1930/1937 e os anos 50.

A técnica de trabalho utilizada para a análise da meningite constitui-se na compilação de vasto material jornalístico (notícias oficiais, comunicados, reportagens). Este material permitiu a observação da interpretação dada oficialmente à campanha e, à sistematização dos dados de realidade.

O estudo da meningite prendeu-se à possibilidade excelente de análise da passagem de uma campanha de emergência a uma campanha rotinizada. O processo de rotinização varia historicamente; no caso da meningite pensamos que a rotinização refletiu-se num processo de captação política do combate bem sucedido a uma doença contagiosa em alto grau.

Campanha Sanitária/Conjuntura Sanitária

A campanha sanitária como ato do Estado envolve um corpo técnico (reunido em instituições especializadas do aparato governamental) e a ampla utilização de marcos institucionais.

Desta forma, a cristalização de forças e a mobilização de recursos por ocasião do lançamento de uma campanha sanitária, faz com que o observador se transforme numa presa fácil da tendência a reafirmar a existência de um poder localizado acima de interesses específicos de classe. Aliás, o objeto das campanhas sanitárias - o combate à doença - presta-se especialmente para esta perspectiva, na medida em que surge como um interesse coletivo.

Neste momento, necessitamos distinguir entre:

- a. a campanha sanitária de emergência que corresponde a uma necessidade imediata coletiva, e,
- b. uma política sanitária que processa-se por campanha, o que a vincula claramente às frações dominantes.

O conceito de conjuntura sanitária procura captar exatamente esta dupla face da saúde.

A Meningite e a Conjuntura 74/75

A Saúde constitui-se, atualmente, em preocupação prioritária do Governo. Os jornais diariamente apresentam matéria oficial sobre esta questão, e a saúde, assim como o trabalho e a prevenção de acidentes de trabalho tornaram-se temas utilizados para pequenos filmes de promoção nas TVs e cinemas.

A Saúde, uma questão concreta, primordial para garantir a energia humana necessária ao trabalho é capaz de sensibilizar muito mais a população (ou o povo) que dados estatísticos áridos, de crescimento econômico, de contenção de inflação, etc... já que as condições da qualidade de vida não se modificaram apesar do sucesso econômico. A utilização da saúde como tema de promoção parece ter sido uma herança da grande campanha da meningite.

O surto de meningite que se iniciou por volta de 1971/1972, somente em 74 chegou ao domínio público. A conjuntura política correspondente ao período de milagre econômico não podia

absorver um problema como o do surto daquela doença. A conjuntura que se iniciou em 74, em pleno período de crise econômica, crise esta que foi denunciada de forma mais ou menos velada, mesmo em discursos oficiais⁽¹⁾, absorveu o surto de meningite em todas as suas dimensões. A especificidade da conjuntura política 74/76 é dada por alguns fatos: pela mudança da presidência da república, pela crise econômica, pela realização de eleições em todo o país, pela promessa de abertura política e pelos resultados das eleições.

Em meados de 74 a meningite já se encontrava nas manchetes de jornais. Ocorrera uma mudança de atitude em relação à epidemia: agora as notícias encontradas eram em sua maior parte, oficiais. A cidade de São Paulo foi a primeira a se mobilizar para enfrentar a meningite e surgiram os primeiros debates sobre a possibilidade de imunizar a população e controlar a doença.

A meningite, por ser doença altamente contagiosa, rapidamente poderia se alastrar, e se constituir em uma séria ameaça ao processo produtivo podendo afetar a economia, uma vez que a concentração populacional daquele grande centro industrial facilitaria o contágio.

Para se compreender esta ameaça, é necessário talvez que lembremos que a meningite se diferencia das doenças inerentes à estrutura social tais como anemia e outras doenças carenciais. Enquanto estas se encontram subjacentes nas condições gerais da produção, no nível de produtividade correspondente ao desenvolvi-

(1) "O ministro Severo Gomes da Indústria e do Comércio, disse ontem, na Escola Superior de Guerra, que os países cujas economias dependem do exterior são os que mais são afetados pela atual crise internacional e que o Brasil deve, não descuidando do comércio externo dar maior ênfase à expansão do mercado interno. Disse que o Brasil aproveitou bem os fatores externos e conseguiu manter continuamente uma expansão a taxas elevadas, com êxito na luta contra a inflação, mas este processo gerou distorções econômicas e sociais que é preciso retificar". (Jornal do Brasil - 22/8/74 - "Severo diz que Brasil deve reduzir dependência externa").

mento técnico-econômico, a incidência da meningite sobre a população pode acarretar a interrupção coletiva do trabalho, ao mesmo tempo que impede o emprego do excedente de mão-de-obra existente. Medidas de caráter emergencial tiveram que ser determinadas, como por exemplo, suspender as aulas em escolas onde tivesse havido notificação de doente, etc.

As prioridades da campanha de meningite, do SUL para o NORTE/NORDESTE, e das capitais para o interior, seguem o mapeamento corrente das principais áreas de aplicação de capital no país. São atingidos, a seguir, com descompassos no tempo, os eixos rodoviários que levam ao interior. Surgem, nestas operações, as denominações que procuram claramente denotar o caráter de aproximação popular das intenções governamentais: operação Chapéu de Couro (agreste e sertão do Nordeste), operação Seringueiro (Amazônia) e operação Babaçu (Piauí).⁽²⁾ A demanda efetiva pela vacina, em algumas declarações surpreende as autoridades e, noutras corresponde aos seus apelos: "As autoridades esperam que o povo corresponda ao esforço desenvolvido pelo governo esclarecendo ser a vacina da melhor qualidade..." (Diário de Pernambuco) - 8/5/75! França enviará 10 milhões de vacinas por mês".

A campanha meningite, foi efetivamente mobilizada, com várias referências a deslocamentos populacionais em massa⁽³⁾, e foi claramente dirigida à eficácia do governo federal. Portanto, transparece a todo momento, ao longo da campanha a junção: gover-

(2) Início da campanha no Piauí em 18/7/75. "A aplicação da vacina no Piauí será convertida em campanha com a denominação de "Operação Babaçu" e já começou a provocar deslocamentos em massa, do interior para a capital..." (Diário de São Paulo - 12/7/75: "60 milhões vacinados").

(3) Com referência ao Nordeste: "O povo demonstrou o maior empenho pela vacinação, acorrendo às filas muito antes do início dos trabalhos. A chegada das vacinas provocou entusiasmo na população, que procurou colaborar com as autoridades" (Diário de Pernambuco, 14/6/75 - "Vacinação das populações do interior começa hoje").

no federal-povo. Trata-se de atingir as metas sem desvios: "Apesar dos insistentes pedidos de prefeitos e políticos de cidades não incluídas no organograma original, o organograma de vacinação não será alterado, sendo rigorosamente cumpridas as instruções do Ministério da Saúde neste sentido". (Jornal do Comércio - Recife - 13/6/75: "Mais vacinas para Operação Chapéu de Couro"); e nota-se o propósito explícito de salientar a coerência do governo federal, imune a contaminações demagógicas em seu propósito de satisfazer uma necessidade popular.

Cabe aqui salientar a insistência das declarações sobre a eficácia da campanha. Esta eficácia concentra-se, sobretudo, na cobertura da população, ou seja, no número absoluto de pessoas vacinadas: "A vacinação contra meningite no Espírito Santo (deu) uma cobertura de 81,4% da população, superando as metas estabelecidas pelo Ministério da Saúde" (A Tribuna de Vitória - 31/5/75: "Vacinação contra meningite atingiu 81,4% da população"). Diferencia-se esta eficácia, da eficácia da vacinação que passa a depender de sua qualidade e de avaliações futuras (critérios estes considerados eminentemente técnicos): "É muito cedo para se avaliar o grau de eficácia da vacina e o período de imunização conferido por ela, devido ao fato de não se dispor, ainda, de informações precisas a respeito do número de pessoas, vacinadas ou não, residentes no Grande São Paulo, e de um maior prazo para acompanhamento dos resultados" (Relatório do Secretário de Saúde Walter Leser ao governador Paulo Egydio - Folha da Tarde - 8/8/75: "Meningite - vacina mostrou-se eficaz").

Afinal trata-se de uma vacina nova (Fundação Mérieux). Neste sentido, "a sua aplicação na população brasileira correspondeu a uma prova de confiança das autoridades brasileiras numa vacina nova e ainda não aplicada em massa" (O GLOBO - 12/3/76: "Produção de vacinas contra meningite começa em agosto")

A eficácia da campanha da meningite surge também publicamente como garantia de atuações futuras: "Terminada a vacinação contra a meningite, Almeida Machado pensa em iniciar ainda este ano a campanha contra o mal de Chagas e a esquistossomose em todo o país" (Jornal da Tarde - 26/6/75 "O Nordeste imunizado"). De toda uma campanha de emergência pretende-se a sua continuidade em áreas de atuação há muito tempo rotinizada. Aliás não é impossível que a própria campanha de meningite se rotinize também, uma vez que espera-se o início da fabricação em escala industrial da vacina no país, ainda este ano.⁽⁴⁾ Algumas tentativas de rotinização ainda foram feitas durante a campanha: "O governador Paulo Egydio Martins vetou projeto de lei de iniciativa do legislativo que visa a estabelecer a obrigatoriedade de apresentação de atestado de vacina contra a meningite. O atestado seria exigido para matrícula nas escolas, admissão no serviço público e obtenção de cédula de identidade ou atestado de antecedentes" (Jornal de Brasília - 30/10/75: "Egydio veta projeto sobre a meningite").

No entanto, o início eminentemente político da campanha da meningite nos obriga a nos interrogarmos sobre o seu término. Evidentemente seu sucesso dependia de serem alcançados resultados imediatos: "O Ministério da Saúde anunciou ontem, após o término da reunião de peritos internacionais, que não realizará a revacinação em massa contra a meningite... Não há risco iminente de nova epidemia, mas simplesmente de uma endemia, como de sarampo, coqueluche, etc." (Jornal do Brasil - 29/2/76: "Ministério da Saúde decide que não fará revacinação em massa contra meningite"). Inicia-se a campanha numa conjuntura de crise político-econômica e encerra-se com o devido aval técnico internacional. Durante a campanha, as discussões divulgadas através de jornais, repetidas ve-

(4) O GLOBO - 12/3/76: "Produção de vacinas contra meningite começa em agosto".

zes, se encerram no âmbito técnico. A oposição à vacinação em massa passa, assim, a depender de restrições científicas - o próprio campo em que, em uma de suas faces, limita-se o debate sobre saúde. Assim, por exemplo: "A vacina bivalente em uso na atual campanha de vacinação no Brasil ainda não foi satisfatoriamente analisada pela Food and Drug Administration, dos Estados Unidos, país em que qualquer vacina contra a meningite só é liberada para aplicação em adultos jovens, não em crianças" (Jornal do Brasil 17/7/75: "Vacinas brasileiras contra meningite são reprovadas em teste nos Estados Unidos").

Se emprendermos uma análise "externa", isto é, não técnica à campanha da meningite perceberemos as funções ideológica e política desenvolvidas paralelamente.

A constatação da insatisfação geral no país, refletida em certa medida no resultado das eleições de novembro de 74, talvez tenha influenciado na decisão da implantação da campanha em tal magnitude. A oportunidade de demonstrar preocupação com a saúde do povo, e ao mesmo tempo de uma tentativa de resolver esta questão foi plenamente utilizada.

B) RELATÓRIO DE PRODUÇÃO SUPLEMENTAR

2370

"Algumas reflexões críticas sobre a questão dos indicadores sociais"

Ana Clara Torres Ribeiro.

Isabel Fontenelle Picaluga.

Salvador, 21 de junho de 1976.

2371

A análise da qualidade de vida reflete o esquema de pensamento frequente sobre as necessidades do homem e sua satisfação. Este esquema de pensamento apresenta-se geralmente, fracionado através de variáveis como habitação, saúde, educação, etc... A utilização de indicadores sociais para construção de índices orientadores de planejamentos governamentais deve ser diretamente relacionada a seu caráter normativo, isto é, sua possibilidade mediadora tanto em termos práticos quanto teóricos. A idéia de mediação prende-se a perspectiva de qualidade de vida enquanto reflexo da organização da produção, e enquanto pré-requisito para a continuidade das próprias condições de produção. O uso de indicadores sociais, do diagnóstico resultante, e da política social implantada a partir daí deve ser compreendida no interior da formação social onde ocorre, em um determinado momento.

As possibilidades dos indicadores sociais geralmente não vão além da mensuração quantitativa da realidade concreta. Tereza Cristina Costa (F.I.B.G.E.) (1) menciona duas conceituações de Indicadores Sociais que explicitam noções diferentes do social:

"Um indicador social é uma medida de fenômenos sociais que são trans-econômicos. O Indicador Social é normativo e integrado num sistema de informação consistente" (2).

"Um indicador social pode ser entendido como uma definição operacional ou parte de uma definição operacional de qualquer um dos conceitos centrais à geração de um sistema de informações descritivo de um sistema social" (3).

Os estudos de qualidade de vida, via de regra, utilizam os indicadores sociais para mensurar o bem-estar social; no entanto, é preciso que não esqueçamos que este bem-estar social está definido por um siste

(1) - Tereza Cristina Nascimento A. Costa - "Considerações Teóricas sobre o conceito de indicador social: uma proposta de trabalho", F.I.B.G.E., setembro 1974.

(2) - Cazes, Bernard. "The development of social indicators: a survey", in Social Indicators and Social Policy, ed. Shonfield and Shaw, SSKC 1972, pp. 16 - citado por Tereza Cristina Costa - op. cit. p. 9.

(3) - Carspile, Elaine - "The Conceptual Structure of Social Indicators" in Social Indicators and Social Policy p. 25 - citado por Tereza Cristina Costa - op. cit. p. 9.

ma de valores. Esta definição normativa localiza o planejador no ato de fixar e avaliar quantitativamente as finalidades, prioridades e carências da sociedade face a determinados objetivos (T.C.C. p.10) e encontra-se sempre referido ao sistema social. Tereza Cristina chama-nos atenção (p.11) para o fato de que o cientista social e o planejador fazem determinadas perguntas, e não outras, gerando certas informações e não outras. Acrescentaríamos que, de qualquer maneira a utilização dos indicadores para obtenção de diagnóstico e geração de políticas está estreitamente vinculado a princípios básicos da formação social onde ela se dá. O questionamento da qualidade de vida não ocorre num vazio empírico-teórico, e este questionamento necessariamente gera alguns "corretivos".

O questionamento da qualidade de vida através de indicadores causa o fracionamento da visão da situação global, e o fracionamento das políticas "corretoras". Mas isto não é surpreendente, já que a postura da análise da qualidade de vida não se insere numa perspectiva globalizante de conhecimento, ou reconhecimento da realidade social. Na formação social capitalista, geradora de desigualdade sociais, o questionamento da qualidade de vida não ultrapassará a crítica dos efeitos negativos deste capitalismo como se dando setorialmente de forma circunstancial.

A necessidade de "correção" de índices negativos de qualidade vida vem se dando, historicamente, atendendo por um lado, necessidades de minimizar posturas reivindicatórias, e por outro, para atender as necessidades da própria expansão do capitalismo.

O fracionamento dos "bens" (habitação, saúde, educação etc.) dos quais a maioria da população está excluída, corresponde a uma ampliação da máquina do Estado, do controle pelo Estado da polêmica levantada contra as "consequências sociais" do crescimento capitalista.

Devemos detectar a limitação dos indicadores sociais para além da impossibilidade de uma visão global da problemática da população. A limitação diz respeito muito mais à incapacidade de, através de indicadores descontinuar-se a estruturação social de qualquer formação social. Os indicadores sociais não permitem que se visualize a estrutura de classes e a relação existente entre elas; não permitem a compreensão de que

essa estrutura e essas relações de classes significam o próprio modo de produção capitalista, e que sua manutenção enquanto tal é imprescindível à sua reprodução. Não permitem também que se perceba que as desigualdades sociais resultam do processo de acumulação necessária, bem como impedem a utilização de categorias que levariam à caracterização do processo social, tais como exploração etc... Ao se substituir as categorias de análise, exploração, formação social, modo de produção, estrutura e relações de classes, acumulação, etc... por Estado, povo, população, governo, etc. impede-se o questionamento do cerne gerador das desigualdades sociais. Parece-nos que o diagnóstico de uma situação social não poderá deixar de estar referido a uma formação social explicitada em uma conjuntura específica, através da sua estrutura e relações de classe.

Assim, a "política social" do governo atual surge no início da recessão que agora vivemos plenamente. A distensão política somam-se as preocupações com a "qualidade de vida" e com a "distensão social". A "distensão urbana" (4) surge claramente neste contexto e corresponde ao diagnóstico oficial, em primeiro lugar, da possibilidade de redução das condições gerais de produção, ou seja, das "economias externas" que fortalecem o processo de acumulação capitalista. A contrapartida deste diagnóstico pode ser localizada nas aspirações à "harmonia" presente no pensamento de governantes e planejadores da nossa economia (5). Em segundo lugar, corresponde à localização de possíveis "focos" de irrupção política, cujas reivindicações procura-se canalizar através das acima referidas metas setoriais. Nestes dois sentidos - redução das condições gerais de produção e as áreas metropolitanas como principais locus de irrupção política - a referência a uma "problemática urbana" não surpreende pois corresponde também a uma preocupação corrente do planejamento e de grupos econômicos dos países capitalistas desenvolvidos (6)

(4) - Revista Planejamento de Desenvolvimento, Ano 3, nº: 30, Nov/75, Rio de Janeiro.

(5) - HAGE Sobrinho, Jorge - "A Urbanização Brasileira", Prefeitura Municipal de Salvador, XII Encontro Nacional de Vereadores, Caxias do Sul, Rio Grande do Sul, junho/1976.

(6) - "A busca da vida urbana" entrevista da revista USW e vs World Report com David Rockefeller, Presidente do Chase Manhattan Bank (Journal do Brasil, 12/3/71).

e, às formas de protesto esparsas mas devidamente reconhecidas no Brasil. Entre estas formas de protesto eventuais ou potenciais podemos citar os quebra-quebras de trens no Rio e em São Paulo (7), as "invasões" de áreas nas grandes cidades, o não pagamento de prestação ao BNN etc.

Este diagnóstico oficial introduz a busca de controle das duas faces acima identificadas pelo Estado, de onde surgem a "política social" e as idéias gerais de "equilíbrio", "harmonia", "planejamento social" e "gradualismo". Por outro lado, o reconhecimento das raízes desta preocupação oficial nas áreas metropolitanas nos obriga a superá-la, voltando-nos para uma análise de conjuntura política como apresentada a seguir.

O diagnóstico oficial e a implementação das "metas" em que é traduzido, justificam a criação e levantamento dos chamados "indicadores sociais". A preocupação com a manutenção das condições gerais de produção e com o controle dos possíveis focos de protesto político, que se traduz na linguagem oficial na preocupação com o "homem" (8) exige o conhecimento do "real permitido" nos quadros da política do governo.

Por outro lado, pode-se identificar a continuidade desta preocupação bi-face em cada uma das "metas setoriais". Assim, com relação à política de transportes é possível localizar a preocupação de controle racional sobre a distância moradia-trabalho, um elemento a mais responsável pela exaustão da força de trabalho e pelo afastamento crescente entre necessidades de reprodução da força de trabalho e salário, e uma preocupação com os movimentos de quebra-quebra ocorridos nos principais centros urbanos do país. Na política habitacional, por outro lado, é possível identificar uma preocupação similar com a redução distância moradia-trabalho, conjugada a uma política de "despoluição" das áreas centrais, onde se observa a

(7) - Notícia sobre o Rio - Jornal do Brasil (6/10/74) e sobre São Paulo: "Passageiros revoltados com atraso de trem depredam e saqueiam estação paulista". Jornal do Brasil (27/1/76).

(8) - Reis Veloso - "O que interessa ao Governo é que a população se sinta bem. Não é essa coisa abstrata de dizer que o PIB cresceu, que a renda per capita aumentou. É ver o que está atrás disso, em termos da situação dos grandes contingentes da população" (Planejamento e Desenvolvimento, número citado, p.46).

absorção da "marginalidade" na linguagem oficial e do planejamento. As tentativas de racionalização e equilíbrio ultrapassam, além disto, o espaço redelimitado oficialmente das "áreas metropolitanas" para conjugarem se com a política migratória e de revalorização das cidades médias (9) onde o duplo diagnóstico referido acima pode ser novamente encontrado, ou seja, redução do "caos" urbano (manutenção "economias externas") e controle do "crescimento descontrolado" das cidades (pressões políticas).

Na realização de cada uma destas metas, também verifica-se a conjugação de um processo de racionalização e criação ideológica com os acordos com o capital nacional e estrangeiro. Assim, por exemplo, no Rio ao mesmo tempo em que o governo encomenda uma pesquisa sofisticada sobre o transporte em trens da Central do Brasil realiza acordos com consórcios franceses para renovação do seu material (10). Seja através da produção direta através das empresas estatais ou "mistas" seja através da compra da produção de empresas de capital nacional ou estrangeiro, a preocupação central da política governamental consiste em garantir a manutenção das condições de acumulação capitalista, mesmo que alguns grupos capitalistas não sejam circunstancialmente tão agraciados quanto outros (11), (12).

Além disto, a forma de "metas setoriais" adotada pela política governamental permite a multiplicação de órgãos encarregados de sua realização com a decorrente perspectiva de um Estado onipresente e eficaz. Em segundo lugar gera a fragmentação dos quadros técnicos altamente especializados cuja "produção intelectual" é unificada ao âmbito da cúpula do governo. Em terceiro lugar, a variedade extrema de medidas difi-

(9) - Por exemplo, "Governo contém migração para Brasília" (Jornal do Brasil, 4/2/75) e,

"Colassuono aponta risco de trocar crescimento do Rio e São Paulo por outros polos" (Jornal do Brasil, 26/1/76).

(10) - Por exemplo, O Globo 28/9/75 - "Em Barros Filho, só duas pessoas pagam trem".

(11) - ver CAMPOS; P.H. - "Identificação e autoritarismo esclarecido: tendências e limites", LEXER 10, pp. 7-30

(12) - A perspectiva da existência de uma "tecnocracia" como terreno comum entre os grupos capitalistas nacionais e estrangeiros da indústria e a indústria pública, entre outros, é discutida em

culta a realização de um diagnóstico global e, portanto, político. Por fim, a multiplicação de metas e de medidas viabiliza a ocorrência de "sucessos" devidamente aproveitados pela propaganda governamental (A.E.R.P.).

A necessária unificação/centralização das metas setoriais apoia-se na ideologia oficial de uma aproximação governo federal "povo" (13). Apóia-se também evidentemente na centralização fundamental em torno da manutenção das condições gerais de produção capitalista. E, além disto, na "implementação oficial" da ameaça de contestação.

A perspectiva "tecnocrática" constitui também uma possibilidade de unificação/centralização. A importância desta perspectiva pode ser identificada na política dos quadros técnicos, no plano de reclassificação do funcionalismo público. Pode ser também localizada na política educacional com a busca de expansão/controlar da pós-graduação. Já a "política social" facilita a incorporação dos quadros técnicos pois aproxima o "especialista" da maioria dos "cidadãos". Por último, a imagem de controle que esta perspectiva fornece viabiliza a imagem de um poder localizado acima dos interesses específicos de grupos ou regiões.

Em decorrência de todos estes aspectos podemos dizer que na perspectiva oficial ("tecnocrática") ocorre uma aproximação governo federal/"povo", enquanto que numa perspectiva crítica a multiplicidade de metas e sua unidade em torno do governo federal facilitam o diagnóstico de uma oposição x povo de onde desaparecem os confrontos de classe.

Portanto, o reconhecimento do que significam esta "multiplicidade" e esta "unidade" exige, daqueles que se preocupam com a necessidade de um diagnóstico da situação atual e com a necessidade de realização de um trabalho profissional consciente, o exercício de um esforço crítico e de troca de informações.

Por fim, podemos acrescentar que a questão social tem sido, historicamente, resolvida de formas diferentes. As conquistas sociais, via de regra, resultam de êxitos reivindicatórios no confronto de forças sociais estruturalmente divergentes, mas nem sempre este fenômeno e

(13) - BASTOS, A. G. e RODRIGUES, J. P. - "Doutrina e Política" - texto
revisado.

aparente. As soluções sociais populistas, por exemplo, impedem a constatação das forças sociais divergentes ao projetar, através de suas "doações" às camadas populares, uma imagem de sociedade concensual. No mínimo, o que se pode afirmar é, no entanto, que estas doações se não respondem a questionamento social local, correspondem a vitórias já anteriormente alcançadas em lutas reivindicatórias passadas.

Nas "doações" podemos observar, além da imagem de sociedade concensual que projeta, o potencial de controle que possibilita ao canalizar possíveis reivindicações antes (ou logo) que sejam expressadas, e podemos destacar o fato não menos relevante de assim impedir saídas alternativas. Os resultados mais importantes, no entanto, são: (1º) a possibilidade subjacente à política populista, de conquistar base social para o governo que a pratica, e (2º) mascarar o Estado como uma agência relativamente autônoma que distribui recursos, e, portanto, poder.

Observações sobre uma experiência: (14)

Face à questão teórica dos "indicadores sociais" e face à questão empírica da "qualidade de vida" apontamos uma alternativa no trabalho "Biscateiros e trabalhadores rurais na área do Grande Rio".

Apesar, portanto dos limites da questão-qualidade de vida acreditamos que, enquanto reflexo da forma como se encontra organizada a sociedade brasileira, possa direcionar nossa percepção para as condições de reprodução da força de trabalho no Brasil. Portanto, quando levantamos (ou, damos continuidade a) esta questão não assumimos nenhuma perspectiva "caritativa" ou de denúncia de "distorções conjunturais" do nosso capitalismo. Ao contrário, sugerimos que enquanto questão atual possa sofrer um tipo de reenfoque que procure estabelecer as condições concretas e a percepção dos ditos "custos sociais" por categoria de trabalho empíricas.

Portanto, a nossa inscrição no debate partia da compreensão de que a qualidade de vida reflete o nível de exploração a que está sujeita a

(14) - Esta experiência de respeito à pesquisa sobre indicadores sociais, desenvolvida no âmbito do Rio de Janeiro, em 1976. A partir da publicação, em 1977, do trabalho "Biscateiros e trabalhadores rurais na área do Grande Rio", de autoria de [nome não legível] e [nome não legível].

força de trabalho brasileira. Assim, a qualidade de vida ajuda a pensar o homem concreto e a partir de sua existência numa possibilidade de alternativa. Este homem concreto, para nós, não deve ser procurado nem nas médias estatísticas nem no somatório indiferenciado de frações da população em que estas médias implicam.

Assim, não partimos de um parâmetro de "exclusão" nem de um mínimo social vital qualquer para caracterizar populações ditas marginais mas, ao contrário, de um quadro de referência dado pela categoria trabalho.

Os limites em que ocorre a reprodução do trabalhador (sobrevivência e reprodução física do trabalhador mais condições técnicas de trabalho) na sociedade capitalista correspondem às necessidades (estas sim básicas para compreensão do sistema) da acumulação capitalista. Assumindo esta perspectiva não procuramos focar as necessidades essenciais do ser humano in generico mas, partimos para a caracterização da qualidade de vida como uma questão dada pelo debate político atual que se insere na característica concentracionista do nosso processo de crescimento capitalista.

Pensamos, portanto, que a questão sobre a qualidade de vida pode ter frutos concretos na medida em que se apresente como possibilidade transformadora (reivindicatória) ou como mediadora teórica. A idéia de mediação prende-se à perspectiva da qualidade de vida enquanto reflexo da organização da produção e, enquanto pré-requisito para a continuidade das próprias condições de produção atuais. Dentro desta ótica a categoria trabalho permite a unificação histórica do "homem". Pois como ser histórico, este só encontra sua expressão enquanto "classe" e foi em busca desta unidade histórica que recortamos nossas categorias empíricas - "biscateiro" / "trabalhador rural". Dados os limites de nossa proposição teórica nesta exposição não partimos para o questionamento necessário da articulação destas categorias com a forma hegemônica assumida pela produção industrial monopolista no momento atual brasileiro. Assumimos, sim, estas categorias como unidade de dados significativas para a retomada da questão sobre qualidade de vida.

Quando assumimos como fundamental a categoria trabalho identifica-
mos uma forma de explicar e reunir outros indicadores que em geral fi-
cam setorizados e referidos à "população in genérico". Este é o caso
de salário/renda familiar, saúde/alimentação, trabalhador/família, re-
lações de trabalho/condições de produção. Esta conjugação rompe com o
imobilismo inerente às estatísticas oficiais e às informações resultan-
tes das "metas setorizadas", introduzindo o elemento dinâmico indispen-
sável a qualquer abordagem crítica da realidade social. As relações en-
tre desemprego/reincorporação na força de trabalho, transformações na
experiência de trabalho das categorias analisadas, constituem uma pos-
sível forma de rompimento com a definição oficial de "área metropolita-
na". Os resultados atingidos indicam que não é a diferença entre "ru-
ral" e "urbano" um elemento importante na identificação da qualidade
de vida destas categorias de trabalho mas, 1) as necessidades da acumu-
lação capitalista; 2) o momento atual de realização concreta destas ne-
cessidades na formação social brasileira.

PROJETO: A QUESTÃO DA SAÚDE E O PROBLEMA SOCIAL

O estudo da questão da saúde e da medicina na formação social brasileira teve grande desenvolvimento nos tempos recentes. As análises têm abordado o problema sob diversos ângulos. Algumas vêem como a medicina, através de suas várias vertentes, atua na reprodução e manutenção da força de trabalho viabilizando a própria existência da formação econômica capitalista. Outras, através da investigação dos instrumentos da Saúde Pública, em especial as Campanhas Sunitárias, demonstram sua ação saneadora face a população visando criar determinadas condições gerais de produção. Da mesma maneira, alguns trabalhos revelaram como o surgimento da chamada Previdência Social na década de 30 insere-se em um complexo jogo de forças sociais cujas raízes estão muito mais próximas à necessidade de neutralizar e cooptar a dinâmica do movimento das classes populares que a problemas de elevação do nível de saúde de dada categoria de trabalhadores urbanos. (1)

O objeto dessa pesquisa, sem dúvida, vai de encontro a todas essas preocupações. Visa não só investigar a natureza das obras surgidas entre o início da década de vinte e meados dos anos quarenta voltadas para a Educação Sanitária, como identificar as principais discussões em torno do tema Saúde Pública. A pesquisa parte da compreensão que categorias como doença e saúde não são produtos a-históricos, mas, pelo contrário, encontram efetiva realização em cada momento de existência de uma sociedade. Procura então apreender como subjacentes aos projetos de racionalidade sanitária e combate a doenças de massa desse período aparecem formulações ideológicas que traduzem uma prática de hegemonia dos grupos dirigentes da sociedade. (*) Desse modo, avaliando os valores, perspectivas e objetivos presentes nessas práticas

(*) No conceito de hegemonia (expressão da direção cultural e ideológica de um grupo social fundamental na sociedade) desenvolvido por Gramsci, nos interessa o aspecto da sua organização intelectual. Ou seja, o papel que as diferentes categorias profissionais exercem como agentes executores de sistema de dominação de um grupo social fundamental no mundo da produção.

Na inteligência ou na "omnipotência" de grupo dirigente para o estabelecimento das condições e estruturas da hegemonia social e da que sua política

médicas, a pesquisa tenta estabelecer sua relação com o pensamento político predominante nesse espaço histórico da sociedade brasileira. Principalmente propondo-se medir, a partir de determinadas evidências, o grau em que as mediações profissionais médicas viabilizaram culturalmente formas autoritárias de direção política da sociedade.

Com efeito, parcelas significativas dos trabalhos voltados para os problemas médico-sanitários, dessa época, desenvolvem em planos não excludentes discursos que legitimam:

- 1º) políticas de controle médico da população
- 2º) a centralização de poder para concretizar a racionalização sanitária.

No primeiro caso temos uma série de obras sobre higiene, saúde pública e educação sanitária que têm na utilização da noção de eugenia a característica fundamental. A concepção de eugenia, criada pelo inglês Galton, postula o estudo das influências acessíveis à ação social que possam intervir na correção e melhora das qualidades raciais das gerações. (2) Inicialmente o termo aparece no Brasil da década de vinte associado à chamada lei dos Indesejáveis. Essa lei de 1921, em meio a argumentos morais e políticos aponta inconvenientes médicos para a imigração de determinados povos para o Brasil. É defendida principalmente pelos membros da Ação Nacionalista Brasileira, germe do que seria a futura Ação Integralista Brasileira, inspiradora em todo decorrer dos anos trinta da campanha anti-semita no Brasil. (3)

Com o desenvolvimento do processo histórico essas concepções que têm na noção de eugenia seu requisito básico penetram de maneira acentuada no corpo profissional médico. O trabalho de Jurandir Freire Costa a partir do estudo dos textos publicados pelos Arquivos Brasileiros de Higiene Mental, revista da Liga Brasileira de Higiene Mental, revela como um grande número de psiquiatras da época passam a elaborar programas de higiene baseados nessa noção de "prevenção eugênica". Para eles, a eugenia era um conceito científico e inquestionável. Uma vez aceito esse pressuposto, os psiquiatras passam a pedir a esterilização sexual dos indivíduos deficientes, a pagar o desaparecimento da minoria.

(cont.) da, não (1) do elemento "contaminado" da parte grande
da sociedade, a eugenia era um conceito científico e inquestionável. Uma vez
aceito esse pressuposto, os psiquiatras passam a pedir a esterilização

cigenação sexual entre os brasileiros, a exigir a proibição de imigração de indivíduos não-brancos, a solicitar a instalação de tribunais de eugenia e de salário de paternidade eugênica. (4)

Igualmente, as tentativas de descrição da situação sanitária da população não deixam de expressar a influência desse arcabouço ideológico. A diferença em relação à psiquiatria reside apenas na maior penetração social que terá quando colocado como substrato teórico dos tratados sobre doenças de incidência maciça entre a população. Geralmente essas obras eram dirigidas para servirem como textos escolares, manuais de formação de professores e profissionais de Saúde Pública e mesmo como normas para saberes médicos. Não será incomum - e a pesquisa - buscará medir sua real dimensão - a existência de textos de educação sanitária orientados para o uso do magistério público, por exemplo, que expressem pontos de vista onde a necessidade de "seleção eugênica" da população é preocupação central.

"Do cruzamento de raças fortes e sadias provém de certo, uma raça melhorada. Mas se uma raça forte se acha a braços com o alcoolismo, a tuberculose, a sífilis, as intoxicações vânicas ou os chamados vícios sociais, como cruzá-la com outra e esperar bons resultados, principalmente se essa outra for uma raça reputada inferior? Não sabemos assim como haja quem pense com entusiasmo em ativar, por exemplo a imigração amarela.

Ao invés disso, e enquanto formos acolhendo representantes de raças sadias e fortes, que para nosso país se encaminhem, velamos pela saúde do brasileiro preparando-o para esse cruzamento auspicioso." (5)

(cont.) 1) do, da confiança) que o grupo dominante obtém, por causa da sua posição e de sua função no mundo da produção; 2) do aparato de coação estatal que assegura "legalmente" a disciplina dos grupos que não consentem, nem ativa nem passivamente, mas que é constituído para toda a sociedade, na previsão dos momentos de crise no comando e na direção, nos quais frequencia o consenso espontâneo". (GRAMSCI, A. - Os Injelectuais e a Organização d. Cultura, ed. Civil. Bras., Rio, 1968, p.11)

A existência histórica dessas propostas terá na Primeira Semana da Saúde da Raça, promovida pela Sociedade Brasileira de Urologia, em 1942, um dos seus momentos mais expressivos. Promovida por Sociedades Médicas e Culturais, tendo como presidente de honra Getúlio Vargas, essa Semana coloca entre seus objetivos fundamentais o problema do fortalecimento da raça através do preparo cultural e eugênico. Efetivamente, essas preocupações, naquele momento, não eram somente dos organizadores do evento. Após ouvir a exposição minuciosa sobre a finalidade da Semana, Getúlio Vargas não deixou de considerá-la uma iniciativa digna de louvores. "O governo central acha oportuníssimo este certame e saberá apoiar esta campanha de caráter profundamente social." (6)

Partindo da visão legitimadora do Estado forte que deve "usar e abusar" da força em benefício do Brasil de amanhã, a Semana da Saúde da Raça explicita um programa de controle médico da população justificável pela necessidade de impedir que nasçam brasileiros hóspedes vitalícios de hospitais.

"Que vale a um Estado hospícios cheios de idiotas ou loucos incuráveis? Que valem os leprosários cheios, os hospitais repletos de tuberculosos incuráveis? Devemos aplicar a eutanásia no caso em apreço? A aplicação da morfina ou anestesia pelo protóxido de azoto até o desenfance a doentes de moléstias incuráveis e insuportavelmente dolorosas, é sem dúvida, um gesto piedoso." (7)

O segundo veio de discursos é o que formula a necessidade de centralização do poder para tornar viável a racionalização sanitária. Em especial, está ausente em autores que privilegiam uma postura técnica face ao problema da saúde. São análises que utilizam como estrutura lógica de explicação para a existência das doenças de massa a ausência de educação sanitária na população. São obras que ao descreverem as condições nutricionais da infância, por exemplo, remetem todo o raciocínio à ignorância de setores populacionais das regras adequadas de alimentação. Alguns desses autores já evidenciam mesmo em meados dos anos vinte iniciativas concretas de métodos políticos sanitários americanos, via Fundação Rockefeller, onde os técnicos de educação (repetindo a fórmula) são os autores e privilegiados beneficiários que

defendem a necessidade de se utilizar no combate sanitário recursos como conferencias, palestras, cursos, irradiações, etc.; matéria impressa em notícias, revistas, livros, cartas, etc.; filmes mudos e sonoros, além de outros meios como as campanhas. Situam-se dessa forma em oposição relativa ao instrumental direto da coerção para encaminhar a questão da Saúde Pública, prática comum nos períodos anteriores. Contudo, muitas de suas teses transcendem as fronteiras do problema médico e quando colocadas no interior das transformações que ocorrem na sociedade assumem um caráter fortemente político. Sobretudo quando sob o manto do discurso técnico está a própria legitimação de medidas autoritárias de controle social.

A valorização do papel da educação como instrumento da racionalidade sanitária traz consigo considerações que, em termos culturais, exprimem consenso ante formas centralizadoras, anti-liberais e anti-populares de poder. As conclusões apresentadas pelo Terceiro Congresso Brasileiro de Higiene de 1926 delineiam, por exemplo, todas as medidas de controle e formação da imprensa característica da conjuntura do Estado Novo (Departamento de Imprensa e Propaganda). Seguem os congressistas:

- I- Exercendo a imprensa incôntestável influência na formação de hábitos sadios nas crianças, deve ser ela regulamentada, de modo a que essa influência sempre se evidencie em benefício.
- II- Deve ser abolida, para bem da coletividade e maior confiança do leitor no seu jornal, o conceito em voga da imprensa leiga, entregando-se a consultores técnicos da redação - jornalista ou não - as questões de ordem científica, particularmente sobre Higiene.
- III- Devem merecer especial estudo da parte dos higienistas, psicólogos, sociólogos e jornalistas as questões relativas a "Higiene da Imprensa" para que a divulgação por meio do jornal não venha a constituir um perigo mas sempre um bem para a sociedade." (8)

Da mesma forma que os discursos onde o nome da eugenia predominava, a intervenção racionalizadora do Estado nos domínios da Saúde Pública é apontada como necessidade constante. O Estado surge então

como uma agência distribuidora de recursos colocada acima das contradições entre as forças sociais da sociedade. No Estado Nazista alemão identifica-se o paradigma exemplar para atuação do Estado brasileiro.

"Na Alemanha e na Áustria, países líderes no terreno da proteção à infância, grande é a messe colhida face da sua admirável legislação. Nesses países, desde o raiar da vida infantil, em todo o seu decurso, em toda a sua evolução, o Estado faz-se sentir. Ao lado das maternidades modelos, os hospitais e asilos para crianças, os Kindergatens, os banhos de piscina situadas em praças públicas, toda essa profusão de meios salutarres elevou o nível de resistência da raça." (9)

Todas essas questões serão melhor compreendidas quando associadas às profundas mudanças porque atravessou a sociedade brasileira nesse período histórico. Em especial as articulações que marcaram a atuação do bloco dominante da sociedade a partir da década de 1920, principalmente colocadas face às contradições sociais originadas do processo de abolição da escravatura, imigração europeia, migração de camponeses e antigos escravos para a cidade e a industrialização nascente. Essas articulações traduzem, por outro lado, uma clivagem cada vez mais aberta entre os diversos projetos estruturados pelos setores dirigentes que se orientavam para a manutenção do domínio político desses grupos no interior da sociedade.

METODOLOGIA

A pesquisa será desenvolvida através da análise das diversas vertentes da bibliografia sanitária, procurando dimensionar seu nível de abrangência e a medida em que variam quando dirigidas a grupos sociais específicos. Recorrerá ainda a leitura dos anais dos congressos brasileiros de higiene pública, à consulta e manuais de formação profissional para a área de prevenção sanitária e à cobertura dos currículos das disciplinas escolares ligadas ao ensino de noções de higiene. Além disso, a pesquisa lançará mão de toda uma série de obras de investigação histórica onde não só é entendido o caráter das principais discussões políticas no meio de classes dirigentes, mas principalmente a influência no histórico brasileiro de novos atores sociais.

Podemos dessa maneira constatar até onde os problemas colocados na área da saúde apresentam especificidades frente as contradições que dilaceravam a sociedade naquele momento.

NOTAS

- 1) DONNANGELO, M.C. - O Médico e Mercado de Trabalho; tese de doutoramento, USP, São Paulo, 1972, mimeo.
- MALLOY, James - "Previdencia Social e Classe Operária no Brasil" - nota de pesquisa. Estudos Cebrap, nº 15.
- 2) PEIXOTO, Afranio - Higiene. Livraria Francisco Alves, Rio, 1938, p. 21, vol. I.
- 3) CARNEIRO, Fernando - Imigração e Colonização no Brasil. Universidade do Brasil, Rio, 1950, p.32.
- 4) FREIRE COSTA, Jurandir - História da Psiquiatria no Brasil, Ed. Documentário, Rio, 1976, p.13.
- 5) EDUCAÇÃO SANITÁRIA (Higiene e Medicina Preventiva) pelos Inspectores Médicos Dentários da Diretoria de Instrução (para uso dos Membros do Magistério Municipal) . Livraria Francisco Alves, Rio, 1930
- 6) BITTENCOURT, Adalzira - Direito de Cura, Rio, 1942, p.7.
- 7) BITTENCOURT, Adalzira - op.cit., p.32.
- 8) ANAIS DO III CONGRESSO BRASILEIRO DE HIGIENE (1962), p. 934.
- 9) BANWITZ, Joaquim Novais. Centro de Saúde, São Paulo, 1942, p.54.

CRONOGRAMA

- 1º Semestre: Levantamento bibliográfico de fontes primárias:
 - obras da época sobre Higiene, Educação Sanitária, Saúde Pública.
 - consulta de Anais e publicações especializadas.
 - Leitura dos trabalhos de natureza histórica sobre o período.
 - Entrega do 1º relatório.
- 2º Semestre: Desenvolvimento dos aspectos teóricos do trabalho.
 - Análise e seleção dos Dados obtidos na pesquisa de fontes primárias.
 - Relatório final.

BIBLIOGRAFIA

- CARDOSO, Fernando Henrique. *Capitalismo e Escravidão no Brasil Meridional*, Difel, São Paulo, 1962.
- CARONE, Edgar. *Revoluções no Brasil Contemporâneo (1922-1928)*, Desse Editora, São Paulo, 1965.
- A Primeira República (Texto e Contexto) (1889-1930), Difel, São Paulo, 1973.
- A República Velha (Instituições e Classes Sociais), Difel, São Paulo, 1972.
- A República Velha (Evolução Política), Difel, São Paulo, 1971.
- A Segunda República (1930-1937), Difel, São Paulo, 1973.
- O Estado Novo, Difel, São Paulo, 1976.
- FAUSTO, Boris. *A Revolução de 1930*, Ed. Brasiliense, São Paulo, 1975.
- Trabalho Urbano e Conflito Social*, Difel, São Paulo, 1976.
- PINHEIRO, Paulo Sérgio. *Política e Trabalho no Brasil*, Ed. Paz e Terra, Rio, 1975.
- RIBEIRO, Darcy. *Teoria do Brasil*, Paz e Terra, Rio, 1972.
- RODRIGUES, Edger. *Nacionalismo e Cultura Social*, Lacomert, Rio, 1972.
- SILVA, Hélio. 1926 - A Grande Marcha, Ed. Civilização Brasileira, Rio, 1965.
- 1930 - A Revolução Traída, Ed. Civ. Brasileira, Rio, 1966.
- 1931 - Os Tenentes no Poder, Ed. Civ. Bras., Rio, 1966.
- 1932 - A Guerra Paulista, Ed. Civ. Bras., Rio, 1967.
- 1933 - A crise do Tenentismo, Ed. Civ. Bras., Rio, 1968.
- 1934 - A Constituinte, Ed. Civ. Bras., Rio, 1969.
- 1935 - A Revolta Vermelha, Ed. Civ. Bras., Rio, 1969.
- 1937 - Todos os Golpes se parecem, Ed. Civ. Bras., Rio, 1970.
- 1938 - Terrorismo em Campo Verde, Ed. Civ. Bras., Rio, 1971.
- SOLA, Lourdes - "O Golpe de 37 e o Estado Novo", in *Brasil em Perspectiva*, Carlos Guilherme Mota (org.), Difel, São Paulo, 1975.
- TRINDADE, Belgio - *Intelectuais*, Difel, São Paulo, 1975.
- VIANA, Oliveira - *Populações Meridionais do Brasil*.
- WALTON, J. - *A História do Brasil*, Ed. Civ. Bras., Rio, 1966.

OBSERVAÇÃO

O texto Noções de Demografia aplicadas à Pediatria Social foi redigido por solicitação do Dr. Aginaldo Marques à Ana Clara T. Ribeiro, a fim de integrar um livro com o título Teoria e Prática de Pediatria Social.

NOÇÕES DE DEMOGRAFIA APLICADAS À PEDIATRIA SOCIAL

(texto provisório)

Ana Clara Torres Ribeiro
Setembro 1976

INTRODUÇÃO

A demografia como disciplina inserida entre diversas áreas acadêmicas - classificada entre a estatística e as ciências sociais - pode ser compreendida, de forma sintética, através da seguinte apresentação: "Demografia é o estudo científico das populações humanas, principalmente no que diz respeito ao seu tamanho, estrutura e desenvolvimento..."(1)

O campo tradicionalmente reservado à demografia envolve um nível descritivo rigoroso onde as questões básicas são, por exemplo, com relação à dinâmica demográfica: o ritmo de crescimento de uma população; o papel desempenhado neste ritmo por cada uma das chamadas variáveis demográficas (fecundidade, mortalidade e migrações internacionais e internas); variações no comportamento de cada uma destas variáveis em busca do equacionamento de tendências seculares. E, com relação às estruturas demográficas: a composição de uma determinada população por sexo, idade, nível educacional, residência rural ou urbana, ocupação etc. Naturalmente, não cabe nesta apresentação ligeira da demografia uma discussão aprofundada entre tendências e cortes. Entretanto, estes dois pontos de apoio compõem a base tanto da descrição demográfica quanto do que é compreendido por "teoria de população"(2), que amplia muito os limites tradicionais da demografia anteriormente referidos. Esta "teoria" implica na colocação de um problema demográfico tan

(1) Fundação 1969 - Anuário Demográfico Multilíngue, 1969, pp. 17.

Para análises da demografia como disciplina científica ver VIEIRA, PAULO A. - "O desenvolvimento crítico em Demografia", São Paulo, Culpis, 1973.

(2) "A demografia, através dos estudos de teoria da população, tem como objetivo principal a previsão e a interação das variáveis demográficas com os fatores econômicos, sociais, culturais e ambientais" (demografia - op.cit. - p.16)

to na realização de análises de momento, (vide, neste contexto, a prática corrente de construção de indicadores sócio-econômicos) quanto no processo de inserção da demografia num âmbito explicativo que permita sua inclusão entre as ciências sociais.

Quais são os fatores sócio-econômicos que ocasionam a queda do ritmo de crescimento de uma população? ou, mais exatamente da fecundidade? ⁽³⁾. Talvez seja esta a questão demográfica mais frequente atualmente e, que equacione melhor as razões do relativo interesse alcançado pela demografia nos últimos decênios. Naturalmente esta questão é desdobrável numa série de indagações subsequentes, entre as quais podemos salientar as que relacionam: crescimento da população e viabilidade de desenvolvimento. Esta é uma questão colocada por interesses que se vêm potencialmente ameaçados pelo crescimento demográfico de populações necessitadas. Neste sentido, tem envolvido uma parte significativa das análises que extravasam o âmbito técnico, ou seja, de fornecimento de dados para o planejamento.

Assim, tal questão é correlata do crescimento da população nas áreas subdesenvolvidas ⁽⁴⁾; crescimento este, oriundo em termos estritamente demográficos, da manutenção da fecundidade em níveis elevados e do controle parcial da mortalidade, sobretudo por técnicas médico-sanitárias de rápida aplicação. O afastamento entre o comportamento destas duas variáveis demográficas (dado o reduzido papel desempenhado pelas migrações internacionais atualmente) é responsável pela tão proclamada "explosão demográfica", expressão comum, apesar de contestada e contestável.

(3) Adotaremos, neste trabalho, a seguinte distinção: fertilidade - capacidade de reprodução e, fecundidade - procriação efetiva.

(4) É claro, que demografia acrescenta parâmetros do tipo de crescimento demográfico, mas não os da dinâmica econômica, portanto, a validade estabelecida por este crescimento.

A queda da mortalidade, cujo ponto crítico pode ser atingido se não for acompanhada de melhoria no nível de vida destas populações⁽⁵⁾, cria o lapso acentuado entre mortalidade e fecundidade, e a questão em torno de quando será alcançado o padrão demográfico "moderno" nas áreas hoje subdesenvolvidas, isto é, o equilíbrio a baixas taxas de fecundidade e mortalidade. Esta análise e esta preocupação se encontram sintetizadas na conhecida "teoria da transição demográfica", baseada na sistematização da dinâmica demográfica passada e atual dos países desenvolvidos. As apresentações gráficas desta teoria⁽⁶⁾ procuram ilustrar as fases de "amadurecimento" de uma população, e conseqüentemente do seu ritmo de crescimento. Infelizmente a centralização de esforços sobre esta teoria, que ao que convencionamos nível explicativo estaria integrada na sociologia da modernização⁽⁷⁾, pode ser pelo menos parcialmente responsabilizada pelo não alcance de respostas às indagações mais urgentes e complexas. Muitos destes esforços se reduzem a um exercício classificatório de países nas "fases" da transição demográfica, sendo os aspectos sócio-econômicos colocados como complementos para comparação, geralmente traduzidos em indicadores como renda per capita, percentagem de alfabetizados, percentagem de população urbana, etc. Salientamos este ponto para indicar a pobreza analítica oriunda da ausência de integração e acumulação teóricas, acompanhada da sujeição a uma questão cujos fundamentos não são postos em causa. Neste sentido, a

(5) Ver quadro 1 - Mortalidade infantil e Salário mínimo - O-púsculo nº 114 - 12/1/75, p.7.

(6) Ver quadro 2 - Reprodução do livro de Philippe Henchez - "Demografia", Barcelona, Ediciones Ariel, p.207.

(7) Esta teoria encontra fatores tal como: urbanização, industrialização e secularização com indicadores de um superior ordenamento da situação de subdesenvolvimento.

deficiência dos dados estatísticos foi responsabilizada durante muito tempo pela prática ausência de elaborações teóricas integradas, constituindo mesmo um dos maiores estímulos ao desenvolvimento de técnicas alternativas para a estimativa dos indicadores demográficos tradicionais.

No entanto, já contamos hoje com dados ou técnicas substitutivas suficientes para o cálculo destes indicadores, pelo que devemos procurar noutra parte os motivos das dificuldades assinaladas de equacionamento teórico. Talvez possamos avançar uma resposta neste sentido salientando os seguintes pontos:

- a. as vinculações político-ideológicas claras de algumas das questões demográficas, estimulando a tendência a devolver à neutralidade aparente das informações puras, a ânsia de respostas imediatas;
- b. a vinculação evidente da demografia com o planeamento, o que tende a restringir a análise demográfica à linguagem oficial, tendo como consequência o bloqueio a incorporações teóricas alternativas;
- c. em decorrência disto, a prática recorrente de incorporação das categorias censitárias como categorias teóricas; considerando-se, por exemplo, a população in generico, desvinculada das principais clivagens teoricamente significativas (classes sociais);
- d. e ainda, quando uma questão torna-se politicamente significativa como, por exemplo, no caso do controle da natalidade, a linha de argumentação tende a permanecer presa aos limites da demografia anteriormente especificados.

Portanto, esta introdução à demografia sofre das restrições inerentes deste tipo corrente de planeamento, pelo que nos resta recorrer à busca de uma utilização de outros recursos de planeamento, a fim de ultrapassar os limites da demografia tradicional. (C) 1975

restrito deste estudo) apresentar um encaminhamento dos limites em que se debate a argumentação propriamente demográfica quando extravasa este âmbito técnico aparentemente neutro (objetivo potencial deste estudo).

Indicamos, desta forma, a ambiguidade intrínseca da demografia. Vinculada à Pediatria Social permanece, por um lado, em sua face técnica, fundamentalmente utilizada na identificação da demanda de atenção médica (por exemplo, informações sobre a pirâmide etária de um país ou região⁽⁸⁾) ou, na seleção da população a ser atendida. Por outro lado, ainda vinculada à Pediatria Social - no mesmo nível dos indicadores demográficos - a demografia pode ser vista como uma das formas de identificação da distância entre prometido e cumprido (por exemplo, informações sobre mortalidade infantil no Brasil), como um instrumento para o conhecimento social das condições de vida de parcelas da população.

Neste momento, caberia a observação de que aparentemente dependeria de quem utilizasse a informação demográfica fazer surgir uma ou outra destas duas faces, deixando de lado aqui possíveis deturpações da informação que serve de base à construção de medidas demográficas. Sem dúvida isto é assim em inúmeros exemplos. No entanto, acreditamos ser necessária uma crítica interna da demografia, ao nível dos próprios indicadores, da informação socialmente manipulada e transmitida, o que só pode aparecer aqui como intenção.

(8) "A distribuição da população por idades é feita, via de regra, em anos de idade ou grupos de idade que podem ser grupos de idades quinquenais ou grandes grupos de idade, como 0-15 anos, 20-39 anos, 40 e mais. Às vezes, a composição por idade ou distribuição por idade é feita pela classificação da população em grupos de sexo e de nascimento. A representação gráfica correspondente da distribuição de uma população por idade e sexo, geralmente é uma pirâmide de idades, mostrando a pirâmide de idades." (Fundação IBGE, 1960, p. 10).

Medidas Demográficas - Limites externos e limites internos

Consideramos como limites externos aqueles referidos à qualidade da informação, enquanto impeditiva de alcançar-se a mensuração tradicional dos fatos demográficos. E, como limites internos, a própria natureza da medida ou as linhas correntes de pensamento demográfico, enquanto impeditivas de perspectivas analíticas alternativas.

Para a análise demográfica de uma população, parte-se geralmente de uma avaliação do número absoluto de habitantes. Este número é fracionado, num segundo momento, por sexo e idade. Estas informações constituem a base de construção da pirâmide demográfica (forma gráfica sintetizadora destas informações) e, também, de construção da maior parte dos outros indicadores demográficos.

Os limites externos à obtenção destas informações prendem-se unicamente à existência de censos periódicos e à possibilidade de subrecenseamento, contagem múltipla ou deslocamentos da idade real do indivíduo, na medida em que dependem dos dados censitários. Outros limites, ainda externos, se prendem à necessidade de maiores informações, em casos particulares, para construção de medidas de maior precisão (por exemplo: informações por intervalos menores de idade).

Os limites internos desta base para a construção dos indicadores demográficos surgem a partir:

- a. da base considerada ser a população percebida como somatório de indivíduos;
- b. deste somatório processar-se sobre as delimitações geográficas estabelecidas por critérios político-administrativos (Região, Estado, Município);
- c. de permanecer a análise demográfica, na maior parte dos casos, presa a um princípio, geralmente essencialmente

estes marcos geográficos (comparações internacionais ou in-
tranacionais), sem um questionamento teórico adequado do
espaço considerado⁽⁹⁾. Devido a isto a teorização da in-
formação demográfica surge como fundamentalmente teleolôgi-
ca (distância entre países desenvolvidos e subdesenvolvi-
dos, regiões, etc.)

Face à população (número absoluto de habitantes) e seu
ritmo de crescimento são identificadas as já referidas variá-
veis demográficas - fecundidade, mortalidade e migrações. A
forma combinada de atuação destas três variáveis explica, em
última instância, as mudanças no volume e no ritmo de cresci-
mento da população. Com isto, tende-se a encerrar o campo da
"teoria de população" em aprofundamentos sócio-econômicos da a
nálise de cada uma destas variáveis consideradas de forma iso-
lada⁽¹⁰⁾.

Neste momento, podemos apontar duas graves restrições
à demografia como tradicionalmente desenvolvida. Em primeiro
lugar, o fato desta identificação em última instância ser as-
sumida, em muitos casos, em primeira instância. As consequên-
cias disto, sobretudo na análise da fecundidade e das migra-
ções, podem ser resumidas na observação de que, a partir desta
identificação, assumem prioridade aquelas teorias que tentam

-
- (9) Para uma crítica às análises comparativas correntes ver:
CASANOVA, P.G. - "Las categorías del desarrollo económico
y la investigación en ciencias sociales", Buenos Aires,
Ediciones Nueva Vision, 1973.
e, para uma análise de espaço em demografia
VIEIRA PINTO, A. - op.cit pp 361 a 363.
- (10) CARLTON, Robert O. - Aspectos Metodológicos y Sociológicos
de la Fecundidad Humana, Santiago, Chile, ser e 1/7.
HERNÁNDEZ, J.G. - Estadística de las áreas metropolitanas de
América Latina, Santiago, Chile, serie 1/8.
BLAZAGA, J.G. - Métodos demográficos para el estudio de la
mortalidad, Santiago, Chile, serie 1/5.

equacionar opções pessoais⁽¹¹⁾: com relação à fecundidade, por exemplo, a distância entre número ideal e real de filhos e, com relação às migrações, a percepção de oportunidades diferenciais no lugar de origem e destino. Em segundo lugar, mas não menos importante, o fato do rompimento com estas abordagens teóricas ser mais difícil pelo caráter aparentemente lógico que adquirem. Em vez da situação individual ser equacionada teoricamente pelas relações sociais históricas que a explicam, esta passa a ser considerada em si mesma, ou seja, como objeto principal de análise mediada pelo social.⁽¹²⁾

Estas observações exemplificam um nível possível de crítica. No entanto, cabe neste momento apresentar um mínimo de informações sobre o instrumental demográfico e buscar estabelecer seus limites.

Fecundidade - num nível simples de mensuração, podemos apontar duas medidas correntes da fecundidade: taxa bruta de natalidade (TBN) e taxa de fecundidade geral (TFG). Estas taxas, geralmente, são apresentadas com incidência por mil habitantes.

$$(13) \quad \text{TBN} = \frac{\text{nº de nascidos vivos do período}}{\text{população média total do período}} \text{ o/oo} = \frac{B(t)}{N(t)} \text{ o/oo}$$

dado de Registro Civil
dado de Censo Demográfico

- (11) Com relação à mortalidade, dificilmente alguém poderia tentar impor uma opção teórica que procurasse equacionar as opções individuais entre saúde e doença ou morte.
- (12) Como exemplo do que foi afirmado podemos apontar o "funil" de determinações com relação à fecundidade identificado por CARLTON, R. - op. cit. p.147 (Esquema conceitual para os fatores determinantes voluntários da diminuição transacional da fecundidade).
- (13) "A taxa bruta de natalidade é, de muitos pontos de vista, a medida talvez mais importante da fecundidade. Esta importância provém do que é a única medida da fecundidade diretamente comparável com as medidas da mortalidade, migrações e aumento da população... Ainda que existam medidas mais refinadas da fecundidade, são a taxa bruta de natalidade e suas tendências e flutuações as que produzem um impacto direto no aumento da população..." (CARLTON, R. op.cit. p.15).

$$\text{TFG} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de nascidos vivos do período}}{\text{população feminina média em idade de reprodução (limites = 15-45 anos ou 15-49 anos)}} \text{ o/oo} = \frac{B(t)}{N^f(t)} \text{ o/oo}$$

dado de Registro Civil
dado de Censo Demográfico

Os limites externos à obtenção destas taxas referem-se à disponibilidade de dados de Registro e Censo e aos problemas de subenumeração, registro fora de data, subrecenseamento, contagem múltipla, etc. A partir disto, a demografia teórica⁽¹⁵⁾ estabelece a influência de fatores extrínsecos que afetam a análise comparativa. Como rápido exemplo destes fatores podemos apontar a proporção de mulheres em idade reprodutiva na população total. Uma proporção diferencial em duas populações pode indicar níveis de fecundidade diferentes medidos pela taxa bruta de natalidade, independentemente do nível real poder ser o mesmo para as duas populações. Ou ainda, com relação à taxa de fecundidade geral, uma proporção diferencial em duas populações de mulheres nas idades mais reprodutivas⁽¹⁶⁾ pode indicar níveis de fecundidade diferentes medidos por esta taxa, apesar do nível real poder ser próximo para as duas populações.

Neste sentido, o controle destes fatores extrínsecos só pode ser conseguido totalmente através do conjunto de taxas de fecundidade por idade, para o cálculo das quais dificilmente se conta com informações suficientes.

- (14) "A taxa de fecundidade geral tem um emprego mais especializade. É um índice muito útil, ao comparar o nível de fecundidade de duas populações, para isolar do efeito dos outros fatores extrínsecos o efeito distorsor sobre a taxa bruta de natalidade da proporção de mulheres de idade reprodutiva dentro da população total" (CARLTON, R. op. cit. p. 22).
- (15) A definição de demografia teórica tradicional refere-se à interpretação quantitativa dos fenômenos demográficos, não incluindo as causas e condições sociais, econômicas, etc. (CARLTON, R. op. cit. p. 15).
- (16) Ver também a taxa de fecundidade geral, retirado

De qualquer forma observa-se, uma vez mais, que a preocupação central da demografia teórica prende-se às raízes da análise comparativa. Por outro lado, aspectos centrais de "teoria de população" surgem a partir destas bases comparativas não devidamente questionadas. Citemos um exemplo que relaciona estas bases comparativas com a fecundidade. Evidentemente, a preocupação em torno do ritmo de crescimento de uma população e, resta perguntar, de qual parcela da população na medida em que só um pensamento ingênuo poderia manter-se neste nível de abstração, vincula-se necessariamente a determinados projetos políticos. No entanto, a apresentação desta questão pode guardar aparentemente características só técnicas.

Assim, a análise demográfica identifica como fator responsável básico pela verificação de estruturas etárias jovens, a existência de altos níveis de fecundidade⁽¹⁷⁾. As relações de dependência (população em idade ativa - 15-64 anos/população dependente) pouco desejáveis daí decorrentes comporiam, numa abordagem controlista, para os países subdesenvolvidos, mais um fator a distanciá-los do parâmetro de referência delimitado pelos países desenvolvidos, onde uma proporção mais elevada de indivíduos em idade ativa suportaria uma carga menor de dependentes⁽¹⁸⁾. Ao lado deste indicador demo-econômico (próprio a análises de momento), a dinâmica demográfica é reintroduzida nesta abordagem através do ritmo de crescimento da população que pressiona sobre o mercado de trabalho.

A crítica a esta linha de argumentação aponta, em geral, a irrelevância inerente a essas comparações percentuais simples. Em primeiro lugar, negando a existência dos limites 15-

(17) PHILLIPS, Robert. *Demography and Economic Development*. Mexico, Fondo de Cultura Económica, 1964, p. 100.

64 anos para entrada e saída da força de trabalho e, em segundo lugar, questionando a própria utilização, nas relações de dependência, da população em idade ativa. Este questionamento ocorre através das taxas de participação (quantos trabalham ou buscam trabalho ?) e, das taxas de ocupação (quantos efetivamente conseguem trabalho ?). Além disto, acrescenta a alta incidência de ocupações marginais não produtivas que absorvem parte da população ocupada. (19)

Quanto à face dinâmica do argumento controlista, esta crítica indica que o mercado de trabalho não pode ser compreendido em termos abstratos mas, sim, a partir das formas históricas de produção.

Mortalidade - na mensuração da mortalidade podemos citar como medidas mais comuns, a taxa bruta de mortalidade (TBM), a taxa de mortalidade infantil (TMI) e a esperança de vida ao nascer (e_0) ou vida média. A taxa bruta de mortalidade e a taxa de mortalidade infantil são apresentadas, em geral, por mil, habitantes no primeiro caso e, nascidos vivos, no segundo caso.

$$TBM = \frac{\text{nº de Mortes do período}}{\text{população média do período}} \quad \frac{o/oo=D(t)}{N(t)} \quad \begin{array}{l} \text{dado de Re-} \\ \text{gistro Civil} \\ \text{dado de Censo} \\ \text{Demográfico} \end{array}$$

$$TMI = \frac{\text{nº de mortes de crianças de} \\ \text{menos de um ano no período}}{\text{nº de nascidos vivos do período}} \quad \frac{o/oo}{\text{dado de Registro Civil}} \quad \begin{array}{l} \text{dado de Registro Civil} \\ \text{dado de Registro Civil} \end{array}$$

(19) Para uma abordagem detalhada do tema ver SINGER, Paul Força de Trabalho e emprego no Brasil - 1920-1969, São Paulo, CEBRAP, Caderno 3, 1971. Para o Brasil existem poucos estudos que procurem relacionar, através de uma análise econômica adequada e em termos amplos, dinâmica demográfica e desenvolvimento. Neste sentido, um estudo abrangente do tema pode ser encontrado no livro de mesmo autor Dinâmica Populacional e Desenvolvimento, São Paulo, CEBRAP, 1970.

e_0^o = a esperança de vida ao nascer representa teoricamente uma medida integrada da incidência (ou probabilidade) de morte em todas as idades, a que está sujeito um indivíduo pertencente a uma determinada população. O seu cálculo exige a construção de uma tábua de vida da população de referência. (20)

Cabe acrescentar que, nos estudos de mortalidade, ainda são realizados, com relativa frequência, os cálculos de incidência por causa de morte. Neste ponto surgem limites externos a estes cálculos localizáveis na disponibilidade de dados e no rigor do diagnóstico médico da causa. Pode ocorrer, neste caso, que só sejam referidas as últimas aparências de um processo de destruição do corpo (por exemplo, subnutrição traduzida em parada cardíaca como causa de morte ou, como causa não especificada). Resta anotar aqui, no entanto, que o próprio processo de subnutrição, só é explicável a partir da identificação das relações de trabalho e desgaste a que está submetido um indivíduo ou classe. (21)

Os limites externos à obtenção destas medidas demográficas referem-se, mais uma vez, a problemas de Registro Civil e Censo. Em geral, os dados de Registro apresentam maior deficiência do que os dados de Censo Demográfico. Assim, por exemplo, com relação à mortalidade infantil, uma população melhor suprida de informações pode surgir com mortalidade mais elevada do

(20) No Brasil, as deficiências dos dados de registo civil impedem a precisão na análise da mortalidade infantil e da esperança de vida. No entanto, é possível a realização de estimativas calculadas para a década de 60-70 a vida média de 59 anos (61 para os homens e 57 para o sexo feminino). Para os países desenvolvidos a esperança de vida ao nascer, por volta de 1960, situava-se em 70,4 anos para a França, 69,7 para os Estados Unidos e 67,5 para a Itália.

(21) A subnutrição é uma das causas mais importantes de mortalidade infantil e de doenças crônicas. Ela é causada por uma ingestão inadequada de alimentos, geralmente devido a condições socioeconômicas desfavoráveis.

que outra onde haja maior omissão de notificação. Por outro lado, uma incidência real maior de mortalidade infantil pode, em certos casos, passar a ser atribuída a melhorias no Registro Civil. Este último tipo de argumento denota claramente onde vão acabar parando os anseios de devolver à neutralidade das informações puras a discussão das questões demográficas mais significativas.

A demografia teórica, de forma similar ao que foi dito com relação à fecundidade, realiza na análise da mortalidade a identificação de fatores extrínsecos que afetam a análise comparativa. Assim, por exemplo, uma população que tenha maiores contingentes do que outra nas idades onde a mortalidade é, em geral, mais elevada⁽²²⁾, pode apresentar um nível de mortalidade, medido pela taxa bruta, mais alto; apesar dos níveis reais serem próximos. Em resumo, podemos dizer que estruturas etárias diversas ponderam diferentemente incidências de fenômenos demográficos por idade. Assim, em termos dinâmicos, a queda da mortalidade, medida por essa taxa, apesar de expressar a contribuição direta desta variável ao ritmo de crescimento de uma determinada população, gera problemas de comparação internacional e regional. Uma estrutura etária jovem (como é o caso do Brasil) pondera diferentemente de uma estrutura etária envelhecida típica dos países desenvolvidos, as taxas de mortalidade por idade. Assim, apesar desta taxa estimada para o Brasil no período de 60-70 ter sido de 9,43‰ isto não significa que tenha sido atingido um nível surpreendente nesta variável, uma vez que os países ditos desenvolvidos possuem uma concentração relativa maior de sua população nas idades em que a mortalidade normalmente é mais elevada.

(22) Ver também o fator de mortalidade por idade.

Com relação às comparações entre níveis de mortalidade, estas são mais perfeitas quando realizadas através da taxa de mortalidade infantil e da esperança de vida ao nascer, uma vez que estes índices não são afetados por diferenças entre estruturas etárias. No Brasil, a desnutrição e a proliferação de doenças infecto-contagiosas daí decorrentes explicam, em última análise, a distância verificada entre as taxas de mortalidade infantil do país e aquelas observadas nos países centrais. No entanto, não basta esta observação. Em primeiro lugar, cabe salientiar que não se dispõe de informações sobre, por exemplo, a mortalidade entre filhos de trabalhadores por setores de produção. Em segundo lugar, deve ser salientado o fato de que a análise da mortalidade infantil, como foi dito com relação à mortalidade em geral, só ganha pleno significado quando pode ser referida a condições de vida e trabalho num determinado momento histórico. Assim, as comparações se indicam a absoluta distância entre as condições de vida da população de países e regiões diversas, ao mesmo tempo só são realizadas completamente quando é atingida a compreensão das diferenças entre as condições internas a estes países e regiões. Esta percepção está ligada à opção por uma teoria histórica que dê conta das relações sociais e políticas que explicam os níveis de mortalidade que atingem uma população em determinado lugar e tempo.

Numa população fechada, ou onde o processo migratório seja mínimo, a taxa bruta de crescimento é calculada a partir da diferença entre a taxa bruta de natalidade e a taxa bruta de mortalidade observadas num determinado período. Esta diferença expressa o crescimento vegetativo da população. Neste sentido, para o Brasil, podem ser apresentadas as seguintes condições:

(ver página 13)

cal de origem podem ocorrer sem qualquer tipo de registro. Além disto, em geral, procura-se distinguir o trânsito da migração propriamente dita através do tempo de permanência no local de destino, ou seja, através da separação entre população de fato e população de direito. No segundo caso, o levantamento da população, pelo menos idealmente, teria como referência a população residente e, no primeiro caso, a população presente no momento do Censo.

Com relação aos dados de Registro, ocorrem problemas semelhantes. Assim, por exemplo, a taxa de mortalidade de um grande centro urbano pode apresentar-se acentuada pela migração de pessoas em busca de assistência médica, inexistente em seus locais de origem.

Estimativas indiretas da migração também costumam ser realizadas. Uma destas formas de estimação indireta é denominada método do resíduo, ou seja, considerando-se o crescimento total da população e estimando-se o crescimento vegetativo, a diferença entre estas taxas pode ser atribuída ao movimento migratório.

Por outro lado, as informações censitárias sobre a população migrante são extremamente reduzidas, limitando-se geralmente a idade, sexo, tempo de permanência e local de origem.⁽²⁴⁾ Torna-se, desta maneira, difícil a qualificação do sentido sócio-econômico da migração através das medidas demográficas mais correntes. Exemplifiquemos alguns limites dos dados:

- a. os locais de origem e destino são apresentados pelas unidades delimitadas por quadros político-administrativos (A in-

(24) Nos referidos quadros censitários que são normalmente coletados em geral, há uma série de informações que poderiam ser utilizadas para a qualificação do movimento migratório.

- formação por Estado impede observações mais refinadas do período em análise);
- b. desconhece-se, em geral, a ocupação do migrante no local de origem e no local de destino, permitindo com isto que migração/urbanização ganhem relevo como variáveis explicativas, recaindo a análise nas restrições apresentadas anteriormente à teoria da modernização e sua congênere em termos demográfico, a teoria da transição;
 - c. perde-se os movimentos migratórios parciais até o local de destino, ou seja, as informações sobre a história migratória;
 - d. não se consegue, geralmente, reconstruir o grupo familiar migrante.

Portanto, nos estudos migratórios, são privilegiados como noutras áreas da demografia, alguns aspectos biológicos e quantitativos. Por outro lado, insistentemente, a qualificação do movimento migratório permanece restrita às características das áreas de origem e destino, percebidas em termos de indicadores demo-econômicos. Com isto, deixa-se de considerar as relações sociais que explicariam inclusive estas características das áreas de referência, desde que devidamente analisada a distância que separa formas de produzir dos indicadores em que são traduzidas. Através deste tipo de tendência analítica tende a ser justificada a importância dada à migração em si mesma, enquanto modificadora de características da população. Exemplo deste tipo de inferência: "até que ponto populações de origem rural migradas para grandes centros urbanos mantêm padrões de fecundidade tradicionais?" Assim, o quadro de referência teórico, na medida em que o indivíduo migrante ganha primazia, permanece preso a conceitos tais como: assimilação, aculturação, desajuste, etc. Este quadro de referência, como já foi dito, impede inclusive a análise da interação/complexos familiares.

Os conceitos de referência e migração estão de certa maneira

mitação que atinge a demografia em geral, ou seja, de dificuldades de qualificação teórica do tempo histórico de referência. Portanto, resta perguntar-nos sobre como é considerado tradicionalmente o tempo na demografia. (25) A periodização da análise demográfica tende a ser condizente com a periodização censitária, a menos de inquéritos demográficos por amostragem entre os censos (26) e das informações acumuladas através do Registro Civil. Desta maneira, acentua-se a tendência a atribuir as transformações demográficas observadas numa determinada década às tendências mais gerais, e muitas vezes estigmatizadas, do período de referência. (27)

Os cortes também apresentam o mesmo tipo de problema. Assim, uma análise conjuntural é traduzida como uma análise de momento (disponibilidade de dados) sem referência a rupturas históricas que qualificariam o período considerado.

Podemos nos remeter aqui, da mesma forma, às tendências seculares, ou seja, à observação de modificações no comportamento demográfico de uma população por um período longo de tempo. A análise destas tendências tem a vantagem de impedir a sobrevalorização de variações de curto prazo, transitórias; mas, por outro lado, pode significar um tipo de aproximação das informações demográficas que permaneça ao nível das aparências, isto é, ao nível das similitudes com transformações semelhantes observadas noutras populações num tempo histórico diverso e cujo comporta-

(25) Para uma abordagem detalhada do tema ver VIEIRA PINTO, A. - op.cit. pp 365-454-

(26) No Brasil existe a PRAD - Pesquisa Nacional de Amostras de Domicílios.

(27) A compreensão da demografia como ciência estritamente vinculada à história, a partir da crítica de demógrafos que operam na linha teórica, é mencionada por Álvaro Vieira Pinto na obra aqui referida neste texto. Além disso, há uma referência de outro autor, numa visão histórica da demografia, de que a demografia é uma ciência que se desenvolveu a partir da história.

mento demográfico encontrava-se submetido a outros tipos de determinações. Este é o caso das comparações precipitadas entre países ou regiões "desenvolvidos" e "subdesenvolvidos", onde um modelo histórico é adequado em termos de expectativas (quando ocorrerá?) às transformações empíricas observadas. Estas expectativas indicam uma forma de pensar externa às informações históricas, na medida em que remetem a uma projeção linear e, portanto, formal de experiências passadas.

Além disto, podemos acrescentar algumas observações sobre as projeções demográficas. De forma imediata estas projeções podem surgir como significando o rompimento das limitações temporais, uma vez que permitiriam inclusive avançar para o futuro, fornecendo à demografia o caráter preditivo ideal de todas as ciências. No entanto, não só ocorrem falhas contínuas observadas nestas projeções (vasta latitude de hipóteses operadas), como também, em geral, obedecem às hipóteses mais superficiais do processo demográfico - comportamento passado da mortalidade, fecundidade e migrações, traduzido pelos índices tradicionais. Portanto, as projeções baseiam-se nos resultados passados do processo demográfico, sem serem aprofundadas as explicações históricas deste processo; única forma, ao nosso ver, de tentar-se a articulação de expectativas para o futuro. Na falta disto tende-se à não realização de projeções a longo prazo, dando-se preferência às de curto e médio prazos, pela própria lentidão das mudanças demográficas.

A Demografia e a Pediatría Social

É a partir do que foi dito anteriormente em relação às limitações das interpretações e das análises demográficas que pode ser feita a introdução da demografia social. Esta ciência, que se ocupa da análise das condições de vida da população, tem como objetivo principal a melhoria das condições de vida da população, através da aplicação dos conhecimentos demográficos à prática social.

mido de forma não crítica, influenciará qualquer utilização da demografia por outra disciplina.

Principalmente se a demografia for atribuído um caráter de substituto teórico da Pediatria Social, erro corrente que pode ser verificado em vários trabalhos da área.⁽²⁸⁾ Se a Pediatria Social pretender um questionamento da Pediatria tradicional, este questionamento deve ser estendido à demografia, não podendo ser a relação entre estas disciplinas assumida como meramente uma relação de aplicação como sugere o título deste capítulo.

Em resumo, podemos dizer que existem dois níveis possíveis de vinculação entre demografia e Pediatria Social. Num primeiro nível, através da demografia, pode ser feita uma identificação da situação da infância no Brasil, por exemplo, através de relações entre mortalidade infantil e na infância e dados de concentração de renda. Esta mesma identificação pode ser realizada no tempo através, por exemplo, da observação de variações nas taxas de mortalidade infantil e na infância e informações sobre variações do salário mínimo real. Num segundo nível, torna-se possível a crítica das informações demográficas como informações médias referidas ao somatório da população. Questiona-se, desta maneira, as informações utilizadas no cálculo das taxas de mortalidade. Assim, se fosse possível o conhecimento destes índices em populações significativas em termos teóricos e sociais, esta identificação teria um sentido muito mais amplo. Isto só se torna possível através da construção de unidades de dados alternativas como, por exemplo, conjuntos de trabalhadores submetidos a determinadas condições de vida, moradia e trabalho ou populações a serem atingidas através de um projeto de intervenção social.

(28) ...

Se a isto acrescentarmos, ainda neste segundo nível, o que foi dito com relação ao campo da teoria de população podemos identificar vínculos potenciais ainda mais profundos entre Demografia e Pediatria Social. Se nos interrogarmos sobre, por exemplo, a forma como se combinam os fatores demográficos numa determinada população-condições, integradamente compreendidas, de migração, vida e morte - teremos a possibilidade de irmos além da fachada das informações demográficas. Por outro lado, se compreendermos a forma como são utilizadas as informações demográficas em apoio a determinadas políticas com relação à infância teremos a possibilidade de questionarmos o uso oficial desta disciplina e as limitações daí decorrentes - mesmo em termos de raciocínio demográfico.

Assim, apresenta-se uma dupla face da demografia integrada à Pediatria Social: descritiva (crítica, quando analiticamente utilizada neste sentido) e, crítica em duas perguntas iniciais. Apresentemos um exemplo: a realização da análise de uma determinada população visando o diagnóstico médico-social da situação presente.

Neste sentido, é corrente, como foi dito, a utilização instrumental imediata da demografia - volume da população, ritmo de crescimento, influência combinada dos fatores demográficos, tamanho médio de família e, principalmente, cálculo dos índices de mortalidade. Indo além, já no âmbito da Pediatria Social, torna-se possível a crítica dos dados e, principalmente, a sua relação com outros tipos de informação como: renda, tipo de produção, nível de escolaridade, indicadores de atendimento médico-hospitalar. Por fim, existe a possibilidade de uma análise que interrogue os dados observados em cada uma destas áreas, busque as determinações que expliquem estes resultados e suas relações mútuas no âmbito da população em estudo, respondendo os problemas que se apresentam. Este tipo de análise por

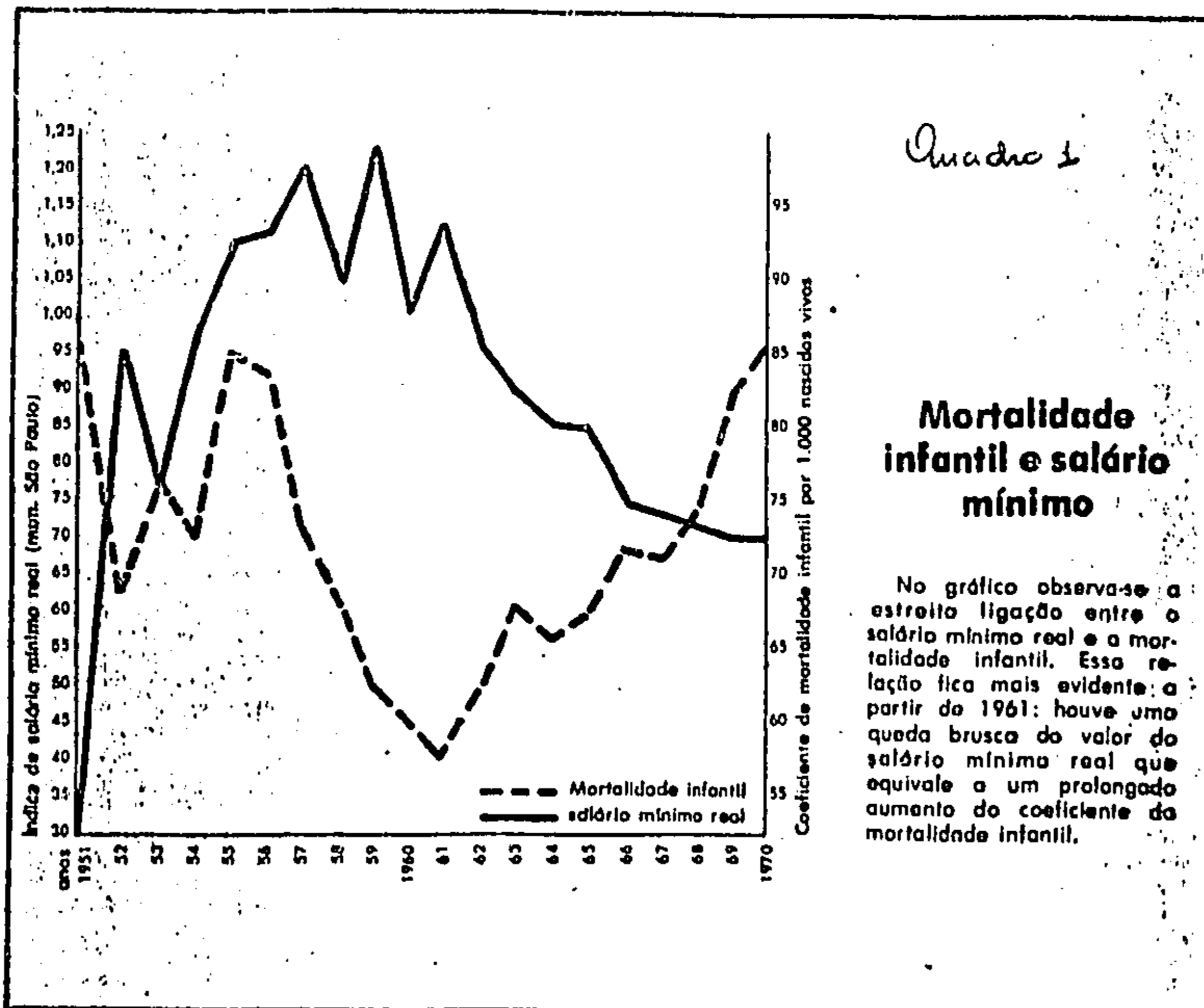
demográficos e tentamos, logo a seguir, definir em linhas gerais algumas das razões de interesse existente hoje em torno das questões levantadas nesta área. Neste sentido, identificamos alguns pontos aos quais pensamos poder atribuir as limitações teóricas que cerceiam o desenvolvimento do pensamento em demografia. Entre estes pontos voltamos a salientar aqui os vínculos da elaboração demográfica com o planejamento, o que justifica inclusive as tentativas de projeções de população, indispensáveis hoje em dia às aspirações do planejamento, isto é, à busca de controle racional do desenvolvimento capitalista.

Porém, mesmo mantendo esta perspectiva, julgamos indispensável a apresentação neste capítulo de algumas das medidas demográficas mais comuns, dentro do esquema tradicional de abordagem das variáveis analisadas pela demografia. A partir de cada uma destas variáveis tornou-se possível sugerir a linha de superação desejável do conteúdo teórico da demografia, apesar de não termos concretamente realizado aqui de forma total este encaminhamento alternativo. Com isto procuramos salientar o fato da relação de aplicação entre disciplinas, sempre necessitar idealmente ser trabalhada a partir de uma crítica interna dos quadros conceituais de referência. Procuramos também não deixar de demonstrar a interferência da chamada demografia teórica na crítica dos dados e na construção dos indicadores demográficos, tentando localizar o raciocínio comparativo que surge em diversas de suas conclusões. Neste sentido, salientamos também as consequências da análise comparativa pouco crítica para o campo da teoria de população, a medida em que esta prática de análise afeta a percepção das razões estruturais internas, e países ou regiões de um país, de desenvolvimento das variáveis demográficas. Outra finalidade deste processo é o enriquecimento da teoria de população por meio da percepção de que os dados demográficos não constituem um conjunto homogêneo de informações, mas sim, um conjunto de informações

legimento das interpretações psico-sociais das questões demográficas.

Finalmente, acrescentamos a parte intitulada "A Demografia e a Pediatria Social" com o intuito de traduzir para um exemplo mais próximo as observações que talvez tivessem ficado um pouco soltas ao longo do texto. Por outro lado, uma linha de estudos que permanece em aberto é aquela que se refere às formas como historicamente tem-se dado em Pediatria Social as vinculações com a análise demográfica.

Portanto, este ponto merece ser desenvolvido, ao nosso ver, em direção à compreensão das diversas formas históricas assumidas por esta vinculação, como por exemplo: na análise epidemiológica das doenças infantís, nas análises ligadas ao planejamento da atenção médica, na análise dos fatores de desenvolvimento sócio-econômico em relação com as doenças e a morte na infância, ou ainda, na identificação do caráter excludente do processo de desenvolvimento atingindo a possibilidade da vida e da saúde.



Publicado em Opinião nº114 - como parte do artigo "Com medo da meningite" de Carlos Gentile de Melo

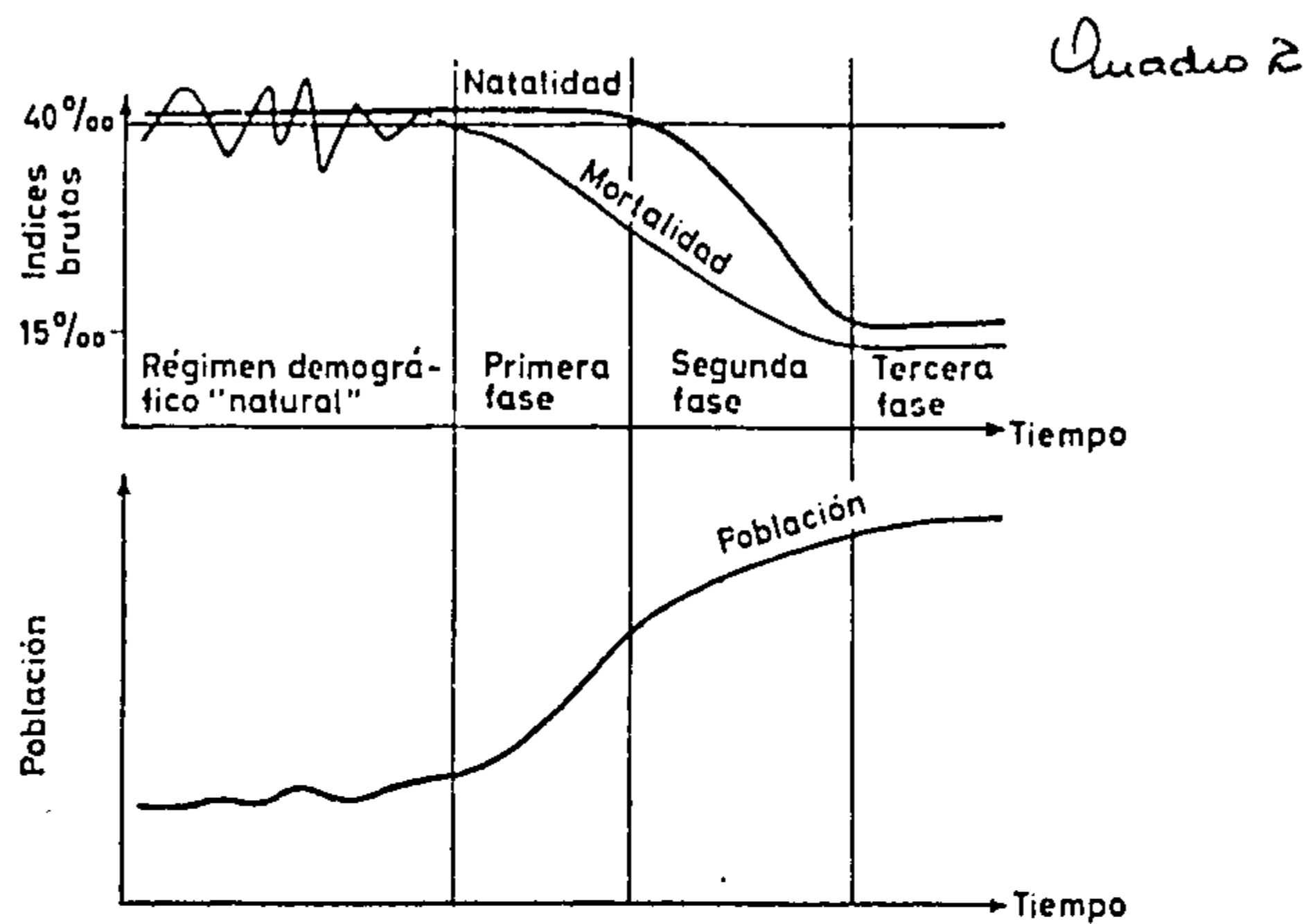
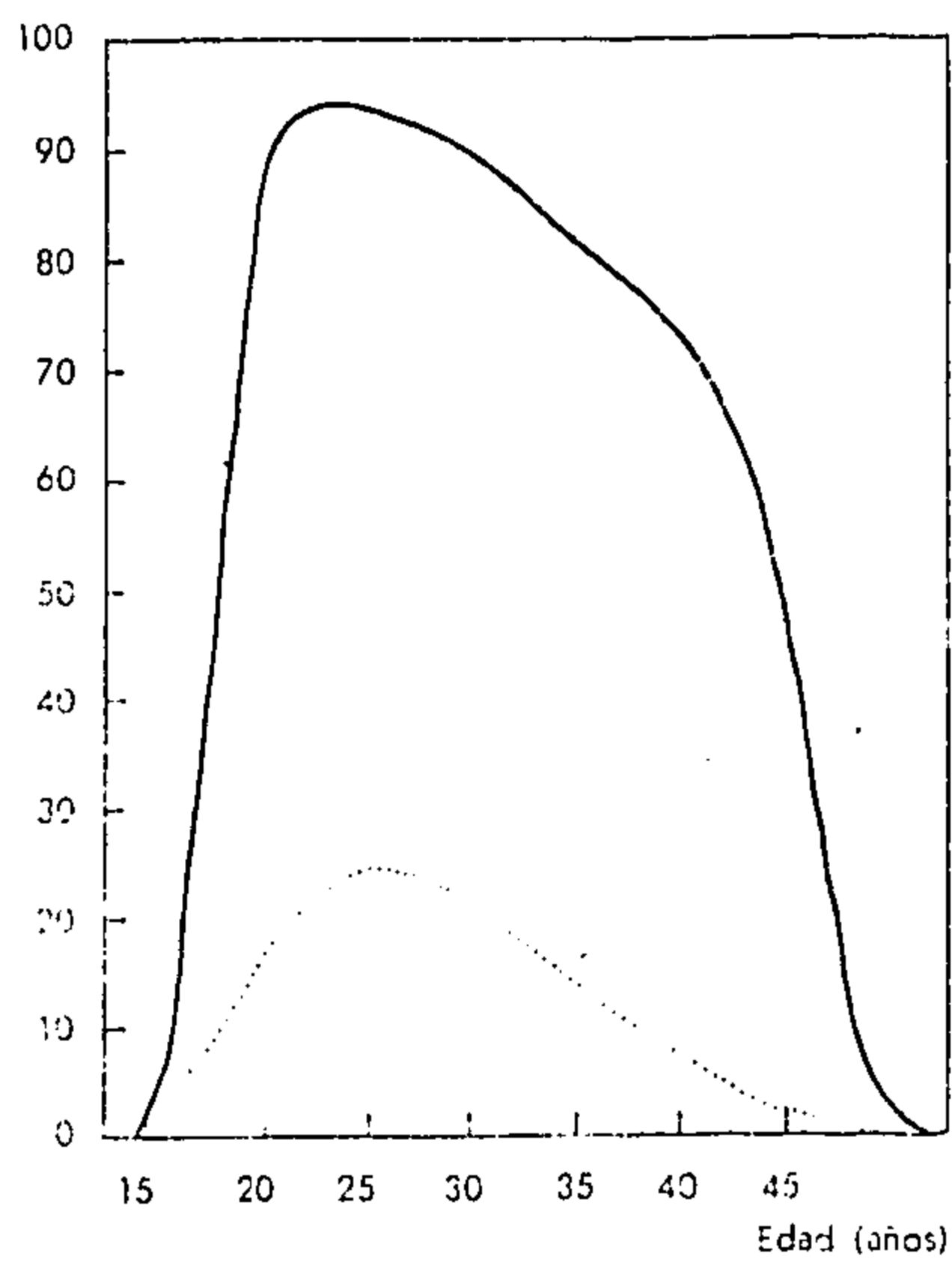


FIG 9. - La revolución demográfica.
Evolución de las tasas de natalidad, de mortalidad y de la población total.

Gráfico 1.1
MODELO HIPOTETICO DE FERTILIDAD Y TASAS MEDIAS
DE FECUNDIDAD POR EDADES EN 72 PAISES



- Modelo de fertilidad (porcentaje de mujeres de una edad dada capaces de procreación).
..... Curva de la fecundidad (nacimientos anuales por 100 mujeres de una edad dada).

Fuente: Naciones Unidas, *Boletín de Población*, N° 7, ST/SOA/SER.N/7, Nueva York, 1965, gráfico 7.1, pág. 115.

Quadro IV

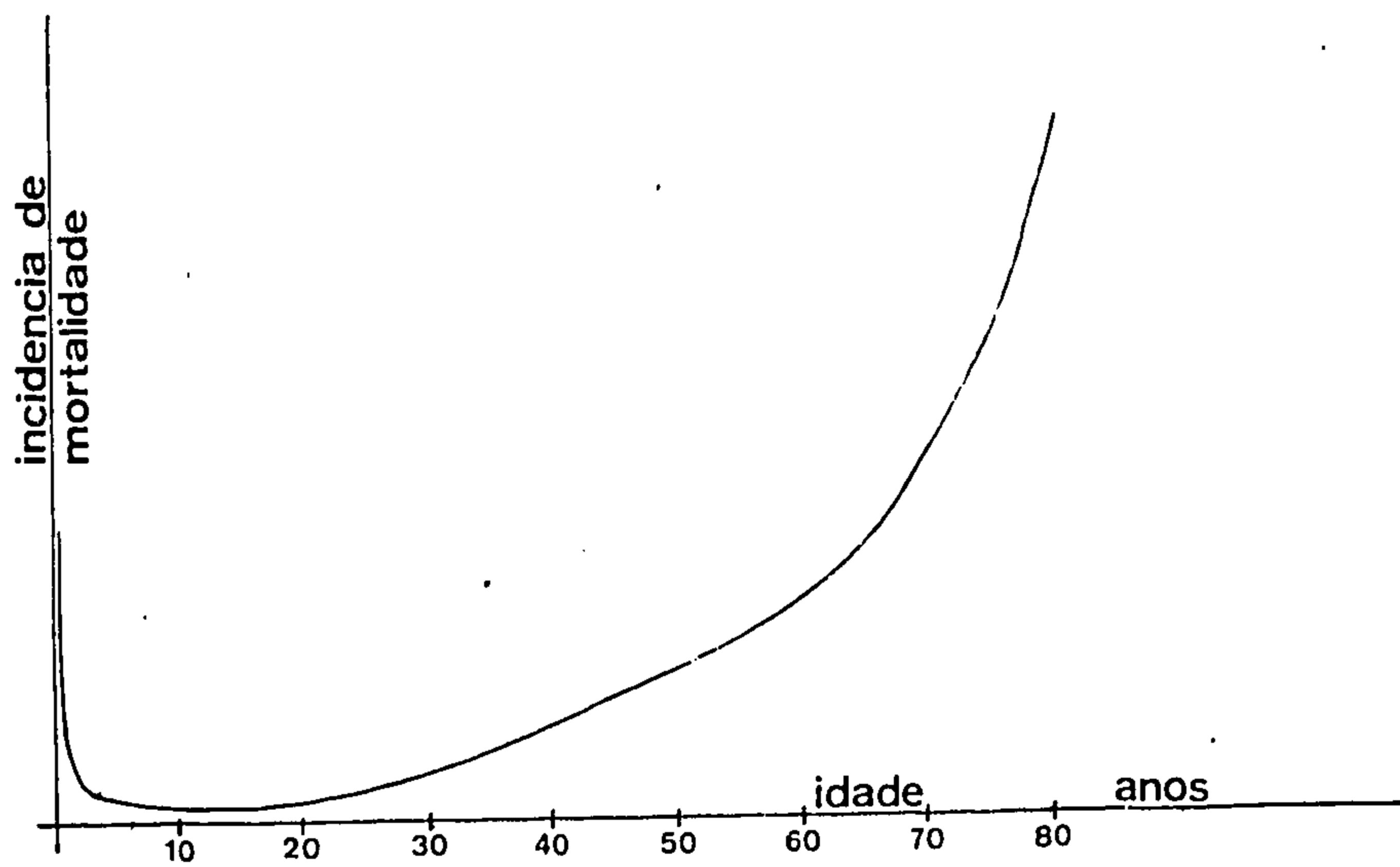
Brasil

Ano	Grupos de Idade		
	0-14	15-64	65 e mais
1920	42.8	54.3	2.4
1940	42.5	55.0	2.5
1960	42.7	54.3	3.0
1980	41.4	54.7	3.9

Fonte: "El Cambio Social y la Política de Desarrollo Social en América Latina", CEPAL, 1969, p. 43

Obs: As projeções figuram no "Boletim Demográfico" do CELADE, Ano 1, Vol. II.

QUADRO 5



THE PARTIAL * ABSTRACT

2418

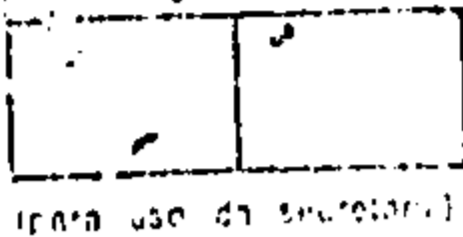
ANEXO I

A partir de contatos por nós desenvolvidos com pesquisadores do Instituto de Medicina Social da UERJ e do Departamento de Medicina Preventiva da USP, foi proposta pela equipe do Projeto ao Prof. Douglas Teixeira Monteiro, membro-coordenador da SBPC, a realização de uma sessão sobre o tema "Ciências Sociais e Saúde" em sua XXVIII reunião anual em Brasília.

Uma vez aprovada esta proposta pela diretoria da SBPC, foi convidada a Profª Izabel Fontenelle Picaluga para presidir a mesa da referida sessão e o Prof. Antônio Sérgio da Silva Arouca para a vice-presidência. Cabe acrescentar que como o nº de trabalhos apresentados ultrapassou o teto previsto para cada uma das sessões da SBPC, foi aberta outra sessão sobre o mesmo tema.

Por fim, desejamos salientar que apesar de terem sido enviados cinco resumos à SBPC em março, apenas três deles tiveram sua inscrição confirmada pela equipe em junho. Assim, foram apresentados pessoalmente pelos autores os seguintes trabalhos:

- "Oswaldo Cruz e a Questão da Saúde" - Nilson do Rosário Costa.
- "Conjuntura Sanitária - 1930-1937" - Izabel Fontenelle Picaluga.
- "Os Anos 50 - desenvolvimento e saúde" - Ana Clava Torres Ribeiro.



AUTORIA N. ROSÁRIO COSTA
(nome do autor e do trabalho por extenso)

(para uso da secretaria)

TÍTULO CAMPANHAS SANITÁRIAS E SUA INSTITUCIONALIZAÇÃO

Oswaldo Cruz e a Questão da Saúde

O presente trabalho tem origem na necessidade de reconstrução do processo de enquadramento médico e de extensão das instituições de saúde no Brasil.

Baseado na bibliografia e nos arquivos especializados da área de saúde, além de seleção de notícias de jornais da época, visa identificar as transformações que se operam dentro das diversas instituições de saúde no início desse século, relacionando-as aos requisitos da ação de controle sanitário de Oswaldo Cruz.

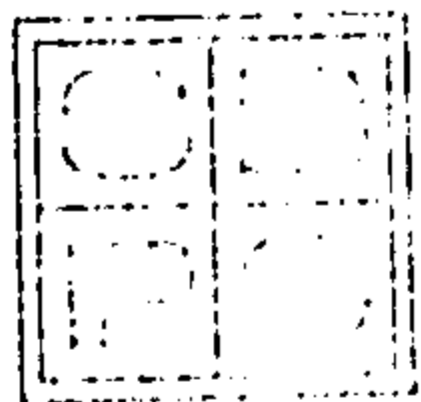
Analisando a cristalização, burocratização e rotinização das campanhas sanitárias, a partir de Oswaldo Cruz, busca ainda, por um lado, perceber a própria gênese dos diversos órgãos de saúde pública. Por outro, compreender o estado crítico da saúde da população no Brasil e como historicamente o problema é apresentado.

INSTITUIÇÃO (apenas uma referência para cada autor)

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - FIOCRUZ

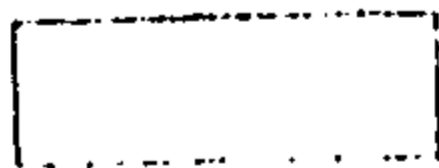
Trabalho submetido em ...

COMPROVANTE DE RECEBIMENTO DE RESUMO



N. ROSÁRIO COSTA

(nome do autor e do trabalho por extenso)



DECLARAR QUE RECEBI O RESUMO DO TRABALHO ...

INSTRUÇÕES

- Escreva o RESUMO da COMUNICAÇÃO NO VERSO, a máquina, em ESPAÇO DUPLO, sem margens e sem exceder o espaço demarcado no formulário. Não inclua tabelas, figuras, gráficos e fotografias
- Do RESUMO deverá constar uma referência clara do problema estudado, uma descrição do método (sujeitos equipamentos e procedimento) empregado pelo pesquisador no seu estudo e uma enumeração dos resultados e conclusões do trabalho a ser comunicado.
- Apresente o RESUMO em DUAS VIAS (original e cópia) neste formulário da SBPC. Não serão aceitas xerocópias. Mais destes formulários poderão ser obtidos na Secretaria Geral, e nas Secretarias Regionais da SBPC ou junto às Sociedades Científicas que fazem parte da Comissão Organizadora.
- Preencha o COMPROVANTE DE RECEBIMENTO DE RESUMO a máquina, indique o(s) autor(es) e o título da COMUNICAÇÃO.
- Indique se a COMUNICAÇÃO será apresentada ou não na 28. Reunião Anual.
- Envie o RESUMO acompanhado da FICHA DE INSCRIÇÃO do autor ou de um dos autores.

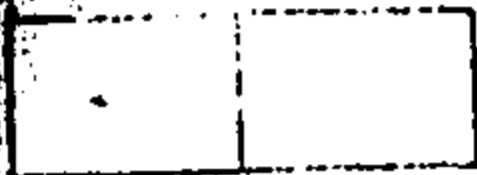
Somente os RESUMOS recebidos até 31 de março de 1976 serão publicados e constarão do PROGRAMA da 28. Reunião Anual

Serão recusados os Resumos que não estiverem de acordo com estas instruções.

Secretaria Geral da SBPC
Rua Cunha Gago, 713
Caixa Postal 11008
01000 -- São Paulo, SP

AS SEÇÕES DO PROGRAMA DA 28. REUNIÃO ANUAL SERÃO INDICADAS PELOS NÚMEROS:

- | | |
|-----------------------------------|---------------------------------|
| 1 CIÊNCIAS MATEMÁTICAS | 5 CIÊNCIAS DO HOMEM |
| 2 CIÊNCIAS DA MATÉRIA | 5.1 - História e Arqueologia |
| 2.1 - Física | 5.2 - Sociologia e Antropologia |
| 2.2 - Química | 5.3 - Economia e Demografia |
| 3 CIÊNCIAS DA TERRA E DO UNIVERSO | 5.4 - Linguística e Literatura |
| 3.1 - Astronomia | 5.5 - Psicologia e Educação |
| 3.2 - Geofísica | 5.6 - Direito e Administração |
| 3.3 - Geologia | 5.7 - Artes e Comunicações |
| 3.4 - Oceanografia | 5.8 - Filosofia da Ciência |
| 3.5 - Geografia | 5.9 - Ciências Políticas |
| 3.6 - Meteorologia | 6 CIÊNCIAS APLICADAS |
| 4 CIÊNCIAS DA VIDA | 6.1 - Matemática - Estatística |
| 4.1 - Biologia | 6.2 - Agricultura e Urbanismo |
| 4.2 - Medicina | 6.3 - Engenharia e Tecnologia |
| 4.3 - Psicologia | 6.4 - Computação e Comunicação |
| | 7 CIÊNCIAS DO MEIO AMBIENTE |
| | 7.1 - Ecologia |



AUTORIADE T. M. BILMOR BATNO.....
(Inscrição nº 1.234.567 de 20/05/1930)

(Para uso do autor)

TITULO CAMPANHAS SANITÁRIAS E SUA INSTITUCIONALIZAÇÃO
..... Período 1920-1930

O trabalho tem como objetivo principal detectar, a partir do processo de industrialização que caracteriza o período 1920-1930, como os problemas relativos à saúde aparecem nas reivindicações populares. Estes problemas estão inseridos num quadro mais geral de reivindicações sociais decorrente da complexificação da sociedade no período focalizado. É nas condições de existência dos núcleos urbanos - que surgem com novo impulso - que ocorrem as exigências de uma nova forma de controle que seja ao mesmo tempo adequada e eficaz. As instituições saídas do Estado para atender a saúde se configuram como extensões da atuação dos grupos que as criaram. A alteração no quadro de relações extruturais exige uma redefinição dos processos sociais e seus componentes ideológicos, na medida em que os elementos sobre os quais estes se baseavam se modificam. A análise desse período é especialmente importante por permitir a observação das transformações ocorridas em relação à saúde, a partir da legislação trabalhista da década de 30. A pesquisa utiliza jornais de organizações sindicais, publicações oficiais sobre os órgãos de saúde do período, além de jornais, revistas e literatura médica da época.

Deposito em nome do autor

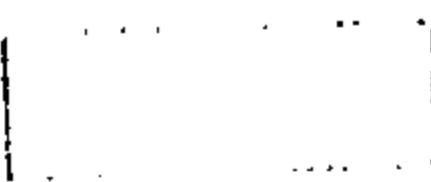
FUNDAÇÃO COLOMBO BRAGA - PINHEIRO

Deposito em nome do autor

COMPROVANTE DE RECEBIMENTO DE RESUMO



T. M. BILMOR BATNO



2423



INSTRUÇÕES

- Escreva o RESUMO da COMUNICAÇÃO NO VERSO, a máquina, em ESPAÇO DUPLO, sem margens e sem exceder o espaço demarcado no formulário. Não inclua tabelas, figuras, gráficos e fotografias
- Do RESUMO deverá constar uma referência clara do problema estudado, uma descrição do método (sujeitos equipamentos e procedimento) empregado pelo pesquisador no seu estudo e uma enumeração dos resultados e conclusões do trabalho a ser comunicado.
- Apresente o RESUMO em DUAS VIAS (original e cópia) neste formulário da SBPC. Não serão aceitas xerocópias. Mais destes formulários poderão ser obtidos na Secretária Geral, e nas Secretarias Regionais da SBPC ou junto às Sociedades Científicas que fazem parte da Comissão Organizadora.
- Preencha o COMPROVANTE DE RECEBIMENTO DE RESUMO a máquina, indique o(s) autor(es) e o título da COMUNICAÇÃO.
- Indique se a COMUNICAÇÃO será apresentada ou não na 28. Reunião Anual.
- Envie o RESUMO acompanhado da FICHA DE INSCRIÇÃO do autor ou de um dos autores.

Somente os RESUMOS recebidos até 31 de março de 1976 serão publicados e constarão do PROGRAMA da 28. Reunião Anual

Serão recusados os Resumos que não estiverem de acordo com estas instruções.

Secretaria Geral da SBPC
Rua Cunha Gago, 713
Caixa Postal 11608
01000 -- São Paulo, SP

AS SEÇÕES DO PROGRAMA DA 28. REUNIÃO ANUAL SERÃO INDICADAS PELOS NÚMEROS:

- | | |
|------------------------------------|----------------------------------|
| 1. CIÊNCIAS MATEMÁTICAS | 6. CIÊNCIAS DO HOMEM |
| 2. CIÊNCIAS DA MATÉRIA | 6.1 - Antropologia e Arqueologia |
| 2.1 - Física | 6.2 - Antropologia e Arqueologia |
| 2.2 - Química | 6.3 - Psicologia e Dermatologia |
| 3. CIÊNCIAS DA TERRA E DO UNIVERSO | 6.4 - Sociologia e Literatura |
| 3.1 - Astronomia | 6.5 - Filosofia e Filosofia |
| 3.2 - Cosmologia | 6.6 - Filosofia da Linguagem |
| 3.3 - Geologia | 6.7 - Filosofia da Ciência |
| 3.4 - Oceanografia | 6.8 - Filosofia da História |
| 3.5 - Geografia | 6.9 - Filosofia da Arte |
| 3.6 - Meteorologia | 6.10 - Filosofia da Política |
| 4. CIÊNCIAS DA VIDA | 6.11 - Filosofia da Economia |
| 4.1 - Zoologia | 6.12 - Filosofia da Sociologia |
| 4.2 - Medicina | 6.13 - Filosofia da Educação |
| 4.3 - Psicologia | 6.14 - Filosofia da Comunicação |
| | 6.15 - Filosofia da Arte |
| | 6.16 - Filosofia da Ciência |
| | 6.17 - Filosofia da História |
| | 6.18 - Filosofia da Política |
| | 6.19 - Filosofia da Sociologia |
| | 6.20 - Filosofia da Educação |
| | 6.21 - Filosofia da Comunicação |
| | 6.22 - Filosofia da Arte |
| | 6.23 - Filosofia da Ciência |
| | 6.24 - Filosofia da História |
| | 6.25 - Filosofia da Política |
| | 6.26 - Filosofia da Sociologia |
| | 6.27 - Filosofia da Educação |
| | 6.28 - Filosofia da Comunicação |
| | 6.29 - Filosofia da Arte |
| | 6.30 - Filosofia da Ciência |
| | 6.31 - Filosofia da História |
| | 6.32 - Filosofia da Política |
| | 6.33 - Filosofia da Sociologia |
| | 6.34 - Filosofia da Educação |
| | 6.35 - Filosofia da Comunicação |
| | 6.36 - Filosofia da Arte |
| | 6.37 - Filosofia da Ciência |
| | 6.38 - Filosofia da História |
| | 6.39 - Filosofia da Política |
| | 6.40 - Filosofia da Sociologia |
| | 6.41 - Filosofia da Educação |
| | 6.42 - Filosofia da Comunicação |
| | 6.43 - Filosofia da Arte |
| | 6.44 - Filosofia da Ciência |
| | 6.45 - Filosofia da História |
| | 6.46 - Filosofia da Política |
| | 6.47 - Filosofia da Sociologia |
| | 6.48 - Filosofia da Educação |
| | 6.49 - Filosofia da Comunicação |
| | 6.50 - Filosofia da Arte |
| | 6.51 - Filosofia da Ciência |
| | 6.52 - Filosofia da História |
| | 6.53 - Filosofia da Política |
| | 6.54 - Filosofia da Sociologia |
| | 6.55 - Filosofia da Educação |
| | 6.56 - Filosofia da Comunicação |
| | 6.57 - Filosofia da Arte |
| | 6.58 - Filosofia da Ciência |
| | 6.59 - Filosofia da História |
| | 6.60 - Filosofia da Política |
| | 6.61 - Filosofia da Sociologia |
| | 6.62 - Filosofia da Educação |
| | 6.63 - Filosofia da Comunicação |
| | 6.64 - Filosofia da Arte |
| | 6.65 - Filosofia da Ciência |
| | 6.66 - Filosofia da História |
| | 6.67 - Filosofia da Política |
| | 6.68 - Filosofia da Sociologia |
| | 6.69 - Filosofia da Educação |
| | 6.70 - Filosofia da Comunicação |
| | 6.71 - Filosofia da Arte |
| | 6.72 - Filosofia da Ciência |
| | 6.73 - Filosofia da História |
| | 6.74 - Filosofia da Política |
| | 6.75 - Filosofia da Sociologia |
| | 6.76 - Filosofia da Educação |
| | 6.77 - Filosofia da Comunicação |
| | 6.78 - Filosofia da Arte |
| | 6.79 - Filosofia da Ciência |
| | 6.80 - Filosofia da História |
| | 6.81 - Filosofia da Política |
| | 6.82 - Filosofia da Sociologia |
| | 6.83 - Filosofia da Educação |
| | 6.84 - Filosofia da Comunicação |
| | 6.85 - Filosofia da Arte |
| | 6.86 - Filosofia da Ciência |
| | 6.87 - Filosofia da História |
| | 6.88 - Filosofia da Política |
| | 6.89 - Filosofia da Sociologia |
| | 6.90 - Filosofia da Educação |
| | 6.91 - Filosofia da Comunicação |
| | 6.92 - Filosofia da Arte |
| | 6.93 - Filosofia da Ciência |
| | 6.94 - Filosofia da História |
| | 6.95 - Filosofia da Política |
| | 6.96 - Filosofia da Sociologia |
| | 6.97 - Filosofia da Educação |
| | 6.98 - Filosofia da Comunicação |
| | 6.99 - Filosofia da Arte |
| | 6.100 - Filosofia da Ciência |

INSTRUÇÕES

- Escreva o RESUMO da COMUNICAÇÃO NO VERSO, a máquina, em ESPAÇO DUPLO, sem margens e sem exceder o espaço demarcado no formulário. Não inclua tabelas, figuras, gráficos e fotografias
- Do RESUMO deverá constar uma referência clara do problema estudado, uma descrição do método (sujeitos equipamentos e procedimento) empregado pelo pesquisador no seu estudo e uma enumeração dos resultados e conclusões do trabalho a ser comunicado.
- Apresente o RESUMO em DUAS VIAS (original e cópia) neste formulário da SBPC. Não serão aceitas xerocópias. Mais destes formulários poderão ser obtidos na Secretaria Geral, e nas Secretarias Regionais da SBPC ou junto às Sociedades Científicas que fazem parte da Comissão Organizadora.
- Preencha o COMPROVANTE DE RECEBIMENTO DE RESUMO a máquina, indique o(s) autor(es) e o título da COMUNICAÇÃO.
- Indique se a COMUNICAÇÃO será apresentada ou não na 28. Reunião Anual.
- Envie o RESUMO acompanhado da FICHA DE INSCRIÇÃO do autor ou de um dos autores.

Somente os RESUMOS recebidos até 31 de março de 1976 serão publicados e constarão do PROGRAMA da 28. Reunião Anual

Serão recusados os Resumos que não estiverem de acordo com estas instruções.

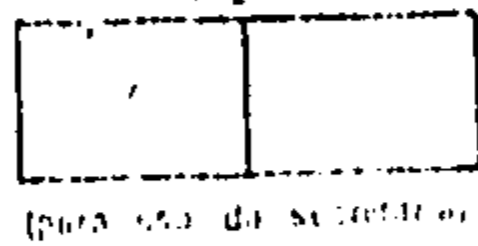
Secretaria Geral da SBPC
Rua Cunha Gago, 713
Caixa Postal 11008
01000 - São Paulo, SP

AS SEÇÕES DO PROGRAMA DA 28. REUNIÃO ANUAL SERÃO INDICADAS PELOS NÚMEROS:

- 1 CIÊNCIAS MATEMÁTICAS
- 2 CIÊNCIAS DA MATÉRIA
 - 2.1 - Física
 - 2.2 - Química
- 3 CIÊNCIAS DA TERRA E DO UNIVERSO
 - 3.1 - Astronomia
 - 3.2 - Geologia
 - 3.3 - Geografia
 - 3.4 - Oceanografia
 - 3.5 - Meteorologia
- 4 CIÊNCIAS DA VIDA
 - 4.1 - Botânica
 - 4.2 - Zoologia
 - 4.3 - Fisiologia

- 5 CIÊNCIAS DO HOMEM
 - 5.1 - História e Arqueologia
 - 5.2 - Sociologia e Antropologia
 - 5.3 - Demografia e Demografia
 - 5.4 - Linguística e Literatura
 - 5.5 - Filosofia
 - 5.6 - Psicologia
 - 5.7 - Artes e Belas Artes
 - 5.8 - Ciências da Comunicação
 - 5.9 - Ciências da Saúde
 - 5.10 - Ciências da Terra
 - 5.11 - Ciências da Vida
 - 5.12 - Ciências da Matemática
 - 5.13 - Ciências da Física
 - 5.14 - Ciências da Química
 - 5.15 - Ciências da Terra e do Universo
 - 5.16 - Ciências da Vida
 - 5.17 - Ciências do Homem

2426



AUTOR(ES) A. C. TORRES RIBEIRO
(Inicial do nome, sob o qual se inscreverá por ordem)

TÍTULO CAMPANHAS SANITÁRIAS E SUA INSTITUCIONALIZAÇÃO
Os anos 50 -- desenvolvimentismo e Saúde

A comunicação procura recuperar a expressividade político-econômica da saúde. Neste sentido, vinculada às conjunturas políticas do período que se encerra em 64, o trabalho propõe uma periodização da "saúde".

A trajetória política do período que traduz o esgotamento do modelo populista e o fortalecimento do "capitalismo associado" permite o acompanhamento do binômio saúde/doença. Para isto, os planos governamentais para o setor e os discursos que os acompanham representam material privilegiado de análise, assim como, a reconstrução dos "núcleos" de polêmica: "medicina socializada" x "medicina privatizada", estado geral de desnutrição x enfoques parciais da problemática de saúde, investimentos "produtivos" x investimentos "improdutivos" (educação e saúde) etc.

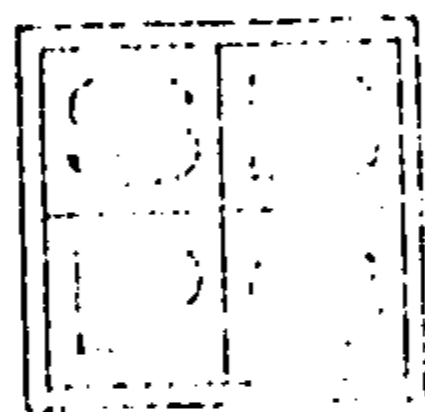
As campanhas sanitárias ocorridas no período constituem, por outro lado, objeto de análise central da comunicação na medida em que permitem o questionamento da atuação dos aparelhos de Estado, a análise do nível de saúde da força de trabalho, a função ideológica do combate à doença e, uma primeira contribuição à periodização.

Instituição (preencher este retângulo para cada volume)

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - FINEP

Trabalho submetido em nome da Instituição a qual se inscreveu

COMPROVANTE DE RECEBIMENTO DE RESUMO



A. C. TORRES RIBEIRO

TÍTULO CAMPANHAS SANITÁRIAS E SUA INSTITUCIONALIZAÇÃO

TÓPICO Os anos 50 -- desenvolvimentismo e Saúde

INSTRUÇÕES

- Escreva o RESUMO da COMUNICAÇÃO NO VERSO, a máquina, em ESPAÇO DUPLO, sem margens e sem exceder o espaço demarcado no formulário. Não inclua tabelas, figuras, gráficos e fotografias
- Do RESUMO deverá constar uma referência clara do problema estudado, uma descrição do método (sujeitos, equipamentos e procedimento) empregado pelo pesquisador no seu estudo e uma enumeração dos resultados e conclusões do trabalho a ser comunicado.
- Apresente o RESUMO em DUAS VIAS (original e cópia) neste formulário da SBPC. Não serão aceitas xerocópias. Mais destes formulários poderão ser obtidos na Secretaria Geral, e nas Secretarias Regionais da SBPC ou junto às Sociedades Científicas que fazem parte da Comissão Organizadora.
- Preencha o COMPROVANTE DE RECEBIMENTO DE RESUMO a máquina, indique o(s) autor(es) e o título da COMUNICAÇÃO.
- Indique se a COMUNICAÇÃO será apresentada ou não na 28. Reunião Anual.
- Envie o RESUMO acompanhado da FICHA DE INSCRIÇÃO do autor ou de um dos autores.

Somente os RESUMOS recebidos até 31 de março de 1976 serão publicados e constarão do PROGRAMA da 28. Reunião Anual

Serão recusados os Resumos que não estiverem de acordo com estas instruções.

Secretaria Geral da SBPC
Rua Cunha Gago, 713
Caixa Postal 11008
01000 -- São Paulo, SP

AS SEÇÕES DO PROGRAMA DA 28. REUNIÃO ANUAL SERÃO INDICADAS PELOS NÚMEROS:

1 CIÊNCIAS MATEMÁTICAS

2 CIÊNCIAS DA MATÉRIA

- 2.1 - Física
- 2.2 - Química

3 CIÊNCIAS DA TERRA E DO UNIVERSO

- 3.1 - Astronomia
- 3.2 - Geologia
- 3.3 - Geografia
- 3.4 - Oceanografia
- 3.5 - Climatologia
- 3.6 - Meteorologia

4 CIÊNCIAS DA VIDA

- 4.1 - Botânica
- 4.2 - Zoologia
- 4.3 - Fisiologia

5 CIÊNCIAS DO HOMEM

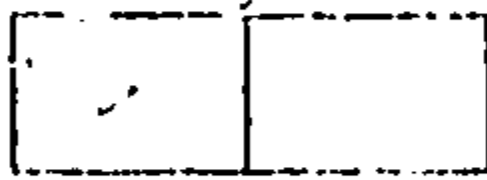
- 5.1 - História e Arqueologia
- 5.2 - Sociologia e Antropologia
- 5.3 - Economia e Demografia
- 5.4 - Linguística e Literatura
- 5.5 - Filosofia e Educação
- 5.6 - Direito e Administração
- 5.7 - Artes e Comunicações
- 5.8 - Psicologia da Ciência
- 5.9 - Ciências Políticas

6 CIÊNCIAS APLICADAS

- 6.1 - Agricultura e Zootecnia
- 6.2 - Engenharia e Urbanismo
- 6.3 - Engenharia e Tecnologia
- 6.4 - Geodésia e Cartografia

7 CIÊNCIAS DO MEIO AMBIENTE

- 7.1 - Ecologia



AUTORIA D. C. FRIEDMAN
(indica o nome completo do autor e o endereço para envio)

FORMA 037 DA SUPERVIA

TÍTULO CAMPANHAS SANITÁRIAS E SUA INSTITUCIONALIZAÇÃO

- anos recentes -

A literatura sociológica brasileira mais recente enfatiza, no plano político, dois grupos dominantes cujas tendências se afastam ao se colocar as suas relações com o aparato estatal. Assim, vê-se uma tecnoburocracia à frente de determinados escalões da política e das esferas de decisão de algumas empresas estatais, e os setores internacionalizados na economia cujos reflexos são sentidos nas áreas do poder. Com isso, a relevância deve ser dada em 3 aspectos: 1) a transformação capitalista porque passa a sociedade brasileira, processo acelerado a partir de 1967 quando o projeto econômico em andamento ganhou maior operacionalidade, 2) a partir daí, a emergência de uma tecnoburocracia agindo sobre os destinos do país, fazendo de determinadas empresas do aparato estatal verdadeiras arenas de um debate político sobre esse projeto econômico, 3) de como a conjugação dos 2 aspectos anteriormente assinalados afetam as políticas da Saúde no Brasil.

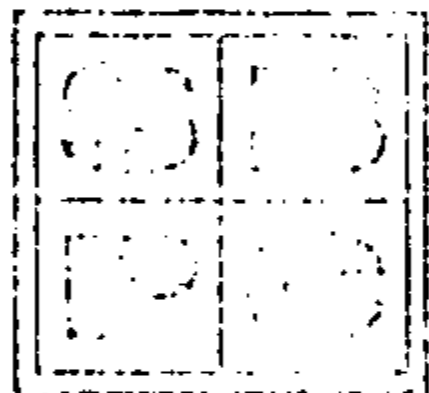
O trabalho tentará suplantar as deficiências bibliográficas do enfoque sociológico na área da Saúde. O projeto econômico excludente cria as condições para as epidemias. Nota-se que determinadas campanhas sanitárias dos últimos anos, como a da meningite, interferem na vida social tanto na "guerra de vida ou de morte contra a doença" como carregam vários significados que o estudo pretende dar conta. Um ritual incitando à coesão social (função ideológica) pode ser detectado, combinado com implicações da ordem econômica. Determinados relatórios epidemiológicos apresentam dados procurando não deixar quaisquer dúvidas quanto à possíveis deformações no caráter das campanhas. Portanto, o fato de uma campanha ser realizada suscita a análise dos níveis ideológico e econômico, apenas dando atrainha a construção de uma campanha nacional-
de guerra na vida social.

NUMERO 030 (de 030 a 039) (atribuição para o autor)

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - FIOCRUZ

Tudo em conformidade com o que se pede a seguir

COMPROVANTE DE RECEBIMENTO DE RESUMO



D. C. FRIEDMAN

Autoria do trabalho apresentado para publicação

TÍTULO DA OBRA CAMPANHAS SANITÁRIAS E SUA

INSTITUCIONALIZAÇÃO E SEUS RESULTADOS

INSTRUÇÕES

- Escreva o RESUMO da COMUNICAÇÃO NO VERSO, a máquina, em ESPAÇO DUPLA, com margens e sem exceder o espaço demarcado no formulário. Não inclua tabelas, figuras, gráficos e fotografias.
- Do RESUMO deverá constar uma referência clara do problema estudado, uma descrição do método (sujeitos, equipamentos e procedimento) empregado pelo pesquisador no seu estudo e uma enumeração dos resultados e conclusões do trabalho a ser comunicado.
- Apresente o RESUMO em DUAS VIAS (original e cópia) neste formulário da SBPC. Não serão aceitas xerocópias. Mais destes formulários poderão ser obtidos na Secretaria Geral, e nas Secretarias Regionais da SBPC ou junto às Seções que fazem parte da Comissão Organizadora.
- Apresente o COMPROVANTE DE RECEBIMENTO da COMUNICAÇÃO. Apresente o COMPROVANTE da COMUNICAÇÃO para o Anual.
- Envie o RESUMO acompanhado da FICHA de identificação do autor(es).

Somente os RESUMOS recebidos até 31 de março de 1970 serão publicados e constarão do PROGRAMA da 23. Reunião Anual

Serão recusados os Resumos que não estiverem de acordo com estas instruções.

Secretaria Geral da SBPC
Rua Cunha Gago, 713
Caixa Postal 11008
01000 --- São Paulo, SP

AS SEÇÕES DO PROGRAMA DA 23. REUNIÃO ANUAL SERÃO INDICADAS PELOS NÚMEROS:

- | | |
|-----------------------------------|---------------------------------|
| 1 CIÊNCIAS MATEMÁTICAS | 5 CIÊNCIAS DO HOMEM |
| 2 CIÊNCIAS DA MATÉRIA | 5.1 - História e Arqueologia |
| 2.1 - Física | 5.2 - Sociologia e Antropologia |
| 2.2 - Química | 5.3 - Economia e Demografia |
| 3 CIÊNCIAS DA TERRA E DO UNIVERSO | 5.4 - Linguística e Literatura |
| 3.1 - Astronomia | 5.5 - Filosofia e Educação |
| 3.2 - Geofísica | 5.6 - Direito e Administração |
| 3.3 - Geologia | 5.7 - Artes e Comunicação |
| 3.4 - Oceanografia | 5.8 - Psicologia e Ciência |
| 3.5 - Cosmologia | 5.9 - Ciências Políticas |
| 4 CIÊNCIAS DA VIDA | 6 CIÊNCIAS APLICADAS |
| 4.1 - Biologia | 6.1 - Agronomia e Zootecnia |
| 4.2 - Medicina | 6.2 - Arquitetura e Urbanismo |
| 4.3 - Psicologia | 6.3 - Engenharia e Tecnologia |
| | 6.4 - Computação e Simulação |
| | 7 CIÊNCIAS DO MEIO AMBIENTE |
| | 7.1 - Ecologia |

APPENDIX 2

2431

B) Relatório de livros do acervo da Biblioteca Nacional (avariados/br.) já por
corridos, integral ou parcialmente pela equipe de pesquisa.

a) levantamento bibliográfico na Biblioteca Nacional concluído em
fevereiro.

b) levantamento bibliográfico no Ministério da Saúde concluído em
fevereiro.

c) pedido de levantamento bibliográfico para objeto de documenta-
ção da SB, realizado em fevereiro.

d) contatos (do s) com o Conselho Brasileiro de História de História
da Medicina, realizados em fevereiro.

e) tentativa de início do levantamento bibliográfico no IIB (fev-
reiro-fechado). Leitura por parte da equipe de pesquisa.

f) levantamento periódico da Biblioteca Nacional iniciado em mar-
ço.

g) levantamento da biblioteca da Fundação de Aço em março
março.

h) levantamento bibliográfico em História da Arte e Arte em História
concluído em março.

i) não realizado

ILEGIVEL

j) início da catalogação de livros em fevereiro. Início da catalogação
do material recebido em março. Início da catalogação de livros em março.
Paralisação em março de 1971.

l) início da organização de uma coleção de livros em fevereiro. Início
vide a coleção de livros em março. Início da organização de livros em
quatro, fevereiro, março.

m) revisão dos livros em março.

n) levantamento bibliográfico em março. Início da organização de livros em
março.

o/p) levantamento bibliográfico em março. Início da organização de livros em
março.

c) relatório de atividades não previstas no cronograma de trabalho
(fevereiro/1971).

a) reuniões da equipe do projeto - definição de linhas de cliva
gem do tema.

b) leitura e fichamento de bibliografia selecionada na biblioteca
ca. do ISEA.

c) início do cadastramento de empresas com títulos e institui-
ções de crédito.

d) levantamento bibliográfico paralelo, decorrente das leituras
realizadas (bibliografia em dia).

e) início do levantamento e arquivamento de dados estatísticos.

f) participação em 3 reuniões do Núcleo de Trabalho - a Expropria-
ção da Cidade).

ILEGIVEL

g) reuniões da equipe do projeto - discussão dos resumos apre-
sentados à SEPC.

h) reunião da equipe do projeto - discussão para incorporação
dos textos de trabalho aos trabalhos desenvolvidos pela
equipe. A partir desta reunião foi dada início a participação
da equipe nas reuniões de trabalho em Brasília, da qual se-
liçõesam relatório do grupo que remeterá ao ISEA.

i) reunião das coordenadoras da equipe com o Sr. Sebastião Lou-
reiro, coordenador do trabalho de trabalho administrativo da
SEPC, na qual foi dada início a participação da referida
coordenadora no trabalho em Brasília.

Brasília, 15 de maio de 1971.

II Relatório Trimestral da Pesquisa 02 - "Campanhas Sanitárias e sua Institucionalização, a ser apresentado à Comissão Supervisora.

A) Cronograma - 2º trimestre (maio, junho, julho)

a) Retomada das consultas bibliográficas:

Instituto Histórico-geográfico

Arquivo Nacional

Bibliotecas Estaduais

b) Viagem à Brasília - levantamento dos Anais da Câmara.

c) Viagem à São Paulo - levantamento institucional bibliográfico.

○ d) Viagem à Campinas - levantamento institucional bibliográfico.

e) Entrevista com personalidade.

f) Continuação das atividades iniciadas no trimestre anterior, e ainda não concluídas.

g) Decisão com relação à metodologia a ser utilizada nas análises conjunturais.

h) Organização do material obtido em Brasília, São Paulo e Campinas.

i) Redação de papers a serem apresentados em Brasília, SBPC.

○ j) Participação na XXVIIIª Reunião da SBPC em Brasília

l) Retomada da análise dos dados após a discussão dos papers na Reunião da SBPC.

m) Retorno às tarefas específicas da pesquisa.

n) II Relatório de atividades para a Comissão Supervisora.

Leituras para o projeto.

Seminários internos da equipe.

Seminários IEBRA.

3) Relatório de Andamento do Trabalho (maio, junho, julho)

a) Consultas iniciadas: - Arquivo Nacional
Consultas retomadas: - Biblioteca da FIOCRUZ
- Biblioteca do IBCP
- Biblioteca Nacional
Consultas transferidas - Biblioteca Estaduais
- Instituto Histórico-geográfico

b) Levantamento executado

c) Transferido para o mês de agosto

d) Transferido para o mês de agosto.

○ e) Devido à necessidade de atender convite do CEAS, esta atividade foi transferida para setembro.

f) Em andamento (leitura, fichamento).

g) Cumprido.

h) Em andamento, no que se refere à Brasília.

i) Cumprido.

j) Cumprido.

l) Em andamento.

○ m) Em andamento (arquivamento de notícia de jornais, etc).

n) Cumprido.

Seminários internos da equipe.

Seminários PESSES.

c) Atividades Não Previstas

- a) Substituição, por uma das pesquisadoras do Projeto, do Coordenador do Programa, durante três semanas.
- b) Consulta, na Biblioteca Nacional, à jornais do início do século mais precisamente da 1ª República (1889-1930)
- c) Levantamento dos periódicos da Guanabara e São Paulo existentes na Biblioteca Nacional, relativos à 1930-1945.
- d) Consulta à SUCAM para obtenção de dados necessários à pesquisa.
- e) Convite formulado ao Prof. José A. Moisés, da USP, para participar de um Seminário com a equipe da pesquisa.
- f) Participação dos pesquisadores do Projeto, Ana Clara Torres Ribeiro, Izabel Fontenelle Picaluga e Nilson do Rosário Costa no Seminário sobre Qualidade de Vida, no Centro de Estudos e Ação Social, em Salvador nos dias 21 e 22 de junho.
- g) Dispensa do estagiário Luiz Carlos Fridman.

Rio de Janeiro , 25 de julho de 1975.

Ana Clara Torres Ribeiro.

Izabel Fontenelle Picaluga.

Terceiro relatório para a Comissão Supervisora do Programa de Estudos Sócio-Econômicos em Saúde (agosto, setembro, outubro de 1976). Da pesquisa: "Campanhas Sanitárias e sua Institucionalização".

A) Cronograma do 3º trimestre

a) Consulta às seguintes bibliotecas:

- Biblioteca Nacional
- FIOCRUZ
- IPCEB
- Instituto Histórico-geográfico
- Arquivo Nacional

b) Viagem à São Paulo - levantamento institucional bibliográfico.

c) Viagem à Campinas - levantamento institucional bibliográfico.

d) Retorno às tarefas específicas da pesquisa.

e) Organização do material obtido em São Paulo.

f) Entrevista com personalidades médicas.

g) Reconstrução histórica:

- . levantamento e organização da legislação surgida com o lançamento das campanhas e caracterização do debate político.
- . debate político da saúde.
- . análise da influência da conjuntura internacional sobre o lançamento das campanhas sanitárias no Brasil.
- . elaboração de papéis.

h) Qualificação dos cartões epidemiológicos (montagem de índices) - O compilatório deste item requererá integração com o Departamento de Epidemiologia do IPEA.

i) Preparação da pesquisa de campo (Estado de São Paulo).

Definição específica para o projeto.

Definição de metodologia.

Elaboração de...

b) relação de itens do cronograma de trabalho - observações sobre seu cumprimento.

a) realizado

b) não realizado: a pessoa de referência esteve fora do país neste período.

c) não realizado: por impossibilidade de realização dos contatos prévios necessários.

obs: estas viagens devem ser realizadas pela equipe até o final deste ano.

d) através de reuniões da equipe da pesquisa foi estabelecida a extensão da análise das seguintes conjunturas complementares do projeto:

1. período da primeira guerra - encaminhamento da pesquisa a partir da conjuntura de Oswaldo Cruz, tendo em vista a análise dos anos 20. anos estes relativamente pouco estudados pela historiografia brasileira mas indispensáveis para compreensão da evolução do país.

2. períodos 25-37 (aprofundamento)

37-45 análise do Estado Novo, incluindo o estudo dos modelos de saúde pública que surgem no período de segunda guerra.

3. período 45-60 da reconstrução ao final do segundo governo Getúlio e a crise da sucessão presidencial, estabelecendo os limites das mudanças nas propostas em termos de saúde em dois governos politicamente bastante distintos: Du-
mou/Bacchi's Visão.

e) a seguir serão analisados os discursos e projetos de lei.

f) a seguir serão analisados os projetos de lei.

g) a seguir serão analisados os projetos de lei de saúde pública em geral, com ênfase no período 52-60.

ALDO 3

2441

MINISTERIO DA SAUDE
FUNDAÇÃO INSTITUTO OSWALDO CRUZ

Hemo 04 04

Rio de Janeiro, 12 de agosto de 1976.

Aos Coordenadores do Programa de Estudos
Sócio-Econômicos em Saúde - (PESES)
Prof. Sérgio Góes de Paula e
Prof. Antônio Sérgio da Silva Arouca
Das Auxiliares de Pesquisa: "Campanhas Sanitárias e
sua Institucionalização", Tamara Maria Raposo Elmor
e Ana Lúcia Valença de Santa Cruz Oliveira.

Relatório da viagem feita à Brasília - DF pelas auxiliares
da pesquisa B, Ana Lúcia Valença de Santa Cruz Oliveira e Tamara Maria
Raposo Elmor. Projeto: "Campanhas Sanitárias e sua Institucionaliza-
ção".

Período: 07 a 14 de julho de 1976.

dia 07: viagem.

dia 08: contatos efetuados na Câmara dos Deputados.

Período da manhã - Setor biblioteca, contatos realizados: professor
Mário Telles, chefe da biblioteca.

Bibliotecária, Sra. Maria Laura, assistente do
chefe do setor.

Setor seção de Sinopse, contato realizado com o
Sr. Hydemir Coelho, chefe do setor.

Esses contatos acima foram apresentados ao Conselho de
Coordenação de Pesquisas e Exatas, especialmente ao objeto do
projeto em questão, visando a melhor pesquisa e coleta.

FL001731

Período da tarde - Primeiro contato com o material existente na seção de Sinopse e de interesse para o projeto.

Projetos de lei relacionados à Saúde do período de 1948 a 1975.

dia 09: sábado

dia 10: domingo

dia 11: -

Trabalho efetuado na seção de Sinopse da Câmara dos Deputados.

Período da manhã e da tarde:

Continuação do trabalho de seleção dos projetos. Foram selecionados 101 projetos, com os respectivos textos de lei dos que foram aprovados.

Período da tarde:

Contato efetuados: Dra. Célia, através do Dr. Antônio Sérgio da Silva Arouca.

Encaminhamento pela Dra. Célia ao Coronel Furtado, chefe da Secretária do Ministro da Saúde.

Apresentação de credenciais, exposição do projeto e do material a ser pesquisado e coletado no Ministério.

Através do Coronel Furtado, fomos encaminhados ao Dr. Agostinho, chefe da SUCAM - Departamento de Malária.

Referências:

1) Relatório

1) Relatório Reunião dos Diretores dos Serviços Nacionais de Erradicação da Malária nas Américas - San Salvador - República de El Salvador novembro 1971.

2) Atas - Livro de IV Reunião dos Diretores dos Serviços Nacionais de Erradicação da Malária nas Américas - San Salvador - República de El Salvador novembro 1971.

MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO INSTITUTO OSWALDO CRUZ

- 3) Campanha de Erradicação da Malária - Relatório VI Reunião de Diretores do S.E.M. da América do Sul - Maracy - Venezuela 28/XI a 03/III/66.
- 4) Plano Nacional de Erradicação da Malária - Quadrênio 1965/68.
- 5) Política de Saúde II - Ministério da Saúde.

Empréstimos:

- 1) Súmula do 1º plano para Erradicação da Malária do Brasil - Ministério da Saúde - 1958.
- 2) Avaliação do Programa de Erradicação da Malária do Brasil 1964.
- 3) Plano Nacional de Erradicação da Malária - Quinquênio 1967/71.
- 4) Seminário sobre a missão dos Serviços Gerais de Saúde na erradicação da malária - Fogos de caldas - MG, julho 1964.
- 5) O programa brasileiro - CEM - Dr. Mário de Oliveira Ferreira - 04/10/63.

dia 134

Relatório da comissão de erradicação da malária.

Trabalho de seleção dos discursos dos Acaís da Câmara sobre Saúde. Trabalho efetuado na Câmara dos deputados, seção de taquígrafia.
Contato: Sr. Oliveira, chefe da seção.

Foram selecionados: 600 discursos para análise.
Período 1948-1970.

dia 246

Relatório da comissão de erradicação da malária.

Campanha popular de erradicação da malária em São Paulo. Trabalho efetuado na Câmara dos deputados, seção de taquígrafia.
Contato: Sr. Oliveira, chefe da seção.

MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO INSTITUTO OSWALDO CRUZ

Despacho para o Rio de Janeiro do material estocado na seção de Linopse da Câmara e Ministério da Saúde.

Período da tarde: embarque das auxiliares de pesquisa para o Rio de Janeiro.

Observamos que a partir do contato com Dr. Agostinho, chefe da SUCAM, abriu-se a possibilidade de retorno à Brasília para obtenção de dados sobre as outras campanhas além da malária. Acrescentamos a necessidade de levantamento dos discursos dos anais da Câmara anteriores a 1942 e dos trabalhos realizados da Comissão de Saúde.

Ana Lúcia Santa Cruz

Ana Lúcia Valença da Santa Cruz Oliveira.

Tatiane Maria Raposo Elmor.

MEMO 4

2446

MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO INSTITUTO OSWALDO CRUZ

Rio de Janeiro, 29 de junho de 1975.

As Coordenadoras do Programa de
Estudos Sócio-Econômicos em Saú-
de (PESSE)
Antônio Sérgio da Silva Arouca e
Sérgio Góes de Paula.

Conforme é de conhecimento da coordenação do P.E.S.B.S. em Salvador nos dias 21 e 22 de junho deste ano a convite do Centro de Estudos e Ação Social desta cidade. Na ocasião foi desenvolvida por nós uma ampla discussão sobre o tema "qualidade de vida", destacando-se os indicadores trabalho, saúde e habitação. Da discussão aberta que ocorreu no dia 21 à noite participaram membros de diversas entidades técnico-científicas da Bahia (Conden, Secretaria de transportes, DEH, Secretaria de Saúde, mestrandos de medicina e história etc). Já nas discussões com grupos de trabalho que ocorreram no 20 e 30 foi na última contamos com a participação de Wilson do Ronaldo Goggin, quando tivemos oportunidade de examinar com detalhes alguns trabalhos realizados em Salvador conforme era de interesse das pessoas que fundamentaram o convite. Muitas de manter contato com a comunidade para troca de informações e possível colaboração em temas do mesmo tipo que praticamos nestes dias.

Atenciosamente,

2447

ANNEXO 5

2448

Memorandum nº: 01

Rio de Janeiro, 04 de agosto de 1976.

Aos Coordenadores do Programa de Estudos
Sócio-Econômicos em Saúde (PESES)
Prof. Sérgio Côes de Paula e
Prof. Antônio Sérgio da Silva Arouca
Da Coordenação da Pesquisa: "Campanhas Sanitárias
e sua Institucionalização".

ILEGIVEL

Vimos, através desta, solicitar a mudança de categoria de auxiliar de pesquisa B para auxiliar de pesquisa A para Nilson do Rosário Costa, a partir de 01 de agosto de 1976. Esta passagem se justifica pelo excelente trabalho que este pesquisador vem realizando junto a pesquisa "Campanhas Sanitárias e sua Institucionalização". Solicitamos que esta mudança não significará ônus orçamentário, na medida em que estava prevista pelo projeto a admissão de um auxiliar A a partir da data acima, que não mais será feita. Acrescentamos somente que para esta decisão contamos com o apoio do Núcleo Central em sua última reunião (02/08/76).

Esta mudança de categoria supondo modificação de vencimentos deve ser acompanhada da seguinte informação para os devidos ajustes salariais: Nilson do Rosário Costa continuará em horário parcial até 31/12/76, a partir do qual passará para horário integral.

Atenciosamente,

Ass. Cláudia de A. Ribeiro.

7 0570 G

2450

MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO INSTITUTO OSWALDO CRUZ

HC. Nº 06/76

Rio de Janeiro, 17 de agosto de 1976

Ilm^o. Sr.
Dr. Fábio Calvo da Macedo Soares Guimarães
Diretor da FINEP
Ilustre

Prezado Senhor:

Vimos solicitar da V.Sa., a mudança de categoria de auxiliar de pesquisa B, para auxiliar de pesquisa A, do Sr. Wilson do Rosário Costa, a partir de 01 de agosto de 1976.

Esta passagem se justifica pelo excelente trabalho que este pesquisador vem realizando junto ao projeto "Ocupações Sanitárias e sua Institucionalização", cujos recursos que tal mudança não significará ônus orçamentário, na medida em que estava previsto pelo projeto a admissão de um auxiliar B a partir da data acima, o que não mais será feito.

Acreditamos que para esta decisão contamos com o apoio do Fúcleo Central em sua última reunião (02/08/76).

Com nossos agradecimentos pela acolhida da nossa, subscrevemo-nos

Atenciosamente,

2010 7

2452

Relatório atividades Auxiliares de Pesquisa - Ana Lucia
Fosine

Atividades cumpridas:

- 1) Leitura Geral dos discursos de 1952-1960, anotando o tema central de cada discurso, destacando a doença a qual se referia.
- 2) Organização do Arquivo de "Campanhas".
- 3) Localização dos Deputados por partido, pelo livro "Deputados Brasileiros" 1926-1976 - retirado da Biblioteca da Assembléia.
- 4) Leitura da tese de Miriam Limoeiro - Ideologia do Desenvolvimento - parte referente ao método.
- 5) Leitura: "Os partidos da classe dominante" - Paul Singer. fichado.
- 6) Leitura: "História Sincera da República" - 1930-1960. - Leoncio Baum - período 1951-54. cronologia. fichamento.
" " 1954-55. " " "
"Brasil na Perspectiva" - Paula Beiguelman - fichado.
"Perspectivas da Esquerda" - Gabriel Cohn - fichado. in "Política e Revolução Social no Brasil" - vários autores.

Atividades em execução:

- 1) Releitura dos discursos - Resenha de cada discurso, enquadrando-os por tema-doença, tema central do debate, destacando conceitos (povo, país, nacionalidade, economia) e localizando o deputado por partido. período: 1952 (finalizar a) e 1954-55.
- 2) organização do Arquivo de Campanhas 1952-60.

Leituras programadas: "O Colosso da República" - Leani

"Política de H. C. C." - H. C. C. - in Política e Revolução Social no Brasil" - vários autores
"Programa Político - Desenvolvimento Econômico" - vários autores
"Política e Revolução Social no Brasil" - vários autores

Atividades programadas referente à análise dos discursos:

- 1) Caracterizar os partidos dentro da conjuntura.
- 2) Análise dos discursos de 1952-54.
- 3) texto teórico introdutório colocando os limites e objetivos dessa análise Política ideológica, dentro da pesquisa.

Atividades programadas paralelas:

- 1) Retomada do Arquivo de artigos de jornais.
- 2) Devolução material emprestado M.S. - RJ.
- 3) Idem, Brasília. (?)

Q

Q

ANNEX 3

2455

CURSO AVANÇADO DE EPIDEMIOLOGIA

DISCIPLINA: Ciências Sociais

TÓPICO 008: Ciências Sociais e Epidemiologia

CARGA HORÁRIA TOTAL: 56h. EM CLASSE: 28h.

HORÁRIO: 3a. e 6a. feira, das 13h:30min. às 17h:30min.

PERÍODO: de 26 de outubro à 19 de novembro

SUPERVISÃO E PROGRAMAÇÃO: Arlindo F.G. de Sousa.

METODOLOGIA: O curso será desenvolvido através de aulas expositivas, discussões, leituras extra-classe e seminários.

OBJETIVOS: 1 - Capacitar o aluno a interpretar a história da Saúde Pública no Brasil através de análise da conjuntura (campanhas de Saúde Pública) e utilizar os instrumentos analíticos adequados a esse fim (assuntos 1,2,3 e 4).
2 - Capacitar o aluno a interpretar a atual conjuntura de Saúde - organização dos serviços - a partir da Política Social do Governo (Assuntos 5 e 6).

DOCENTES: Objetivo 1 - Ana Clara Torres Ribeiro, Izabel Fontenelle Pinhaluga e Nilson do Rosário Costa.

Objetivo 2 - Wanderley Guilherme dos Santos.

ASSUNTOS: 1 - Diversas abordagens da História e específico da "Saúde Pública". Alguns conceitos básicos em Ciências Sociais. Análise de conjunturas (políticas/sanitárias) - problema de periodização histórica. Discussão do Projeto: "Campanhas Sanitárias e sua institucionalização".

2 - Osvaldo Cruz: Análise do período, considerando as diversas formas como historicamente foi compreendida a sua atuação.

3 - Anos 30-37: O Estado brasileiro e as transformações no oferecimento de serviços médicos.

4 - Anos 55-60: Projeto desenvolvimentista e limites na abordagem da questão de Saúde Pública.

5 - Política Social Brasileira: Análise do Projeto de investigação e dos primeiros resultados.

6 - A conjuntura atual: abordagem de alguns elementos.

7 - Avaliação - será feita através de:

a) Teste bibliográfico e fichas de leitura feitas regularmente;

b) Participação nos debates;

c) Trabalho em grupo - de 20/11 de trabalho, com apresentação de relatório.