FABIOLA ZIONI GOMES

MULHERES E CRIANÇAS PRIMEIRO!
O CARÁTER DA INTERVENÇÃO DO ESTADO NO GRUPO
MATERNO-INFANTIL DA COLÔNIA AO MILAGRE BRASILEIRO.

Orientador: Arnaldo A.F.Siqueira

São Paulo

1988

Este trabalho é dedicado a Thiago,
Maria Letícia e Maria Lucila, crianças
que realmente estão em primeiro lugar.

Agradecimentos

Este trabalho falou indiretamente, sobre a vida de crianças e mulheres e só foi possível de ser realizado graças à contribuição de muitas mulheres.

Em primeiro lugar, minha mãe e minha avó, que sempre disseram "que mulher podia estudar"; minha madrinha que sempre me mostrou que mulher podia ser insolente (e quanta insolência é necessária para escrever uma "tese"); minhas irmãs, Lucila, Cecília, Priscila e, principalmente Silvana, que dividiram comigo as primeiras angústias de mulher, além de participarem ativamente em minhas atividades "Materno-infantis". Nesta área a participação de minha sogra Dulce e minhas secretárias Mercia, Cristina e Edilma foram indispensáveis.

A amizade de Lena, Terezinha, Vera, Irani, Olga, constituíram um incentivo necessário para este trabalho.

A colaboração de antigas "chefes" do DSC-2, Carmen e Maria José foi importantíssima nos passos iniciais do Mestrado.

Falar em colaboração de "chefes" é falar em Aracy, a quem agradeço pelo seu papel decisivo na minha carreira universitária e, principalmente, pela sua amizade.

Sem a amizade das colegas da "área de enfermagem e Ciências Sociais", Maria Emília, Lúcia, Cida, Marici, Marie, Hyeda, Yumiko, Helena e Cleide (que suportaram minha angústia ruidosa ao longo deste processo) este trabalho não teria sido possível.

Colegas do Departamento de Saúde Materno - Infantil, Denise, Fumika, Keiko, Néia, Florita, Cristina e, principalmente Augusta, que participou ativamente neste trabalho, também não podem ser esquecidas, junto com Márcia, da área de Educação em Saúde Pública, com quem divido tantas horas-aulas.

E como falar em mulheres e crianças sempre lembra o terceiro lado do triângulo, figuras masculinas também contribuíram para esse trabalho.

Meu pai que "sempre teve tanto orgulho das filhas", meu irmão que, me socorreu sempre que os carros (e foram tantos) quebraram, meu sogro que me ajuda porque "ela corre tanto, coitada".

A colaboração, o incentivo e, suspeito, um certo entusiasmo pelo trabalho, apresentados pelo meu orientador Arnaldo, foram decisivos para sua realização.

Sem as "cobranças" de Samuel talvez o prazo de entrega "esgotasse", sem a amizade de Raimundo talvez fosse mais difícil realizar tantas tarefas.

A atenção especial dos colegas do xerox (principalmente do Sérgio) foi fundamental para que este trabalho fosse concluído.

A amizade, a solidariedade, o companheirismo e a participação ativa de Rubens e Fernando, amigos tão queridos, dispensam comentários, mas exigem um agradecimento especial.

E, finalmente, a presença mais marcante, Clóvis que, entre resmungos e reivindicações, colaborou e vibrou bastante com essa etapa de nossas vidas.

ÍNDICE

I.	INTRODUÇÃO	01
1.	Objetivos	08
II.	REFERENCIAL TEÓRICO	09
1.	Sociologia e Saúde	10
2.	O conceito de ideologia	15
3.	Análise dialética de uma visão de mundo	21
4.	Saúde Materno-Infantil e visão de mundo	23
III.	PRIMÓRDIOS DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL	26
A.	Sobre o tema	27
B.	O descobrimento e a formação de colônia	27
1.	A Colônia e a Metrópole: relações assimétricas	27
2.	A Saúde no Mundo Colonial	31
2.1.	A (des)atenção materno-infantil: mulher e criança na Colônia.....	37
3.	A ruptura do pacto colonial	41
3.1.	A Saúde após a ruptura: organização do espaço urbano e organização familiar	42
C.	O processo de formação do Estado Brasileiro....	47
1.	Do Reino-Unido a República	47
2.	A Saúde e o Estado: da higienização da família à Saúde Materno-Infantil	54
IV.	A emergência da Saúde Materno-Infantil	66
1.	A emergência da Saúde Materno-Infantil e a constituição dos Serviços de Saúde	67
2.	O caráter social da emergência da Saúde Materno-Infantil	74
2.1.	A Saúde Materno-Infantil e o Estado Oligárquico	78
2.2.	A Saúde Materno-Infantil e o Estado Novo..	96
2.2.1.	A Revolução de 30	96
2.2.2.	O Estado Novo	100
2.3.	A Saúde Materno-Infantil da "Redemocratização" ao Estado Militar	114
2.3.1.	A Saúde na época do populismo	121
2.4.	A Saúde Materno-Infantil e o Milagre Brasileiro	128

V.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	149
VI.	RESUMO	154
VII.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	156

ANEXO

I. INTRODUÇÃO

O estudo da origem e da evolução dos programas de Saúde de materno-infantil corresponde a um aspecto do estudo sobre a maneira como os homens encaram o fenômeno Saúde-Doença, como o explicam e elaboram estratégias de intervenção sobre a referida situação.

Esta afirmativa pressupõe uma anterior, ou seja, a de que existe uma estreita relação entre Saúde e Sociedade, tanto no sentido de que a maneira como os homens produzem sua vida pode ser geradora das temáticas de Saúde, como no sentido de que as formas de intervenção sobre essas temáticas são, por sua vez, influenciadas pela organização social como um todo^(*).

Essa relação entre Saúde e Sociedade se efetua em diferentes níveis e de variadas formas, mas é na elaboração das estratégias de intervenção que se revela mais claramente.

Isto é — na identificação dos problemas, na definição de suas causas, na elaboração de medidas terapêuticas ou preventivas, na determinação de prazos para sua resolução assim como na delimitação de áreas e grupos a serem atingidos prioritariamente por esse conjunto de medidas — outros elementos além daqueles oriundos do conhecimento científico^(**) ou de normas racionais de conduta são determinantes.

Vale lembrar ainda, que a relação contexto social e Saúde, não se restringe somente à forma de atuação dos Serviços de Saúde — responsáveis pela elaboração destas estratégias — mas se dá também em nível da própria organização destes serviços, assim como na definição que desenvolvem em re-

(*) - A esse respeito Donnangelo⁽¹⁾ demonstra o caráter histórico das formas de intervenção em Saúde; com destaque especial para a Medicina, esta autora refere a existência de uma prática técnica articulada às práticas sociais, afirmando, ainda o caráter histórico dessas práticas. Quanto à relação problemas/temas em Saúde, Rosen⁽⁴⁾ afirma que o aparecimento de doenças em uma época não "é somente fruto do acaso" mas está relacionado à "estrutura, cultura e psicologia" da sociedade onde surgem, devendo ser entendida como "fenômeno social". Singer⁽⁵⁾ também considera a questão do ponto de vista da possibilidade tecnológica de se enfrentar o problema.

(**) - Ainda que se considere que o próprio estágio do conhecimento científico é determinado por instâncias sociais.

lação ao seu objeto de trabalho — a Saúde.

Por Serviços de Saúde adota-se a definição proposta por Singer⁽⁵⁾ "... exercício legitimado da medicina e da odontologia e [outras práticas de Saúde Pública] cujo fim explícito é preservar e restaurar a saúde da população ..." e que se "... configuram como uma unidade social historicamente constituída: sua identidade percorre a história do país e do mundo ocidental".

Segundo esse autor⁽⁵⁾, os Serviços de Saúde contemporâneos estão relacionados desde sua origem com a própria evolução do Capitalismo Industrial que engendrou um quadro nosológico específico com a predominância de doenças infecto-contagiosas, cujo combate foi efetuado através da aplicação dos achados e da metodologia das ciências naturais à prevenção e cura dessas doenças.

A revolução industrial — avanço tecnológico aplicado ao campo da produção — levou à substituição do trabalhador individual, manufatureiro e proprietário de seus instrumentos de trabalho, por unidades de produção baseadas no pleno aproveitamento da máquina e arregimentação de quantidades cada vez maiores de mão de obra.

Esse grande contingente de trabalhadores passou a viver em centros urbanos cuja precariedade — exaustivamente descrita e analisada^(*) levou ao incremento das doenças infecto-contagiosas que, por sua vez, passaram a significar um entrave à expansão industrial.

Em decorrência disso surgiu a necessidade de criação de uma série de serviços — transporte, comunicação, saneamento do meio e saúde — que pudessem controlar as relações entre os indivíduos e o sistema social como um todo.

(*) - A esse respeito consultar, Singer⁽⁵⁾, Donnangelo & Pereira⁽¹⁾.

Nesse sentido, os Serviços de Saúde nascem e se desenvolvem com o intuito de produzir condições materiais e ideológicas indispensáveis ao desenrolar da vida política, social e econômica em determinados moldes. Assim, para cada conjuntura econômica/social de um país deve haver uma determinada organização dos Serviços de Saúde no sentido de responder às necessidades de manter e reproduzir a força de trabalho, e, indiretamente, garantir a preservação desta estrutura.

Se a organização dos Serviços de Saúde é influenciada pela Sociedade como um todo, é do conhecimento científico que ela vai tirar normas para sua atuação.

Vale lembrar que se a ciência, entendida como um dos componentes do conhecimento humano, não pode ser considerada como desvinculada do momento histórico em que se dá esse conhecimento; assim ela também, a exemplo dos Serviços de Saúde, será afetada em sua organização e avanço, por outras instâncias que não as do pensamento e reflexão.

Uma vez esboçadas as relações entre as diferentes instâncias da estrutura social e dos Serviços de Saúde pode-se pensar que a assistência Materno-Infantil desenvolvida por esses serviços estará sujeita às mesmas influências.

Segundo Marques⁽³⁾ observa-se há várias décadas uma tendência internacional no sentido de definir o grupo materno-infantil^(*) como prioritário em relação aos Serviços de Saúde.

A autora⁽³⁾ lembra que a preocupação com Saúde Materno-Infantil — por ela denominada Movimento Internacional de Proteção à Infância e à Maternidade, remonta ao início do século XX já sendo caracterizada e definida em 1935 por G.F. McCleary.

(*) - O grupo materno infantil é entendido pela autora como o contingente populacional formado por mulheres entre 15 e 49 anos e por lactentes, pré-escolares, escolares, adolescentes (até 19 anos).

No entanto, tanto no Brasil e em nível internacional é por volta da década de 70 que o grupo se destaca dos demais grupos populacionais como prioritário em termos de programas de Saúde e/ou de atendimento médico. "Tal sentido de "prioridade" (*) não é, entretanto, um posicionamento restrito ao Brasil ... trata-se de um processo que vem ocorrendo em nível internacional no âmbito das sociedades em geral, como se depreende da análise de um grande número de textos técnicos ou não (jornais, revistas, livros) originários das mais diversas regiões do globo terrestre ..." "...que enfatizam a prioridade do grupo para as políticas da saúde" (3).

Refletindo sobre o motivo dessa tendência — sem esquecer de que as atenções dedicadas a esse grupo respondem a necessidades reais dado o peso das condições da saúde vividas por este grupo e sua importância numérica — a autora leva em consideração outros determinantes para entender esse privilégio. Analisando os programas de Saúde Materno-Infantil — assim como o método epidemiológico que norteia os estudos e as propostas desenvolvidas na área — localiza na crise do setor saúde ocorrida nos anos 70 — algumas das razões para a definição deste grupo como prioritário em termos de atenção Médica e de ações de saúde como um todo.

A atenção Materno-Infantil apareceria então como uma tentativa de racionalização dos Serviços de Saúde na medida em que se consideraria a crise vivida por esses serviços como de origem administrativa e não como explicitação da própria crise vivida pelo sistema mais amplo em que esses serviços se inserem.

Esse princípio de organização de programas a partir de grupos populacionais mais vulneráveis tem sua origem em um conceito de Saúde que — sem esquecer os fatores sociais intervenientes no processo Saúde-Doença (**) — prioriza o fator técnico,

(*) - Aspas da autora

(**) - Terminologia usualmente empregada pelo método epidemiológico clássico.

de assistência médica, ou seja, revela um conceito de saúde com forte predominância do biológico em relação aos outros e lementos.

Já no final da década de 1970 e a partir dos anos 80 outra tendência começou a se revelar na maneira de pensar e agir sobre os problemas de saúde.

A partir da Conferência de Alma-ATA em 1978⁽²⁾ vários países, liderados pela O.M.S., começaram a se preocupar com a questão da extensão dos serviços para toda a população.

O lema "Saúde para todos no ano 2.000"⁽²⁾, além de substituir os princípios de seleção de grupos prioritários aparece associado a uma visão de saúde como "direito social", vinculando mais claramente a questão da saúde com as condições de vida, sugerindo ao que parece um conceito de saúde sem a predominância do fator biológico.

No Brasil, apesar de o governo da época não ter enviado delegação oficial para a Conferência, esta tendência começou a se fazer ouvir e foi assumida por grupos profissionais e outras associações da sociedade civil até ser incorporada oficialmente, já no último governo militar.

Vale lembrar que até meados da década de 80 o Brasil vivia em regime de excessão apesar de que, já no início dos anos 80, observou-se uma tendência para o desenvolvimento de projetos mais afinados com as propostas de Alma-ATA como o Prev-Saúde.

A partir dessa data o enfoque — em termos de propostas — não foi mais o de priorizar grupos populacionais^(*), mas o de se realizar uma Reforma Sanitária, concretizar-se um Sistema Nacional de Saúde. Essa tendência parece indicar que

(*) - A questão da definição de grupos de risco prioritários está associada à questão da administração de recursos tradicionalmente escassos para a área social.

a proposta de atenção Materno-Infantil— enquanto estratégia prioritária de intervenção no setor, não se revelou suficiente para atenuar suas crises, uma vez que as causas desta problematística eram exteriores a êle.

OBJETIVOS

O presente trabalho tem como objetivo identificar o momento em que se dá a emergência da saúde materno-infantil entendida como inserção do grupo materno-infantil nas políticas públicas de saúde; o caráter prioritário e/ou secundário desta inserção e, finalmente, a relação destas propostas com as conjunturas econômicas e políticas em que são elaboradas.

É pressuposto básico que o sentido destas políticas está voltado — ainda que de maneira não explícita e/ou consci-ente — para as questões de reprodução/manutenção da porção de trabalho e/ou da conservação do padrão de relações sociais de produção, o que lhes atribuiria um conteúdo ideológico mais ou menos acentuados em função de conjunturas histórico-sociais específicas.

A questão do controle social, portanto, perpassa todas as políticas públicas para o grupo, ressaltando-se o fato de que, na Colônia a atenção se concentrou no controle do comportamento social da mulher, ao passo que esse controle, a partir do século XX, quando foi ampliada a atuação do setor saúde, foi voltado para a mãe. O interesse pela "mulher" foi retomado no final dos anos 80 — dentro do setor saúde — mas com um enfoque bastante divergente do desenvolvido anteriormente.

II. REFERENCIAL TEÓRICO

1. SOCIOLOGIA E SAÚDE

O estudo que se pretende desenvolver sobre a atenção oficial dedicada à mulher e à criança ao longo da história do Brasil tem como ponto central de interesse o de identificar as condições histórico-sociais que influíram para a emergência e formação de políticas públicas (em saúde, principalmente) que elegeram o grupo como objeto de atenção.

Parte-se da idéia de que um dos aspectos das políticas públicas seria o de corresponder a uma estratégia para a manutenção da ordem social, administrando situações de conflito entre setores da sociedade.

Não se trata de reduzir as políticas sociais a um simples artifício ideológico ou a manobras demagógicas⁽¹⁾, mas de identificar o quadro histórico-social em que ocorrem os problemas vividos pelo grupo e como este quadro influe na própria elaboração das propostas entendidas como respostas criadas pelo Estado para ordenar as relações sociais que o compõem.

Neste momento é necessário discorrer sobre alguns dos pressupostos teóricos que orientam este trabalho.

Conforme colocação anterior, os problemas vividos pelo grupo em estudo são vinculados à determinada situação social (histórica) que atua tanto no sentido de determiná-los como no de orientar as propostas de intervenção sobre eles.

Esta constatação sobre a dimensão social da saúde ou seja, a de que tanto o quadro nosológico como as propostas de intervenção são engendrados em nível do social — além de já se constituir quase que como consenso na área de saúde justifica a colaboração das Ciências Sociais e mais especificamente da Sociologia para a análise das políticas públicas para o grupo estudado.

Segundo Nunes⁽¹⁴⁾, "Com toda segurança, e muitas são as formas de comprovar-se isso, tem-se como assentado, hoje em dia, que as Ciências Sociais tem um papel relevante nas questões de saúde. Esse fato é reconhecido universalmente, tanto nas atividades de ensino como de pesquisa, e na sua aplicação direta a diferentes setores dos serviços de saúde ...".

Considerando-se que a situação de saúde de uma população — em termos de incidência e distribuição de doenças — põe em destaque as profundas desigualdades sociais (responsáveis em última instância por essa situação), a Sociologia aparece com um grau elevado de contribuição para os estudos da área.

A idéia subjacente a esta afirmação prende-se a um pressuposto teórico segundo o qual a Sociologia seria uma disciplina científica preocupada em estudar a desigualdade social. Ou seja, explicar porque diferenças individuais (sexo, idade, escolaridade, etc.) acabam se cristalizando em desigualdade social, seria a temática inspiradora da Sociologia enquanto ciência⁽⁴⁾.

Ao debruçar-se sobre a desigualdade social a Sociologia elabora duas vertentes de explicação, uma que reconhece na desigualdade social um traço estrutural de toda a sociedade conhecida, mas revestida de um caráter dinâmico; que nesta desigualdade estaria a origem do conflito (igualmente presente em todas as sociedades), conflito esse responsável pela mudança social.

Esta vertente poderia ser nomeada de "teoria do conflito" em confronto com outra que vê a desigualdade como inerente a toda formação social, mas responsável pela integração e permanência destas sociedades. Para esta vertente a designação de "teoria institucionalista" permite, também, designar autores como Max Weber, Emile Durkheim, Talcott Parsons pelo

fato de não elegerem a desigualdade social como ponto de interesse.

Para Bobbio⁽²⁾ a Sociologia, principalmente quando trata da questão do Estado, pode ser classificada em versões "integracionistas" e "conflitualista" que são análogas à classificação de Demo, baseada na maior ou menor ênfase em relação à mudança social. Nas suas palavras: "segundo um lugar-comum (mas nem por isso errôneo) do pensamento sociológico, a grande divisão é a que opõe os sistemas que privilegiam o momento da coesão aos sistemas que privilegiam o movimento do antagonismo, os sistemas assim chamados integracionistas, aos sistemas assim chamados conflitualistas".

Discorrendo sobre o tema Fernandes⁽⁵⁾ aponta razões para a existência desta diversidade de interpretação: "A Sociologia reflete o caráter antagônico da civilização capitalista ..." "... não se estilhaçou em nossos dias ..." "... nasceu estilhaçada ...". Esse fato, por sua vez, pode ser considerado como uma condição que foi vantajosa para a Sociologia como Ciência ... "porque permitiu que superasse suas origens ligadas à manutenção da ordem".

Para Lövy⁽¹⁰⁾, A.Comte, um dos pensadores que iriam contribuir para a formação da Sociologia, apresentara como uma das descobertas desta ciência "... as leis naturais que no sistema de sociabilidade moderno, devem determinar a concentração de riquezas entre os chefes industriais".

Segundo Martins⁽¹¹⁾ a Sociologia nasce com a necessidade de explicar e/ou justificar as relações sociais advindas com a superação do mundo feudal pela nova ordem burguesa. Esse processo que se inicia no século XVI (mercantilismo) e culmina duzentos anos depois com a Revolução Francesa é liderado pela burguesia que passa por sucessivas transformações (classe ascendente, classe revolucionária, classe no poder) e

laborando, para cada momento, uma visão de mundo e de situação — enquanto classe — conforme se relacionava com o poder. Assim, para Fernandes⁽⁵⁾, "... a burguesia que luta contra a opressão feudal não é a mesma que realiza as "grandes revoluções"^(*), e essa, por sua vez, é bem diferente da que teria de enfrentar os levantes populares e a pressão organizada das classes trabalhadoras". Na verdade, "o marco"^(*) do que é burguês muda com a transformação da estrutura do sistema de produção e da estrutura da sociedade global. Sob o "ancien régime" o burguês se definia em contraposição com o nobre e com a denominação feudal que tinha de destruir, sob o capitalismo o burguês iria definir-se em contraposição com o proletariado...".

Essa evolução histórica das relações entre as classes sociais influenciou na constituição da Sociologia. Herdeira de filosofia social ela recebeu a influência libertária de vários pensadores (Saint Simon, por ex.), mas foi a partir da fase "conservadora" da burguesia que se desenvolveu um processo de constituição da Sociologia como disciplina científica, processo esse localizado "grosso modo"^(*), entre a terceira década do século XIX e a Primeira Grande Guerra⁽⁵⁾".

Ainda que não se assuma a idéia da ciência como "subproduto cultural da burguesia"⁽⁵⁾ não é possível ignorar-se a contemporaneidade de alguns fenômenos: queda do mundo feudal e de suas interpretações teológicas de realidade natural e social com o advento do Iluminismo e de suas explicações racionais e libertárias — tradutoras de um pensamento burguês em eclosão revolucionária.

Não é difícil, também, estabelecer uma relação entre a burguesia que precisa manter o poder, defender-se das pres

(*) - Aspas do autor.

sões de um novo sujeito histórico (que lhe é antagônico) e o aparecimento de uma disciplina que se pretende "Física Social", capaz de descobrir as leis, as regularidades do mundo social e assim — capaz de prever e restabelecer a ordem natural das coisas, preservando as instituições, a permanência, a imobilidade: "em linguagem de Gramsci: os sociólogos nascem como intelectuais orgânicos da ordem". Sua contribuição relaciona-se com a hegemonia cultural e com a eficácia política daqueles setores na sociedade global "... por isto a Sociologia ainda é impregnada ... de componentes liberal conservadores de manutenção da ordem" (5).

Prosseguindo nesse raciocínio pode-se encontrar na "Natureza Sociológica da Sociologia" (5) a explicação para o desenvolvimento de outra linha de pensamento sociológico a "teoria do conflito" no dizer de Pedro Demo (4).

Partindo-se da idéia de que a "ótica institucionalista" (4) em Sociologia é vinculada à proposta de defesa e manutenção da ordem — a "ótica do conflito" por sua vez, aparece ligada a propostas de intelectuais não comprometidos com a ordem e preocupados em romper a hegemonia da classe dominante. Estabeleceram-se, assim as condições para o surgimento do que Fernandes (5) chama de Sociologia dos Dominantes e Sociologia dos Dominados.

Vale lembrar que essa duplicidade de paradigmas científicos estaria vinculada ao caráter do objeto de estudo das Ciências Sociais e da Sociologia, caráter esse que impregna a sociologia de um conteúdo ideológico.

Neste particular Demo (4) considera importante em Ciências Sociais "... não escamotear o ponto de vista ideológico e, ao dizermos isso, estamos sugerindo que a ideologia faz parte inevitável da sociologia. A questão metodológica não é a da isenção de valorações, mas do controle suficiente delas,

até mesmo porque dizer-se não ideológico é ideologia barata ..." para Demo⁽⁴⁾ "... as Ciências Sociais não realizam a neutralidade porque o fenômeno social não é e nem pode ser neutro...". Prossegue o autor⁽⁴⁾ "... No entanto, propor a convivência crítica com ideologia não significa abster-se de tratar a realidade assim como ela é ou de erigir a captação deturpada da realidade como ideal científico. Em Ciências Sociais o ideal científico é precisamente um "ideal" (*), não se realiza de todo na história porque é algo histórico".

Estabelecer o caráter ideológico das Ciências (e das Ciências Sociais especificamente) implica na necessidade de precisar o conceito de ideologia, central para a interpretação histórica do caráter social da emergência da Saúde Mater no Infantil.

2. O CONCEITO DE IDEOLOGIA

A discussão do conceito de ideologia deve ser precedida de algumas colocações teóricas para situá-lo em determinada proposta de interpretação de realidade.

Dentro da "ótica de conflito" tem-se a interpretação histórico-estrutural como uma das possíveis formas de estudar a realidade social.

Segundo esta interpretação a história das Sociedades humanas corresponde a história dos diferentes modos de produção que embasam as formas de convivência social.

Segundo Harnecker⁽⁸⁾ o conceito de Modo de Produção é um conceito teórico que permite pensar e conhecer a totalidade social e não simplesmente descrever uma situação.

Para a autora quando o médico realiza um diagnóstico a

(*) - Aspas do autor.

partir dos sintomas descritos pelo doente, o faz sintetizando esses sinais em uma palavra, e isto significa um conhecimento de doença. "Para se chegar a diagnosticar uma doença é necessário captar a unidade que permite compreender os diferentes sintomas. Da mesma maneira, para se chegar a definir um objeto é necessário ser capaz de descobrir uma unidade ou a forma de organização dos elementos que servem num primeiro momento para descrevê-la...". Para a autora⁽⁸⁾ "Pode-se dizer que em toda sociedade existem indústrias, campos cultivados, correios, escolas, exército, polícia, leis, correntes ideológicas, etc.. Porém a organização destes elementos em diferentes estruturas (estrutura econômica, jurídico, políticas, ideológica) e a determinação do papel que cada uma dessas estruturas desempenha na sociedade, permite passar da descrição ao conhecimento de uma realidade social, estabelecer as leis de seu desenvolvimento e, portanto, a possibilidade de dirigi-lo conscientemente"⁽⁸⁾.

O modo de produção enquanto maneira historicamente específica que caracteriza o processo de produção, corresponde "a uma Estrutura Global formada por três estruturas regionais: econômica, jurídica-política (leis, Estado, etc.), ideologia (idéias e costumes)"⁽⁸⁾.

Em termos do papel desempenhado em cada uma dessas estruturas, continua Harnecker⁽⁸⁾, tem-se que, em relação à Estrutura Global, uma das regionais é dominante sendo que a econômica é sempre a determinante em última instância. No capitalismo há uma coincidência entre a estrutura dominante e a determinante. Por estrutura dominante entende-se aquela que desempenha o papel fundamental na reprodução do modo de produção.

Para a autora⁽⁸⁾ todo Modo de Produção é caracterizado por sua "dinâmica", pela "contínua reprodução de suas con

dições de existência". O modo de produção capitalista, por ex., ao mesmo tempo que produz bens materiais numa forma..." que "...implica a divisão dos homens..." em "capitalistas e operários e que dá origem a toda uma ideologia que favorece esse tipo de produção e a uma forma de poder que a defende e estimula, vai continuamente reproduzindo suas condições de produção...". "Produz bens materiais..." e "...reproduz as relações de produção capitalista".

Se por Modo de Produção se entende a maneira como os homens produzem bens necessários à sua sobrevivência, as relações de produção são relações que se estabelecem a partir da posição que os indivíduos ocupam no Modo de Produção, tendo em vista a posse ou não dos meios de produção.

A persistência de um modo de produção ao longo da história está ligada — entre outros fatores — à reprodução das relações sociais, questão essa que passa pela existência de uma instância ideológica que, além de justificar o caráter dessas relações, deve ser reproduzida para outras gerações, garantindo a reprodução do Modo de Produção.

A reprodução das relações de produção se faz necessária para garantir que uma ordem, baseada em relações assimétricas — (como o são as relações de classe em uma sociedade capitalista) — seja aceita pelos indivíduos e por várias gerações. No entanto, o Modo de Produção Capitalista tem como condição básica para sua sobrevivência a reprodução do capital que se faz via produção de mercadorias e acumulação de capital. Essa condição, que se efetua em nível da estrutura econômica não implica em descartar o papel importante da estrutura jurídico-política - o Estado e da estrutura Ideológica (valores, costumes, idéias) para manutenção de ordem e sua reprodução.

O modo de produção capitalista caracteriza-se em rela

ção aos anteriores pela separação entre o produtor e o produto do seu trabalho.

No momento anterior ao capitalismo — economia mercantil simples — o produtor de mercadoria tinha o direito de dispor dela; no momento atual os trabalhadores não são donos das mercadorias que produzem porque não possuem os meios de produção (capital, matéria prima, instrumento de trabalho, maquinaria, etc.); são proprietários somente de sua força de trabalho, a qual é vendida para o proprietário dos meios de produção.

"O trabalhador é pago pela sua força de trabalho através de um salário que lhe permite tão somente repor ou reproduzir sua força de trabalho. Mas o que ele produz vale mais do que a paga recebida em seu salário. Este "mais" (*) é apropriado pelo dono dos meios de produção ...". Assim é aí que se localiza a via fundamental da acumulação capitalista, através da qual o capitalismo realiza sua vocação histórica: maximizar-se às custas do trabalhador (4) (**).

(*) - Aspas da autora.

(**) - Para se entender como se produz a mais-valia são necessários alguns esclarecimentos sobre a maneira como, em nível da produção das mercadorias, essas acabam por se impregnar de "mais-valia": por mercadorias entende-se um objeto dotado de utilidade (valor de uso) que é produzido para ser vendido (valor de troca). Este objeto é produzido pela conjugação de três fatores: máquinas, matéria prima e trabalho, os dois primeiros não emprestam para o produto um valor superior aos seus respectivos valores; é o trabalho que vai produzir o "valor" da mercadoria, a mais-valia, pelo fato de que o "trabalho de um homem ... pode produzir durante um dia mais do que o necessário para a subsistência... desse homem... no mesmo intervalo de tempo" (15). Considerando-se que o cálculo do preço a ser pago ao trabalhador é feito a partir das suas necessidades diárias de subsistência o que é produzido a mais é embolsado pelo patrão, porque é incorporado a esse pagamento.

A mais-valia, portanto, pode ser entendida como o "preço" do produto da força de trabalho (a mercadoria) e o salário como "o preço" da força de trabalho.

"Partimos do pressuposto de que a força de trabalho seja comprada e vendida pelo seu valor [que como o de qualquer outra mercadoria] é determinado pelo tempo de trabalho necessário à sua produção supondo-se ser esse tempo composto por 6 horas ele precisa trabalhar 6 horas/dia para reproduzir o valor recebido por sua venda. A parte necessária de sua jornada de trabalho compreende então 6 horas e é, portanto, ... uma grandeza dada. Mas com isso não é dada a grandeza da própria jornada de trabalho.... Conforme o trabalho seja prolongado em 1, 3 ou 6 horas tem-se três diferentes jornadas de trabalho de 7, 9 e 12 horas. Esse prolongamento representa a duração do mais trabalho, onde taxa de mais valia é dada pela proporção: $\frac{\text{tempo de mais trabalho}}{\text{tempo de trabalho necessário}}$ (12).

Uma vez colocada a questão de mais valia como inerente ao modo de produção capitalista pode-se colocar o caráter antagônico que reveste as relações entre os grupos sociais envolvidos no processo, relações essas que se definem enquanto relações de classe: "As classes sociais são grupos sociais antagônicos em que um se apropria do trabalho do outro por causa do lugar diferente que ocupam na estrutura econômica de um modo de produção determinado, lugar este que está determinado fundamentalmente pela forma específica com que se relacionam com os meios de produção"⁽⁴⁾.

Considerando-se a temática de Sociologia - a desigualdade social - o conceito de mais valia assume dimensões importantes porque nele reside a origem desta desigualdade e remete o problema para o conceito de Ideologia que se reveste de grande importância quando se observa que uma ordem social baseada na exploração do trabalho exige de um lado uma justificativa extremamente eficiente para ser aceita e, de outro lado, exige mecanismos sociais capazes de perpetuarem essa ordem.

Segundo Marx⁽¹³⁾, assim como se não julga um homem pela imagem que ele tem de si próprio, também não se pode entender uma sociedade a partir da imagem que ela elabora sobre si própria.

Numa primeira aproximação tem-se que a ideologia pode ser entendida como uma visão falseada da realidade, elaborada pelos segmentos dominantes na sociedade, no sentido de mascarar a realidade e justificar/manter a ordem social.

No entanto, segundo Löwy⁽⁹⁾, Marx somente retomou o conceito de ideologia originalmente empregado como "estudo científico das idéias e as idéias são o resultado da interação entre organismo vivo e a natureza, o meio ambiente". Este conceito elaborado por um enciclopedista do início do século XIX

acabou por enquadrar a ideologia num "subcapítulo da zoologia — que estuda o comportamento dos organismos vivos ... onde trata da questão dos sentidos, da percepção sensorial, através do qual se chegaria às idéias". O autor prossegue discutindo que antes de Marx polemizar o tema, Napoleão — em luta política com os enciclopedistas que pretendiam uma análise científica materialista da ideologia — donominou-os de ideólogos no sentido de especuladores metafísicos, sentido esse retomado e criticado por Marx.

O autor continua ainda⁽⁹⁾: "Em a "Ideologia Alemã" o conceito aparece como ilusão, falsa consciência, concepção idealista na qual a realidade é invertida e as idéias aparecem como motor da vida real. Mais tarde Marx amplia o conceito e fala das formas ideológicas através das quais os indivíduos tomam consciência da vida real, ou melhor, a sociedade toma consciência da vida real ... a religião, a moral, a filosofia, as doutrinas políticas, o direito. Lenin, por sua vez, retoma o conceito com um sentido bastante diferente: "ideologia como qualquer concepção de realidade social ou política vinculada aos interesses de certas classes sociais".

Löwy⁽⁹⁾, analisando o trabalho de Mennhein considera que, para ele, ideologia seria o "conjunto de concepções, idéias, representações, teorias, que se orientam para a estabilização ou legitimação, ou reprodução de ordem estabelecida. São todas aquelas doutrinas que tem um certo caráter conservador no sentido amplo da palavra, isto é, consciente ou inconscientemente, voluntária ou involuntariamente, servem à manutenção da ordem. Utopias, ao contrário, são aquelas idéias, representações e teorias que aspiram outra realidade, uma realidade ainda inexistente. Tem, portanto, uma dimensão crítica ou de negação da ordem social existente e se orientam para a sua ruptura". Para Löwy⁽⁹⁾ ambos os conceitos dizem

respeito a um mesmo fenômeno que se apresenta de duas maneiras. "Esse fenômeno é a existência de um conjunto estrutural e orgânico de idéias, representações, teorias e doutrinas que são expressões de interesses sociais vinculados às posições sociais de grupos ou classes, podendo ser, segundo o caso, ideológico ou utópico".

Para o autor esse fenômeno — conjunto vinculado a posições sociais — é denominado "ideologia total"; "ideologia", por sua vez, é entendida como sua forma conservadora em oposição à "utopia" vista como a dimensão crítica da "ideologia total".

Para Löwy⁽⁹⁾ o termo "visão social do mundo" pode se referir tanto às ideologias como às utopias além de definir o que há de comum entre ambas. "Visões sociais do mundo seriam, portanto, todos aqueles conjuntos estruturados de valores, representações, idéias e orientações cognitivas. Conjuntos esses unificados por uma perspectiva determinada, por um ponto de vista social, de classes sociais determinadas". Essas visões por sua vez, seriam ideológicas ou utópicas conforme se manifestassem em relação à mudança ou persistência das estruturas sociais.

3. ANÁLISE DIALÉTICA DE UMA VISÃO DE MUNDO.

Segundo Löwy⁽⁹⁾ a dialética parte do pressuposto de que não existem "idéias, princípios, categorias estabelecidas de uma vez por todas. Tudo o que existe, na vida humana e social está em perpétua transformação, tudo é perecível, tudo está sujeito ao fluxo de história".

Para Marx⁽¹³⁾ todos os fenômenos econômicos e sociais são produtos da ação humana e portanto podem ser transforma-

dos por essa ação. São leis que resultam da produção e da re produção da sociedade pelos indivíduos e portanto podem ser transformados pelos próprios indivíduos.

Löwy⁽⁹⁾ detalha esta proposição teórica de Marx: "esta idéia é uma idéia da dialética e um seu princípio que, "... apli cado ao terreno social, toma forma de historicismo, i.e. de afirmação da historicidade de todas as instituições, estruturas, leis e formas de vida social... Obviamente esse princípio também se aplica às ideologias ou às utopias ou às visões sociais de mundo. Todas elas são produtos sociais. Todas elas tem que ser analisadas em sua historicidade".

Para o autor⁽⁹⁾ "... certo elemento essencial ao método é a categoria da totalidade^(*) ... a percepção da realidade social como um todo orgânico, estruturado, no qual não se pode entender um elemento, um aspecto, uma dimensão, sem perder sua relação com o conjunto. Concretamente, no caso das ideologias não se pode entender uma ideologia, uma visão social de mundo, ... uma doutrina social, uma concepção de prá tica e de teoria social, sem ver como ela se relaciona com o conjunto de vida social, com o conjunto histórico do momen to, com os aspectos sociais, econômicos, políticos, religiosos, de classes sociais, etc."

No caso deste trabalho o conteúdo, ideológico que se depreende das políticas públicas e a doutrina social emplíci ta a elas, justificam a utilização destes princípios teóricos para o desenvolvimento do tema.

Outro elemento de análise dialética segundo o mesmo autor⁽⁹⁾ seria o da contradição "... Uma análise dialética é sempre uma análise das contradições internas da realidade".

(*) - a adoção deste princípio não significa a tentativa de estudar a totalidade da realidade que é entendida por Löwy⁽⁹⁾ como infinita e inesgotável.

O autor considera que "uma análise dialética das visões de mundo mostra ... que elas são contraditórias, que existe um enfrentamento permanente entre as ideologias e as utopias na sociedade, correspondendo, em última análise, aos enfrentamentos das várias classes sociais que a compõem. Em nenhuma sociedade existe um consenso total, não existe simplesmente uma ideologia dominante; existem enfrentamentos ideológicos, ...". Esse aspecto seria um dos itens a serem desenvolvidos ao longo deste trabalho, na medida em que estes "enfrentamentos ideológicos" terminariam por se concretizar em políticas públicas.

Considerando-se que esses "enfrentamentos ideológicos" acabam se concretizando em políticas públicas dado que os grupos dominantes procurariam estender sua visão de mundo ao conjunto da sociedade, este também será um dos princípios com que se pretende nortear o estudo.

4. SAÚDE MATERNO-INFANTIL E VISÃO DE MUNDO.

Dentro da perspectiva do estudo-políticas públicas como propostas de caráter também ideológico - acredita-se que o conteúdo das propostas do setor saúde para o grupo materno-infantil também apresentariam esse caráter.

Considerando-se a estreita relação entre Ciências e Ideologia — inclusive no caso das Ciências da Natureza e/ou Exatas^(*) e a especificidade do objeto de trabalho em Saúde Pública^(**) acredita-se que as políticas de saúde elaboradas

(*) - Além do caráter ideológico extrínsecos das Ciências Naturais — que diz respeito ao uso dos conhecimentos produzidos por essas disciplinas — a evolução do pensamento científico também não está sujeito somente a instâncias internas à ciência.

(**) - Local de encontro de disciplinas do social é do biológico.

no curso do processo histórico brasileiro não correspondem so mente a tentativas de resolução dos problemas de saúde, nem se referem somente à tentativas de se alcançar o "bem comum", objetivo este que daria razão às próprias políticas públicas, mas podem corresponder a estratégias de intervenção na socie dade no sentido de estabelecer a hegemonia de uma classe via paralização da circulação de contra-ideologias.

Esta proposta de análise do conteúdo ideológico^(*) das políticas públicas, via análise das preocupações oficiais com o grupo em estudo, acopla-se ao conceito gramsciniano de Estado apresentado no trabalho de Freitag⁽⁶⁾ segundo o qual, se Marx representava o Estado como momento exclusivo da coação e da violência, Gramsci o entendia como subdividido em duas esferas: "a sociedade política na qual se concentra o poder repressivo da classe dirigente (governo, tribunais, exército) e a sociedade civil constituída pelas associações ditas privadas (igreja, escolas, sindicatos) na qual essa classe busca obter o consentimento dos governados, através da difusão de uma ideologia unificadora, destinada a funcionar como cimento da formação social⁽⁷⁾ .

Os processos de intervenção voltados para mulheres e crianças na medida em que veiculam (em diferentes momentos e de diferentes formas) as propostas de normatização da vida dos indivíduos, via defesas de idéias, valores, padrões de comportamento definidos como racionais e higiênicos por uma ciência que se pretende neutra e desprovida de outras intenções que não as do bem comum, pode estar desenvolvendo essa função de estender e/ou manter a posição hegemônica de uma classe, de maneira mais ou menos acentuada, de acordo com a correlação de forças existentes no momento.

(*) - Ou da visão de mundo subjacentes às políticas públicas.

A identificação deste caráter ideológico, objeto de preocupação teórica do presente trabalho, será realizada pela reconstrução do momento histórico em que emergem as diferentes preocupações com o grupo, os objetivos implícitos e explícitos de propostas elaboradas para o mesmo, as crises vividas pelo sistema social como um todo e que se refletem nas tentativas de racionalização do setor saúde (e por extensão da área Materno-Infantil) como tentativa de atenuar conflitos ou mesmo de colaborar na reprodução de força de trabalho.

III. PRIMÓRDIOS DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL.

A. SOBRE O TEMA.

Considerando-se os pressupostos teóricos deste trabalho é necessário situar o contexto histórico em que emergiram ou não, as políticas de saúde como um todo, assim como as específicas para grupos populacionais e/ou relativas a problemas de saúde determinados.

Isto porque se acredita que interesses econômicos e políticos de determinadas situações e/ou de grupos sociais específicos interferem tanto na definição da problemática de Saúde como nas estratégias elaboradas para intervenção sobre a realidade.

Em relação ao Grupo Materno-Infantil acredita-se que políticas públicas de intervenção sobre suas condições de saúde não foram desenvolvidas antes do Século XX. No entanto, reflexões sobre mulheres e crianças, sobre seus problemas e sobre as diferentes maneiras de resolvê-los ocorreram em épocas anteriores e não deixaram de exercer alguma influência sobre as políticas que seriam elaboradas mais adiante.

A reconstrução dessas reflexões e do contexto histórico em que elas ocorrem serve para elucidar a vínculo entre Saúde, Saúde Materno-Infantil e Sociedade.

B. O DESCOBRIMENTO E A FORMAÇÃO DA COLÔNIA.

1. A colônia e a metrópole: relações assimétricas.

Segundo Novais⁽¹³⁾ a "História do Brasil nos três primeiros séculos está intimamente ligada à da expansão comercial européia na época moderna", que o autor caracteriza como constituindo o sistema colonial da época mercantilista.

Por mercantilismo entende-se o regime econômico que do

minou a fase pré-capitalista do mundo europeu e que definiu o contexto de suas relações com as regiões recém-descobertas e/ou incorporadas ao comércio marítimo no contexto das grandes navegações.

Segundo Pereira⁽¹⁴⁾ o "capitalismo realiza-se como sistemas intersocietários ou inter-"nacionais", cada um deles sempre se compondo de um sub-sistema central e de sub-sistemas periféricos", tendo se desenvolvido em três etapas: mercantilista, liberal, monopolista". Para o autor a fase mercantilista corresponderia à fase de "gestação do capitalismo, como Modo de Produção plenamente configurado".

O mercantilismo desenvolveu-se no contexto histórico da desagregação do mundo feudal, da Revolução Comercial, da formação dos Estados Nacionais fortes e centralizados. Esse processo, em Portugal, foi acelerado pela prolongada luta contra os Sarracenos⁽²⁰⁾, de que resultou a integração territorial da nação portuguesa e a formação de um grupo mercantil associado à coroa nos grandes empreendimentos da história do país na época: as descobertas ultramarinas, e a posterior ocupação e exploração do solo em termos de empresa colonial.

Nas palavras de Novais⁽¹³⁾ "... nos entrepostos africanos e asiáticos a atividade econômica dos europeus..." "... se circunscreve nos limites da circulação de mercadorias: a colonização favorecerá a intervenção direta dos empresários europeus no âmbito de produção..." "... O caráter de exploração comercial não é abandonado pela empresa ultramarina quando ele se desdobra na atividade mais complexa da colonização..." "...Esse caráter de exploração mercantil marca profundamente o tipo de vida econômica que se organizará nas colônias...". A colonização da época moderna se apresenta como um desdobramento da expan

são marítima-comercial européia... . "A colonização por meio da agricultura tropical como a inauguraram pioneiramente os portugueses, aparece como a solução através da qual se tornou possível valorizar economicamente as terras descobertas e dessa forma garantir-lhes a posse...".

Esta transcrição do texto de Novais⁽¹³⁾ permite sintetizar os elementos que determinaram o caráter da ocupação do território brasileiro e dos desdobramentos econômicos e sociais para a formação social concreta brasileira nos seus primórdios: toda a atividade econômica colonial - assim como a estrutura social que se desenvolveu a partir dela - foi dirigida por e para os interesses da Metrópole, interesses esses que se vinculavam aos da burguesia comercial metropolitana - base social de apoio do moderno Estado português.

Um dos elementos centrais da política econômica (mercantilista) desenvolvida pela Metrópole foi o monopólio do comércio colonial; além de definir o que devia ser produzido na Colônia^(*), a metrópole garantia para si e/ou para o grupo mercantil, a exclusividade de compra desses produtos assim como a de venda daqueles necessários à vida na Colônia.

Esse monopólio comercial garantia em primeiro lugar, a manutenção dos produtos coloniais a baixo preço, para posterior revenda a preços de mercado, em portos de outras nações; em segundo lugar, reservava para a Metrópole um mercado consumidor de produtos, manufaturados ou não, dependente de um único fornecedor.

(*) - "No seu conjunto ... a colonização dos trópicos toma o aspecto de uma vasta empresa comercial ... destinada a explorar recursos naturais ... em proveito do comércio... .A Europa do século XVI ... estava em condições de produzir os gêneros necessários à subsistência de suas populações ... [que ... tinham] necessidade de produtos naturais de climas quentes ..." -(Sodre)⁽¹⁹⁾.

Esse sistema de privilégios comerciais fornecia duas fontes de lucros para setores do comércio metropolitano, lucros esses que eram protegidos e fomentados pelo fato de as atividades econômicas na colônia serem basicamente monocultoras, o que a tornava totalmente dependente da Metrópole. Nesta época o Brasil chegava a importar até sal; esse sistema monocultor exigia a concentração da posse da terra (latifúndio).

Na realidade as características da política econômica do mercantilismo estavam acopladas a uma organização social dos "sistemas periféricos" que se baseava na monocultura, no latifúndio e na escravidão, organização essa totalmente voltada para as necessidades do "sistema central" na fase de "acumulação primitiva do capital".

"Escravidismo, tráfico negreiro, formas várias de servição formam portanto o eixo em torno do qual se estrutura a vida econômica e social do mundo ultramarino, valorizado para o mercantilismo europeu. A estrutura agrária fundada no latifúndio se vincula ao escravismo e através dele às linhas gerais do sistema; as grandes inversões exigidas pela produção só encontram rentabilidade, efetivamente se organizadas em grandes empresas. Daí decorre também o atraso tecnológico, o caráter predatório, o "cíclico", no espaço e no tempo, que assume a economia colonial...". "...Tal, em síntese, a estrutura fundamental do sistema de colonização de época mercantilista. O Brasil-Colônia se enquadra dentro do quadro do antigo sistema colonial..."(13).

Esse tipo de ocupação do território e a organização social determinada por ele engendraram um padrão de relações sociais caracterizado pelo autoritarismo e descompromisso social que, além de marcar toda a época colonial e percor

rer as diversas fases da história do Brasil, ainda se manifesta em traços culturais significativos na sociedade contemporânea⁽⁴⁾.

2. A saúde no mundo colonial.

Partindo-se da idéia de que a política de saúde (ou a sua ausência) está relacionada com a necessidade de o Estado administrar as relações entre as "classes sociais"⁽⁵⁾ é necessário descrever, ainda que sumariamente - o padrão de organização social no início do desenvolvimento do Brasil guardados os tipos de relações sociais básicas existentes no período e definidoras do tipo de estrutura social vigente.

Segundo Sodré⁽¹⁹⁾: " A sociedade da primeira fase colonial tem linhas rígidas e muito simples. Na cúpula encontramos os proprietários de terra e de escravos-aqueles que, com o passar dos tempos, constituíram o que alguns estudiosos apreciam denominar patriciado rural, aristocracia rural, nobreza rural. Não importa discutir a propriedade ou não das denominações. Não importa definir tal classe, e ela se define, com precisão absoluta, segundo o direito e o exercício da propriedade, propriedade da terra e propriedade do escravo, nitidamente conjugadas, pois o sistema deixaria de funcionar sem essa conjugação. Embaixo encontramos as cada vez mais numerosas massas de escravos, sem qualquer direito, tratados os seus indivíduos como coisas pela própria legislação, fornecendo trabalho sem perceber qualquer recompensa em moeda, assegurada apenas a subsistência, no interesse do proprietário e não segundo princípios éticos. De perneio, praticamente nada existe - não existe espaço para o trabalho livre, não existe coi

pública, não existe povo... . Tal estrutura responde com perfeição às necessidades de desenvolvimento do capital comercial...".

A inexistência da "coisa pública" está associada à inexistência de um poder estatal autóctone na Colônia. A administração de interesses privados (leia-se de proprietários rurais) internos e desses interesses em relação aos hegemônicos de Colônia se fez pela transposição da Legislação da Metrópole aos domínios de além-mar.

Até meados do século XVI os mares, as terras e a população do Brasil ficaram sob cuidado de particulares. Desta época em diante a Metrópole adotou a forma de Governo Geral para a Colônia. "Apesar destas instâncias de poder as Câmaras é que de fato geriam as primeiras povoações brasileiras... Presidida pela alcaide, a Câmara era constituída por um Juiz ordinário, dois vereadores, um procurador do conselho, um a dois almotacéis^(*), um escrivão e ainda o capitão-mór dos índios e o porteiro da vila. Seu poder era de execução, julgamento, fiscalização, tributação e segurança. Ela continuará acumulando tais poderes até a primeira década de República"⁽¹⁷⁾.

O poder local, por sua vez, era subordinado diretamente à Coroa cujas determinações emanavam diretamente das Ordenações do Rei: "As ordenações Manuelinas vigoraram até 1603 quando foram substituídas pelas Filipinas a partir do período em que Felipe II foi Rei de Espanha e Portugal"⁽¹⁷⁾.

Essas ordenações orientavam as ações que, em termos de Colônia, mais se aproximavam àquelas que se pensaria como próprias de uma estrutura encarregada da Saúde, pelo menos até meados do século XVIII.

(*) - Encarregados da inspeção da limpeza das ruas e casas.

Desde o século XV a Coroa Portuguesa elaborara um regimento para organizar e supervisionar a atividade médica baseado na figura do Cirurgião-Mór.

Segundo esse regimento todos os que praticavam a medicina deveriam ser examinados pelo médico do rei que concederia licença para o exercício da arte. Além desse exame o indivíduo era obrigado a pagar taxas ao tesouro real.

Estas imposições sugerem relações com uma política mais geral de ampliação do poder monárquico e de levantamento de recursos para o Estado Nacional que começava a ser criado em Portugal sob a égide do Monarca. No século XVI este regimento foi reformado criando-se dois tipos de "supervisores": o Cirurgião-Mór e o Físico-Mór, modelo este que também foi transplantado para a Colônia.

Segundo Singer⁽¹⁸⁾ o "estado de saúde da população brasileira nos períodos iniciais de colonização resultou do encontro de três etnias com diferentes experiências pregressas em relação a doenças e todas três, submetidas transitòriamente, a uma situação artificial e estranha aos seus modos habituais de vida. Desse encontro e das condições de vida ... formou-se uma nosologia peculiar e diferente daquela de cada um dos grupos populacionais que a condicionaram". Segundo o autor foram várias as epidemias de varíola, febre amarela, malária; a lepra, trazida pelos portugueses, disseminou-se rapidamente pela Colônia.

Esse quadro mórbido era agravado pelo fato de não existir nenhum tipo de atuação contínua sobre ele, nem sob forma de política ou medidas de saúde, nem sob a forma de assistência médica.

Ao escasso número de médicos juntava-se o fato de estes não contarem com a farmacopéia européia que dominavam e, às vezes com o fato de desconhecerem algumas das enti-

dades mórbidas específicas a um grupo étnico que haviam se disseminado para o conjunto da população⁽¹⁸⁾.

Conforme colocações anteriores, a estrutura social do Brasil-Colônia não registrava trabalhadores livres em número suficientes para justificar medidas de saúde pública ou coletiva, preocupação já existente nos países centrais que se defrontavam com a necessidade de criar populações sadias.

No Brasil a grande massa de trabalhadores era constituída por escravos - considerados legalmente como coisas de propriedade do senhor rural. Não competia ao poder colonial zelar pela sua saúde. A saúde do escravo era questão interna à propriedade rural e a atenção recebida era menor quanto maior fosse a disponibilidade de mão de obra escrava.

Segundo Singer⁽¹⁸⁾ a escassa população pobre, não escrava, valia-se de assistência filantrópica e religiosa e a organização dos Serviços de Saúde no Brasil Colonial repetia ou se aproximava à existente em Portugal.

Para as tropas militares existia a figura do Cirurgião-Mór que superintendia o exercício da cirurgia, dos sangradores, das parteiras, dos algebristas (que tratavam de óssos deslocados) e dos hospitais militares. Ao Físico-Mór ou a seus delegados competia a supervisão do exercício da farmácia, da medicina, de curandeiros, de práticas de saneamento das cidades⁽¹⁰⁾.

De acordo com Machado⁽¹⁰⁾ a instituição da Fisicatura e do Cirurgião-Mór não tinha por objetivo promover a Saúde da população, mas legitimar médicos e fiscalizar seu exercício e garantir que a Metrôpole recebesse os emolumentos relativos a estas práticas.

A questão da profilaxia da Saúde, envolvendo uma preo

cupação com a assistência médica ou com a higiene das cidades era subalterna ou inexistente; os problemas de higiene eram de responsabilidade das autoridades locais que se limitavam a impedir a proliferação da imundície nas ruas e nos quintais⁽¹⁰⁾.

Regidas pelas Ordenações Felipinas as Câmaras Municipais eram responsáveis basicamente por: - evitar detritos e esterqueiras ao redor dos muros e o entupimento dos canos; - fiscalizar o comércio dos alimentos e saneamento dos portos. Essas ações, por sua vez, não tinham como objetivo transformar as condições urbanas; tratava-se sõmente de impedir a proliferação da sujeira através das práticas de controle, de fiscalização, que eram por sua vez, descontínuas e sem preocupação com a melhoria dos níveis de saúde da população. Alguns cuidados só eram acionados na presença de epidemias e mesmo assim, quando relativos ao saneamento dos portos, vitais para a economia colonial⁽¹⁰⁾.

Até meados do século XVIII a questão da saúde só se colocava a partir da simples percepção da relação entre "sujeira/cidade/doença" que poderia prejudicar o comércio de produtos coloniais⁽¹⁰⁾.

Se a população aparecia como objeto de preocupação era em termos da necessidade de manter as terras da Colônia para o Estado. Se se percebia uma relação entre a Saúde dos povos e a conservação do poder do Estado, esta não era tematizada como algo a ser alcançado pelo controle do ambiente físico e/ou social, mas como algo alcançável pela remoção de obstáculos e/ou ameaças à Saúde.

O ambiente urbano não era passível de uma intervenção positiva, sequer continuada. A própria atividade de fiscalização era fragmentada e ineficiente. O não cumprimento da lei (ordenações Felipinas) era entendido como o único

responsável pela existência da sujeira⁽¹⁰⁾.

Conforme colocações anteriores, a ocupação do território brasileiro foi feita sob a ótica do mercantilismo e dos padrões rígidos do sistema colonial, forma particular do sistema mercantilista.

Desde o século XVI as nações européias se colocavam diante da questão da produtividade econômica que era entendida como relacionada à existência de uma população numerosa, crescente, sadia e plenamente empregada.

Para contar com uma população que criasse riquezas para o Estado este deveria atender ao pobre e ao incapacitado e também promover a saúde coletiva.

A partir do século XVII o Estado começou a intervir nos problemas econômicos e sociais conforme se percebe pela criação de hospitais e centros de assistência aos doentes e incapacitados⁽¹⁵⁾. Esta preocupação com a população não foi transportada para o Brasil, por vários motivos. Em primeiro lugar pelo fato de que essas preocupações foram mais registradas na Alemanha, Inglaterra e França^(*) do que nos estados peninsulares. Em segundo lugar a economia colonial organizava-se de forma suplementar à Metrôpole. Esta deveria ser rica às expensas da Colônia que deveria produzir com um mínimo de investimento. Vale lembrar, ainda, que a mão de obra nas colônias era escrava, o que não justificava medidas de controle de saúde.

Neste contexto era de se esperar a inexistência de uma política para o Grupo Materno-Infantil, ou sequer para o conjunto de população. "Tudo isso mostra não só os limites

(*) - Alemanha - século XVII

Inglaterra - século XVI - Lei dos pobres.,

França - século XVIII - Iluminismo.

de intervenção da Câmara e da administração colonial, como também o significado específico de suas atribuições que não diz respeito a uma política de Saúde capaz de organizar, a partir de uma reflexão e de medidas de tipo positivo, o funcionamento da cidade. A saúde da população está na dependência de obstáculos que, quando aparecem e são sentidos pelos habitantes como algo nefasto a ser proscrito, e portanto denunciado, são afrontados pela Câmara de modo local, disperso e sem continuidade. A presença de um perigo determina medidas de defesa que não implicam a idéia de periculosidade e o projeto de prevenção..."(10).

As práticas de saúde pretendidas pela época eram compatíveis com o tipo de relação político-social existentes entre a Colônia e a Metrópole e com o estágio do desenvolvimento científico que concebia a saúde como fruto de fatores externos, partículas invisíveis (teoria miasmática) que justificavam as preocupações com intervenções no meio físico.

Essas preocupações com a Saúde - constantes nas Ordenações Filipinas - apesar de preconizadas para as Colônias não se concretizaram em relação ao Brasil, isto porque as cidades só se tornaram objeto de ações mais consequentes a partir de meados do século XVIII; além disso, as próprias Ordenações referiam-se a questões da cidade europeia não sendo necessariamente adequados ao urbano colonial(11).

2.1. A des(atenção) Materno-Infantil: mulher e criança na colônia.

Conforme colocações anteriores as preocupações com a Saúde coletiva no início da colonização do Brasil diziam

respeito ao controle-disperso e de caráter punitivo - sobre o ambiente urbano e ao controle do exercício da "arte e ofício de curar". O meio rural continuava sob o domínio particular (fato que caracterizou a ocupação do território brasileiro até meados do século XVI); a escassa população livre não proprietária (localizada nas pouco numerosas e desenvolvidas áreas urbanas), por sua vez, não recebia maiores atenções por parte da Coroa no que dizia respeito à Saúde.

Nesse sentido, mulheres e crianças não se colocaram como objeto de atenção; não se registraram preocupações sistemáticas com sua saúde, nem em nível público nem a nível particular, conforme é atestado pelas colocações que se seguem:

"Oh! Como estou feliz que morreu meu filho... Quando eu morrer cinco criancinhas [estarão] a me rodear. Entra Mamãe! Entra! [no paraíso] ..." - Observando que essa reação era bastante comum na Colônia um viajante europeu assim se manifestou sobre o assunto: "Não posso ter uma opinião boa sobre o futuro de um Estado onde assim se dissolvem os mais fortes laços dos seres deste mundo"⁽³⁾.

Esta concepção de criança correspondia, ideológicamente, à forma de organização social engendrada pelo sistema colonial.

Assim como o indivíduo adulto não existia socialmente fora dos limites da propriedade rural (ou de sua extensão citadina) a criança só era vista como um elemento desta propriedade e nesses termos era entendida como tendo um papel secundário.

Para Costa⁽³⁾ a criança não existia na colônia; existia um filho que, do ponto de vista da propriedade, aparecia como um elemento posto a serviço do poder paterno. Pa

ra a família, cujo "epicentro" repousava na figura paterna, a criança/filho só poderia receber uma atenção genérica. Até o século XIX a infância não foi tematizada, nem pela família, nem pelo Estado.

A estrutura social da Colônia era polarizada entre proprietários e não proprietários. A sobrevivência estava ligada à conquista e posse da propriedade, processo esse extremamente violento e dependente, em boa medida, da energia e capacidade do adulto-pai cuja figura não poderia ser desgastada, sequer em termos de desvio de atenções e /ou perda de prestígio⁽³⁾.

Do ponto de vista legal esse predomínio paterno era garantido pela instituição do morgadio^(*) e pelo direito de castigar filhos, escravos e mulheres. O poder advindo da posse da terra - era fortalecido pelo acesso ao "saber" decisivo na vida de Colônia que era aquele pautado na tradição, já que a fonte de informação útil repousava no passado⁽³⁾.

Para reforçar essa concepção de criança a tradição católica (um dos principais elementos no desenvolvimento da visão de mundo da época) concorria com a imagem de criança como ser purificado, sem mácula, um "anjo". Toda a preocupação iconográfica da época era coberta pela figura dos "anjinhos", cuja morte não seria motivo de dor: "Feliz anjinho que vai pro céu"⁽³⁾.

Essa tradição [que parece ter sido aproveitada pelos jesuitas para compensar a alta mortalidade de crianças indígenas na época] pode ter contribuído significativamente para que a vida biológica-moral da criança não fosse valoro

(*) - Segundo a instituição de morgadio a herança pertencia obrigatoriamente ao primeiro filho, o que impedia a divisão da propriedade e, ao mesmo tempo, criava a figura poderosa do patriarca.

rizada⁽³⁾.

Segundo Costa⁽³⁾, "Na Colônia a representação social e real da criança monopolizava o sentido de sua vida, os papéis culturais de "filho incapaz" e de "anjinho" superpunham-se e obscureciam sua condição de etapa biológico-moral no desenvolvimento do adulto... . Entre o adulto e a criança as ligações existentes eram a da propriedade e da religião. ... Fora disso um fosso as separava ... Os elos que uniram a cadeia das gerações só foram criados quando a família dispôs de representações da criança como matriz físico-emocional do adulto.... Esta recodificação da imagem da criança deveu-se em grande parte a reação dos higienistas"⁽³⁾.

Para Costa⁽³⁾, família, crianças e mulheres tinham uma concepção específica; até o século XIX não se registrava preocupação com o crescimento e o desenvolvimento da criança. A criança como filho, elemento secundário da casa senhorial não merecia maior destaque.

A família, continua o autor⁽³⁾, não estava centrada - ao contrário da visão ideal da família burguesa - no cuidado da prole: mesmo a nível de valores e princípios, explícitos ou não, a família baseava-se na manutenção do patrimônio.

A transação matrimonial já demonstrava esse caráter principalmente econômico. Para responder à lógica da propriedade os casamentos baseavam-se em critérios definidos pelo dote; ao mesmo tempo premidos pela necessidade de manter o poder entre uma elite, os casamentos consangüíneos eram frequentes.

Nesse contexto as relações pessoais e de afetividade não apareciam como centrais. O caráter das relações era dado pelo predomínio do pai, do adulto.

Assim como as crianças, as mulheres apareciam como secundárias, responsáveis pela casa, enquanto unidade de produção e consumo, mas sem poder face ao ambiente doméstico e sequer sobre ele. Às senhoras coloniais bastava manter o ambiente como dizia a tradição. Sem função social relevante a sociedade não refletia sobre elas. O único cuidado dizia respeito à moralidade das mulheres, vigiada e punida quando se transgredia a norma⁽³⁾.

3. A ruptura do pacto colonial.

A partir de 1700 a estrutura social gerada nos primeiros tempos começou a apresentar algumas brechas. Essas mudanças advinham da atividade mineradora que requeria elementos livres, tanto da escravidão como da propriedade rural e uma administração centralizada para controlar a produção, levando portanto, ao desenvolvimento dos primitivos núcleos urbanos.

"No III século ... haviam aparecido fatores novos na vida brasileira. O mais importante é o indicado pelo esboço de mercado interno. ...Se a zona mineradora nos apresenta crises de fome que correspondem à unilateralidade da exploração nela desenvolvida ... o adensamento humano que polariza obriga a uma circulação comercial interna de razoável importância...". Surge naquela fase a rudimentar rede de estradas que liga as regiões entre si e estabelece roteiros terrestres de circulação comercial, bem como possibilita o escoamento do ouro. Tais sinais denunciavam, assim, a existência de um mercado interno cuja importância relativa cresce com o passar do tempo"⁽²⁰⁾.

No bojo destas mudanças começava a surgir um novo elemento que seria a possibilidade de desenvolvimento do tra

balho livre cujo "locus" não era o mundo da propriedade rural mas aquele da cidade colonial.

Segundo Costa⁽³⁾, "... com a descoberta do ouro, cidades ligadas à extração e comercialização do produto criaram-se ou se expandiram... surgia uma elite relativamente diferenciada dos interesses do reino ... negociantes, militares, funcionários públicos e outras camadas sociais começaram a se opor à extorsão econômica de Portugal ... os episódios de sabotagem econômica e rebeldia política multiplicaram-se. Portugal até então negligente na política de povoamento e urbanização do Brasil, deu-se conta da importância do problema. A cidade tornara-se foco permanente de contestação do poder real e precisava ser dominada... A transferência do Vice-Reinado da Bahia para o Rio de Janeiro deveu-se em parte a essas ameaças...(*)". Datam pois do século XVIII os primeiros esforços sistemáticos para controlar a população e a cidade em função dos interesses do Estado.

3.1. A saúde após a ruptura: espaço urbano e organização familiar.

Considerando-se o pressuposto deste trabalho as preocupações do Estado com a saúde coletiva tendem a emergir diante de questões que se colocaram como problemática em nível da preservação de interesses econômicos e políticos dominantes em determinado contexto.

No caso da emergência de preocupações e ações mais sistematizadas em relação à saúde coletiva do Brasil, a força motriz deste processo relacionou-se à necessidade de

(*) - No Rio de Janeiro a diversificação do comércio atraía a população que criava uma massa urbana receptiva às propostas subversivas em relação à colônia. Com a invasão espanhola no sul a situação se agravou⁽³⁾.

controle do ambiente urbano, tanto no contexto das relações dos homens com o meio físico, como no contexto das relações sociais que eram desenroladas dentro das condições ditadas pelo modo de vida urbano, e deste "urbano" colonial com a Metrópole.

A partir do século XVIII, com o surto de expansão urbana, a estratégia de dominação da Colônia passou a enfatizar a segurança da cidade.

"O Vice-Reinado do Marques de Lavradio (1769-1779) pode ser tomado como exemplo desta preocupação de intervir na cidade para criar segurança"⁽¹⁰⁾.

"Até meados do século XVIII ... a ocupação do território brasileiro faz-se através da iniciativa privada dos colonos. Enquanto os interesses ... desses colonos coincidiram com os do reino, as cidades se comportaram conforme a expectativa do Estado. No século XVIII a Metrópole precisou intervir a fim de reconduzir a cidade às ordens coloniais ..."⁽³⁾.

Entre as várias estratégias elaboradas pelo Estado - militarização da população, controle urbano/sanitário, etc., uma delas, a questão da higienização da família, pode ser entendida como origem, ou relacionada ao processo de constituição da Saúde Materno-Infantil como campo de saber e, posteriormente de políticas de saúde.

Entende-se por higienização da família, um processo relacionado à implantação de uma visão de mundo para o conjunto da sociedade, visão essa necessária à manutenção do poder da Coroa Portuguesa (Estado) que fora colocado em cheque pelas elites coloniais cujos interesses não mais coincidiam com aqueles das classes dominantes portuguesas.

Conforme colocações anteriores a família colonial brasileira, voltava-se para si e para a propriedade rural-ba

se de seu poder e objeto de sua atuação que fora criada por necessidades próprias de Metrôpole a quem interessava - dentro dos princípios mercantilistas - a máxima produção com o mínimo de investimento.

Essa situação permitiu uma autonomia dos grandes proprietários em relação ao Estado que - transportada para a cidade - acabou por configurar um tipo de cidade, de casa e de relações sociais extremamente complexo para os interesses da Metrôpole.

Para a Metrôpole, a cidade - local de escoamento produção e sede da administração - constituiu-se como ponto estratégico. As cidades (não a propriedade rural) constituíam o "locus" de exercício do poder real, poder esse baseado na lei e não na norma.

No entanto, a autonomia das famílias rurais (incentivada, inicialmente, pelos interesses da metrôpole) fez com que a cidade acabasse por reproduzir - em certo sentido - o mundo rural, criando problemas para a Administração Colonial.

Apesar da relativa autonomia das elites rurais em relação ao Estado Português, havia entre eles uma pauta de interesses comuns. Pelo menos eram mais próximas à Coroa do que outros extratos sociais que o ciclo da Mineração havia acrescentado à estrutura colonial; apesar deste fato, a Coroa ou a Administração Colonial não contava com esses parceiros para manter a ordem nas cidades.

Pelo contrário, ao trazer para a cidade o padrão de ocupação do espaço e das relações sociais do mundo rural - eram essas elites as grandes responsáveis pelo caos urbano que tanto ameaçava a Coroa; conforme as colocações de Costa⁽³⁾, "... a anatomia urbana da Colônia mostra como a casa, ocupando todo o lote delimitava a rua. O privado

impunha-se ao público. Com exceção da praça em que se situavam de modo geral, a Câmara, a Cadeia e a Igreja, a cidade era tomada pelas propriedades privadas ..."(3).

Esse predomínio do particular sobre o público desembocou no desrespeito pelos locais coletivos, no descumprimento das normas de limpeza.

Assim é que "em registros da Câmara de Salvador...as queixas contra os proprietários que lançavam toda sorte de dejetos nas ruas repetem-se ao longo de todo o século XVII e XVIII.... A rua era considerada o confim da casa, como a senzala era o quarto de despejo da casa grande. Os senhores rurais modelavam a cidade seguindo o exemplo do engenho.... No curso do tempo quase todas as famílias urbanas assimilavam esse comportamento"(3).

O controle espacial pelas famílias proprietárias era reforçado pelo monopólio do poder: "O monopólio das famílias rurais sobre o governo das municipalidades é uma afirmação consensual entre os historiadores"(3).

Apesar de amparar-se na própria legislação municipal portuguesa⁽¹⁰⁾, esse poder não correspondia às expectativas do Estado Português.

Em primeiro lugar já não existia uma correspondência automática entre os interesses do latifúndio e da Metrópole. Em segundo lugar, nos dizeres de Costa⁽³⁾, "a família não formava cidadãos e sim parentes ... a participação dos indivíduos nas sociedades resumia-se à defesa do grupo a que pertenciam... Onde a oposição que o Estado sofria quando os convocava para o cumprimento de tarefas nacionais ...".

Não satisfeita em criar uma elite auto-centrada e dependente do pai e do clã, a família colonial pretendeu impor-se como modelo para o conjunto da sociedade: "... na

medida em que dominava o meio urbano reduzia as outras camadas sociais a seu modo de ser ..."(3).

Esse padrão de comportamento em relação ao público precisou ser quebrado pela Coroa para manter a Cidade livre da sujeira (que perturbava - pela criação de doenças - as atividades comerciais) e dos invasores - espanhóis e ingleses.

Quais foram as estratégias elaboradas pelo Estado para responder a essas contradições?

Considerando-se as propostas teóricas de Foucault (*) acredita-se que os padrões de comportamento social são engendrados por agentes legais ou normativos. Para o autor, a ordem [o comportamento] que é criada pelos agentes legais diz respeito a um poder que se cria e se desenvolve através de uma instância "jurídico-discursiva" e que age via mecanismos repressivos, punitivos.

Estes tipos de poder foram engendrados pelos Estados Medievais e Clássicos e as Ordenações Reais parecem um bom exemplo para essa questão.

A partir do século XVIII e XIX, os Estados Nacionais Modernos passaram a desenvolver normas para reger o comportamento de seus súditos, baseadas na articulação dos saberes existentes na época.

Saindo do nível de análise interna do discurso do poder pode-se pensar que uma sociedade fechada, de tipo medieval, com pequeno ou nenhum desenvolvimento tecnológico e/ou comercial (sociedade essa que foi seguida por aquela contemporânea à Revolução Comercial em que nobres e burgueses ainda se degladiavam à sombra do rei) a força da tradição, consubstanciada na vontade do monarca, fosse suficiente para elaborar uma visão de mundo que a explicas-

(*) - Costa extrai esses elementos de várias obras de Foucault e que são citadas no seu livro⁽³⁾.

se e justificasse assim como a seus mecanismos repressivos de manutenção da ordem.

A sociedade que se estruturou a partir do século XVIII com a Revolução Industrial. (cujos resultados foram mais vigorosos no século XIX) precisou elaborar mecanismos explicativos e de regulação das classes sociais mais elaboradas do que aqueles vigentes em épocas menos diversificadas.

"... O Estado Moderno, voltado para o desenvolvimento industrial, tinha necessidade de um controle demográfico e político da população adequado àquelas finalidades. Esse controle, exercido junto às famílias, buscava disciplinar a prática anárquica da concepção e dos cuidados físicos dos filhos, além de, no caso dos pobres, prevenir as perigosas consequências políticas da miséria e do pauperismo ... (3) .

O autor considera que, no caso das primeiras famílias esse controle se exerceu pela medicina doméstica e no caso das outras, via campanhas de moralização e higiene da coletividade. No entanto, até o fim do período colonial a administração não conseguiu realizar seu intento.

Se é desta época que dataram as preocupações em "higienizar" a família para poder controlar a cidade, é somente com a vinda de Don João VI para o Brasil que esta estratégia iria se consolidar.

C. O PROCESSO DE FORMAÇÃO DO ESTADO BRASILEIRO.

1. Do Reino-Unido a República.

O processo de emancipação nacional iniciou-se com a crise do mercantilismo entendido como política econômica geral do mundo europeu que se traduziu em nível da Améri-

ca Luso-Espanhola, pelo sistema colonial.

O mercantilismo correspondeu à expressão teórica da aliança entre o Estado e o Capital Comercial. Para este inressava um Estado forte que abolisse as restrições do mundo feudal ao comércio; este Estado, por sua vez, só poderia tornar-se forte através de empreendimentos comerciais que sustentassem o poder do rei em conflito com a aristocracia⁽²⁰⁾.

A acumulação de capitais propiciada pela Revolução Comercial permitiu a ocorrência da Revolução Industrial; com a preponderância do capital industrial as restrições do sistema colonial garantido pelo Estado absolutista já não mais interessava aos novos grupos hegemônicos das classes dominantes⁽²⁰⁾.

Às propostas protecionistas do mercantilismo opunham-se as idéias do livre cambismo representadas principalmente por Adam Smith, cujas idéias apresentadas no trabalho de Viotti⁽²⁰⁾ consideravam que as Colônias representavam mais fonte de despesas (exército, administração, etc.) do que de vantagens; os ditos privilégios representariam, na verdade, um engano, dado que a Metrópole só comprava produutos de sua Colônia, independentemente do preço em outros locais. Citava o exemplo da França que comprava açúcar de Guadalupe por 50 francos, enquanto que se comprasse de Havana pagaria 35 francos.

Segundo os teóricos do livre-cambismo um povo comerciante deveria desejar que todos os povos fossem independentes porque assim haveria maior produção e circulação de riquezas.

Essa crítica ao mercantilismo apresentou-se no Brasil dos séculos XVIII / XIX, como proposta de mudança na relação Metrópole/Colônia. Não se colocou em cheque a estrutu

ra colonial de produção, baseada na propriedade extensiva da terra e no trabalho escravo. Do pensamento ilustrado europeu a elite letrada da Colônia só conseguiu (ou quiz) absorver aqueles itens que preconizavam o fim do monopólio comercial.

A possibilidade de absorver essa crítica, por sua vez, era relacionada ao fato de as forças econômicas da Colônia já não estarem mais associadas à Metrôpole no sentido de que considerassem como seus os interesses de Portugal.

O período de D.João VI representou o fim do período colonial no Brasil, apesar de a política liberalizante deste rei não ter se realizado totalmente, dada a necessidade de conciliar interesses opostos, segundo a análise de Viotti⁽²⁰⁾ sumariada a seguir.

A adoção de medidas que favoreciam a livre iniciativa - abertura dos portos, revogação dos entraves à produção e ao comércio na Colônia - foram acompanhadas por medidas que restringiam o comércio com nações estrangeiras - via proteção de comerciantes portugueses - e o próprio comércio interno - pela manutenção do monopólio no setor de calçados, vinho, etc..

Na realidade, D.João VI tentou conciliar interesses irreconciliáveis: para os setores dominantes da Metrôpole, interessava uma nova ordem que instalasse formas representativas de governo capazes de limitar o poder real cuja política liberalizante os prejudicava. Para a Colônia interessava o fim do monopólio.

As idéias liberais e nacionalistas importadas pelo Brasil não puderam ter o sentido alcançado na Europa, dado que a estrutura econômico-social recém saída da Colônia não correspondia àquela encontrada nos países de origem destas idéias.

No Brasil, o nacionalismo e o liberalismo foram defendidos por uma "aristocracia rural" e uma "burguesia" dependente destes aristocratas ou do Estado; além disso, não havia uma separação nítida entre estes dois setores: as grandes fortunas da época tinham interesses na agricultura, no comércio interno e externo. O setor "burgues", era constituído em sua quase maioria por comerciantes portugueses pouco interessados na emancipação, para a Aristocracia a nova ordem só interessava como possibilidade de terminar as restrições ao comércio sem alterar a estrutura de produção.

Outro aspecto a ser destacado é o fato de que todos os movimentos emancipadores da época^(*), não se colocaram contra a Igreja. Pelo contrário na medida em que as ordenações coloniais permitiam a ingerência do rei nos assuntos do clero, havia uma contradição entre este e o estado português, como foi demonstrado pela participação significativa de seus membros nos movimentos revolucionários da época.

Na realidade estes movimentos caracterizaram-se por certa fraqueza. Em primeiro lugar, o liberalismo que diziam defender só implicava na liquidação dos laços coloniais de comércio. Além de não se procurar mudanças na estrutura de produção, a questão da independência só se colocou seriamente quando a situação de Reino Unido ficou insustentável.

Além disso, um país extenso territorialmente, com um tipo de organização social baseada no poder privado das famílias dominantes locais não tinha condições de desenvolver lutas de forte conteúdo nacionalista.

(*) - Inconfidência Mineira (1789)
Conjuras Bahiana (1797) e do Rio de Janeiro (1794).
Revolução Pernambucana (1817)

Foram vários os movimentos emancipatórios de caráter local antes da Independência. A questão da integração nacional só se colocou depois deste episódio para evitar a reconquista.

Outra característica marcante desses episódios foi o fato de que todos apresentavam acentuado receio em relação às massas populares. "... revolucionários discutiam sobre a doutrina dos direitos do homem, apenas com os iniciados, parecendo temer que não fosse compreendida pela "canalha".⁽²⁰⁾

Esse medo era gerado pelo fato de apesar de precisarem da população urbana pobre e mesmo dos escravos - os grupos dominantes rebeldes não poderiam atender jamais aos objetivos dos seus aliados: emancipação para os escravos e realização da igualdade para o trabalhador livre.

As colocações de Viotti⁽²⁰⁾ sobre o processo de emancipação nacional vão ao encontro das idéias de Sodré⁽¹⁸⁾ sobre o assunto.

Para esse autor as medidas de D. João VI representaram um primeiro passo para a emancipação sem que a posição da classe proprietária sofresse mudança.

A Independência, por sua vez, foi feita mantendo-se a situação pré-existente; a classe proprietária substituiu os mandatários da Coroa no poder público. No entanto, nesses momentos de transição abriu-se uma brecha no domínio exclusivo da classe proprietária rural: a necessidade de criar um aparelho político próprio (formar o Estado Nacional) e a ideologia do liberalismo político fizeram com que se buscasse em setores médios urbanos elementos para compor esse trabalho.

As escolas de Medicina e Cirurgia (criadas por D. João VI) juntaram-se as escolas de Direito, necessárias à formação de uma elite que estruturasse o Estado Nacional de for

ma que, "sob uma fachada de representação política"⁽²⁰⁾ os interesses tradicionais fossem mantidos.

No entanto, o processo de formação do Estado Nacional, ainda que se desse com o objetivo de manter o poder das elites rurais implicou na criação de um espaço autônomo para o aparelho estatal, desenvolvendo uma contradição que, já existente desde a Colônia, foi objeto da ação normatizadora do Estado, via — entre outras estratégias — da ação médica.

Antes de trabalhar essa questão é necessário completar o quadro histórico em que se dá o processo de emancipação que, iniciado com a transformação do Brasil em Reino Unido com a vinda da família real no início do século XIX, vai se processar até a Proclamação da República já no final deste século.

É consenso entre os autores estudados^(19,29) o fato de a Independência ter se processado sem alterações profundas no quadro econômico, político e social. Mantendo-se intacta a propriedade territorial e o regime de trabalho escravo, a estrutura social não sofreu transformações profundas, no entanto surgiram elementos novos em relação ao quadro social estático da época colonial. Com o declínio do tráfico negreiro (diante das novas condições de produção advindas com a Revolução Industrial) liberou-se capital para investimento em atividades urbanas.

Sodré⁽¹⁹⁾ considera este fato como responsável pela primitiva atividade industrial e pelo deslocamento territorial da riqueza.

O café permitiu alterações sociais importantes já que combinou o sistema de parceria e o regime misto de trabalho (livre e escravo).

Ao mesmo tempo, implementou o desenvolvimento tecnológico em várias áreas: transporte (ferrovias, navio a vapor), comunicação (telégrafo), produção (máquinas para indústrias) e exigiu o desenvolvimento do sistema bancário.

Essa situação alterou significativamente a estrutura ocupacional das cidades e, se a propriedade rural permaneceu intocada permitiu, porém, mudanças significativas em termos do quadro social urbano: desenvolvimento de um grupo mercantil (ainda que sem papel definido e marcado pela ética da elite agrária) e, principalmente a ampliação do mercado interno.

Com o fim do trabalho escravo - dada a incompatibilidade com o processo de acumulação capitalista em vigor a nível internacional e à própria degradação do trabalho livre imposta pela escravidão^(*) - os antigos contrastes não foram eliminados, mas sublinhados.

No final do século delineou-se o seguinte quadro social: classe proprietária rural poderosa, "burguesia" em desenvolvimento extremamente vagaroso e ligada principalmente ao comércio exterior, classe trabalhadora recente e desprovida de poder.

Esse quadro não foi alterado em profundidade com o desenvolvimento industrial e outros fatores que desencadearam a República.

A atividade industrial — incipiente e baseada em indústrias domésticas do setor de alimentos e vestuários — não colocou em cheque o poder tradicional, dado que era, ela própria, fruto da atividade agrária, tanto em termos da capacidade de compra da população, como da disponibilidade de capital para investimento.

(*) Com a escravidão o trabalho livre podia ser remunerado em níveis tão baixos que era mais econômico manter um trabalhador assalariado.

Sofria, também, a intervenção do capital estrangeiro que, apesar de se voltar secundariamente para a indústria, dominava o setor de prestação de serviços urbanos principalmente em termos de transporte, portos e energia, direcionando o campo de investimento.

Em termos de composição social esta não se alterou radicalmente até a I Guerra Mundial: manteve-se o poder das elites rurais e do capital estrangeiro.

2. A Saúde e o Estado: da higienização da família à Saúde Materno-Infantil.

No desenvolvimento deste ítem recuperou-se uma das idéias deste trabalho sobre o papel desempenhado pelas políticas públicas no sentido de auxiliar a implementação de projetos de determinados setores sociais para o conjunto de sociedade; em especial as políticas do setor Saúde.

Repetindo uma trajetória mais ou menos comum a vários países do Ocidente, foi o meio urbano um dos primeiros e mais importantes alvos de atenção por parte dos poderes públicos. No Brasil, as medidas de saúde, apresentaram um caráter de administração de conflitos e de situações de crise.

Quanto à Saúde Materno-Infantil, não se registrou neste período a elaboração de uma política para o grupo. Porém, já se notava uma preocupação em relação a ele no sentido de se criar um tipo de família adequada ao modo de vida urbano e aos projetos elaborados pelo Estado, ainda em processo de formação e consolidação.

A preocupação por parte do Estado, com a organização familiar, não poderia portanto, deixar de se refletir em relação às mulheres e crianças, principalmente às últimas, dado que vinham sendo alvo de um processo de reconceptuali

zação devido às mudanças sociais ocorridas no período.

A concepção usual de Estado tende a identificá-lo com a representação dos interesses comuns à coletividade.

Essa concepção deriva da ciência política clássica que vê a formação do Estado como decorrente de um "pacto social" em que os indivíduos abrem mão de parcela dos seus direitos e liberdades individuais em troca de segurança e proteção que seriam garantidas pela ação do Estado^(*).

Uma concepção totalmente estranha a essa idéia é desenvolvida pela tradição leninista da interpretação marxista que vê o Estado como "comitê executivo da burguesia" e, portanto, incapaz de pautar sua atuação por outras diretrizes que não aquelas citadas pelas classes economicamente dominantes. Essa interpretação pode ser entendida como uma exacerbação das idéias de Marx sobre o Estado: momento exclusivo de coerção e de violência, arbitrariedades essa exercida pelo Estado em relação às classes dominadas e em prol dos interesses de burguesia⁽¹²⁾

As idéias de Gramsci parecem mais apropriadas para a tentativa de compreensão do papel e ação do Estado e de como a saúde pode se constituir como uma estratégia para consolidação do Estado^(2,8,9).

Para Gramsci⁽⁸⁾ o Estado (via sociedade civil) seria o elemento responsável pela difusão, na Sociedade, de uma ideologia (ou visão de mundo) que "cimentasse" as diferentes estruturas que a compõem.

A idéia de necessidade de elaboração de componentes ideológicos para a integração da sociedade (via atuação do Estado) pressupõe de um lado, a impossibilidade de que essa integração seja baseada exclusivamente na coerção e por

(*) - Bobbio⁽¹⁾ aponta Locke e Hobbes como dois dos responsáveis pela idéia de legitimação social da sociedade política baseada no consenso. Sublinha, ainda a idéia de Hobbes a respeito do Estado Político como antítese ao Estado Natural e como esfera de predomínio da razão.

outro, implica em que o elemento encarregado desta "difusão ideológica" seja relativamente autônomo em relação às classes sociais.

Essa autonomia não significa uma isenção em relação aos interesses das classes dominantes. Pode significar tanto a tentativa de harmonizar conflitos para que não haja uma ruptura mais grave como pode significar a implantação de uma política imediatamente contrária aos valores e atuações das classes dominantes, mas — a longo prazo — coerente com as necessidades destas próprias classes.

O processo de formação do Estado Brasileiro espelhou essa dinâmica de relações entre as classes e o Estado, e entre as classes entre si.

Ainda que constituído para realizar os objetivos de elite agrária o Estado Nacional precisou entrar em conflito com ela e, mesmo, agir no sentido de mudar algumas de suas concepções para poder se consolidar em termos de poder. Para isso valeu-se de várias estratégias, entre elas a saúde.

As relações entre Saúde/Medicina e Sociedade são bem explicitadas na seguinte passagem da obra de Donnangelo⁽⁵⁾: "A necessidade de manter e recuperar a força de trabalho..., se proporciona o ângulo privilegiado da articulação da medicina com o econômico e revela sua participação relativamente direta na organização do processo produtivo, não esgota, quer a análise de seu papel na reprodução da estrutura de classes, quer a identificação dos elementos subjacentes à medicalização e às formas por ela assumidas.... Na medida em que as relações de produção são relações de classe ... elas implicam na possibilidade do desenvolvimento dos antagonismos de classe e a transformação do Modo de Produção. Nesse sentido a continuidade do processo de acumulação capitalista depende da presença de condições supra-

estruturais-ideológicas e políticas - capazes de assegurar que não se manifestem contradições já instaladas a nível de estrutura de produção, adquirindo, também a nível político, a forma de antagonismo".

A proposição teórica de Donnangelo⁽⁵⁾ pode ser constatada pela análise do discurso higienista que se afirmou a partir do século XVIII refletindo essa articulação entre medicina, saúde e sociedade em termos da criação de condições superestruturais (ideológicas e políticas) para a manutenção do modo de produção.

Esse papel ideológico da medicina no sentido de moldar comportamentos compatíveis com o Modo de Produção foi desenvolvido, naquele momento, em relação às famílias da elite agrária.

Este papel não se prendia à necessidade de resolver contradições dadas em nível da estrutura de produção, mas à necessidade de adequar a tradição colonial destas elites às novas exigências econômicas e políticas advindas com o fim do pacto colonial e com as transformações que vinham ocorrendo na estrutura social brasileira.

Para Sodré⁽¹⁹⁾, a extinção do tráfico negreiro constituiu-se como um dos elementos responsáveis pelo início do desenvolvimento de atividades urbano-industriais.

A sociedade que começava a se configurar no século XIX exigia comportamentos que escapassem das determinações da propriedade rural; já no século anterior se iniciara um processo de urbanização das famílias que, para alcançar novos tipos de comportamentos, exigia ser completado com a "estatização" dos indivíduos⁽³⁾.

Esse duplo processo exigiu uma ofensiva ideológica que foi travada principalmente pela estratégia higienista cujo alvo principal foi a reestruturação familiar, conforme a a

nálise de Costa⁽³⁾.

A reestruturação do núcleo por sua vez, implicou na mudança da concepção desenvolvida tradicionalmente sobre a criança.

Os cuidados gerais que a criança recebeu durante todo o período colonial foram substituídos - pela ação da higiene e da puericultura - por uma atenção sistematizada em termos de conduta alimentares, disciplinares, pedagógicas e mesmo de vestuário.

Para desempenhar esses cuidados a família precisou redefinir o papel do pai e da mãe, precisou, principalmente, organizar-se em novos moldes.

Essa nova forma de organização familiar e o objtivo pelo qual ela passou a se pautar (procriar e educar as crianças sadias para a Nação carente de uma população forte e produtiva) foram compatíveis com a nova ordem que se pretendia instaurar a partir do século XIX: não mais uma Colônia voltada para interesses externos, não mais um agregado de propriedades rurais regidas por interessses locais, mas uma Nação Independente, voltada para a produção e acumulação de capitais.

Após a Independência, passado o momento em que foi possível uma alinça entre as elites rurais contra os portugueses, o período do primeiro Império registrou uma série de "movimentos secessionistas"⁽³⁾, assim como revoltas nos setores médios urbanos que, ao se voltar contra o Estado, ora se aliavam às elites agrárias, ora às pressões de caráter mais popular.

Esses movimentos, principalmente aqueles de caráter separatista, indicavam a presença de uma herança do passado colonial que se revelava na ausência de um sentimento de nacionalidade.

Identificando o interesse do Estado com o interesse nacional e ambos a uma conduta entendida como "natural" e portanto desejável, a Higiene passou a descrever o tipo de família e de educação necessários para a criação de um adulto identificado com a Nação/Estado.

A intervenção na organização familiar foi precedida pela intervenção no ambiente doméstico, na própria arquitetura da casa. Nas palavras de Costa⁽³⁾ tem-se que : "As casas eram mal construídas, escuras e úmidas... Grande parte do capital empregado na construção de imóveis vinha diretamente de antigos traficantes de escravos ... empregavam o material de pior qualidade e a mão-de-obra mais desqualificada ... na ânsia de obterem os maiores lucros possíveis... Lutando contra essa situação os médicos procuravam aconselhar o uso de material, mão-de-obra, e equipamento mais modernos. Também propunham um plano geral de construção que, obedecendo aos cânones higiênicos, impedisse a improvisação...".

A racionalidade desta crítica representou um avanço em relação à ordem que comandava a organização da casa pré-higiênica. No entanto, não deixou de ter suas ligações com o poder, conforme demonstra o autor citado quando afirma: "... A consequência imediata das exigências higiênicas foi a prosperidade da indústria européia e o progresso material dos técnicos imigrantes". Nesse particular observa-se que a medicina engrossou a pressão da aculturação fazendo com que a casa brasileira consumisse vidraças, louças, instalações sanitárias ... tapetes, cortinas, estuques.... A utilização de materiais e tecnologia européia não significava necessariamente benefícios para a saúde; essa europeização da habitação significava em alguns casos, fazer das habitações "verdadeiras estufas onde o calor é concen

trado por tapetes, vidraças e ferros não só caros...mas... contrários à saúde⁽³⁾.

Para Costa⁽³⁾ "a medicina social percebia que o processo de urbanização forçava a mudança da família e que o Estado, apoiando a expansão da saúde pública - lhe havia creditado uma certa confiança que competia explorar até onde fosse possível... Antes mesmo dos arquitetos, urbanistas, demógrafos, pedagogos, psicólogos, sociólogos e assistentes sociais, eles impuseram à casa, e à família, desequilibrados pelo desenvolvimento urbano, seu modelo de organização social...". Citando autores da época, o autor afirma que a higiene era concebida como "a parte da ciência médica que nos dá os preceitos e as regras necessárias tanto à aquisição como à conservação da saúde e se referem a exercícios, banhos, sono, paixões, trabalhos intelectuais, enfim, ensina a evitar as coisas nocivas e a fazer bom uso das coisas úteis. Nada mais coerente com esta definição que a ingerência médica em todos os setores de vida pública e privada... . Esse cuidado ... tinha objetivos explícitos, dos quais o mais importante era a proteção das mulheres e das crianças...".

No entanto - ainda que obedecendo a uma racionalidade científica mais avançada do que os paradigmas anteriores - a higiene e a medicina da época ainda estavam impregnadas pelo caráter social do conhecimento do qual nenhuma disciplina científica pode ser considerada isenta.

Segundo Gramsci⁽⁸⁾, a questão de os intelectuais constituírem ou não um "grupo social" autônomo e independente, não pode ser respondida de maneira simplificada.

Para o autor⁽⁸⁾ "cada grupo social... cria para si, e ao mesmo tempo, de um modo orgânico, uma ou mais camadas de intelectuais que lhe dão homogeneidade e consciência da

própria função, não apenas no campo econômico, mas também no social e no político^(*).

É através do Estado que os intelectuais orgânicos tentam conquistar a hegemonia para seu grupo social.

No caso do Brasil, os "higienistas" representariam ao longo do século XIX - o papel de intelectuais orgânicos para os setores urbano industriais emergentes?

Vale lembrar, porém que - dadas as características da formação social brasileira - a ordem urbano industrial que despontou neste século (e o Estado que ele precisou criar e consolidar) não só não entrou em choque com a ordem agrária que lhe era precedente como pode ser entendida como de corrente, fruto desta ordem⁽⁶⁾.

O Estado que se pretendeu criar e consolidar não pode portanto - entrar em choque com as camadas tradicionais por vários motivos. Em primeiro lugar, além de ser constituído por elementos cuja origem de classe não era estranha à elite agrária, precisou - por razões estruturais - realizar os objetivos desta elite. Um segundo motivo diz respeito ao fato de os mecanismos repressivos (que foram predominantes na Colônia e no Vice-Reinado) não mais desempenharem um papel realmente eficiente.

Ao Estado restou a estratégia de criar mecanismo que interiorizassem nos indivíduos os seus próprios valores e objetivos. Por isso investiu via medicalização na reestruturação da família.

Nesse sentido, a Saúde no geral e a Saúde Materno - Infantil no particular^(**) começaram se configurar não como um

(*) - Na questão da formação dos intelectuais é necessário lembrar que para Gramsci não existe o não intelectual. Todo homem - fora de sua atividade profissional, desenvolve "uma atividade intelectual [para definir o intelectual o autor faz referência] à imediata função social da categoria profissional dos intelectuais [ou seja, considera se a atividade profissional tem maior peso] na elaboração intelectual ou se no esforço muscular nervoso.

(**)- Essa conotação normatizadora assumida pela Saúde Materno-Infantil constituía-se como uma tônica em termos de Saúde, como um todo.

campo das políticas sociais, em termos da intervenção do Estado na saúde deste grupo populacional, da criação de estruturas de assistência médica ou de outras práticas sanitárias, mas como um campo de normatização da vida cotidiana, de acentuado caráter ideológico; apesar de trazer em si a gênese dos futuros Serviços de Saúde.

"A mulher colonial tornou-se, com a urbanização, uma a nacronia. A penetração do capitalismo industrial europeu no Brasil, dinamizou a vida social e ... a vida privada... A casa higiênica era um dos trunfos médicos na luta contra a família clássica em favor da mulher. Em nome das crianças a higiene insurgia-se contra a insalubridade reinante nas residências..." e também contra o escravo, cuja presença no domicílio era encarada como "...um desafio à higiene"; a revolta contra o escravo, porém, não significava uma luta contra a escravidão; "a felicidade física e racional...pro metidas pela higiene à família branca, não podia estender-se ao escravo que" ... deveria continuar na posição que sempre estivera ... sua função tinha que ser transformada ... alinhado junto com miasmas, insetos ... maus hábitos... o escravo tornou-se o veneno que a família absorvia, acreditando alimentar-se..., a escrava foi usada contra a mulher, com o objetivo de culpá-la, torná-la responsável pe la infelicidade, doença e morte dos filhos", antes criados pelas escravas⁽³⁾.

A higiene buscou, assim, alterar a família colonial em sua "versão" urbana, liberando a mulher do jugo do patriar ca (cujo poder ia de encontro ao do Estado) para transformá-la em "mãe amantíssima" de crianças libertadas do pai e criadas para o Estado. A mulher assim encarada cumpria as funções necessárias ao Estado sem criar contradições com o homem ou com o seu papel na nova família.

A defesa do aleitamento materno - independentemente de sua racionalidade interna - pode servir de exemplo de como preceitos higiênicos eram atrelados a objetivos ideológicos de controle social: "a relação entre aleitamento mercenário e mortalidade infantil detonou o processo de criação da mãe higiênica. Os médicos, notando que este tipo de amamentação era responsável pelo aumento da mortalidade de crianças, decidiram fazer com que a mãe amamentasse. Ao mesmo tempo impediam que a liberação da mulher - dada a diminuição de suas atividades domésticas (decorrentes da urbanização da casa) e da perda do prestígio do patriarca, pudesse ultrapassar ... o limite de segurança social...que coincidia com as restrições impostas pela higiene à sua autonomia"(3).

A utilização da Saúde como estratégia de consolidação do Estado Nacional possibilitou que a corporação médica - aliada ao Estado - assumisse o controle das práticas curativas e sanitárias ao longo de todo o século XIX.

A Saúde, que desde a Colônia vinha sendo entendida como objeto do poder central, foi absorvida por um novo tipo de poder - da corporação médica - ainda que associado aos interesses do Estado.

As instituições criadas desde o início do século foram paulatinamente absorvidas pela corporação médica que havia convencido o Estado sobre a impossibilidade de a fiscalização e cuidados com a higiene urbana continuarem exercidos por autoridades que não as médicas, conforme o costume colonial.

No Império, com a ameaça de nova epidemia de febre amarela no Rio de Janeiro (1849) o Serviço Sanitário da cidade passou a ser orientado por normas ditadas pela Imperial

Academia de Medicina^(*).

Outras associações, como a Sociedade de Medicina e Cirurgia foram se associar nesta ofensiva médica para influir sobre decisões governamentais.

Através de publicações próprias e intenso debate teórico os higienistas desenvolveram concepções sobre as relações Medicina/Saúde e Estado que - a exemplo das propostas de higienização da família - concepções essas embuidas de conteúdo ideológico.

Este discurso baseou-se na idéia de que a medicina - entendida como disciplina científica - só tinha compromissos com a verdade, passando por cima de privilégios e defendendo os indivíduos, através de esclarecimentos que a Ciência Médica podia prover aos indivíduos - através da normatização de sua conduta - de orientações sobre o normal e a moral, que garantiam a saúde e o bem-estar do indivíduo e, conseqüentemente da Nação como um todo.

"Para que se preserve a saúde de uma população, portanto, há necessidade de implantação de uma sociedade onde não se suscitem paixões, onde reine a ordem, onde tudo funcione... A medicina conhecendo o homem e as alterações de seu organismo provocadas pela desordem, deve guiar o processo de estabelecimento e o funcionamento desta sociedade... O ferece o saber do corpo, que deve ser disseminado por toda a sociedade - fazendo com que cada um evite a paixão e a desordem - e que deve ser a base do funcionamento do corpo social... . Temperança, contigência, moderação nos costumes, tranquilidade da alma - virtudes que se opõem à turbulência e desordem em defesa da vida, virtudes cujo exercício é relacionado a uma sociedade que o permite, que o funde" (10).

(*) - Com a república esta associação passava a se chamar Academia Nacional de Medicina, sem perder seu vínculo com o poder [tinha como] "objetivos: a) proteger a saúde da população... e b) proteger e defender a ciência; este segundo sobrepujando de longe o primeiro e constituindo a hegemonia da prática da medicina [A Saúde Pública] bem atrás, como prática isolada, sobrevive de campanhas efêmeras..." (16).

As propostas desenvolvidas na época guardaram, portanto, relações com as propostas de "polícia médica", revelando dentro do setor Saúde, via mulher e criança, a intenção de exercer controle social.

VI. A EMERGÊNCIA DA SAÚDE MATERNO-INFANTIL

1. A EMERGÊNCIA DA SAÚDE MATERNO-INFANTIL E A CONSTITUIÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE.

No capítulo anterior buscou-se a identificar o aparecimento das preocupações com o grupo Materno-Infantil. Nesta identificação procurou-se mostrar que este grupo da população não foi objeto de atenção, interesse ou medida além daqueles necessários à criação/difusão de uma visão de mundo adequada às condições de vida que estavam sendo engendradas em nível do processo econômico-social (*).

Este caráter essencialmente "ideológico" e normativo das primeiras reflexões sobre o grupo Materno-Infantil relacionava-se a uma série de fatores.

Em primeiro lugar há que se considerar o próprio estágio do conhecimento científico. Apesar de no século XIX terem ocorrido as importantes descobertas bacteriológicas que influenciaram no controle das Doenças Transmissíveis (e no modelo a ser adotado pela Saúde Pública), em termos do conhecimento pediátrico e obstétrico não se haviam registrado - ainda - as importantes descobertas que revolucionaram a assistência médica, principalmente a partir da primeira metade do século XX(**).

"No final do século XIX ... a sociedade brasileira apresentava visíveis sinais de enriquecimento, consequentes ... à expansão da lavoura cafeeira no Centro Sul e ao crescente comércio internacional.... Parte da riqueza foi utilizada para ampliação da vida cultural... No Campo da medicina ocorreu a importação e desenvolvimento de novas técnicas de combate às

(*) - Essa tendência estaria expressa pelo projeto da Puericultura que pode ser considerado como uma das primeiras propostas para o grupo Materno-Infantil e esteve vinculado "a um específico avanço científico ... a chamada revolução pasteuriana" (18).

(**) - A possibilidade de prevenção de doenças tornou-se mais viável a partir das descobertas bacteriológicas que mudaram as idéias sobre a etiologia das doenças ainda que a ênfase da prescrição continuasse se projetando mais em termos "normativos", de regras de conduta, do que sobre uma terapêutica mais agressiva sobre o mal. O grau de resolutividade da medicina e de especialidades como pediatria e obstetrícia foi um fenômeno mais recente e ainda não acessível ao grosso da população. Vale lembrar que autores como "Illich(11) questionam essa idéia de resolutividade.

doenças, conforme descobertas recentes no campo da bacteriologia, que foram ... incorporadas às atividades médico-sanitárias"⁽⁶⁾, assim como as propostas da puericultura que propunha a intervenção no cotidiano. No Brasil, as peculiaridades do desenvolvimento capitalista em "países periféricos"⁽³⁹⁾, ou ainda o passado colonial influíram no sentido de que o projeto pedagógico não fosse voltado para os "novos bárbaros", mas voltado para a adequação das elites agrárias ao novo projeto gerado pela economia agro-exportadora.

Segundo Novaes⁽¹⁸⁾ Boltanski identifica, como objeto da Puericultura, na Europa do século XIX, as classes trabalhadoras urbanas - os novos bárbaros^(*), cujo comportamento mais do que as precárias condições de vida - dificultariam o processo social como um todo.

No Brasil do século XIX, porém, a população trabalhadora, livre e urbana não era representativa nem em termos numéricos, nem em termos de constituição de um futuro Mercado de Trabalho, o que justificaria alguns cuidados com o grupo materno-infantil^(*).

Neste sentido as preocupações com o grupo, ainda que imbuídas de caráter ideológico, não se referiram ao controle das classes populares, mas à questão da constituição do Estado, enquanto instituição encarregada de realizar o projeto agro exportador, independentemente da vontade e/ou consciência das próprias elites agrárias.

(*) - O trabalho de Novaes⁽¹⁸⁾ indica a quem se destinavam as normas da Puericultura no seu país de origem (França): "Porque a Puericultura ... deve ser ensinada ... aos "novos bárbaros" ... habitantes das cidades que emigram do campo à procura de trabalho ... que devido aos baixos salários são obrigados a viver em ... péssimas habitações, alimentando-se precariamente. Tal situação determinaria um baixo nível de saúde, especialmente para as crianças ...conforme atestam as estatísticas de mortalidade infantil... Esse estado de coisas é visto pelas classes superiores como decorrente da ignorância moral "das classes inferiores ...". Tais situações de vida não permitem uma maior produtividade do trabalho, são potencialmente geradoras de tensões..."

Quanto ao grupo profissional que se envolveu neste projeto pode-se afirmar que esse envolvimento relacionava-se a própria visão de mundo elaborada no interior deste grupo - via Escolas Médicas, Associação Nacional de Medicina, etc., - pelo estágio do conhecimento científico e, também, por interesses corporativos na medida em que a aliança com o Estado permitiu, de um lado a valorização social do médico e, por outro, o acesso ao poder nas Instituições de Saúde existentes desde a Colônia e/ou criação de outras sob hegemonia médica.

Na Colônia o trabalho médico, assim como qualquer atividade profissional em uma sociedade escravocrata, não era valorizado. Além disso as poucas medidas relativas à Saúde Pública eram de alçada das autoridades municipais.

A ofensiva higienicista sobre a família que se iniciou com a ruptura do "pacto colonial" também não pode ser identificada como preocupação com a Saúde Coletiva; tratava-se de um atendimento à família, visando moldá-las às novas necessidades econômicas e sociais.

A partir do século XIX a Corporação Médica - já alinhada com o Estado - passou a controlar as instituições ligadas a saúde, conforme o que se depreende do trabalho de Machado⁽¹³⁾: "...Desde sua fundação a Sociedade de Medicina exerceu profunda influência sobre as decisões governamentais em matéria de saúde pública ...". Em seu relatório (de abril de 1831 a junho de 1832) são citados a elaboração de um plano de organização das Escolas Médicas do Império "... a elaboração de medidas tendentes a obstar a entrada do "cholera-morbus" ... recomendando ... "a quarentena e a desinfecção de navios".

A persistência do regime de trabalho escravo levou a um descaso com políticas sociais na medida em que não se requeria contingentes populacionais - nem quantitativa nem qualitativamente.

Sòmente após a abolição do tráfico e da escravidão e com a expansão cafeeira é que o Estado começou a desenvolver algum tipo de preocupação com a questão populacional, com o desenvolvimento de políticas sociais mais sistematizadas, com a criação de serviços.

A vinda da Família Real e a elevação do Brasil à condição de Vice Reinado não contribuíram para maior desenvolvimento dos Serviços de Saúde. Sòmente se registrou uma preocupação mais acentuada com a cidade, preocupação essa ainda inspirada nas orientações que datavam da Colônia.

As primeiras preocupações com a Saúde Pública apresentaram um vínculo estreito entre saúde e cidade tendo a intervenção sobre o meio físico, à exemplo do que ocorreu na Europa, representado as primeiras práticas oficiais em Saúde Pública^(*). A população só se tornou alvo das atenções por parte do Estado em outros momentos históricos. Durante séculos os setores populares foram alvo de uma atenção fiscalizadora e segregadora⁽¹³⁾. A partir do século XIX, porém o Estado se preocupou em normatizar as famílias da elite, moldando-as ao novo padrão urbano e social.

A partir do final do século XIX foi desencadeado o processo de criação de Serviços de Saúde. Foi no interior destes serviços que se supôs a emergência de preocupações com controle de saúde da população em geral e do grupo materno-infantil em particular.

Lembrando o processo de higienização da família ocorrido por volta do século XVIII como primórdios de uma preocupação com o grupo em estudo vale lembrar que ao caráter pedagógico deste processo seria acrescida uma preocupação mais acentuada com a questão de atenção à saúde além de uma redefinição dos grupos sociais que seriam objetos de atenção. A par

(*) - Em seus primórdios, as medidas de Saúde Pública desenvolvidas na França, chegaram a ser denominadas de "Medicina da Cidade" (13).

tir desta época as classes populares passam a representar maior interesse para o Estado.

Apesar de se registrar o início do processo de constituição dos Serviços de Saúde nesta época, as primeiras preocupações ainda estavam voltadas para o controle urbano como se depreende da análise de todo o período de Oswaldo Cruz, no início do século, que estabelecia como prioridade para a Diretoria Geral de Saúde Pública (órgão que fazia as vezes de Ministério da Saúde) o combate à febre amarela e a reurbanização do Rio de Janeiro.

Para Madel⁽¹⁴⁾ as transformações ocorridas com o processo de industrialização e de urbanização e que acarretaram a formação de favelas, cortiços e vilas operárias "confirma cada vez mais o espaço urbano como espaço social, espaço político, isto é, desenhado pela lógica da hierarquia social. Sujeito, portanto à organização e ao controle político, isto é, à instituição de ordem".

Para essa autora⁽¹⁴⁾ as instituições médicas (termo que abrange inclusive as instituições tradicionalmente voltadas para as questões de alçada da Saúde Pública) assim como outras instituições sociais podem ser entendidas como um "conjunto articulado de saberes (ideologias) e práticas (formas de intervenção normatizadora) que se prestam ao processo de implantação hegemônica de uma classe sobre o conjunto de sociedade, realizando, também, a manutenção da infra-estrutura.

A emergência dos Serviços de Saúde (nos quais se desenvolveria a atenção ao grupo materno-infantil) foi, portanto, marcada, também por esse caráter político-social das instituições.

O processo de organização e desenvolvimento dos Serviços de Saúde apresentado cronologicamente em anexo, permite mostrar que a criação dos Serviços de Saúde estendeu-se do fi

nal do século XIX (1892 - criação da Diretoria Geral de Saúde Pública) até as primeiras décadas do século XX, com a Reforma Carlos Chagas (1920) que expandiria as atribuições do Governo Central tanto em termos de responsabilidades - saneamento urbano e rural: propaganda sanitária, higiene infantil, higiene industrial e profissional, supervisão dos Hospitais Públicos Federais, combate às endemias e epidemias rurais, como de contingentes populacionais a serem integrados por estes serviços.

Essa ampliação da ação governamental em relação à saúde significou que a Saúde Pública emergiu como questão social neste período e que as características do Estado Nacional da década de 20 (assim como do contexto social mais abrangente que moldou esse Estado) o levaram a encampar esse setor propiciando a criação dos Serviços de Saúde.

As características, o dinamismo, a atuação deste setor estavam, portanto, vinculados às características do Estado e às necessidades sociais que deveriam ou puderam ser respondidas pelo Estado através deste setor.

Os programas de Saúde Pública desenvolvidos na época tinham, portanto, o objetivo de responder às demandas da sociedade no sentido de resolver problemas que impediam seu desenvolvimento.

Neste período registrou-se o processo de expansão do modo de produção capitalista no país, com a expansão cafeeira e as mudanças provocadas por ela (trabalho livre, expansão das atividades urbanas e comerciais, desenvolvimento tecnológico, etc.); esse processo, por sua vez, trouxe algumas implicações, conforme colocações de Costa⁽⁶⁾ "nas regiões onde a racionalidade capitalista tornou-se hegemônica impunha-se a necessidade de políticas públicas para a preservação da força de trabalho".

Apesar de se registrar essa preocupação com a manutenção da força de trabalho, processo esse restrito às regiões mais desenvolvidas, ele será marcado, segundo Madel⁽¹⁴⁾ por uma preocupação ainda centrada na ordem urbana que, dado o processo de industrialização apresentou-se cada vez mais complexa em função das novas condições de trabalho - acidentes de trabalho e novas carencias provocadas pelo novo modo de produção. Nos dizeres da autora⁽¹⁴⁾: "Teme assim a nova Ordem duplamente o perigo da desordem: através da necessária agregação de novas e amplas forças sociais ao conjunto de atividades que compõem o aparelho produtivo nascente e pelo estado de carência em que deverá manter estas forças sociais como condição mesma de crescer e se perpetuar como ordem".

Assim, doenças de massa relacionadas às condições de trabalho - tuberculose, desnutrição, por exemplo, passaram a ser prioritárias em relação às doenças pestilenciais que se constituíram - anteriormente - como dominantes no discurso institucional.

Essa preocupação, no entanto, conforme colocações de Madel⁽¹⁴⁾ sômente foram desenvolvidas a partir da década de 20. Até então verificou-se a "preocupação com uma ou outra enfermidade, principalmente^(*), embora não exclusivamente, com aquelas que atingem a própria Capital Federal, do que são exemplos a febre amarela e a gripe espanhola".

É nesse contexto que surgiram preocupações mais sistematizadas com o grupo estudado. Ainda marcadas fortemente por um conteúdo de controle social (de difusão da visão de mundo da classe dominante) também foram decorrentes da necessidade de investimento sobre força de trabalho, ou sobre as relações capital-trabalho.

A partir da Reforma Carlos Chagas, segundo Madel⁽¹⁴⁾, foi possível para o Estado, além de oficializar e dar uma primei-

*) - Grifo da autora⁽¹⁴⁾.

ra organização às prioridades em atenção médica, expandir seu papel nos serviços de atenção médico-curativa (Lei Eloi Chaves de 1923 estatiza as Caixas de Aposentadoria e Pensões) e ampliar a grande decisão e interferência do Estado nas questões de higiene da população através do Departamento Nacional de Saúde Pública que atuava nas áreas de saneamento rural e urbano, higiene industrial e higiene materno-infantil.

2. O CARÁTER SOCIAL DA EMERGÊNCIA DA SAÚDE MATERNO-INFANTIL.

Apesar de se constatar desde o século XVIII uma preocupação - ainda que normativa e ideológica - com mulheres e crianças, este grupo entendido como binômio materno-infantil - só se constituiu como alvo de preocupações mais sistematizadas, e mesmo de intervenções, por parte do Estado, a partir do século XX.

A preocupação com o grupo emergiu, portanto, com a necessidade de controle da população trabalhadora como um todo, fato esse que se registrou a partir de expansão cafeeira e do início da industrialização.

Assim, apesar de mulheres (mães) e crianças terem vindo nascendo, sofrendo e morrendo em grande número, prematuramente ou por causas evitáveis desde os primórdios de humanidade, somente em determinadas épocas históricas e em determinadas conjunturas nacionais tornaram-se alvo de atenções especiais por parte do Estado, no campo da Saúde⁽¹⁵⁾.

Pressupõe-se portanto, que a sociedade só colocaria um problema específico (como os problemas de saúde vivenciados por crianças e mulheres em idade fértil) como um problema concernente ao conjunto dos indivíduos (mesmo que somente em nível do discurso) quando esta questão pudesse afetar os interesses de classes sociais dominantes e, também quando se dispusesse de um arsenal tecnológico para enfrentar a questão.

Històricamente, desde o início do processo de formação e expansão do Capitalismo, identificou-se nas formações sociais mais avançadas (Europa) a necessidade de controle da saúde da população que era vista como fonte de riqueza.

Singer⁽⁴⁷⁾ aponta desde a Renascença o surgimento de uma concepção em Saúde "polícia médica" que delegava ao governo a responsabilidade pelo crescimento populacional que ia desde o controle das condições de nascimento, ao cuidado com orfãos, prevenção de doenças contagiosas, controle do alcoolismo, limpeza das cidades, construção de hospitais e assistência aos pobres. No entanto, esse processo sòmente se consolidou, via instituição dos Serviços de Saúde, séculos mais tarde. Nos dizeres do autor: "Na verdade a expansão dos Serviços de Saúde até meados do século XIX, tanto nos países europeus como em suas colônias, foi lenta e gradual (com possível excesso do movimento de fundação de hospitais e dispensários na Grã-Bretanha, entre 1714 e 1716) (Rosen, 1953). A razão básica parece ter sido a reduzida eficácia da medicina de então como serviço de proteção e recuperação da saúde".

O autor⁽⁴⁷⁾ lembra, ainda, que a explosão do conhecimento médico verificado a partir da segunda metade do século XIX foi possível pelas necessidades ditadas pela Revolução Industrial que, urbanizando e proletarizando grandes contingentes populacionais em péssimas condições de trabalho e de vida, engendrou problemas de saúde de tão grande monta que, além de dificultarem a reprodução do capital via efeitos deletérios sobre a força de trabalho, ameaçavam fisicamente as classes dominantes via epidemias que fugiam ao controle; além de criar situações sociais extremamente conflituosas.

Daí, a "reprodução do capital passou a necessitar de serviços de saúde verdadeiramente eficazes"⁽⁴⁷⁾.

Guardadas as diferenças temporais e conjunturais processo semelhante parece ter ocorrido em conjunturas nacionais

como o Brasil desde o final do século XIX, com a expansão do modo de produção capitalista, via expansão cafeeira e, posteriormente, com o processo de industrialização e urbanização.

Conforme colocações anteriores, o quadro social a partir do final do século XIX tornou-se mais complexo - via problemas sociais - trabalho, moradia, alimentação, etc.- e problemas de saúde que poderiam impedir a expansão do novo modelo de produção ou da "Nova Ordem" as palavras de Madel⁽¹⁴⁾ levando a necessidade de se controlar tanto a saúde como a ação dos indivíduos nas instituições médicas.

Considerando-se a dinâmica em que se desenvolveu o processo de constituição dos Serviços de Saúde - no interior dos quais se inseriu a saúde materno-infantil - parece ficar mais claro o caráter social da emergência da Saúde Materno-Infantil, revelando um conteúdo ideológico, conforme se verificará em outros momentos da análise, e que já se manifestara em outras conjunturas nacionais.

Apesar de se registrar preocupação com a manutenção da força de trabalho, processo esse restrito às regiões mais desenvolvidas, ele será marcado, segundo Madel⁽¹⁴⁾ por uma preocupação ainda centrada na ordem urbana que, dado o processo de industrialização apresentou-se cada vez mais complexo em função das novas conduções de trabalho - acidentes de trabalho e novas carências provocadas pelo novo modo de produção. Nos dizeres da autora⁽¹⁴⁾:

"Teme assim a nova Ordem duplamente o perigo da desordem: através da necessária agregação de novas e amplas forças sociais ao conjunto de atividades que compõem o aparelho produtivo nascente e pelo estado de carência em que deverá manter estas forças sociais como condição mesma de crescer e se perpetuar como ordem".

Assim, doenças de massa relacionadas às condições de

trabalho - tuberculose, desnutrição, por exemplo, passaram a ser prioritárias em relação às doenças pestilenciais que se constituíram - anteriormente - como dominantes no discurso institucional.

Dado que o Estado tende a definir objetivos de ação a partir de necessidades de setores sociais hegenônicas no seu interior ou por pressões de outros setores sociais e que estes objetivos se traduzem em políticas públicas o pressuposto básico é o de que a emergência e as características das atividades em Saúde Materno-Infantil estavam impregnadas desta determinação político-social; assim um grupo populacional poderia se tornar objeto de intervenção e uma ação poderia ser entendida como questão social tendo em vista os caractêres do processo de desenvolvimento mais geral de sociedade, além de outros fatores como o próprio desenvolvimento científico, ainda que este também apresente relações com processos sociais mais amplos.

Nas palavras de Braga⁽²⁾ esse processo ocorreu no setor da Saúde: "A saúde emerge como questão social no Brasil no bojo da economia capitalista exportadora cafeeira; é a primeira etapa do desenvolvimento capitalista brasileiro que confere caráter social à questão de saúde e isso se processa em dois níveis: reflete o avanço da divisão social do trabalho implícito a essa fase - e vincula-se, portanto, à emergência do trabalho assalariado: do ponto de vista público, assume forma... de política social. Assim, entender essa emergência pressupõe a compreensão da estrutura e dinâmica da economia exportadora "capitalista cafeeira".

A posterior evolução do setor também esteve comprometida com a evolução da sociedade como um todo.

Assim, a análise da Saúde Materno-Infantil, será elaborada a partir dos diferentes momentos vividos pelo Esta-

do Brasileiro, considerando-se que este tenderia a representar as mudanças ocorridas na sociedade.

2.1. A Saúde Materno-Infantil e o Estado Oligárquico.

A partir do final do século XIX processaram-se importantes alterações na vida nacional.

O deslocamento da riqueza para o Centro-Sul, a expansão cafeeira e as mudanças provocadas por ela (regime de trabalho livre, modernização econômica), mudanças estas que ocorreram no contexto da expansão do capitalismo, implicaram no desenvolvimento da Saúde Pública e nos Serviços de Saúde. A proclamação da República não provocou, de imediato, "nenhuma alteração fundamental na organização sanitária"⁽⁴²⁾ mas pouco tempo depois acabaria por se fazer acompanhar de modificações significativas nas instituições sociais"⁽¹⁶⁾. Exemplo deste evento é do Decreto-Lei de 1891, que determinou a responsabilidade do Estado sobre a organização de ações sanitárias terrestres nas suas respectivas regiões, "o que, no caso de São Paulo - carente de investimentos na área social em função da industrialização e dotado de maiores recursos permitiria um verdadeiro "boon" de ações sanitárias"⁽¹⁶⁾.

Esse processo, desenvolvimento de políticas públicas para preservação da força de trabalho é localizado por Costa⁽⁶⁾ nas regiões onde a "racionalidade capitalista" era hegemônica: centros urbanos de São Paulo e a cidade do Rio de Janeiro.

A autonomia dos Estados em relação às questões de saúde não se constituiu como um fato isolado. Pelo contrário, a Constituição de 1891 garantia, nos dizeres de Mota⁽¹⁷⁾, aos Estados da Federação o direito de "contrair empréstimo no Exterior, decretar impostos de exportação,

reger-se por sua própria Constituição, ter corpos militares próprios, bem como, códigos eleitorais e judiciários. Federalismo, presidencialismo e ampliação do regime representativo⁽¹⁷⁾ constituíram o cenário onde se desenrolava o processo de instituição dos Serviços de Saúde e os programas de atenção Materno-Infantil.

Essa forma de organização social, por sua vez, correspondia às necessidades de uma estrutura econômica que se configurava a partir da herança colonial, marcada pela exportação de matérias primas.

"O Brasil ... apresentava-se como um ajuntado de unidades primário-exportadoras em vários estágios de evolução, dependentes ... da demanda externa ... para determinação de seu peso e importância na economia do país⁽¹⁷⁾.

Com a extinção do mercado de escravos desfez-se a pouca ligação entre as unidades. A Constituição, portanto, estabeleceu meios jurídicos para manutenção desta estrutura.

Dentre esse frágil agregado de unidades produtoras o setor cafeeiro acabou por se constituir como o mais dinâmico, sendo que a ação do Estado foi voltada principalmente para permitir o desenvolvimento do novo setor da economia. Para estudiosos como Mota⁽¹⁷⁾, "o período compreendido entre 1889 e 1930 normalmente denominado República Velha pode ser considerado - em termos de sua estrutura econômica - como definido pelo latifúndio e voltado para o Mercado Externo".

No entanto, diferia das fases anteriores pelo fato de o setor cafeeiro suprir de dois terços do mercado mundial de café o que o tornava menos dependente do mercado externo para a manutenção dos níveis de renda e de emprego. Além disso, o uso do trabalho livre na produção cafeeira

eira implicou, de um lado, no desenvolvimento de núcleos urbano-industriais e de outro, na emergência de políticas sociais voltadas, ainda, para o saneamento do meio e, com um pouco mais de ênfase em relação aos períodos anteriores, na manutenção da força de trabalho.

Segundo Braga⁽²⁾ a colocação da Saúde como questão social deve ser entendida em termos de determinações oriundas das necessidades de criação/proteção do mercado de trabalho e do papel que se atribuía ao Estado. Para o autor, os problemas de saúde e as formas de intervenção sobre eles apareciam referidos ao controle de endemias e problemas gerais de núcleos urbanos e à elaboração de estratégias de atenção e retenção da mão de obra por parte das empresas e do próprio Estado.

O Estado Nacional das primeiras décadas do século XX pode, portanto, ser entendido como representante dos interesses do setor agro-exportador. Diferenciou-se dos outros períodos por exercer a dominação política, econômica e ideológica da classe proprietária agrária, mas com a hegemonia dos cafeicultores de São Paulo.

Até a Revolução de 30 o Estado representou a aliança de diferentes proprietários rurais regionais - cujas origens estavam ligadas ao caráter do desenvolvimento brasileiro que - vinculado ao mercado externo - engendrou uma economia de caráter cíclico e diferenciada por regiões.

As oligarquias destes segmentos da economia nacional agruparam-se numa alinça de frações de classe segundo uma hierarquia interna baseada na importância relativa de cada uma delas na economia nacional.

Com a revolução de 30 finalizou-se o período de hegemonia das oligarquias modernas^(*).

(*) - Oligarquias modernas são entendidas "como grupos sociais detentores de propriedades agrárias, vinculados à agro-exportação e cuja fração hegemônica era ligada ao setor cafeeiro, principalmente nos estados de São Paulo e Minas Gerais (15).

Resumidamente, as oligarquias que se compuseram no interior do Estado até 1930 podem ser descritas como: (4)

- a) oligarquias ligadas à produção de café nos estados de São Paulo e Minas Gerais, que controlavam o Governo e exerciam uma política econômica de valorização do café. Essa política garantia a manutenção do nível de renda do setor, apesar de eventuais crises do mercado internacional, transferindo os efeitos da super produção sobre o conjunto da população através do mecanismo denominado de "socialização das perdas" (9).

As condições para execução deste programa eram dadas pelo pacto entre as oligarquias de São Paulo e Minas Gerais que se alternavam no poder relegando às demais o controle dos respectivos estados.

Conhecida como "política dos governadores" este pacto atuou até a crise do Estado Oligárquico nos anos 30. O Federalismo e as alianças políticas conjunturais do tipo "política dos governadores", além das exigências do setor cafeeiro, orientaram o desenvolvimento e o conteúdo das políticas sociais no período.

- b) oligarquias do Rio Grande do Sul, voltadas para o mercado interno, mas com grande poder em função de sua posição geográfica (região fronteiriça) e econômica mas não o suficiente para enfrentar as oligarquias hegemônicas.
- c) Oligarquias do Nordeste, dominantes no período monárquico, que foram aliadas do poder central na primeira República, apesar de exercerem bastante poder nos seus estados de origem.
- d) Oligarquias secundárias, tanto a nível nacional, quanto estadual: constituídas por grandes proprietários ru

rais cuja base local se situava no interior do país, longe dos grandes centros urbanos. Com reduzido peso econômico exerciam poder em termos municipais. Conhecidos como "coronéis", os representantes dessas oligarquias desempenhavam papel importante na época das eleições manipulando os votos dos municípios sob seu controle, garantindo, assim, prestígio junto aos governadores.

Essa composição do Estado aliada à legislação eleitoral do período garantiram a baixa representatividade do regime.

Pressionada pela ideologia liberal que era obrigada a assumir por efeito de sua situação de dependência ao mercado exterior, a Nação ampliou - em nível jurídico formal - o grau de representatividade do regime.

No entanto, em nível político, as classes detentoras do poder conseguiram manter grandes contingentes populacionais (principalmente os de origem rural) afastados dos processos decisórios.

Além dessas oligarquias, outros eram os componentes da estrutura social por ocasião da República Velha.

Os setores ligados à indústria, de origem recente e vinculados às oscilações do mercado externo e a um Estado de base social agro-exportadora, que não se organizava de forma autônoma, nem elaborava um projeto nacional, limitando-se a reivindicar empréstimos governamentais e mudanças na política cambial (*).

Segundo Boris Fausto⁽⁸⁾ do ponto de vista da estrutura social "... o setor burguês industrial constituia u

(*) - Esse comportamento pode ser explicado pela própria formação da classe industrial, constituída por imigrantes que originariamente se estabeleceram na agricultura ou no comércio ou por antigos proprietários rurais, muitos dos quais superpunham a atividade industrial à anterior atividade agrícola (4).

ma faixa restrita do ponto de vista numérico mas ... capaz de expressar, na esfera política, seus interesses específicos junto aos centros de decisão, incapaz, porém, de elaborar qualquer programa industrialista, como alternativa, a um sistema cujo eixo é constituído pelos interesses cafeeiros".

Quanto às classes médias urbanas, entendidas como "população civil urbana que trabalha por conta própria ou que recebe salários por trabalho não manual abrangendo os pequenos empresários e comerciantes, funcionários públicos, empregados no comércio, profissionais liberais"⁽⁸⁾, o autor as considera como simpáticas ao movimento tenetista, do ponto de vista ideológico.

O movimento tenentista constituiu-se como uma das principais forças anti-oligárquicas durante a República Velha, podendo "ser entendido como um movimento política e ideologicamente difuso, de características predominantemente militares, onde as tendências reformistas autoritárias, aparecem em embrião... Aparece na sua primeira fase como um movimento voltado para o ataque jurídico-político às oligarquias com um conteúdo centralizador "elitista" vagamente nacionalista. Propondo-se, nos dizeres de Fauto⁽¹⁸⁾, a realizar a "salvação nacional", os tenentes se organizaram em torno de um movimento substitutivo e não organizador do povo".

Nada mais natural visto que a grande massa popular rural mostrava-se totalmente alijada dos processos de decisão, enquanto que os trabalhadores urbanos, ligados à indústria, de origem tão recentemente quanto este setor econômico, além de numericamente pouco significativo, não apresentavam nível elevado de organização, além de sofrer uma ação coercitiva extremamente rígida por parte do Es-

tado.

"Em 1917 ocorreu em São Paulo a maior greve geral do período ... diante desse movimento o grupo dirigente ... age energicamente fazendo a greve recuar, apesar de se terem efetivado algumas conquistas"⁽⁶⁾.

Para finalizar o quadro geral da República Velha vale acrescentar que, apesar de não fazer parte da aliança de oligarquias que compuseram o estado brasileiro até a década de 30, o setor industrial não se constituia como elemento contraditório em relação a elas; conforme se depreende da leitura de Mehry⁽¹⁶⁾: "O complexo cafeeiro paulista apresentou, contraditoriamente uma dinâmica favorável ao surgimento de um polo produtivo industrial. A migração maciça promovida pelo setor agro-exportador (1866-1895) criou um mercado de trabalho urbano permitindo a utilização do trabalhador livre pela indústria. Por outro lado, a massa de salários criada pelo negócio de exportação gerou um mercado interno para a indústria de bens de consumo".

Essa dinâmica que o café vinha imprimindo ao setor econômico exigiu a expansão da Saúde Pública, ou seja este setor teria sua expansão vinculada à expansão do capitalismo.

A expansão do café a partir de meados do século XIX exigiu a incorporação da mão de obra livre estrangeira o que, aliado à epidemia de febre amarela na região cafeeira implicou em investimentos na área de saneamento e Saúde Pública.

Esse processo poderia ao que parece ter justificado a criação de laboratórios de bacteriologia, institutos de vacina e comissões de vigilância epidemiológica no Estado de São Paulo⁽⁴⁵⁾.

Outros exemplos tanto deste processo de expansão como do caráter destas práticas podem ser encontrados nos seguintes fatos: Instituição da Notificação Compulsória de doenças como Febre Amarela, Varíola, Tuberculose, etc.; obrigatoriedade de vacinação e vacinação anti-variólica e principalmente, na criação da Diretoria Geral de Saúde Pública que, sob comando de Oswaldo Cruz, procedeu à reurbanização do Rio de Janeiro, ao combate da febre amarela urbana, além de refletir uma tendência para a centralização das questões de saúde. ((Anexo)).

Esses fatos que ocorreram no início do século estavam ligados às necessidades do setor cafeeiro no tocante à atração de mão de obra, do escoamento da produção. A higiene da cidade (principalmente das portuárias) continuava a se colocar como problema de Saúde Pública; a assistência médica, por sua vez, não era objeto de investimento significativo para o conjunto de população, nem para o grupo materno-infantil.

Apesar de ter se ampliado consideravelmente nestes primeiros anos do século XX a ação da Saúde Pública era definida, de um lado, pelo "baixo patamar do conhecimento científico e tecnológico referente ao diagnóstico, prevenção e terapia" e de outro pelas características de um "Estado que apesar de se querer nacional possuía bases financeiras e sociais estreitas, o que lhe restringia a capacidade de responder satisfatoriamente aos problemas sociais. Junte-se a isso o baixo poder de barganha dos setores assalariados" (2).

Com a crise dos anos 20 (crise do modelo econômico e do Estado) a Saúde Pública recebeu maior atenção por parte do Estado. Essa crise que se iniciou nos anos da I Guerra Mundial (1914-1919) levou a uma piora nas condi-

ções de vida e ao recrudescimento dos movimentos sociais. Sem abandonar o modelo repressivo a fração da classe dirigente foi obrigada a atender algumas reivindicações das classes subalternas para manter sua hegemonia. No interior das práticas sanitárias esse processo foi concomitante ao processo de incorporação do modelo americano de atuação médico-sanitário que atingiria seu auge com a criação dos Centros de Saúde no Estado de São Paulo, entre 1923 e 1925.

Já no início da década a Reforma Carlos Chagas (1920), via o recém criado Departamento Nacional de Saúde Pública, serve como exemplo do maior ênfase dado à Saúde, assim como a ampliação das responsabilidades da União em relação ao setor que passou a se preocupar com as seguintes áreas:

- saneamento urbano e rural
- propaganda sanitária
- higiene industrial e profissional
- supervisão de Hospitais Públicos Federais
- combate às endemias e epidemias rurais.
- controle da lepra.

Em termos de Serviços de Saúde datam de 1920 as primeiras preocupações com o atendimento à criança, via serviço de higiene infantil; dataram também dessa época a regulamentação da licença à gestante e à puérpera (30 dias para cada uma das situações) e a proibição do trabalho fabril para menores de 12 anos.

A mortalidade infantil e a necessidade de atender à criança foram discutidos no Primeiro Congresso Brasileiro de Proteção à Infância⁽²⁾.

Essas preocupações foram contemporâneas à Lei Eloy Chaves das Caixas de Aposentadoria e Pensões, embriões do

Seguro Social.

Esses fatos anunciaram a emergência da questão das condições de vida e da saúde da Criança no contexto da questão social que se configurava como problema do Estado Nacional ainda que entendida como "questão de polícia".⁽²⁵⁾ A reforma Carlos Chagas representou uma preocupação por parte do Estado em organizar serviços para a população. Desencadeada em 1920, só foi regulamentada em 1923: as principais características desta Reforma no que diz respeito ao grupo estudado, referiram-se ao fato de que a partir desta data "... a assistência hospitalar, infantil e a higiene industrial se destacavam como problemas individualizados ... e a introdução da propaganda e educação sanitária na técnica rotineira de ação..."⁽²⁾.

A preocupação com a **higiene infantil** inspirou-se no modelo médico sanitário preconizado para a Saúde Pública por dois médicos paulistas - Geraldo Paula Souza e Borges Vieira - que formados na Universidade Johns Hopkins, sob patrocínio da Fundação Rockefeller, pretenderam implantar a filosofia de Saúde Pública adotada nos EUA desde o século passado.

Essa filosofia foi voltada para o atendimento da população imigrante carente (dos EUA), com ações de enfermagem domiciliária, prevenção de tuberculose, tratamento de doenças venéreas e atendimento materno-infantil, através de Centros de Saúde.

Retornando ao Brasil o Dr. Paula Souza tentou implantar esse modelo através da criação de cinco Centros de Saúde na Capital Paulista; no entanto, graças à resistência da Assembléia Legislativa, foram criadas apenas duas unidades.

Nas palavras de Rocha⁽⁴¹⁾: "Segundo Paula Souza, as

finalidades básicas do Centro de Saúde eram: Educação sanitária popular, imunização contra Doenças Transmissíveis, orientação sobre puericultura, tratamento dos indivíduos disseminadores de infecção e pesquisa dos focos na Comunidade". Citando Paula Souza e Vieira, Rocha (41) afirma ainda que a educação sanitária visava de modo especial a higiene individual, a pré-natal, a infantil e a idade escolar, aproveitando a oportunidade apresentada pela infância para a implantação de hábitos sadios".

Registrou-se nesta época o aparecimento concomitante da Educação Sanitária e da Higiene Materno-Infantil ambas com a mesma orientação filosófica, que centrava no comportamento do indivíduo as raízes de seus problemas, sem refletir sobre as suas condições concretas de existência, sobre o saber popular elaborado a respeito dos temas de saúde, sobre a estratégia de vida elaborada pelas camadas populares diante das pressões do cotidiano.

A transmissão de informações sobre higiene extrapolavam a sua racionalidade interna (hábitos corretos de higiene corporal e ambiental) na medida em que englobavam afirmações sobre comportamento desejáveis do ponto de vista moral e que pretendiam desenvolver uma consciência cívica nacional, guardando uma semelhança temática com as propostas do século XIX, em relação às elites da época, ainda que, revestidas de maior "cientificidade" e orientadas para moldar o comportamento das classes populares urbanas agitadas pelos movimentos sociais dos anos 10, pelas crises econômicas e pela fragilidade das políticas sociais que começavam a se desenvolver.

Na área da saúde essas políticas se traduziram desde a Reforma Carlos Chagas (acentuando-se com a implantação do modelo médico sanitário que em São Paulo se tradu

zia na Reforma Sanitária de 1925) em propostas para a população assalariada urbana, a ser atingida através da "inculcação de hábitos sadios na criança"⁽⁴⁾).

Esse deslocamento de atenção para o grupo deveu-se ao fato de que uma vez consolidado o Estado Brasileiro na sua forma oligárquica, as relações estado/elite agrária deixaram de ser conflitantes. Ao mesmo tempo, a expansão do capitalismo e do processo de industrialização - urbanização concentraram nas cidades contingentes populacionais numerosos que, sob condições de vida em constante deteriorização poderiam representar um elemento explosivo no cenário político e social da época, necessitando de políticas que, de um lado atendessem reivindicações mínimas necessárias, (inclusive, para a reprodução / manuten-ção da força de trabalho) e de outro envolvessem os setores populares no projeto oligárquico, justificando a ordem reinante.

Segundo Mehry⁽¹⁶⁾ a proposta colocada na Reforma do Serviço Sanitário Paulista de 1925 via a Educação Sanitária como "modo de impressionar e convencer os educandos a implantarem hábitos de higiene e visava de modo especial a higiene individual, a pré-natal, a infantil e a de idade escolar.... O lugar ideal para execução das atividades de educação sanitária seriam Unidades Sanitárias de ação permanente sobre o indivíduo".

Essa proposta, conforme colocações anteriores, vin-culou-se ao modelo médico sanitário hegemônico a partir dos anos 20.

Para a compreensão desta linha de atuação em Saúde Pública o referido autor discrimina as várias tendências desenvolvidas em práticas e/ou em estudos sobre a área, apoiado na obra de Donnangelo⁽¹⁶⁾ (*). Estas linhas seriam

(*) - A obra que o autor se refere é Donnangelo, C. & Pereira, L.- Saúde e Sociedade. São Paulo. Duas Cidades, 1976.

as seguintes:

1. A polícia sanitária e o campanhismo como práticas decorrentes da concepção que via o coletivo como exterior aos indivíduos reduzido ao meio externo, cuja agressividade em relação à Saúde e à felicidade da comunidade seria progressivamente reduzida pela adoção de métodos científicos, como o saneamento, que intervêm sobre o meio ambiente, e outros que agem sobre o agente etiológico, armados pelos conhecimentos bacteriológicos.
2. Propostas médico-sanitárias, às quais se vinculavam as propostas de Educação Sanitária em que o coletivo era entendido como social, social esse "reduzível a um conjunto de aspectos do ambiente exterior que influenciariam as características sanitárias da coletividade". Sobre essa coletividade seriam produzidos conhecimentos a respeito dos fatores causais da doença - do indivíduo (pobreza e ignorância), do meio e da própria organização social burocrático-administrativa - que impediriam ou facilitariam um bom grau de Saúde.
3. Perspectiva que entende o coletivo como campo estruturado de práticas sociais dotadas de historicidade.

A proposta da Educação Sanitária justificou-se em termos de sua própria eficiência e lógica interna em relação à aquisição de saúde. Se não dava a idéia de uma identificação total entre higiene e moral, não deixava de apresentar conotações moralistas e de propostas patrióticas ao comportamento esperado em saúde. Traziam também mensagens de conteúdo racista que não destoavam do ideário e de paradigmas científicos da época.

Nesse sentido continuaram a proposta do século XIX,

também vinculadas ao ideal de criação de uma sociedade branca⁽⁵⁾.

Essas afirmações são inferidas a partir da leitura de documentos e discursos da época.

Alguns textos mais significativos são apresentados a seguir:

Na sessão inaugural do Segundo Congresso Brasileiro de Higiene⁽²⁾ realizado em 1928, o Dr. Sandoval de Azevedo manifestou sua preocupação com a "torrente imigratória", com a "vaga nipônica" que, pela mistura das raças poderia provocar o desaparecimento do "brasileiro vigoroso, rijo e capaz, consciente e culto" e convocou a Saúde Pública, pela ação de "enfermeiras visitadoras" para promover a educação nacional em tríplice aspecto físico, intelectual e moral que promoveriam a higienização das massas".

Carlos Chagas, no mesmo Congresso, pronunciou-se sobre a necessidade de formação de médicos e técnicos de higiene pública que pudessem deter "o ciclone de ódios partidários que ameaçava avassalar a alma da Nação (e provocar) a destruição do patrimônio moral de nossa raça". Invocou o exemplo da Dinamarca que, através de "grandes homens" (provavelmente os médicos e os técnicos de higiene pública) haviam reduzido as taxas de mortalidade através da adoção de métodos científicos de ação⁽²⁾.

Além desses aspectos a proposta educativa utilizou uma estratégia do Estado Oligárquico de dividir o movimento operário, entre brasileiros e estrangeiros, identificando os problemas de saúde com "hábitos nefastos de populações imigrantes".

Resumindo, a Saúde Materno-Infantil que emergiu com as demais práticas sanitárias, no bojo do processo de ex

pansão capitalista, apesar de já se articular em termos de Serviços de Saúde e de utilizar algumas "armas" terapêuticas científicas, vacinas, pré-natal, puericultura, manteve seu caráter ideológico, em termos da constituição de uma visão de mundo adequada às elites dirigentes, assumindo um papel cada vez mais importante nesta estratégia de controle:

"Durante os Congressos Brasileiros de Higiene, a questão da saúde infantil despertaria grande atenção". No entanto "... o objeto da reflexão não foi a condição de vida e o trabalho da infância operária, como apareceu em alguns pontos da legislação sanitária. A reflexão ... tendeu a privilegiar as disposições da educação moralizadora e domesticadora. Ou seja, os sanitaristas elegeram a criança como alvo de intervenção pedagógica objetivando hábitos e atitudes da população frente à doença... " A criança" ... seria o primeiro estágio da prática educacional em saúde cuja finalidade última seria atingir os padrões sanitários familiares⁽⁶⁾".

Apesar de corresponder às estratégias do Estado Oligárquico, a Saúde Materno-Infantil vinculou-se, também (assim como todo o processo de criação do Departamento Nacional de Saúde), ao "primeiro movimento de natureza nacionalista" que se articulou em torno do tema saúde... . Liga Pró-Saneamento do Brasil que tentou refutar as teses racistas e colonialistas sobre a inviabilidade de uma civilização nos trópicos e sobre a causa do "atraso" do país que residiria na composição étnica da população⁽⁶⁾.

Apesar de contribuir para o avanço da questão sanitária (criação do serviço de profilaxia rural) esse grupo não foi hegemônico no trato das questões de saúde e o discurso da Educação Sanitária para o grupo Materno-

Infantil ficou mais próximo das idéias por ele combatidas⁽⁶⁾.

Não obstante seu caráter ideológico, as políticas públicas que diziam respeito ao grupo Materno-Infantil representaram um avanço em termos de suas anteriores condições de vida e atenderam, de um lado, às exigências de preservar a força do trabalho, de regular as relações capital-trabalho e, de outro, às exigências do próprio movimento operário, conforme as colocações de Costa⁽⁶⁾:

"A lei sobre as condições de trabalho de mulheres comprovou igualmente as preocupações do Estado em responder às pressões do movimento operário ... "significou ainda" ... uma das primeiras conquistas dos trabalhadores urbano após a lei dos acidentes do trabalho de 1919 ... "e" ... a incorporação das reivindicações do intenso movimento político dos anos 10... Na regulamentação de 1924, o Departamento Nacional de Saúde Pública ... facultou o repouso de 30 dias antes e 30 dias depois do parto; estabeleceu o controle através da Inspetoria de Higiene Infantil ... para fazer valer tal direito para a mulher operária ...". Em relação ao trabalho infantil... "regulou a admissão e o horário de trabalho" ... e criou a Inspetoria de Higiene Infantil...". Foram criadas ainda para a cidade do Rio de Janeiro as Inspetorias de Higiene Industrial e Alimentar..." objetivando também a vigilância das condições de trabalho... . Contudo foi em relação aos funcionários públicos onde a legislação do Departamento Nacional de Saúde Pública apresentou o maior envolvimento do Estado com a questão de proteção da força de trabalho".

Para a compreensão do grau em que o Estado realmente se envolveu com uma política de saúde ou social para

a população trabalhadora são necessárias outras reflexões.

O período estudado correspondeu a uma época de agitação, principalmente depois da segunda década.

A Saúde Pública foi chamada para atender a esse problema, para posicionar-se contra os críticos da ordem reinante (movimentos militares contra hegemonia da oligarquia cafeeira e/ou críticas intelectuais [semana da Arte Moderna - 1922]). Para Carlos Chagas, a Saúde Pública devia desenvolver nas "multidões sentimentos cívicos de orgulho patriótico e transmitir-lhes o zelo pelo destino do Brasil"⁽²⁾.

Esses depoimentos demonstram a adesão do grupo médico-sanitarista ao esquema político da Velha República. Apesar da opção política que se traduziu no objetivo de incultar às propostas sanitárias um conteúdo político ideológico no sentido de "despertar sentimentos patrióticos" as práticas propostas nos Congressos Brasileiros de Higiene (que traduziam o pensamento dominante) foram apresentadas e justificadas em termos **técnicos**, visaram "ações de controle de doenças parasitárias e epidêmicas através de métodos de extermínio de vetores..., a questão social como problema de Saúde Pública permanecia distante das preocupações do setor A reflexão sobre o universo da saúde infantil não foi a condição de vida e trabalho da infância operária... " mas a preocupação com uma educação" ... moralizadora e domesticadora que, através da criança, atingisse os padrões sanitários e familiares. Para isso elegeram a escola e a professora como elementos centrais do processo. Abandonaram métodos coercitivos e punitivos" (leis, multas, fechamento de casas, sanções e até prisões..." por uma preocupação com o indivíduo, com o despertar de uma "consciência higiênica" cu

jo conteúdo limitou-se a definir padrões higiênicos de comportamento definidos a partir dos conhecimentos científicos disponíveis da época, independentemente de uma discussão sobre a saúde como reflexo das condições de vida, ou da tematização da questão social". Pelo contrário "... a ênfase dada ao sanitarismo pelo movimento dos intelectuais da Saúde Pública definiu essencialmente a aplicação em larga escala dos instrumentos de controle propiciados pela parasitologia, bacteriologia e imunologia, sendo desqualificada a reflexão sobre o significado para a saúde da população das condições sociais emergentes nos núcleos industriais"⁽⁶⁾.

Resumindo, as políticas de Saúde Pública no período e as medidas de atenção propostas para o grupo Materno - Infantil nasceram com a preocupação de "racionalizar de terminadas condições sanitárias, defasadas com o desenvolvimento de capacidade produtiva"⁽⁶⁾, o que levou a transcender o papel de "criar condições de salubridade para áreas rurais de produção de matérias primas e alimentos para exportação" investindo na medicina da cidade..." concorrendo "... para aumento da população nas cidades brasileiras no período..." "...Se esta "eficácia" melhorou certas condições existenciais da força de trabalho (diminuição da mortalidade por doenças epidêmicas, por exemplo) ... a Saúde Pública não incorporou propostas profundas de mudanças sociais, pelo contrário, representou "uma modalidade de atenção em saúde que nasceu para superar determinadas ameaças sanitárias incontornáveis pela ordem capitalista, em detrimento de outros fenômenos sanitários, de virulência e mortalidade consideráveis, mas que foram tolerados porque nada mais seriam que expressão de determinadas condições de vida que viabilizaram a

manutenção e reprodução da força de trabalho em quantidade necessária à dinâmica de produção A diminuição pela ação da Saúde Pública da mortalidade pela malária, febre amarela, peste ou varíola, foi acompanhada pelo aumento de mortalidade infantil e mesmo de mortalidade pela tuberculose, que indicam um agravamento das condições de vida. A ampliação da oferta de força de trabalho na primeira República, com o crescimento da população urbana esvaziou as práticas estatais após o grande esforço da campanha sanitária contra a febre amarela, o que sugere que o Estado não teria desenvolvido uma política de defesa da reprodução humana das classes subalternas, conforme algumas teses de demografia"⁽⁶⁾ ou conforme as propostas de higiene infantil contidas na Reforma Carlos Chagas.

Acredita-se que, ainda incipiente, as propostas de atenção para o grupo referiram-se aos seus problemas de saúde, mas amoldaram-se, também as propostas "domesticadoras" do modelo médico-sanitário dominante na época, o que confere à sua atuação um caráter de controle social.

Considerando-se que as políticas voltadas para a força de trabalho também não se constituiram como prioritários, acredita-se que as propostas para o grupo materno-infantil durante todo o período foram restritas, de alcance limitado, guardando relações com propostas de transição da visão de mundo das classes dominantes e de controle das classes trabalhadoras urbanas.

2.2. A Saúde Materno-Infantil e o Estado Novo.

2.2.1. A revolução de 30.

A Primeira República caracterizou-se por exercer o poder a favor dos interesses agro-exportadores, notadamente do setor cafeeiro, através da política de valoriza

ção do café, que se exercia através da compra do produto ou do financiamento da produção retida pelo mecanismo do controle do mercado⁽⁸⁾.

Para exercer suas medidas o Estado foi obrigado a recorrer a financiamento do capital externo, situação que aos poucos reverteu a situação inicial de ligeria autono mia do café em relação ao mercado externo⁽⁸⁾.

Internamente, porém, o setor cafeeiro continuou dominante, visto que as condições em que se deu o processo de industrialização não permitiram a criação de um grupo industrial que se opusesse ao setor oligárquico dominante^(*). "Ideologicamente os interesses dos vários setores burgueses não se definem diretamente segundo os critérios econômicos ... não existe o pensamento do grupo industrialista, os porta-vozes da pecuária, etc. ... mas, tomam a forma de disputas regionais pelo poder central"⁽⁸⁾.

O grupo que, a partir da crise do Estado Oligárquico, assumiu o poder do Estado, sob a denominação de Aliança Liberal^(**) refletiu essa indefinição ideológica.

Segundo Fausto⁽⁸⁾, esta Aliança foi oriunda de um acordo entre Estados cujos interesses não estavam vinculados ao café; não se apresentou, porém, como representante de grupos industriais; sua plataforma política foi constituída em torno da reforma política (defesa do voto secreto, da designação de magistrados para a presidência das mesas eleitorais) e da reivindicações econômicas pontuais referentes à industrialização e a atividades desvinculadas do café, mas voltadas para o mercado externo (lã, couros, carne congelada).

(*) - O primeiro impulso da industrialização ocorreu com a utilização das divisas do setor cafeeiro para a importação de bens de produção. A política de valorização do café promovendo a desvalorização cambial dificultou a importação de manufaturados e incrementava a substituição de importações. A burguesia cafeeira, por sua vez, constituía-se como mercado consumidor da indústria. A desvalorização cambial, porém, impedia a importação de bens de produção necessária a nova arrancada industrial.

(**) - A Revolução de 30 foi deflagrada basicamente pela união dos oligarcas não ligados ao café e dos elementos do movimento tenentista.

Em termos de base popular, a Aliança Liberal contou com o apoio da classe média urbana vitimada, de um lado, pela crise internacional dos anos 20 que gerou no Brasil uma tendência à elevação dos preços e, por outro, pela fraude eleitoral, que impedia seus candidatos de acesso ao poder. Adotando os princípios da democracia liberal os setores da classe média não eram opostos aos horizontes ideológicos dos setores agrários⁽⁸⁾.

À Aliança Liberal também não faltou a simpatia da classe operária^(*). Se, por um lado, a Aliança Liberal dedicava maior atenção aos problemas sociais (defesa da lei de férias, do salário mínimo) a existência do Partido Comunista poderia indicar que os ponteiros da balança pendessem para outro lado. A adesão dos operários do Brás ao cortejo de Getúlio Vargas, quando esse visitava São Paulo e a presença marcante deste setor nos acontecimentos de Recife indicam que talvez a massa operária simpatizasse com os revolucionários⁽⁸⁾.

O descontentamento com os efeitos da política de defesa do café, os efeitos da crise provocada pelo Crack da Bolsa de Nova York, levaram à deflagração da Revolução de 30 que, uma vez vitoriosa, colocou no poder uma aliança (temporária) composta por frações burguesas não vinculadas ao café, classes médias e setor militar tenentista⁽⁸⁾.

As primeiras medidas da Revolução referiram-se ao afastamento do Capital ligado ao café para outras atividades produtivas como a produção algodoeira e a indústria. Ao mesmo tempo foi impossível deixar de atender ao setor cafeeiro. Com a queima do café o setor - ainda que aliça

(*) - A respeito desta "simpatia" do setor operário em relação à Aliança Liberal não existe consenso entre os estudiosos do assunto⁽⁸⁾.

do do poder - continuou economicamente forte^(*).

Nos quatro primeiros anos da Revolução o grupo formado pela Aliança Liberal e dos "tenentes" dedicaram-se à disputa pelo poder⁽⁸⁾.

Apesar de defenderem medidas populares como nacionalização dos bancos, minas e quedas d'água, ações contra o latifúndio, reformas trabalhistas, proteção à mulher e à criança, limitação da jornada de trabalho, os tenentes perceberam que não se haviam criado — ainda — condições para superação dos velhos esquemas eleitorais e abandonaram a plataforma de normalização política. O tom reformista adotado pelo movimento afastou os setores médios urbanos para a órbita da Aliança Liberal que pregava pela redemocratização⁽⁸⁾.

Em termos de estabelecimento de uma política específica para determinada classe social o setor operário teria recebido grande atenção por parte do Estado⁽²⁾.

Em 1930 criou-se o Ministério do trabalho, Indústria e Comércio; em 1932, as Juntas de Conciliação e Julgamento, foram regulados, ainda, o horário de trabalho, no comércio e na indústria, o trabalho das mulheres e dos menores; iniciava-se a regulamentação dos sindicatos.

Essa preocupação não significou a tentativa de constituir uma base social de apoio a partir (e principalmente) do setor operário, mas de ajustar as relações entre patrões e empregados na área do trabalho e anular a influência dos movimentos e partidos de esquerda que, no caso do Partido Comunista, começava a se tornar influente no movimento operário. Aproveitou-se, também, os novos con-

(*) - A revolução de 32, que, se apoiava nos anseios por redemocratização e pela elaboração da Constituição, apesar de derrotada mostrou a "força de São Paulo" levando ao atendimento de algumas de suas reivindicações, como a redução de dívidas bancárias. (8).

tingentes populacionais oriundos da migração interna para a indústria a fim de dividir o movimento operário entre brasileiros e estrangeiros: "... um dos fatores mais condenáveis da exploração do operário brasileiro ... é o operário estrangeiro ... que toma o lugar do nacional ... e ... se entrega ainda a propagandas subversivas ..."(7).

"O Estado que nasce em 1930..." "... deixa de representar os interesses de qualquer setor da sociedade. A burguesia do café está deslocada do poder ..."

"... as classes médias não tem condições para assumir seu controle, os "tenentes" fracassam, os grupos desvinculados do setor cafeeiro, especialmente o industrial, não se encontram em condições de ajustar o poder à medida de seus interesses, seja porque tais interesses coincidem frequentemente com os daquele setor, seja porque o café ... continua a ser um dos centros básicos da economia...". "... O Estado já não é uma oligarquia. Não é também o Estado tal como se forma na tradição ocidental. É um certo tipo de Estado de Massas, expressão da prolongada crise agrária, da dependência dos setores médios e urbanos e da presão popular"(8).

2.2.2. O Estado Novo.

Sob o pretexto oferecido pela Intentona Comunista (1935) e apoiando-se no falso plano Cohen, Getúlio Vargas, com apoio das Forças Armadas fechou o Congresso e instaurou em 1937 o Estado Novo que, até 1945, exerceria de maneira autoritária, as funções para acumulação de capital(*) a serviço de uma burgue-

(*) - Por acumulação de capital entende-se o processo que dentro da Economia capitalista transforma a Força de Trabalho em lucro apropriado pelo capital e que permite a reprodução histórica deste mesmo processo.

sia industrial incipiente.

De acordo com o trabalho de Mota ⁽¹⁷⁾ o Estado a través do personalismo de Getúlio Vargas, foi chamado para atender dois grandes conjuntos econômicos que, "por razões e através de canais diferentes, convergiam para o fortalecimento do poder do Estado: situação depressiva da cafeicultura e dos efeitos desastrosos que provocara sobre a balança de pagamentos, com a queda de nossas exportações, de um lado, de outro, as perspectivas positivas no setor industrial que, por isso mesmo, revelavam as insuficiências de seu desenvolvimento". Por tudo isso o Executivo tinha bases objetivas para se promover como a salvação de uns e como o patrocinador de outros.

Além desses fatores econômicos, os golpistas contaram com o apoio das Forças Armadas que viam a defesa nacional associada à instalação de indústrias de base, à exploração autônoma das fontes de energia e à proteção das riquezas do subsolo que, por sua vez, permitiram, também o "reaparelhamento militar eficiente" ⁽⁸⁾.

Para atender aos objetivos da industrialização o Estado desenvolveu medidas e reformas sobre seu próprio aparelho e organização e atuou diretamente em nível da produção, tanto na criação de infra-estrutura, como regulando as relações de trabalho via políticas sociais ^(*).

(*) - Constituindo-se e se desenvolvendo sob a égide do Estado, o setor burguês industrial recebia proteção por parte do Estado, que lhe antecipava soluções econômicas, mas sem a maioria das vezes, dar-se conta desse favorecimento ⁽⁸⁾.

Ao mesmo tempo foram tomadas medidas que serviram como consolidação do poder do Estado:

- Criação do Departamento de Propaganda, elaboração do Código de Imprensa (que proibia qualquer referência desrespeitosa às autoridades), instituição da Hora do Brasil (emissão diária que divulgava as palavras do Presidente) que permitiram um controle ideológico sobre a população;
- Reforma Administrativa, que criou condições para a hegemonia do Estado através de instrumentos que permitiram a centralização do poder e integração nacional;
- Eliminação dos últimos resquícios do federalismo: Instituto do Interventor nomeado pelo Presidente, supervisionado pelo Departamento Administrativo, que estudava as leis aprovadas pelo interventor, fiscalizava seus atos, aprovava seus orçamentos e garantia a subordinação do programa às ordens federais, que eram executadas por técnicos/burocratas.
- Instalação do Departamento Administrativo do Serviço Público (D.A.S.P.) que racionalizava o funcionalismo, atividade importante dada a multiplicação de aparelhos burocráticos encarregados de reformar a atividade educacional, sanitária e agrícola⁽¹⁷⁾.
- Criação do Conselho Nacional de Economia e dos Conselhos Executivos Federais que tornavam a administração federal o "locus" das pressões, descontentamentos e debates sobre os problemas econômicos.
- Instituição da Legislação Trabalhista:
Jornada de trabalho de 8 horas;
férias remuneradas;

- estabilidade no emprego;
 - indenização no caso de dispensa sem justa causa;
 - convenção coletiva de trabalho;
 - regulamentação do trabalho das mulheres e menores;
 - criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões.
- Criação de Sindicatos com características corporativas:
- proibição de associações não integradas ao Sistema Oficial, que só reconhecia um sindicato por profissão, o qual não poderia - salvo exceções autorizadas pelo Ministério do Trabalho - ter caráter nacional;
 - imposto sindical obrigatório que atrelava o sindicato aos dirigentes políticos;
 - proibição de greves e discussões ideológicas.

Em nível da intervenção na economia, a ação do Estado Novo caracterizou-se por instalação de indústrias estatais no setor de indústria pesada, criação de condições infra-estruturais para o desenvolvimento do capitalismo no Brasil e pelo estímulo à diversificação da produção agrícola.

Todas essas reformas e medidas eram tomadas em nome de um "Estado Nacional" que não contemplaria nenhuma classe em particular, ou seja, no interior do aparelho do Estado nenhuma classe era hegemônica.

O poder do Estado era devido, de um lado, à fraqueza política e econômica dos setores dominantes e das classes trabalhadoras e, de outro, à própria ausência de antagonismo entre as oligarquias rurais e os setores industriais.

Essa ausência de conflito fundamental repousava tanto na origem comum dos elementos de cada setor como no fato de os investimentos na indústria dependerem da acumulação de capitais na agricultura, canalizados sob forma de créditos e financiamento, através do sistema bancário que lhes servia de mediador.

Para garantir a "acumulação primitiva" era necessária a manutenção da estrutura de produção e das relações sociais e de trabalho no campo, o que significicou a exclusão do trabalhador do campo da abrangência das políticas sociais, apesar de sua importância numérica e econômica.

Segundo Braga⁽²⁾ nos anos 30 iniciou-se o processo de formação de uma política nacional de saúde e dos aparelhos necessários à sua efetivação, visto que o Estado criado a partir de 30 se caracterizou por uma maior autonomia relativa, frente às classes e frações de classe em crise de hegemonia.

Se o desenvolvimento capitalista do período anterior, segundo Braga⁽²⁾, tinha colocado a saúde como questão social para o Estado, este tinha elaborado sõmente respostas parciais e pontuais. A partir de 30 o Estado tenderia a responder de maneira integral via elaboração de políticas sociais, no interior das quais se efetivaram propostas para o grupo materno - infantil com as mesmas características apontadas para o setor e correspondendo a uma necessidade política.

A grosso modo o "conjunto das políticas sociais elaboradas no período: legislação trabalhista, montagem do sistema previdenciário baseado nos Institutos, sindicalismo atrelado ao Estado, etc. ... foram a forma de controlar política e economicamente a classe

trabalhadora, respondendo por vezes a seus movimentos, mantendo a lucratividade do setor industrial e sua capacidade de acumulação, mantendo níveis mínimos de reprodução da força de trabalho, mantendo sob (2) controle a participação política dos trabalhadores".

Considerando-se que as propostas de atenção médico-sanitária e de educação sanitária através da criança mantiveram-se constantes, pode-se acreditar que as atividades do setor continuaram a apresentar a sua dimensão político-ideológica.

Apesar de, ao longo deste período, a Saúde Pública dominar o setor saúde em relação ao sub-setor previdenciário (que só começaria a se tornar hegemônico a partir dos anos 50) os programas de Saúde Pública sempre tiveram um alcance reduzido em relação às necessidades reais da população, revelando-se uma prioridade discursiva e não orçamentária.

Apesar deste caráter restrito os serviços de saúde registraram uma expansão semelhante à expansão dos diferentes órgãos do aparelho de Estado e da legislação trabalhista, segundo Costa⁽⁶⁾, nas três primeiras décadas do século XX registrou-se "a hegemonia das políticas de Saúde Pública".

A partir de 1930, com a ênfase na industrialização e com o novo caráter do Estado registrou-se o desenvolvimento dos Serviços de Saúde concomitantemente ao desenvolvimento da legislação trabalhista, o que estaria de acordo com a hipótese de Costa⁽⁶⁾ de que no início da década de 30 se originaria uma "nova tendência da ação estatal em relação à força de trabalho", tendência essa que teria de envolver o grupo materno-infantil e que seria condizente com as exi-

gências geradas pelo esforço de industrialização.

Essa expansão na área social pode ser exemplificada a partir dos seguintes fatos que revelam, também, bastante atenção para com o grupo em estudo:

1930 - Os benefícios dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPS) foram estendidos aos demais profissionais.

- Criação dos seguintes Ministérios:

- . Indústria e Comércio
- . Trabalho
- . Educação e Saúde - dividido em Departamentos de Educação e de Saúde.

1932 - Decreto 21417/A: regulou condições de trabalho das mulheres principalmente quando grávidas ; introduziu pagamento de auxílio durante a licença, dificultou a dispensa da gestante, garantindo seu lugar após a licença.

1934 - Reorganização do Departamento Nacional de Saúde que passou a ser constituído pela Diretoria Nacional de Saúde e Assistência Social, composta por:

- . Diretoria de Assistência Hospitalar
- . Diretoria Sanitária do Interior e da Capital.

Nesta mesma ocasião a Inspetoria de Higiene Infantil foi transformada pelo Decreto 24278 em Diretoria de Programas Materno-Infantil, com atribuições mais amplas do que a instituição que vinha substituir.

Esse órgão foi, posteriormente, (1937) transformado em Divisão de Amparo à Maternidade e à Infân-

cia, e terminou por ser extinto com a criação do Departamento Nacional da Criança pelo Decreto 2024 de 17 de fevereiro de 1940.

Segundo Madel⁽¹⁴⁾ as reformas que se iniciaram na década de 20 e que continuaram a ser executadas a partir de 30, ampliaram os benefícios sociais e a interferência coercitiva do Estado. Em 30, as atividades de saúde concentraram-se no Ministério da Educação e Saúde e a partir dos anos 40 foram reformuladas e ampliadas as organizações estatais de saúde, concentrando o governo federal na área de seu Ministério os esforços no combate às endemias rurais e também na proteção à maternidade e à infância.

Essa preocupação com a proteção à maternidade e a infância estendia-se também às áreas mais desenvolvidas, como o Estado de São Paulo, que em 1931 procedeu a uma Reorganização do Serviço Sanitário que enfatizou a atenção para o grupo através dos seguintes institutos:

- Inspeção de Higiene e Assistência à Infância, cujas atribuições eram promover a higiene e assistência a gestantes e nutrízes, assim como de crianças até a idade escolar;
- Serviço de Higiene Escolar e Educação Sanitária responsável por ações educativas, profilaxia de doenças transmissíveis e pela reincorporação de Inspeção Médica Escolar.

Ao mesmo tempo os três Centros de Saúde existentes na Capital Paulista perdiam seu caráter polivalente transformando-se em Dispensários de Assistência à Infância⁽⁴⁸⁾.

Esse movimento registrado em São Paulo foi reforçado pela Constituição Federal de 1934 e pela Lei Orgânica dos Municípios que passaram para o Município e para os governos estaduais as responsabilidades de amparo à maternidade e à infância que era vinculada à assistência aos "desvalidos" à educação eugênica, ao combate à mortalidade infantil, às doenças transmissíveis⁽⁴⁸⁾.

Essa proliferação de órgãos faz supor que os problemas de saúde vividos pelo grupo já atingiam mais centralmente o Estado; a referência à mortalidade infantil (presente também nos discursos higiênicos do século XIX sem a contrapartida institucional) colocou a saúde materno-infantil em nível de questão de Estado, o que se relaciona com a idéia de Costa⁽⁶⁾, de que datam desta época as pressões para um projeto de preservação da força de trabalho.

A partir de 37, com a consolidação do Estado Novo, acentuaram-se a centralização do poder e o desenvolvimento de reformas administrativas que visavam ampliar o raio de ação do Estado, agora mais firmemente voltado para a industrialização.

Em nível do Setor Saúde as principais transformações são sintetizadas a seguir:

1937 - Reformulação do Ministério de Educação e Saúde - (Lei 378 - 01/37) contendo um novo departamento - o Departamento Nacional de Saúde, que foi responsável pela coordenação dos Departamentos de Saúde Estaduais^(*). No entanto, na análise de Rodrigues⁽⁴¹⁾, essa coordenação se mostrou inoperante face as carên-

(*) - O papel de coordenação assumido por um órgão federal (Departamento Nacional de Saúde Pública) era compatível com o caráter da Reforma Administrativa (22).

cias de cada um deles em termos de recursos humanos e materiais que indicaram uma ausência de decisão política para a área.

Vale lembrar que com a Revolução de 30, o grupo médico sanitário que se identificava com a República Velha perdeu "poder e prestígio" o que implicou em que as propostas médico-sanitárias de implantação de Centros de Saúde (para desenvolvimento de ações voltadas para a mulher e criança) ficassem temporariamente afastadas. Até 1934 os problemas educacionais monopolizaram as preocupações deste novo ministério ⁽⁶⁾.

Essas mudanças estavam inscritas na dinâmica do mesmo processo que tinha gerado as reformas administrativas mais gerais: racionalizar e agilizar a máquina do Estado que se apresentava como representante de toda a sociedade para promover a industrialização entendida como objetivo nacional e para conferir ao Estado um caráter de Estado de todas as classes, de "Estado Nacional".

Além das exigências ditadas pela questão da reprodução/preservação da força de trabalho, a ideologia nacionalista do período, localizava na criança o futuro (que se pretendia brilhante) da nação, o que levava a uma atitude oficial para com o grupo materno-infantil que se traduzia em criação de diferentes órgãos voltados para o setor, constantemente reformulados e/ou substituídos, sem uma política efetivamente realizada através de programas que abrangessem grandes contingentes populacionais ou que padronizassem condutas ou elaborassem planos, metas e objetivos.

A esses órgãos era reservado um papel que poderia

ser entendido como de declaração de princípios e diretrizes.

Vale lembrar que o estilo personalista da Ditadura Vargas (conhecido como o "pai do povo") se prestava a um tratamento manipulador das questões sociais dentre elas, de maneira particular, a saúde.

"Le grand mouvement politique de 1930 a apporté au Brésil, avec le président Getúlio Vargas, une nouvelle conception du rôle de l'Etat dans la protection de l'enfance. Emu le l'abandon et des mauvaises conditions où gisaient la plupart de ces enfants sur l'immense extension du pays, et surtout de leur excessive mortalité, le président Vargas dirigea à tous les Gouvernements des Etats un motu-proprio ou il étudiait à grands traits cet état de choses, et invitait toutes les autorités du pays à les prendre en considération et à entreprendre des mesures capables de les modifier"⁽¹⁹⁾.

Dentro desta tendência de criação/reforma de órgãos, em 1937 a Diretoria de Programas Materno-infantil foi transformada em Divisão de Amparo à Maternidade e Infância e criado o Instituto Nacional de Puericultura, em 1940. Criou-se, pelo Decreto 2024, o Departamento Nacional da Criança, que extinguiu a Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância. Esse Departamento apresentou, segundo Novaes⁽¹⁷⁾ os seguintes princípios: proteção à maternidade, infância e adolescência através da articulação (nas esferas federal, estadual e municipal) dos órgãos administrativos relacionados com o problema, dos estabelecimentos ou serviços públicos existentes ou a serem instituídos com a finalidade de exercer qualquer atuação

concernente à proteção à maternidade, infância e adolescência; estímulo, pelos poderes públicos, para a organização de instituições particulares que se consagrassem de qualquer modo, à proteção à maternidade, infância e adolescência.

Em nível do discurso o Estado assumiu a responsabilidade pela saúde do grupo. A saúde por sua vez, era entendida a partir de características positivas e não como simples ausência de doenças. No entanto, segundo Novaes⁽¹⁷⁾ não se registrou nenhum efeito prático, "ainda era grave a realidade: ... a mortalidade infantil ainda se apresentava em níveis bastante elevados, existe elevado grau de desorganização administrativa ... a medicina, supondo-se que ela tenha papel a cumprir no controle das doenças, ainda está desarmada, não tem os antibióticos e as vacinas".

Em 1941, registrou-se mais um movimento do Estado para organizar a área. Ampliou-se o Departamento Nacional de Saúde através da criação dos serviços de tuberculose, peste, malária, lepra, doenças mentais e pela incorporação do recém-criado Departamento Nacional da Criança e de outras áreas como o Serviço Nacional de Educação Sanitária.

Essa estrutura iria se manter até 1953 (quando foi criado o Ministério da Saúde) ainda que o Departamento Nacional de Saúde e o Departamento Nacional da Criança apresentassem, ao longo do período, uma rivalidade que se refletia em prejuízo para a qualidade dos serviços⁽⁴²⁾.

Seguindo o modelo federal, o governo do Estado de São Paulo criou em 1942 o Departamento Estadual da Criança que, subordinado diretamente à Secretaria de

Educação retirava do Departamento de Saúde (responsável pelos Centros de Saúde) a seção de: Higiene da Criança e os Serviços de Puericultura que foram transformados em Divisão de Higiene da Criança e Instituto de Puericultura do novo organismo.

As atribuições desempenhadas pelo recém-criado órgão foram as seguintes:

- sugestão de normas para o programa de atenção materno-infantil e para o adolescente;
- promoção, por todos os meios, de bem estar da criança em todas as idades estimulando e orientando ações municipais e particulares;
- orientação técnico-científica e fiscalização de todos os serviços (oficiais e particulares) dirigidos a esse grupo;
- desenvolvimento de recursos humanos;
- criação de postos de puericultura, laboratórios, maternidades, abrigos e hospitais para crianças, de preferência em bairros proletários e
- administração de fundos para construção destes serviços.

Apesar deste incremento significativo da área, não se registrou uma expansão que atendesse qualitativa ou quantitativamente os problemas de saúde da população como um todo ou de grupos específicos.

O caso do Estado de São Paulo exemplificou as limitações apontadas.

Apesar da criação - na década de 30 - de uma Inspetoria de Higiene e Assistência à Infância e do Departamento Estadual da Criança em 1944, que seriam responsáveis pela higiene pré-natal e de crianças do nascimento até a idade escolar, os locais para execu

ção destas atividades não ultrapassaram o número de três na Capital. No interior eram de competência dos municípios, não recebendo verbas ou orientação por parte dos órgãos centrais ou estaduais, revelando a inexistência de programas realmente concebidos e/ou implantados⁽⁴⁸⁾.

Quanto à atenção médica para o grupo, esta não se constituiu como objetivo importante para o setor saúde; somente no final de 30 que se registrou a implantação de um Hospital Pediátrico em São Paulo.

"A assistência médica, depois de vários anos prosa da das rotinas de Saúde Pública, a partir da década de 40, passou a integrar definitivamente os Serviços de qualquer unidade sanitária. Essa prática foi por nós adotada no Pará e na Bahia, o Serviço Especial de Saúde Pública também compreendia a necessidade das mesmas nos seus postos⁽⁴²⁾.

Essas limitações em relação à abrangência dos órgãos e serviços de saúde pública para todo o país podem ter sua origem no fato de não se registrar "nenhum projeto de gastos públicos" para o setor saúde em nível do governo central⁽⁴⁴⁾. Para entender esse desenvolvimento contraditório (expansão limitada) é importante lembrar que a partir de 1937 os grandes investimentos do Estado em infra-estrutura e indústrias de base levaram a uma restrição das despesas com setores sociais, ainda que se desse a implantação da legislação trabalhista e outros mecanismos para regular a relação capital-trabalho que não oneravam o Estado de forma direta ou predominante.

Além desse caráter restrito da Saúde Pública, que se revelou na análise de Braga⁽³⁾, vale lembrar outro

aspecto da questão trabalhado por Madel⁽¹⁴⁾: "As instituições médicas, que a partir de 30, tomam cada vez mais a forma de aparelhos de estado, mostram-se assim dupla resposta: resposta às reivindicações dos movimentos sociais da década de 20 e resposta de um sistema de poder que tentará a realização do processo de industrialização da sociedade brasileira como mínimo de transformações sociais que impliquem em repartição da riqueza ou das decisões".

Para a autora⁽¹⁴⁾ o poder institucional, enquanto poder do Estado, manteve as precárias condições de vida da população estruturalmente intocadas, mas concedeu benefícios como aposentadoria, pensões, atenção médica.

2.3. A Saúde Materno-Infantil da Redemocratização ao Estado Militar.

. Contexto Sócio-Político

Em outubro de 45, um golpe de Estado organizado por forças políticas e militares depos Getúlio Vargas, iniciando um processo de "redemocratização" que foi representado formalmente pela substituição da Constituição Dittatorial de 1937 pela Constituição de 1946, elaborada por uma Assembléia Constituinte.

Pressentindo essa crise Vargas tentara comandar o processo de mudança do regime político a fim de permitir o fortalecimento de uma política econômica com uma direção estatizante e nacionalista. Esse projeto foi inviabilizado pela reação de grupos conservadores brasileiros articulados a interesses econômicos e políticos estrangeiros, prin

principalmente norte-americanos. O período compreendido entre 45-46 revela a dominância destes interesses pela reorientação drástica dada à relação entre o Estado e a Economia caracterizado pela redução das funções econômicas do Estado e descompromisso com o desenvolvimento econômico⁽¹⁰⁾.

Assumindo uma postura filosófica próxima ao liberalismo econômico o governo Dutra abandonou a "modalidade anterior de intervencionismo estatal"⁽¹⁰⁾ sem que o poder público abdicasse de orientar a política econômica. Ou seja, nos dizeres de Ianni⁽¹⁰⁾ "a direção em que se orientou a relação entre Estado e economia do país ..." possibilitou ... "a reintegração do sub-sistema econômico mundial , sob a hegemonia dos Estados Unidos".

Em nível de política social, renunciando a questão do planejamento econômico que seria mais enfatizado nos anos seguintes, foi elaborado o Plano Salte (Saúde, Alimentação, Transporte e Energia) que visava a coordenação dos gastos públicos, articulando explicitamente a questão social à econômica.

Segundo Ianni⁽¹⁰⁾ a orientação liberal do Governo Dutra comprometeu a execução deste plano, já prejudicado - desde a sua elaboração - por limitações de vários níveis, inclusive de caráter técnico.

Citando estudiosos do assunto Ianni⁽¹⁰⁾ coloca que: "Esse Plano, em verdade, foi antes uma reunião, nem sempre feliz, de vários estudos que já há algum tempo, se vinham realizando em diferentes Ministérios interessados ...; nem sempre houve o cuidado de se proceder às necessárias articulações e ajustamentos...".

Com o segundo governo Vargas, apesar do comprometimento de vários setores com uma política econômica anti-intervencionista e internacionalizante visando não o desen

volvimento mas ... "garantir as condições de funcionamento do setor privado, nacional e estrangeiro...", dilemas econômicos e a crescente complexidade e diferenças sociais interna da sociedade brasileira, permitiram o abandono " às diretrizes inspiradas pela doutrina liberal..." e a manutenção de uma política econômico-financeira de estímulo à industrialização"(10).

Apesar da grande aceitação que as idéias do liberalismo econômico (principalmente em relação ao comércio exterior) tinham obtido logo ao final do Estado Novo, após o período Dutra, estas teses fracassaram. O esforço para a criação de empresas estatais e as idéias de uma política de emissão e crédito independente dos organismos financeiros internacionais, representaram a emergência de uma proposta nacional - desenvolvimentista voltada para o setor interno da economia.

Essa conjuntura econômica e social traduziu-se em termos políticos no aparecimento de vários partidos, marcados por uma extrema fluidez do ponto de vista programático; dentre estas agremiações as mais significativas foram:

- Partido Social Democrático (PSD) composto por elementos que haviam apoiado o Estado Novo e que ocupavam a maior parte dos cargos públicos; que fora fundado em 1945 por chefes políticos regionais da época do Estado Novo, bastante desunidos que nunca apresentaram união partidária.
- União Democrática Nacional (UDN) composta por elementos que tinham se oposto às forças mais poderosas do Estado Novo.
- Partido Trabalhista Brasileiro (PTB) criado (também por inspiração de Getúlio) para aglutinar elementos urbanos industriais mais populares.

Após o final dramático do segundo governo Vargas, o PSD, apesar de vacilar diante da aproximação Partido Comunista e PTB, acabou apoiando a candidatura de Juscelino Kubitschek (JK) que, apesar de todas as crises, antes e depois das eleições, foi eleito e assumiu o poder.

Essas crises estavam relacionadas com a reação político-militar à política distributivista do Ministério do Trabalho de Vargas que culminaram com o suicídio do Presidente e a posse de Café Filho. Segundo Weffort⁽⁵⁰⁾:

"O grupo militar domiante desejava a união dos partidos de direita - UDN e PSD principalmente - ao redor de um candidato de seu agrado. A UDN apoiava essa posição mas o PSD se recusou temendo repetir o erro de 1950, quando o poder lhe fugiu das mãos devido a uma candidatura impopular ...". Se essa união se desse "... o PTB acabaria lançando a candidatura de Jango com o apoio da esquerda...". Para evitar a crise que se daria com essa eleição, o PSD apesar da oposição militar, resolveu "... lançar como candidato o então governador de Minas, Juscelino Kubitschek de Oliveira. Essa candidatura foi endossada pelo PTB (que indicou Jango para a Vice-presidência) e apoiada pelos comunistas...". A vitória de Juscelino representou um protesto contra o golpe militar de agosto de 1954 e " ... um voto a favor da tese de desenvolvimento econômico a qualquer custo. Entre o dia da eleição e a posse do novo presidente o grupo militar no poder com a cobertura política majoritária da UDN de Lacerda, Mesquita e companhia^(*) procurou evitar a posse através de um golpe militar, mas a maioria dos oficiais aderiu ao grupo legalista e o contra-golpe preventivo de novembro de 1955 garantiria a posse de Juscelino"⁽⁵⁰⁾.

(*) - O autor se refere ao político Carlos Lacerda (então governador da Guanabara) e ao proprietário do Jornal "O Estado de São Paulo", órgão da imprensa paulista.

Durante o período J.K., apesar de se terem efetivado as condições para implantação da Indústria Automobilística (o que incentivou a penetração do capital estrangeiro) o debate nacionalista prosseguiu com avanços significativos: clarificou-se o conceito de capital estrangeiro de acordo com a integração da empresa no Brasil, diferenciou-se a empresa nacional daquela instalada em bases imperialistas, e daquelas relativamente nacionalizadas; denunciou-se o caráter arcaico da estrutura agrária, defendeu-se a empresa estatal.

Dada a democratização e os vínculos PTB / sindicatos, aumentou a participação operária e estudantil política, via movimentos de massas e articulação com a Frente Parlamentar Nacionalista.

Apesar de não desenvolver uma política nacionalista o Governo J.K. foi obrigado a conviver com os "nacionalistas" que o apoiavam contra a UDN e na elaboração de uma política pró setor interno, contra o setor exportador.

Degastado pela política financeira que, através da inflação "elevou a taxa de exploração operária"⁽⁵⁰⁾, J.K. foi substituído por Jânio Quadros, cuja base popular era fundamental para quebrar o continuísmo da coligação PSD/PTB.

Apesar de Jânio Quadros endossar teses progressistas (política externa independente) a política financeira adotada no início de seu governo afastou os adeptos de esquerda que o vinham apoiando.

Por outro lado, a política externa independente fez com que as forças anti-getulistas que inicialmente o haviam apoiado, se voltassem contra ele.

Tentando, através de um conflito com Carlos Lacerda, angariar o apoio das forças getulistas e dos elementos de esquerda, Jânio Quadros tentou a renúncia que, inespera

damente foi aceita.

"Durante o curto governo de Jânio Quadros os 'qui proquos' prosseguiram. Inaugurou-se a política externa in dependente com medidas que causaram estardalhaço - reativação de relações diplomáticas com a URSS - apoio à auto-determinação de Cuba ... etc.... "porém a política econômica foi entregue a homens da UDN ...". Com a instrução 204 de SUMOC restabeleceu-se a liberdade cambial"... velha aspiração do setor latifundiário-exportador e dos investidores estrangeiros. A política deflacionista iria prosseguir com a elevação das tarifas de serviços públicos, ao mesmo tempo em que se falava na "verdade salarial" como preparação para congelamento parcial dos salários. As medidas descontentavam gregos e troianos"(50).

Após a crise da renúncia assistiu-se à crise da posse ou não de João Goulart, que contava com forte oposição militar. Para a superação do impasse optou-se por uma emenda parlamentarista que, longe de resolver a crise institucional, apenas inaugurou uma nova fase na sua manifestação.

Os primeiros atos do Governo João Goulart foram, portanto, ligados à supressão desta emenda. Fortalecido pela vitória no plebiscito realizado em janeiro de 1963, o governo se lançou à elaboração de propostas econômicas que desembocaram no Plano Trienal cujo conteúdo progressista passava pelas propostas de reformas de base.

Essas propostas correspondiam também à lógica da dinâmica de expansão do Capitalismo no Brasil, na medida em que criaram condições para a democratização do mercado, aumentando o contingente populacional participante dos bens e serviços a serem produzidos numa economia dinâmica.

No entanto, (mantendo-se a tendência encontrada em

todos os momentos do processo de formação e consolidação do Estado Brasileiro), os interesses agrários e os interesses dos setores "externos" se aliaram aos setores industriais, a fim de promover uma solução de compromisso.

A opção pelo desenvolvimento associado ao capital estrangeiro (que emergiria com o Golpe de Estado de 64), significou uma opção que, dispensando as reformas de base selecionou grupos de consumo sofisticado dentro do mercado interno e priorizou a exportação como fator de desenvolvimento.

Para realizar esta opção, os Governos Militares, contando com um regime de exceção e com um esquema repressivo extremamente eficiente desenvolveram políticas anti-inflacionárias baseadas na contenção salarial, na concentração de renda e em um esforço racionalizador e modernizador por parte do Estado que não deixou de se exercer também em nível do setor saúde.

Segundo Rossi⁽⁴⁴⁾ o sistema político compreendido entre 1945 e 1964 repousou em três pontos básicos: "primeiro, o foco de poder não está mais nos governos estaduais, mas em âmbito federal; segundo, as massas urbanas vão jogar um papel crucial nos rumos políticos; terceiro, o antigo coronelismo sobrevive em algumas áreas, porém enfraquecido e sob formas diferentes...". A autora⁽⁴⁴⁾ prossegue: "A partir de 50 observamos nitidamente o que se denomina de Populismo: nele a hegemonia cafeeira agro-exportadora termina e com a diferenciação social nenhum grupo tomou lugar hegemônico ...". "...As lideranças para ampliar suas bases tem que levar em conta o povo, daí a pressão das massas urbanas que, ainda não agem como classe mas como massa indiferenciada dada a sua origem rural recente; a ausência de associações, partidos, ou outras formas de organização po-

pular, estabelecem relações carismáticas. Assim, como na República Velha, o povo não participava efetivamente, mas o Executivo tem que o levar em conta a fim de legitimar seu poder pelo voto, estabelecendo-se assim uma relação de barganha entre os dirigentes e o povo".

2.3.1. A Saúde na época do populismo

Ao se analisar o setor Saúde Pública (e a área materno-infantil) a partir dos anos 30 deste século, constatou-se com Braga⁽²⁾ a existência de um processo de implantação de uma "política de saúde de caráter nacional, organizada centralmente em dois sub-setores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária. O primeiro será predominante até meados de 60 ..." "... o sub-setor de medicina previdenciária se amplia significativamente a partir de fins da década de 50 ..." e "... assume predominância a partir da segunda metade dos anos 60 ...". "...Essa alternância se dá apesar da persistência de problemas de Saúde Pública ..." "... legando uma herança endêmica de maior gravidade ..." e "... um sistema previdenciário incapaz de atender não só às demandas por assistência médica individual, quanto os requerimentos de saúde coletiva acumulados ao longo do tempo"⁽³⁾. Em termos dos serviços de saúde desenvolvidos ao longo do período (30-37) desencadeou-se o processo de incorporação e transformação de unidades de âmbitos estaduais montadas nos anos 20 visando a redução da autonomia estadual e o desenvolvimento de "campanhas sanitárias" que serviram para institucionalização das ações de Saúde Pública e para reforço do processo centralizador. Nos estados mais fracos do ponto de vista político e econômico a presença federal foi marcante e ri

gorosa através da coordenação do Departamento Nacional de Saúde⁽²⁾.

Esse processo reforça a idéia de criação de uma política de saúde ainda que limitada⁽²⁾, que esteve presente na atuação do setor a partir da década de 40 até os anos 60.

Conforme alguns autores^(10,12,14) foi a partir de 1940 que o planejamento começou a se colocar como técnica administrativa e/ou estratégia de atuação do Estado.

Essa tendência reforça a idéia de dinamização do setor saúde; na década de 50 deu-se a ampliação do aparelho estatal em saúde pública e a extensão relativa do atendimento. No entanto, barreiras estruturais comprometeram as soluções requerentes pela Saúde Pública; segundo Braga⁽²⁾, "A Saúde Pública ainda que elevada à condição de questão social, não esteve em nenhum momento entre as opções prioritárias da política de gastos do governo^(*)".

O autor localiza no esforço pela realização da segunda etapa da industrialização e na própria estreiteza da base financeira do Estado que refletia o caráter relativamente insuficiente da industrialização, as causas para o lugar secundário ocupado pelo setor em relação às prioridades orçamentárias.

Essa situação perduraria por todo o período estudado sendo acompanhada por outro fator limitante da Saúde Pública, o modelo sanitário "conflitante com a realidade econômico-social brasileira"⁽²⁾.

A criação do Ministério da Saúde não significou a expansão real do setor, segundo Braga⁽²⁾ que, analisando os dispêndios do Estado com medidas de saúde coletiva i-

(*) - Ocorrido durante toda a República Velha, os primeiros anos da década de 30 e o Estado Novo.

identifica um comportamento favorável entre os anos 56-64, apesar das taxas de crescimento negativo em alguns anos que já "anunciavam o posterior congelamento e até declínio das despesas, conforme se verifica pela análise dos gastos em Saúde Materno-Infantil que revelavam tendências de declínio de recursos principalmente entre 1961-1964, configurando uma situação de restrições financeiras para o Ministério responsável pela Saúde Pública, com uma única exceção referente aos gastos com o combate às endemias rurais".

Para Madel⁽¹⁴⁾ "enquanto o projeto de saúde pública se multiplica em Serviços de Saúde Pública, paulatinamente a Saúde, como setor, se esvazia, a ponto de a própria separação do Ministério da Saúde do antigo MES⁽⁵³⁾ significar um esvaziamento institucional do setor Saúde enquanto setor estatal, em proveito da Educação".

Para Braga⁽²⁾ o resultado desta situação se configurou no quadro de saúde da população brasileira que, apesar de certas melhorias nas condições sanitárias, ainda apresentava elevadas taxas de doenças infecciosas e parasitárias, de morbidade e de mortalidade infantil; para o autor citado⁽²⁾, a partir dos anos 60 a Saúde Pública tornou-se secundária (dentro do próprio setor saúde) em relação à medicina previdenciária que iniciou seu processo de expansão. Como causa desta situação identifica o fato de a Saúde Pública não ocupar um lugar de destaque em nível das pressões populares e, principalmente, pelo fato de o sistema previdenciário ser relativamente auto-sustentado ao passo que a Saúde Pública era dependente da arrecadação tributária, extremamente reduzida nesta época.

Convém lembrar ainda, que para Madel⁽¹⁴⁾ as reivindicações ligadas à expansão do atendimento médico ("me

dicalização" (para a autora) quando aparecem nos movimentos sociais, eram subordinadas às lutas por melhores condições de trabalho ao passo que os temas de salubridade e condições de vida estavam quase sempre presentes em todas as conjunturas.

Para Rossi⁽⁴⁴⁾ o declínio do setor saúde pública poderia ser explicado também pelo fato de que na segunda etapa de industrialização a questão do controle de força de trabalho se fazia mais premente, pressionando a expansão do setor previdenciário, além de lembrar que, a ênfase dada às atividades educativas pelo modelo sanitário adotado para o Brasil, pode conter uma das causas para o privilégio do Ministério de Educação em relação ao da Saúde.

Reconhece, porém um movimento discordante neste processo como a hipertrofia administrativa em alguns estados (como São Paulo) cujas raízes repousavam no caráter de barganha do período populista. "... sucede a criação expansiva de órgãos e serviços, muitas vezes sem nenhuma utilidade, que não seja beneficiar favorecidos políticos".

No governo de Juscelino Kubstchek, o Plano de Metas (fortemente influenciado pela CEPAL^(*)) levou à opção pela "industrialização de bens de consumo duráveis ... pela primeira vez a produção industrial sobrepassa ... a produção agrícola ... emerge o domínio da burguesia industrial ... seus interesses de expansão vão marcar a história ... o capital estrangeiro se instala ... se faz notar a pressão deste setor sobre a Assistência Médica Previdenciária ..." ⁽⁴⁴⁾, levando ao reforço da proposta de atenção médica em detrimento das medidas ligadas à saúde coletiva.

Diante deste cenário a Saúde Pública — que nunca

(*) - Órgão Latino-Americano para Análise de Problemas Econômico do Setor: Comissão Econômica para a América Latina.

atuou significativamente na área de atenção médica e de controle imediato da força de trabalho adulta, passara para uma posição cada vez mais secundária, o que não impediu que no seu interior houvesse espaço para a atenção a grupos populacionais como o materno-infantil, constantemente lembrados em discursos e instituições administrativas, mas raramente objeto de uma ação eficiente e/ou duradoura.

Madel⁽¹⁴⁾ lembra, ainda, que o setor de atenção médica que começara a se tornar dominante atingiria até o final do populismo, somente "algumas camadas da população urbana, diretamente ligadas aos setores básicos de produção social: terciário (comércio, finanças, administração) e secundário (industrial)".

Para a autora⁽¹⁴⁾ a extensão da atenção médica só se tornou possível com o novo regime político que se iniciou em 64, quando o projeto das primeiras décadas do século de "industrialização nacional com um mínimo de riscos de repartição de poderes e riquezas se revela possível somente na medida em que perde o caráter nacional e tenta substituir a participação das camadas sociais mais amplas no poder econômico e político por uma **redistribuição** in direta de rendas através de programas sociais".

Se a partir de 60, com a nova fase vivida pelo processo de industrialização, se nota a predominância da questão de atenção médica via setor previdenciário, guardadas as limitações já apontadas, vivia-se na saúde um im passe entre discursos e propostas para a área que se articulava à própria crise do Estado populista.

Identificando quatro tipos de discurso-sanitarista desenvolvimentista, sanitarista campanhista (tradicional ou modernizador) assistencial privatista, assistencial estatista, Madel⁽¹⁴⁾ demonstra que a ausência de um dis

curso hegemônico revala a própria "crise de hegemonia do Estado" incapaz de realizar a "harmonia social" proposta pelo populismo dado o fato de se pretender um desenvolvimento industrial sem participação das classes trabalhadoras mas às suas expensas, dada a política de contenção salarial e de exclusão política nas tomadas de decisões.

Conforme colocação anterior desde a década de 60 o planejamento como forma de intervenção na sociedade tornou-se um dos apelos mais frequentes em nível de retórica oficial.

Madel⁽¹⁴⁾ analisando o período final do populismo constata a "inexistência de textos institucionais específicos que exprimissem políticas e planos de saúde relativos ao período 60-64" e à existência de documentos e artigos exprimindo reivindicações de diversos setores sociais "para que se adote uma política de planejamento em Saúde".

Para a autora⁽¹⁴⁾ essa luta pelo Planejamento estava articulada a propostas de desenvolvimento de um capitalismo nacional com hegemonia burguesa, mas também de desenvolvimento social nacionalista apoiado na classe trabalhadora urbana, o que levaria à adoção da proposta de planejamento para o setor saúde que será, em nível de discursos institucionais, cada vez mais ligado à questão do desenvolvimento econômico, conforme o texto que se segue:

"A III Conferência Nacional de Saúde foi o acontecimento mais importante no período 60-64, foi uma definição básica de como devem ser os Planos de Saúde. Ela define uma ideologia de Saúde ... a ideologia do desenvolvimento econômico, da racionalidade do planejamento, submetido à produtividade e a distribuição de riquezas".

O discurso do Presidente João Goulart por ocasião

da abertura da Conferência trazia diretrizes que levaram à proposição de um "Plano de Metas" da Saúde que fez parte do Plano Trienal.

Apesar desta ascensão (tardia) do discurso desenvolvimentista na Saúde, suas propostas nunca foram postas em prática sequer no aparelho estatal que as elaborou.

"Predominam, com efeito, as práticas sanitaristas campañistas, herança da década de 50, num rotineirismo burocrático herdado da década de 40⁽¹⁴⁾.

Esse quadro geral do setor saúde ao longo do populismo explicam a inexistência de propostas mais sistematizadas de atenção para o grupo materno-infantil, apesar de, desde a década de 50, organismos internacionais como a Organização Mundial de Saúde, terem ampliado a discussão e os estudos sobre o grupo "articulados a diretrizes em Saúde como o Movimento Internacional de Proteção à Maternidade e à Infância que desde 1935 vinham debatendo e incentivando a questão⁽¹⁵⁾.

Desde o final da década de 50 o setor brasileiro voltado para a Saúde Materno-Infantil havia incorporado a idéia de atenção médica. Estas propostas receberam influência da OMS⁽²¹⁾ que, através da produção de seus "experts" sobre o assunto procurou influir nas organizações de Saúde dos países em desenvolvimento, onde os problemas de Saúde deste grupo eram (e são) gritantes. Apesar de reconhecer a influência do "social" nos problemas de saúde do grupo as soluções apontadas referiram-se à necessidade de organização dos serviços, formação de recursos humanos, produção de maiores conhecimentos, obstétricos e pediátricos. Ao longo da década de 60 a ênfase da Série de Informes Técnicos será dada ao nível biológico do assunto, preservando-se um interesse secundário por questões de Educação em

Saúde e de administração de serviços^(22 a 38).

Apesar da inexistência de propostas técnicas para o desenvolvimento sistematizado de ações em saúde materno-infantil, as condições reais para a elaboração de programas em saúde materno-infantil só foram dadas em uma conjuntura político-econômica que permitiu a centralização, conforme o verificado após 64.

Essa programação, por sua vez, não teve como embasamento filosófico o projeto desenvolvimentista que visava a obtenção de melhores índices de saúde via desenvolvimento econômico (década de 50) ou via reformas de base (década de 60) mas através de um projeto que definia saúde como "medicalização", ou seja, a obtenção da saúde não passaria pela transformação das condições de vida mas seria reduzida à ausência de doenças, à programas médicos curativos ou preventivos.

Neste sentido a saúde materno-infantil que começou a se constituir mais formalmente na conjuntura seguinte (Milagre Brasileiro) guardou relações com o sentido original do processo de constituição dos serviços de saúde, registrado desde os anos de 20, ampliado na década de 30 e ao final dos anos 50, em que se procurou garantir a industrialização sem mudanças sociais significativas.

2.4. A SAÚDE MATERNO-INFANTIL E O MILAGRE BRASILEIRO

Para a análise deste período parte-se da idéia de que as propostas para o grupo materno-infantil foram engendradas no bojo de medidas para a administração da crise geral do sistema após o fim do milagre. Por esse motivo o Programa de Saúde Materno-Infantil deverá ser avalia

do no conjunto das políticas sociais para a área e referenciado à conjuntura social compreendida entre 68 e 74 que desembocou na proposta de criação do Sistema Nacional de Saúde, através da lei nº 6.229, de 17 de julho de 1975 e na definição de uma Política de Saúde Materno-Infantil pelo Ministério da Saúde através da Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde, SNPES.

A possibilidade institucional de elaboração de programas de caráter e abrangência nacionais foi dada pela mudança no regime político, assim como da orientação que se dava aos rumos da economia brasileira.

"O Golpe Militar de 64 marcou a emergência do Estado autoritário, caracterizado pela centralização acentuada dos mecanismos de decisão, formulação e implementação de políticas ... "permitindo"... que fosse viabilizado o projeto de desenvolvimento capitalista associado, com dominância do capital internacional ...". As reformas institucionais, desencadeadas pelo Decreto-lei 200 de 1967, afastavam "quaisquer projetos que consubstanciassem interesses distintos.... A centralização operou-se baseada na ideologia de que o entre choque de tendências emperra o processo de formulação e decisão" (49).

Entre 1968 e 1972 ocorreu um intenso crescimento econômico - "milagre brasileiro" - fundamentado numa política de retenção salarial, abertura para o exterior e concentração de renda. Este processo de "desenvolvimento associado ao capital externo" gerou uma subordinação do mercado mundial que, com a crise do capitalismo em 73, acabou por desestabilizar a economia e o regime.

A crise resultante da elevação do preço do petróleo e de outras matérias primas apresentou duplo aspecto,

de um lado dificultou a importação destes produtos, sem que fossem elaboradas medidas para diminuir suas importações; de outro lado, parte da exportação brasileira (café, açúcar, algodão) perdeu seu poder de troca e não conseguiu financiar as importações, já encarecidas.

Essa crise se refletiria em alterações políticas dado que o Estado fora atingido em suas bases de sustentação social.

De um lado, como efeito da crise, acelerou-se a deterioração da situação econômica das camadas médias urbanas; as condições de vida extremamente rebaixadas para as camadas populares urbanas e rurais desde o início do período foram ainda mais rebaixadas pela crise.

As frações da classe dominante representadas pelo Estado Militar, por sua vez, não tinham seus interesses econômicos corporativos imediatamente atendidos, aumentando o número de descontentes com o regime.

Diante da crise, o Estado perdeu seu caráter "monolítico" e ampliou o espaço de participação para frações da classe dominante: "distensão lenta, gradual e segura".

Em relação às classes subalternas, o Estado desenvolveria políticas que permitiram certa legitimação social (46).

Essas políticas apresentaram como característica o fato de não representarem mudanças radicais, mas tentativas de reformulação de sistemas de atendimento na área social, visando impregnar o setor de uma camada de "racionalidade" que evitasse a emergência de protestos e/ou convulsões sociais.

Até a emergência da crise econômica, o perfil adotado pelos Serviços de Saúde "médico-assistencial privatista ..." revelava "... o sucesso aparente de um estilo

de desenvolvimento econômico captado através da expressão milagre brasileiro e nos marcos de uma situação autoritária" (46).

Esse perfil, caracterizou-se por responder às exigências do modelo brasileiro de desenvolvimento e não é surpreendente o fato de ter se desgastado no momento da crise do "milagre".

Segundo Silva⁽⁴⁶⁾ as principais características deste modelo podem ser sumarizadas em 5 itens:

1. Centralização das decisões: retirou-se das esferas locais e regionais o poder de decisão, assim como foram afastados os representantes das classes subalternas. O marco deste processo pode ser localizado em 1960, com a unificação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões no I.N.P.S., que alojaria, no segundo momento, os profissionais de Saúde, ficando a cargo do Estado e dos grandes empresários de Assistência Médica a decisão sobre saúde.
2. Auto-Sustentação Financeira, ou seja, utilização dos recursos da previdência^(*) para compra de serviços de atenção médica individual. Dada a predominância da Previdência Social, em relação ao Setor Saúde Pública, os assalariados sustentaram o Sistema de Saúde durante todo o período. Os recursos do orçamento fiscal^(**) eram aplicados somente em relação ao Ministério da Saúde e Secretarias Regionais e locais de Saúde para atender seus programas. Considerando-se o gasto irrisório deste setor, pode-se afirmar que o grosso das políticas sociais do período foram financiadas pelos seus próprios usuários. Este modelo "pêrfido" é bem caracterizado pe

(*) - Oriundos de contribuição compulsória dos trabalhadores.

(**) - Recursos do Estado propriamente ditos - a fundo perdido.

lo Sistema Financeiro de Habitação que, longe de prover a população carente, utilizava os recursos dos assalariados para financiar o setor privado de construção civil.

3. Maximização de interesses particulares que se tornou possível com a centralização das decisões operadas a partir das Reformas de 1967.

A prática de contratação de organismos privados pelo complexo previdenciário para prestação de atendimento médico significou mais do que uma articulação "esperada" entre a esfera pública e a privada, num sistema capitalista; as contingências advindas da vigência de um regime político classista e autoritário permitiram "a locupletação completa e total de interesses particulares imediatistas"⁽⁴⁶⁾, gerando não somente um quadro de extrema corrupção, mas a definição de prioridades e programas que se seguiam mais por razões de rentabilidade econômica e política, do que de atenção às reais necessidades.

Outro fato decorrente desta característica foi a pequena inversão no setor de Saúde Pública, que perdeu sua capacidade de ação de vincular seu atendimento aos programas de assistência médico-previdenciária, sendo utilizado como mecanismo de escoamento da demanda.

4. Dicotomização do atendimento: característica que refletiu a verdadeira política de Saúde nos anos 70, condicionada, porém, por uma tendência que se anunciava desde a década de 50.

Segundo Teixeira⁽⁴⁹⁾ a Saúde desde o final dos anos 60, era constituída pelas empresas nacionais de pro-

dução de serviços diferenciadas conforme o tipo de financiamento: Medicina de grupo (sistema de pré-pagamento) ou Empresa Médica-Hospitalar (sistema de pagamento por unidade de serviço); ambos financiados pela Previdência Social.

A ênfase no atendimento médico-hospitalar engendrou a tecnificação do ato médico, a constituição de empresas capitalistas no setor saúde, o assalariamento e especialização do profissional médico, o aumento dos custos de produção, o desenvolvimento do hospital e serviços de apoio como base técnica do funcionamento dos Serviços de Saúde.

Essa dinâmica de expansão do setor privado implicou na delegação do setor público a um nível secundário e marginal.

As ações de atenção médico-sanitárias tradicionalmente de responsabilidade das Secretarias e do Ministério da Saúde - resumiram-se principalmente em campanhas sanitárias e atendimento materno-infantil sofrendo, também, esse processo de segregação. As campanhas sanitárias só eram desenvolvidas por ocasião de epidemias graves^(*) e resumiram-se, principalmente, em programas de vacinação em massa.

O atendimento materno-infantil desenvolveu-se de forma descontínua e desarticulada do setor de atendimento médico-hospital, indicando que o processo de expansão dos serviços, registrado nas décadas anteriores, não só tinha se extinguido, como o atendimento desenvolvido não se adequava em termos qualitativos.

As propostas de Educação em Saúde, que eram desenvolvidas nas programações anteriores para o setor, por

(*) - A epidemia de meningite - que alertou governo e população - desencadeou-se por volta de 1973.

sua vez, sofreram processo de esvaziamento.

Acredita-se que esse fato foi devido - em parte - ao agravamento das condições de vida e aos baixos índices de saúde, que enfraqueceram o discurso normativo e higienista das propostas em Educação em Saúde Pública dos pe ríodos anteriores.

Por outro lado, acredita-se que, com o desenvolvimento dos meios de comunicação de massa (principalmente rádio e TV), com a intensa propaganda ideológica desenvolvida nos anos do "milagre" e, principalmente, com o desma telamento das formas de organização popular acrescida de intensa repressão a pensamentos e idéias divergentes, o papel "domesticador" assumido nos períodos anteriores pelo Serviço de Saúde e pela Educação Sanitária, passou a ser melhor executado pelas instituições citadas, podendo-se relegar para o segundo plano esse tipo de intervenção técnica. Além disso, os próprios serviços de Saúde tinham desviado a "solução" dos problemas de Saúde para a questão da administração de serviços necessários ao desenvolvimento de ações médicas tecnificadas. O estágio atual do Serviço Médico podia dispensar o discurso médico-sanitário. O comportamento adequado em Saúde que se constituiu como um dos objetivos das ações preconizadas pelos mode los sanitários anteriores, perdeu sua importância em rela ção ao modelo hegemônico de tecnologia de atendimento extremamente sofisticado.

Na área da Saúde o setor de atendimento médico in dividualizado tinha se tornado preponderante, afastando pa ra segundo plano as propostas médico-sanitárias (de caráter extremamente biológico, mas relativamente voltadas pa ra questões coletivas e/ou do meio) ⁽³⁾ em que se enquadra ram as propostas de educação em saúde para o grupo.

Dado o panorama geral do Setor Saúde com a predominância de um modelo sofisticado de atenção em saúde imposto pela dinâmica do setor privado o Estado não investiu no desenvolvimento de equipamentos públicos, no atendimento médico-sanitário, nem na organização técnica da rede pública de Serviços de Saúde, o que se refletiu na Saúde Materno-Infantil visto que as propostas para o grupo, baseadas em equipes de saúde, exigiam unidades médico-sanitárias articuladas ao Hospital, o que era impedido pela lógica privada.

Essas limitações impostas pelo tipo de organização dos Serviços de Saúde impediram que - apesar da complexidade do conjunto de políticas sociais desenvolvidas a partir de 64 e do crescimento econômico verificado entre 68-72 - o quadro sanitário brasileiro evoluísse em relação aos momentos anteriores. Mais do que isso, com a deterioração das condições de vida de amplas camadas da população, a situação de saúde iria se alterar negativamente ao longo do período.

Analizando os discursos predominantes na área de saúde após a ruptura de 1964, Madel⁽¹⁴⁾ identifica entre 68 e 74 o fim da pluralidade dos discursos (campanhistas, sanitarista-desenvolvimentista, privatista-liberal, socializante) que se detectou nos anos anteriores e a implantação hegemônica do discurso médico assistencial privatista que se impôs através de um conjunto de programas, decretos, leis e mesmo através de "saneamentos" no interior das instituições de saúde pública para "calar" os oposicionistas. A autora⁽¹⁴⁾ considera que as propostas para a área giravam em "torno de categorias ligadas aos planejamento econômico: racionalização, produtividade, crescimento, desburocratização, descentralização" e, principalmente, pelas

propostas de universalização do atendimento médico. Esboçava-se, cada vez mais a necessidade de criação de uma Política de Saúde para "integrar a Saúde enquanto setor do Estado no novo modelo de desenvolvimento proposto...", de "...conter, debelar, de sanar alguns dos males seculares da Saúde no Brasil".

Para a autora⁽¹⁴⁾ tanto o setor de Saúde Pública como de Atenção Médico se mostraram reflatários ao planejamento até 1968. Do lado da Saúde Pública, a reação deu-se pela extrema multiplicidade de órgãos, serviços e departamentos, além da tradicional dicotomia entre a "medicina curativa e as propostas sanitaristas...", por outro lado, o setor de atenção médica curativa "... seguindo a lógica da economia de mercado ..." mostrou-se igualmente refratário às "propostas uniformizadoras e centralizadoras da planificação da atenção médica pela Previdência Social projetada pelo governo".

Apesar de, desde a década de 60, se falar em planejamento em Saúde para toda a América Latina, Madel⁽¹⁴⁾ aponta para o fato de que este se voltou prioritariamente para a questão de atenção médica indicando a proposta de "medicalização" da sociedade que, na conjuntura brasileira em estudo só podia ser hegemônica. As instituições de Saúde Pública além de não contarem com recursos por parte do Estado não tinham condições técnicas e/ou políticas para superar essa situação de desvantagem; mesmo os departamentos de Medicina Preventiva que apresentavam um certo desenvolvimento desde 66, subordinaram-se ao discurso assistencialista da atenção médica⁽¹⁴⁾.

A primeira tentativa de se implantar um Plano Nacional de Saúde foi executada em 1968 com o "Plano Nacional de Saúde" do Ministério Leonel Miranda, entendido pe

la autora como "discurso estatal privatista".

Pretendendo alcançar o bem estar da população através de ações de saúde que garantissem maior produtividade, desenvolver o setor farmacêutico a fim de garantir acesso aos remédios para os indivíduos de menor poder aquisitivo, preservar a ação médica individual (prejudicada pela sofisticação e alto custo crescentes da prática médica) o Plano propôs que as atividades de assistência médica fossem principalmente privadas, reservando ao poder público o papel de coordenação e custeio parcial das atividades, cujo principal responsável seria a população através da previdência social, "... critérios de pagamento, de subsídios, de convênios, tudo seria regulado pela classe médica, pela corporação na sua tendência mais conservadora, a liberal ...".

Tratou-se, portanto, de "uma proposta de entrega da Atenção Médica do Estado aos médicos, além da redução do discurso médico do Estado ao discurso curativista da medicina liberal. O projeto sanitarista e suas propostas preventivistas de atenção primária ou de intervenção no meio ambiente não encontram a menor repercussão nem referência neste Plano".

Apesar de reforçar o discurso médico assistencial privatista, o Plano não obteve condições políticas de se concretizar, mesmo considerando-se o momento político de extrema concentração de poder.

Para Madel⁽¹⁴⁾ as reações partiram da população que deveria executar duplo pagamento de técnicos ligados ao Setor Saúde Pública, além da reação das próprias "instituições médicas civis" - Faculdades, Associações e Sindicatos - que apontavam sua inviabilidade econômica e sua inconveniência técnica ao propor a universalização da me

dicina assistencial em "detrimento dos serviços de Saúde Pública".

O Plano Leonel Miranda parece, porém, não ter conseguido institucionalizar-se pelo fato (apontado pelos próprios técnicos do Ministério da Saúde) da "inexistência de uma estrutura econômica financeira que garanta os recursos necessários à aplicação do plano a nível nacional"⁽¹⁴⁾.

Apesar destas limitações o Plano de 68 conseguiu implantar três modalidades de atuação em Saúde que iriam ser a característica principal da atenção médica previdenciária no país: "... os convênios com hospitais, clínicas e laboratórios, os pagamentos por unidades de serviço médico e, finalmente, a expansão dos postos de ambulatórios do INPS e o crescimento contínuo da demanda de serviços médicos".

Esta situação, aliada aos graves problemas econômico-sociais advindos com a crise de meados da década de 70, implicou em tentativas por parte das diferentes instituições de saúde, de organizar e racionalizar o setor. Todas essas tentativas, porém, foram marcadas pelas diretrizes gerais da conjuntura: organização e extensão da assistência médica individual privada, às expensas do Estado, adoção de uma tecnologia sofisticada que, por sua vez, também atendeu aos interesses do setor privado de indústrias farmacêuticas e de equipamentos médicos; propostas de medicalização da sociedade que, além de garantir os interesses privados já referidos, permitiam a manutenção do modelo econômico (concentrados de renda) atendendo médica e medicamentosamente à população sem influir positivamente nas condições de vida.

Em termos políticos vale lembrar mais uma vez

que a crise econômica e social abalou a composição do Estado forçando uma busca de formas de legitimação política, entre elas uma atuação mais firme no campo da Saúde.

"À crise de legitimidade do Estado era necessário responder com medidas que impedissem a deterioração das relações Estado/população, além da deterioração completa desta população. No discurso oficial fica clara a importância política da continuidade da expansão da Política Social em Saúde, sem queda, nos níveis de atendimento e cobertura já alcançados" (46) .

Em termos do próprio setor saúde ficou impossível conciliar interesses e necessidades extremamente contraditórios de todas as parcelas envolvidas. De um lado o governo federal precisou restringir os gastos públicos; de outro, a população carente exigiu atendimento, aumentando a demanda; por fim, os setores particulares e os burocratas ficaram inquietos diante da crise que se aproximava, tanto em termos de "rentabilidade" do setor - para os primeiros - como de eficiência/eficácia - para os segundos.

Nos dizeres de Madel (14): "... que grande **deslocador de contradições** (*) - políticas e econômicas - torna-se o setor de atenção médica ...". Por outro lado, que imenso palco aberto de luta social se torna a partir de 1973".

Esse contexto explicou, portanto, o fato de o setor hegemônico da saúde criar Programas e Órgãos Setoriais para responder ao descontentamento nas classes subalternas e nas organizações médicas civis face à Saúde (14) .

(*) - Grifo da autora.

Dentre esses programas interessa ressaltar o programa da Secretaria de Assistência Médica-Social do Ministério do Trabalho e Previdência Social (MTPS) "...que se denominou Coordenação e definição de responsabilidades na Assistência Materno-Infantil, ou, mais simplesmente, "Programa Materno-Infantil..." articulado ao INPS e ao Ministério de Saúde (através das Secretarias Estaduais de Saúde).

Para a autora⁽¹⁴⁾ o "Programa Materno-Infantil representa a constatação do estado de catástrofe da saúde da população ..." e "...uma tentativa institucional de solucionar - medicamente - este problema, que é essencialmente **efeito econômico de política econômica**^(*).

Analisando as implicações políticas do "Programa Materno-Infantil", Madel⁽¹⁴⁾ coloca que mais do que uma função de persuasão, o programa teve uma dimensão "defensiva" do Estado, dado que a Saúde definiu-se desde 1971 como uma "questão de segurança nacional", tanto pelas "...explosivas condições de vida..." como pelo fato de o Estado tentar sair do "...impasse político e sócio-econômico em que as contradições de sua economia política o fizeram encalhar..." elegendo a saúde como espaço logístico para a saída.

Esta politização do setor saúde também se efetua em nível da "sociedade civil". A ascensão dos movimentos populares que se iniciara nessa época, a ampliação do debate acadêmico sobre as influências econômicas sociais e políticas nos problemas e práticas de Saúde levaram a uma ampliação no conteúdo das propostas oficiais e às tentativas de elaboração de programas que dessem conta ou considerassem essas dimensões⁽⁴⁹⁾.

(*) - Grifo da autora.

A elaboração do plano de Pronta Ação em 1974, pelo recém-criado Ministério da Previdência Social - MPS (criação essa relacionada à importância assumida pelo Instituto Nacional de Previdência Social onde se concentraram quase todas as atividades de assistência médica previdenciária) configurou mais uma "... tentativa jurídico-política para confirmar uma política já dominante de atenção médica, um programa setorial (assistência curativa individualizada) em prática universal e verdadeiramente hegemônica" (14).

No entanto, apesar das propostas setoriais e/ou racionalizadoras como o Programa Materno-Infantil do Ministério do Trabalho e Previdência Social ou o P.P.A. do MPS, Paim⁽³⁹⁾ considera que a crise do setor Saúde continuou a se expressar através da "baixa eficácia da assistência médica, pelos altos custos do modelo médico-hospitalar e pela baixa cobertura dos serviços de saúde em função das necessidades da população..." além de conviver "... No Brasil com a falência do "milagre econômico: com o início da crise atual do capitalismo mundial e com o decréscimo de legitimidade do autoritarismo, evidenciado pelos resultados das eleições de 1974. O discurso social do Governo Geisel face aos impasses econômicos e políticos do regime se corporificou no II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND)".

Em nível do Governo Federal a tendência de se enfatizar as políticas sociais ficou mais clara e se difundiu no II P.N.D.: "O II P.N.D. vai colocar entre suas prioridades estratégicas a implementação de uma política social que possibilitasse a distribuição de rendas, em nítida diferenciação da ideologia pregada no I P.N.D. (20).

No entanto, os problemas sociais e os de saúde

não eram encarados como decorrentes da situação conjuntural negativa, mas como decorrentes da ausência de Políticas Sociais e de racionalidade na administração e planejamento das ações de Saúde. Para enfrentar esse problema elaborou-se uma proposta "racionalizadora de solução à crise do setor, a criação do Sistema Nacional de Saúde pela lei 6229" (49).

Paim⁽³⁹⁾ também endossa essa opinião. "Com o II PND estabelecem-se as novas estratégias de planejamento social e no caso do setor saúde vão se originando as chamadas políticas racionalizadoras. Tais políticas vão incorporando a ideologia do planejamento de saúde como parte de um projeto de reforma em saúde de cunho modernizante e autoritário. Diversos dispositivos legais são estabelecidos (Lei 6229, Lei 6259, etc.) e distintos programas de saúde verticalizantes são elaborados. Nesse particular merece uma atenção especial os chamados PECs - Programas de Extensão de Cobertura (PIASS, Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil, PISAM) que embora se caracterizassem como proposta dominada por referência ao conjunto das políticas de saúde e ao modelo médico-hospitalar dominante, representaram uma "estratégia de reserva" (*) do Estado face a crise do setor".

No entanto, a "racionalidade" destas propostas parecia constar somente das intenções dos autores visto que "ratificou a dicotomia entre a assistência médica individual e a Saúde Pública ao propor a organização e disciplinarização do complexo de serviços existentes no setor, manteve a ambiguidade quanto à atribuição de certas instituições especialmente em relação ao Ministério da Saúde e ao da Previdência Social" (49).

Ao primeiro caberia - sem poder decisório em re-

(*) - Aspas do autor.

lação ao segundo^(*) - elaborar políticas gerais de saúde e promover ou executar ações relativas a interesses coletivos. Ao segundo reservou-se o atendimento médico individual, com as características descritas, acrescido de algumas medidas para controle do setor: DATAPREV (Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social), ou com a tentativa de impedir pagamentos indevidos propiciados pelas "deturpações do pagamento por unidade de serviço com o setor contratado"⁽²⁰⁾ que acabou se revelando uma forma de atender a demanda excessiva, anteriormente referida.

Propondo-se sômente a organizar as diversas instituições e órgãos que atuavam na área de Saúde, sem alterar as características intrínsecas destas instituições e mantendo a hegemonia do modelo médico-assistencial individualizado, o Sistema Nacional de Saúde conferiu, no entanto, certa ênfase às medidas de caráter coletivo.

Essas medidas, porém, tinham um caráter limitado visto que, se destinavam a "conter a demanda que não está podendo mais ser absorvida pela medicina curativa Abre-se espaço para retomada de medidas de saúde pública... limitadas e sem ameaçar a opção anterior ... individual e curativa"⁽²⁰⁾.

Essa idéia sobre o caráter restrito das Políticas de Saúde em geral e do Planejamento em Saúde Materno-Infantil, objeto de estudo deste trabalho, também está presente em Paim⁽³⁹⁾ que, analisando os programas de extensão de cobertura (entre os quais se inclui o Programa de Saúde Materno-Infantil) considera que estes projetos pretendiam para uma sociedade capitalista, uma reforma médica de caráter moderado, propugnando por propostas de prestação de servi

(*) - Com a criação do Conselho de Desenvolvimento Social foi revogado o parágrafo 3, do artigo 156 do Decreto Lei 200 que "estabelecia a necessidade de obediência da assistência médica da Previdência à Política Nacional de Saúde".

ços a grupos populacionais excluídos do consumo médico e com uma expansão orientada para não interferir nos interesses privados.

Diante destas considerações parece ser possível responder à indagação de Marques⁽¹⁵⁾ referida neste trabalho sobre os motivos da seleção do Grupo Materno-Infantil como prioritário: "A necessidade do regime ampliar suas bases de sustentação e atualizar-se perante as pressões populares..."^(*) levou "... a que alguns projetos fossem implementados a partir do Ministério da Saúde. Data desse período o surgimento do Programa de Saúde Materno - Infantil, o Programa de Alimentação e Nutrição, o Programa de Vigilância Epidemiológica"⁽⁴⁸⁾. Além disso, a implantação do Sistema Nacional de Saúde poderia levar a uma maior racionalidade para ao setor em crise.

A partir dessas colocações - independentemente da racionalidade interna das propostas de Saúde Materno - Infantil parece que a dimensão ideológica da atenção ao grupo e o caráter manipulador da atenção prestada pelo Estado (que se revelaram desde a crise do pacto colonial e ao longo de todo o processo de formação/consolidação do Estado Nacional) continuaram a se fazer presentes no momento da crise do Milagre Brasileiro.

No entanto, neste momento estas características se revelaram de maneira diferente em relação às anteriores.

Em primeiro lugar a preocupação em se utilizar a Saúde como estratégia para implementação de visões de mundo adequadas à dinâmica social (entendida como agindo no sentido de manter a relação de dominação) não apareceu como dominante no conjunto das práticas voltadas para a Saú

(*) - Relacionados aos problemas de atendimento médico, entre outros motivos.

de Materno-Infantil.

A programação em Saúde Materno-Infantil, neste período, era justificada em termos das necessidades de Saúde do Grupo que era atendido como o mais significativo numericamente no conjunto da população, concepção oriunda de pressões de órgãos como OMS, OPAS, etc. que criticavam o baixo investimento oficial no setor.

Além disso, a proteção deste grupo significaria a diminuição da demanda que a Previdência não podia continuar "bancando"; a redução da mortalidade infantil principal objeto do Programa - constituiu-se como consenso a nível de qualquer Estado Nacional.

A prevenção da morbidade (independentemente de ser desejável por si própria) via programas de vacinação, intensificação do aleitamento materno - suplementação alimentar como forma de impedir desnutrição e doenças transmissíveis em determinadas idades e doenças gastro-intestinais - podia agir no sentido de diminuir a demanda por atendimento hospitalar previdenciário e/ou conveniado.

A realização do Pré-Natal permitiria maior número de partos sem complicações e nascimento de crianças híginas, permitindo a maior rotatividade de leitos hospitalares.

Além disso, o atendimento ao Grupo Materno-Infantil pela rede pública de serviços poderia liberar equipamento, mão-de-obra, etc., para setores populacionais mais prioritários em nível da produção: trabalhadores urbano/industriais para quem realmente se destinava a política de Saúde, enquanto provedora da reparação/manutenção da força de trabalho.

Priorizar a atenção Materno-Infantil significou, neste contexto, racionalizar o setor saúde em crise de fi

nanciamento e, ampliar a base de legitimação social do regime em crise^(*).

Seguindo-se este ponto de vista, os Programas de Saúde Materno-Infantil podem ser entendidos como revestidos de conteúdo ideológico na medida em que - apesar de não apresentarem maiores preocupações em moldar condutas individuais - serviram para legitimar um Estado que se identificava - pela condução da política econômica - com as classes dominantes, mas que procurava - através das políticas sociais - apresentar-se como um organismo identificado com os interesses comuns da nação e mesmo dos setores menos privilegiados.

No entanto, dadas as limitações impostas pela conjuntura setorial (hegemonia do modelo médico-assistencial e individualizado) e pela própria estrutura social como um todo - essas propostas de controle ideológico foram secundárias no conjunto das estratégias de dominação.

Essa afirmação baseia-se no fato de estas prioridades e intenções nunca terem se concretizado sequer no estado mais desenvolvido da nação, o Estado de São Paulo⁽⁴⁸⁾.

Segundo Silva⁽⁴⁶⁾ a vigência do modelo médico-assistencial privatista em São Paulo "obedeceu a uma dinâmica geral do setor ... mas esse modelo foi reforçado pelas características do Estado de São Paulo":

1. Grande participação da Superintendência Regional do INAMPS na prestação de serviços;
2. Secretaria da Saúde com rede razoavelmente diferenciada, mas incapaz de promover o atendimento médico;
3. Ações médico-sanitárias não prioritárias dentro do próprio Serviço de Saúde, como é demonstrado pelo estudo

(*) - Lembrar o caráter "plebiscitário" das eleições de 74.

do fluxo de recursos para diversas organizações de Saúde que pertencem à esfera do governo, segundo o qual a Coordenadoria de Saúde da Comunidade não vinha sendo priorizada.

Ao analisar o Programa de Saúde da Criança desenvolvido pelos Centros de Saúde da Secretaria de Saúde de São Paulo, Tanaka⁽⁴⁸⁾ concluía que:

"O programa apresenta cobertura e concentração de atividades primordiais abaixo das metas estabelecidas e a produção de atividades estabilizada no período de 1977 a 1980 ... "suas" ... atividades apresentam-se incompletas em suas ações específicas, com baixo percentual de complementaridade entre as atividades de pré-consulta, consulta médica ou atendimento de enfermagem e pós-consulta..." o atendimento de enfermagem "... não alcança objetivos referentes à ... "detecção precoce de problemas nutricionais..." a baixa quantidade de crianças que receberam atividade de pós-consulta indica a não ocorrência" ... de orientações alimentares, vacinas e medicamentos previstas pela programação ..." e "... deficiências de conteúdo...". O autor identifica "... falta de treinamento do pessoal responsável pelas atividades programadas comprometendo sobremaneira o conteúdo e a técnica empregada nas ações de cada atividade e a falta de uma decisão política da Secretaria da Saúde em modificar o seu papel institucional frente à Saúde Materno-Infantil ...".

Para finalizar, a análise da emergência de Saúde Materno-Infantil em forma de programação na década de 70, assim como a avaliação executada por Tanaka⁽⁴⁸⁾, reforçam a idéia que norteou esse trabalho sobre o aspecto ideológico da atenção ao grupo materno-infantil:

- em primeiro lugar a "prioridade" que se pretendeu atri-

buir ao grupo revelou-se, na verdade, uma tentativa de racionalização do setor saúde em crise, sem interferir na questão central que dizia respeito ao modelo "médico assistencial privatista" adotado de maneira hegemônica, ao longo dos anos 70.

- em segundo lugar essa tentativa de racionalizar o setor não significou uma opção em termos de política orçamentária, assumiu um caráter secundário no conjunto das políticas sociais e de Saúde, revelou uma preocupação de legitimar o Estado em crise e não atuou significativamente na resolução dos problemas vivenciados pelo grupo em termos de seu campo real de atuação.

V. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para concluir essa reflexão sobre o caráter da intervenção do Estado sobre a vida de mulheres e crianças e, nesses termos, das condições histórico-sociais em que foi possível a emergência desta atenção em termos de uma política social para o grupo é importante resumir algumas das características básicas desta (des)atenção ao longo da história nacional.

Em primeiro lugar, até a ruptura do pacto Colonial constatou-se uma ausência de preocupação com o grupo decorrente, de um lado, da própria concepção de criança da época e, de outro, do papel secundário desempenhado pela mulher.

Dentro de propriedade rural agro-exportadora não existia a criança mas o filho, figura complementar e subalterna (como outros elementos - mulher, por exemplo) ao pai - proprietário.

Em termos de "Saúde" as preocupações voltaram-se para o controle - punitivo da cidade, local de escoamento da produção, eixo do poder central por abrigar a administração.

Entretanto, até o ciclo da Mineração (século XVIII) que levou a um surto de expansão urbano, esse controle foi secundário em termos de atenção da Metrópole. Somente quando a complexidade social começou a se instalar no panorama colonial a Metrópole passou a intervir de maneira mais acentuada sobre a cidade e seus habitantes.

Essa intervenção, porém, foi de caráter predominantemente normativo na medida em que procurou recuperá-la para os interesses do Estado (Coroa Portuguesa) via higienização/urbanização da família e militarização da população.

A estratégia de higienização de família representou, portanto, um primeiro momento de reflexão do Estado sobre o grupo. O caráter de controle desta primeira forma de intervenção esteve presente, de maneira mais ou menos acen-

tuada, ao longo do processo de contribuição da Saúde Materno-Infantil que foi concomitante ao processo de criação de Serviços de Saúde.

O processo de criação destes serviços, por sua vez, iniciou-se no final do século XIX em função da expansão cafeeira que exigiu maior intervenção no meio ambiente (principalmente urbano) e o esboço de uma atenção à população, a fim de garantir de um lado, o escoamento de produção e, de outro, a imigração de mão de obra.

A partir deste século, mais precisamente da década de 20, inicia-se o processo de constituição do setor Saúde a fim de responder às demandas sociais e, principalmente, para garantir a expansão do modo de produção capitalista via setor agro-exportador (café) e setor industrial ainda incipiente.

Estas exigências sociais explicaram, de um lado a constituição do setor Saúde a partir de 1920 e, por outro, a expansão a partir das décadas posteriores visando propiciar condições (junto com outras estratégias) para o desenvolvimento do Estado Nacional encarregado de promover a industrialização sem mudanças estruturais significativas, sem repartição de riquezas e poderes.

Dataram também dos anos 20 as primeiras referências à "higiene infantil" prontamente seguidas de preocupações com higiene pré-natal e outros temas diferentes ao grupo.

As preocupações para com o grupo, no entanto, independentemente de sua racionalidade interna, guardaram relações com propostas normativas de época anteriores (como as propostas higienicistas para a família) com a diferença de que eram voltadas para a criação de padrões adequados de comportamento junto às classes trabalhadoras, uma vez que a

tuada, ao longo do processo de constituição da Saúde Materno-Infantil que foi concomitante processo de criação de Serviços de Saúde.

O processo de criação destes serviços, por sua vez, iniciou-se no final do século XIX em função da expansão cafeeira que exigiu a intervenção no meio ambiente (principalmente urbano) e o esboço de uma atenção à população, a fim de garantir o escoamento de produção e o abastecimento de mão de obra.

A partir deste século, mais precisamente da década de 20, inicia-se o processo de constituição do setor Saúde a fim de responder às demandas sociais e, principalmente, para garantir a expansão do modo de produção capitalista via setor agro-exportador (café) e setor industrial ainda incipiente.

Estas exigências sociais explicaram, de um lado a constituição do setor Saúde a partir de 1920 e, por outro, a expansão a partir das décadas posteriores visando propiciar condições (junto com outras estratégias) para o desenvolvimento do Estado Nacional encarregado de promover a industrialização sem mudanças estruturais significativas, sem repartição de riquezas e poderes.

Dataram também dos anos 20 as primeiras referências à "higiene infantil" prontamente seguidas de preocupações com higiene pré-natal e outros temas diferentes ao grupo.

As preocupações para com o grupo, no entanto, independentemente de sua racionalidade interna, guardaram relações com propostas normativas de épocas anteriores (como as propostas higienicistas para a família) com a diferença de que eram voltadas para a criação de padrões adequados de comportamento junto às classes trabalhadoras, uma vez que a

contradição Classes proprietárias rurais/Estado havia se resolvido, ou se superado, com o desenvolvimento urbano-industrial e a criação de outras contradições.

Administrar relações conflituosas entre setores sociais, via atendimento frontal de demandas e via criação/difusão de ideologias/visões sociais de mundo que justificassem a ordem reinante foi um dos componentes da intervenção do Estado junto ao Grupo até o momento de ruptura do Estado Populista, nos meados da década de 60.

Até 1964, as propostas para o grupo que se constituiram no interior do Setor Saúde além de apresentar essas características ideológicas, desenvolveram-se principalmente junto ao sub-setor Saúde Pública que a partir da década de 50 passou paulatinamente para um lugar secundário, com as preocupações de expansão do atendimento médico via Previdência Social.

A emergência de programas para o grupo que se deu em meados da década de 70 configurou-se dentro de tentativas oficiais de racionalizar e implementar políticas sociais que legitimassem o Estado Militar em crise de sustentação política, encarregado de promover um projeto de desenvolvimento econômico caracterizado pela concentração de riquezas e poder.

Uma vez apontadas as características político-ideológicas da emergência de programas para o grupo Materno-Infantil delineia-se outra indagação.

As recentes mudanças na conjuntura nacional, caracterizadas por uma transição negociada entre as camadas dirigentes, podem garantir a elaboração de propostas para o grupo que digam respeito às suas condições concretas de vida?

Os programas de Saúde que se apresentaram a partir de meados da década de 80 foram elaborados com a participa-

ção dos setores de população para os quais são dirigidos?

Representaram (e representam) uma opção política no sentido de garantir sua execução, a transparência de suas decisões e o controle desta execução pelos próprios interessados?

VI. RESUMO

Neste trabalho procurou-se recuperar historicamente o caráter social das intervenções do Estado junto ao Grupo populacional constituído por mulheres e crianças.

Constatou-se que as preocupações que se traduziam (ou não) em medidas de atenção para com mulheres e crianças, apresentaram um caráter ideológico no sentido de que procuravam difundir junto ao grupo uma visão de mundo compatível com os interesses das camadas sociais que compunham o Estado.

A emergência, nos meados da década de 70, de Programas de Saúde Materno-Infantil, também apresentou um caráter ideológico na medida em que esteve articulada às propostas de racionalizar políticas sociais que, mantendo as estruturas sociais injustas, legitimassem o Estado diante da crise econômica e política do Milagre Brasileiro.

VII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

I. INTRODUÇÃO

1. Donnangelo, C. & Pereira, L. - Saúde e Sociedade. São Paulo, Duas Cidades, 1976.
2. Guerra, A.J.; Pinto, A.F. de N.; Hidalgo Barros, E. A.; Cordova Teneros, J.L. & Cuenca Fajardo, R.E. - "Saúde para todos: compromisso nacional - implicações políticas". São Paulo, Faculdade de Saúde Pública (mimeografado).
3. Marques, M.B. - "Contribuição ao estudo do movimento internacional de proteção à maternidade e à infância". - (Rio de Janeiro), 1981, (mimeografado).
4. Rosen, G. - Da política médica à medicina social, ensaios sobre a história da assistência médica. Rio de Janeiro, Graal, 1979.
5. Singer, P.; Campos, O. & Oliveira, E.M. - Prevenir e curar, o controle social através dos serviços de saúde. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1979.

II. REFERENCIAL TEÓRICO

1. Abrancher, S.H.; Santos, W.G. dos; Coimbra, M.A. - Política social e combate à pobreza. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor, 1987.
2. Bobbio, N. - Estado, governo e sociedade - para uma teoria geral da política. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1987.
3. Buralli, K.O. - Aleitamento materno: o social desfigurado. Tese de Doutorado. Apresentada à Faculdade de Saúde Pública/USP. (mimeografada), 1986.
4. Demo, P. - Socieologia, uma introdução crítica. São Paulo, Atlas, 1985.
5. Fernandes, F. - A natureza sociológica da sociologia. São Paulo, Ática, 1980.

6. Freitag, B. - Escola, estado e sociedade. São Paulo. Editora Moraes, 1980.
7. Gramsci, A. - Il materialismo storico. Roma, Editora Riu niti, 1973.
8. Harnecker, M. - O capital: conceitos fundamentais. São Paulo, Global, 1978.
9. Löwy, M. - Ideologia e Ciência Social, elementos para uma análise marxista. São Paulo, Cortez Editora, 1985.
10. Löwy, M. - As aventuras de Karl Marx contra o Barão de Münchhausen. São Paulo, Editora Busca Vida, 1987.
11. Martins, C.R. - O que é sociologia. São Paulo, Brasilien se, 1980.
12. Marx, K. - O capital. São Paulo, Abril, 1983.
13. Marx, C. & Engels, F. - La ideologia alemana. Montevideó e Barcelona, co-ediciones Pueblos Unidos, ediciones , Grijalbo, 1972.
14. Nunes, E.D. (org.) - As ciências sociais em saúde na América Latina. Brasília, OPAS, 1985.
15. Sandroni, P. - O que é mais-valia. São Paulo, Brasilien se, 1985.

III. PRIMÓRDIOS DA SAÚDE PÚBLICA

1. Bobbio, N. & Bovero, M. - Sociedade e estado na filosofia. Política Moderna. São Paulo, Brasiliense, 1986.
2. Bobbio, N. - O conceito de sociedade cível. Rio de Janeiro, Graal, 1982.
3. Costa, J.F. - Ordem médica é norma familiar. Rio de Janeiro, Graal, 1979.

4. Da Matta, R. - A casa e a rua. São Paulo, Brasiliense , 1985.
5. Donnangelo, C. & Pereira, L. - Saúde é sociedade. São Paulo. Duas Cidades, 1976.
6. Fausto, B. - A revolução de 1930. São Paulo, Brasiliense, 1970.
7. Freitag, B. - Escola, estado e sociedade. São Paulo, Editora Moraes, 1980.
8. Gramsci, A. - Os intelectuais e a organização de cultura. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1979.
9. Luz, M.T. - As instituições médicas no Brasil: instituições e estratégia de hegemonia. Rio de Janeiro. Graal, 1979.
10. Machado, R.; Loureiro, A.; Luz, R.; Muricy, K. - Danação da Norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro, Graal, 1978.
11. Martins, I.S. - A dimensão biológica e social da doença. São Paulo. Tese de livre-docência apresentada à Faculdade de Saúde Pública/USP, 1985.
12. Marx, C. & Engels, F. - La ideologia alemana. Montivideo e Barcelona, co-ediciones Pueblos Unidos e Ediciones Grijalbo, 1972.
13. Novais, F.A. - "O Brasil nos quadros do antigo sistema colonial". In: Mota, C.R. (org.), Brasil em perspectiva. São Paulo, 1976.
14. Pereira, L. (org.) - Perspectivas do capitalismo moderno. Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1971.
15. Rosen, G. - Da polícia médica à medicina social: ensaios sobre a história da assistência médica. Rio de Janeiro , Graal, 1979.

16. Rossi, S.S. - A organização dos serviços de saúde no Brasil. São Paulo, 1980. (mimeografado).
17. São Paulo. Prefeitura. Secretaria Municipal de Higiene e Saúde/Secretaria Municipal de Cultura. - A secretaria de higiene e saúde da cidade de São Paulo, histórias e memórias. São Paulo. Publicação do Departamento de Patrimônio Histórico, 1985.
18. Singer, P.; Campos, O. & Oliveira, E.M. - Prevenir e Curar: o controle social através dos Serviços de Saúde. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1979.
19. Sodré, Nelson W. - Introdução à revolução brasileira. Rio de Janeiro. Editora Civilização Brasileira, 1967.
20. Viotti, E. - "Introdução ao estudo da emancipação política. In: Motta, C.G. (org.). Brasil em perspectiva. São Paulo, Difel, 1976.

IV. A EMERGÊNCIA DA SAÚDE MATERNO-INFANTIL.

1. Anais do II Congresso Brasileiro de Higiene. Rio de Janeiro, 1920.
2. Braga, J.D. de S. & Paula, S.G.de - Saúde e previdência social, estudos de política social. São Paulo, Cebes - Hucitec, 1981.
3. Buralli, K.O. - Aleitamento materno: o social desfigurado. Tese de doutorado apresentada à Faculdade de Saúde Pública/USP. São Paulo, 1986. (mimeografado).
4. Carvalho, A.V.de - Crise política e transformação do estado: algumas reflexões sobre o estado brasileiro(1930-1945). São Paulo, FSP/USP, 1979. (mimeografado).
5. Costa, J.F. - Ordem médica e norma familiar. Rio de Janeiro, Graal, 1979.

6. Costa, N.R. - Lutas urbanas e saúde pública. Petrópolis, Vozes, 1985.
7. O Estado de São Paulo, 25.01.31 - apud Fausto, B. - A revolução de 1930. São Paulo, Brasiliense, 1970.
8. Fausto, B. - A revolução de 1930. São Paulo, Brasiliense, 1970.
9. Furtado, C. - Formação econômica do Brasil. Rio de Janeiro, Editora Fundo de Cultura, 1964.
10. Ianni, O. - Estado e planejamento econômico no Brasil (1930-1970). Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1971.
11. Illich, I. - A expropriação da saúde, nêmesis da medicina. Rio de Janeiro, Ed. Nova Fronteira, 1975.
12. Kowarick, L. - "O planejamento econômico e o estado brasileiro". São Paulo, 1980. (repro).
13. Luz, M.T. - As instituições médicas no Brasil: instituições e estratégia de hegemonia. Rio de Janeiro, Graal, 1978.
14. Machado, R.; Loureiro, A.; Luz, R. & Muricy, K. - Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro, Graal, 1978.
15. Marques, M.B. - Contribuição ao estudo do movimento internacional de proteção à maternidade e à infância. Rio de Janeiro, 1981. (mimeografado).
16. Mehry, E. - O capitalismo e a saúde pública. Campinas, Papirus, 1985.
17. Mota, C.G. (org.) - Brasil em perspectiva. São Paulo, Diefel, 1976.
18. Novaes, M.H. - A puericultura em questão. Dissertação de mestrado apresentada à Faculdade de Medicina da USP, 1979. (mimeografado).

19. Oliveira, J.A.de & Teixeira, S.M.F. - (In) Previdência social: 60 anos de história da previdência no Brasil. Petrópolis, Vozes, 1985.
20. Oliveira, O de - "La nouvelle législation brésilienne de protection à la mère e à l'enfant". Rio de Janeiro, Jornal de Pediatria, ano V, Abril-Maio, 1938, Fascículo 4 e 5.
21. O.M.S. - "Trechos extraídos de reuniões do Comitê de Experts em Saúde Materno-Infantil". São Paulo, Faculdade de Saúde Pública - Departamento de Saúde Materno-Infantil, 1980. (mimeografado).
22. ——— - 3º Informe - Comitê de Experts em Higiene Materno-Infantil, 1961.
23. ——— - Série de Informes Técnicos, 58, 1952.
24. ——— - Série de Informes Técnicos, 119, 1957.
25. ——— - Série de Informes Técnicos, 256, 1963.
26. ——— - Série de Informes Técnicos, 284, 1964.
27. ——— - Série de Informes Técnicos, 302, 1965.
28. ——— - Série de Informes Técnicos, 304, 1965.
29. ——— - Série de Informes Técnicos, 305, 1965.
30. ——— - Série de Informes Técnicos, 313, 1965.
31. ——— - Série de Informes Técnicos, 397, 1968.
32. ——— - Série de Informes Técnicos, 416, 1969.
33. ——— - Série de Informes Técnicos, 435, 1969.
34. ——— - Série de Informes Técnicos, 461, 1970.
35. ——— - Série de Informes Técnicos, 483, 1971.

36. ——— - Série de Informes Técnicos, 428, 1970.
37. ——— - Série de Informes Técnicos, 485, 1972.
38. ——— - Série de Informes Técnicos, 476, 1971.
39. Paim, J.S. - "As políticas de Saúde e a Conjuntura atual". São Paulo, CEBES - Saúde em Debate, nº 15/16, 1984.
40. Pereira, L. (org.) - Perspectivas do capitalismo moderno. Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1971.
41. Rocha, S.M.M. - Puericultura e enfermagem. São Paulo, Cortez Editora, 1987.
42. Rodrigues, B.A. - Fundamentos de Administração sanitária. Rio de Janeiro, Livraria Freitas Bastos, 1967.
43. Rosen, G. - Da polícia médica à medicina social: ensaios sobre a história da assistência médica. Rio de Janeiro, Graal, 1979.
44. Rossi, S.S. - A organização dos serviços de saúde no Brasil. São Paulo, 1980. (mimeografado).
45. São Paulo, Prefeitura do Município de São Paulo, Secretaria de Higiene e Saúde, Secretaria Municipal de Cultura. A secretaria de higiene e saúde da cidade de São Paulo, histórias e memórias. São Paulo, Publicação do Departamento de Patrimônio Histórico, 1985.
46. Silva, P.L.B. - "Política de saúde no Brasil e suas repercussões no Estado de São Paulo nos anos 70: uma tentativa de síntese". São Paulo, Cadernos FUNDAP - Ano 3 - nº 7, 1983.
47. Singer, P.; Campos, O.P. & Oliveira, E.M. - Prevenir e curar: o controle social através dos serviços de saúde. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1979.
48. Tanaka, O. - Avaliação do Programa de Saúde Infantil da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Saúde Pública/USP, 1980. (mimeografado).

49. Teixeira, C.F.; Jacobina, R.R.; Souza, A.L. - "Para uma análise da conjuntura política em saúde". São Paulo , CEBES - Saúde em Debate, nº 9, 1980.
50. Weffort, F. (org.) - Política e revolução social no Brasil. São Paulo, 1975. (mimeografado).

ANEXO

ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

1. SERVIÇO DE SAÚDE A NÍVEL FEDERAL.
2. SERVIÇO DE SAÚDE A NÍVEL ESTADUAL - SÃO PAULO.

ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE - CRONOLOGIA

Resumidamente os fatos que se seguem recuperam a trajetória de constituição dos Serviços de Saúde^(*).

1. Serviço de Saúde a nível Federal.

1809 - Criação do cargo de Provedor-Mór da Saúde da Corte e Estados do Brasil: responsável pelo controle do Rio de Janeiro e de outras cidades litorâneas, pela vigilância sanitária, pela instituição do Lazareto, pelo controle dos alimentos, do meio ambiente, do exército profissional; completava o quadro composto pelo Cirurgião e pelo Físico-Mór.

1811 - Criação da Junta Vacínica.

1812 - Criação do Laboratório Químico - Prático do Rio de Janeiro.

Em 1828 (após a Independência) essa estrutura seria modificada com a extinção dos cargos de Físico-Mór, Cirurgião-Mór e Provedores de Saúde e com a lei de Municipalização dos Serviços de Saúde, se riam substituídos pelas Juntas Municipais^(*).

Durante todo o Império seria mantida a descentralização político-administrativa; a situação só se ria alterada em termos de Saúde Pública na segunda metade do século XIX, quando o Ministério do Interior assumiria o Serviço de Inspeção de Saúde dos Postos e com o surgimento de novos casos de febre amarela no Rio de Janeiro (1849) que denunciavam mais uma vez, a precariedade dos Serviços de Saúde.

(*) - Consultou-se como fonte principal para essa parte do trabalho o livro de Singer - Prevenir e curar - controle social através dos Serviços de Saúde, Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1979 e o trabalho de Alvarenga, A.I. - Cronologia da Organização dos Serviços de Saúde, São Paulo - FSP/USP, 1980 (mimeografado).

O Governo Central - sob a inspiração da Imperial Academia de Medicina assumia maiores cuidados com a capital e, a partir daí registrava-se uma série de medidas que deslocavam a atenção com a Saúde para o Governo Central.

1850 - Criação da Junta Central de Higiene Pública responsável pela inspeção de saúde dos portos do Rio de Janeiro e pelo Instituto Vacínico.

1851 - Criação da Comissão de Higiene Pública nos Estados do Pará, Maranhão, Pernambuco, Bahia, Rio Grande do Sul e Provedores da Saúde nas demais províncias, sob comando da Junta Central de Higiene Pública.

- Criação da Comissão de Engenheiros que visava melhoramentos sanitários no Rio de Janeiro.

A persistência dos problemas de Saúde Pública levou à Reforma dos Serviços Sanitários do Império, voltados para a questão do saneamento do Rio de Janeiro que era entendida como condição para a Salvação Nacional. Através dessa Reforma foram criadas:

- Inspetoria Geral de Higiene.
- Inspetoria geral de saúde dos Portos.
- Conselho Superior de saúde Pública: cujo objetivo era de opinar sobre questões de higiene e salubridade geral. Vale registrar que é nesta instância que surgiram as primeiras referências às restrições ao trabalho de menores nas fábricas e aos serviços de higiene escolar.

Outras medidas dessa época diziam respeito à obrigatoriedade da vacinação anti-variólica, e do isolamento de varicosos.

Quanto ao atendimento médico, o Estado continuava ausente, delegando o atendimento dos doentes a entidades particulares, normalmente filantrópicas.

Com o advento da República, o Federalismo assumiria maior impulso e os Estados responsabilidades maiores. A saúde voltava para a esfera municipal com exceção das medidas necessárias à saúde da Capital, que continuavam sob responsabilidade da União, através das seguintes atividades:

- estudo e profilaxia de doenças "exóticas";
- estatística demográfica-sanitária;
- fiscalização do exercício da medicina e farmácia;
- análise das substâncias importadas;
- serviço sanitário dos postos.

Em linhas gerais, no final do século XIX e início da primeira República, os Serviços de Saúde adquiriram a seguinte estrutura:

1892 - Diretoria Geral de Higiene e Assistência Pública, órgão municipal, composto pela Divisão de Higiene e pela Divisão de Assistência Pública (SHS).

1897 - Diretoria Geral de Saúde Pública, órgão central que reunia os serviços terrestres e marítimos sob sua responsabilidade.

1899 - Instituto Butantan - para produção de soros e vacinas, também sob responsabilidade da União.

Essa estrutura gerava uma dualidade administrativa cujas deficiências ficariam explícitas por ocasião das várias epidemias que assolavam o país nesta época (Peste do Levante em Santos, São Paulo, Rio de Janeiro, entre 1899 e 1900).

A persistência destes problemas levou a mais uma tentativa de centralizar a responsabilidade pela Saúde sob a égide da União:

1902 - Instituição da Notificação Compulsória da febre a marelá, peste bubônica, varíola, difteria, tifo, tuberculose, lepra ulcerada.

1903 - Criação da Diretoria Geral de Saúde Pública sob direção de Oswaldo Cruz, que estabelecia as seguintes prioridades:

- . combate à febre amarela urbana;
- . reurbanização do Rio de Janeiro.

1904 - Instituição da Lei de Vacinação e Revacinação obrigatórias contra a varíola.

- . Elaboração de novo regulamento de Assistência aos Alienados Mentais;
- . Reorganização Sanitária que aumentava as atribuições da Diretoria Geral de Saúde Pública.

1908 - Fundação do Instituto Oswaldo Cruz (antigo Instituto de Manguinhos e Instituto Sorológico Federal).

1913 - Criação da Cadeira de Higiene da Faculdade de Medicina da USP, futura Faculdade de Saúde Pública.

1920 - Registram-se nove escolas de medicina no país.

1920 - A Reforma Carlos Chagas levava para o Governo Central a expansão das atribuições e dos contingentes populacionais sob sua responsabilidade.

Com acentuado grau de autoritarismo iria desenvolver - via o recém-criado Departamento Nacional de Saúde Pública - atividades ligadas a:

- . saneamento urbano e rural;
- . higiene industrial e profissional;

- . higiene infantil;
- . propaganda sanitária;
- . supervisão dos Hospitais Públicos Federais;
- . combate às endemias e epidemias rurais;
- . controle da lepra.

A partir de 1930, com as mudanças na área econômica (ênfase na industrialização) e o novo caráter dos Estado registrar-se-ia um desenvolvimento da legislação trabalhista e de previdência social:

1930 - Os benefícios dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPS) seriam estendidos aos demais profissionais.

- Criação dos seguintes Ministérios:

- . Indústria e Comércio
- . Trabalho
- . Educação e saúde - dividido em Departamentos de Educação e de Saúde.

1932 - Decreto 21417/A: regulava condições de trabalho das mulheres, principalmente quando grávidas; introduzia pagamento de auxílio durante a licença, dificultava dispensa da gestante, garantindo lugar após a licença.

1934 - Reorganização do Departamento de saúde que passava a ser constituído pela Diretoria Nacional de Saúde e Assistência Social, composta por:

- . Diretoria de Assistência Hospitalar
- . Diretoria Sanitária do Interior e da Capital

- Decreto nº 24278: transformava a Inspetoria de Higiene infantil em Diretoria de Programas Ma-

terno-infantil com atribuições mais amplas.

- Desenvolvimento de campanhas sanitárias.

1937 - Reformulação do Ministério de Educação e Saúde -
(Lei 378-01/37).

- Criação do Departamento Nacional de Saúde responsável por:

- . coordenação dos Departamentos de Saúde Estaduais
- . avanço da atenção à Saúde para o interior do país.

Essas mudanças foram devidas à necessidade de criação de mercado de trabalho e às pressões do fluxo migratório; tinham como objetivo unificar a Saúde Pública no Brasil e desenvolver maior atenção à febre amarela e malária nos moldes preconizados pela Fundação Rockefeller.

1937 - A Diretoria de Programas Materno-Infantil era transformada em Divisão de Amparo à Maternidade e Infância e era criado o Instituto Nacional de Puericultura.

1941 - Ampliação do Departamento Nacional de Saúde através da criação dos serviços de tuberculose, peste, malária, lepra, doenças mentais e pela incorporação das seguintes áreas:

- . Departamento Nacional da Criança (*)
- . Serviço Nacional de Educação Sanitária
 - fiscalização da Medicina
 - Bio estatística

(Esta estrutura irá se manter até 1953)

1942 - Criação do Serviço Especial de Saúde Pública; esta
pansão dos Serviços de Saúde se dava em função de

(*) - Rodrigues, B.A. - Fundamento de Administração Sanitária, Rio de Janeiro, Livraria Freitas Bastos, 1967.

um esforço de guerra em relação às regiões estratégicas (extratação da borracha); representava a primeira proposta de integração das áreas "preventivas" e "curativas" através da integração da Saúde Pública e das propostas de Medicina Integral.

- 1953 - Criação do Ministério da Saúde; neste processo registrava-se o predomínio institucional do Ministério de Educação que incorporava a estrutura física e administrativa do antigo Ministério da Educação e Saúde, transferindo para o novo Ministério as atividades do antigo Departamento Nacional de Saúde.
- 1960 - Lei Orgânica da Previdência Social que permite a abrangência de todos os assalariados, incorporados os IAPs (*).
- 1967 - Criação do Instituto Nacional de Previdência Social:
- indefinição da área de competência (Saúde Pública x Assistência Médica);
 - formulação de uma Política Nacional de Saúde (caráter abstrato).
- 1968 - Plano de Coordenação das Atividades de Proteção e Recuperação de Saúde (tendência para dicotomizar Saúde Individual e Saúde Coletiva).
- 1971 - Plano Nacional de Saneamento (Ministério do Interior) (PLANASA).
- 1973 - Central de Medicamentos (CEME).

(*) - Essa lei será caracterizada em 1966 com a criação do INPS; em 1963 criava-se o Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural, que seria regulamentado em 1971, com o Estatuto do Trabalhador Rural.

1974 - Plano de Pronta Ação - P.P.A.

Tentativa de universalização da medicina via Convênio dentre Assistência Médica (privada) e Estado.

1975 - Sistema Nacional de Saúde - proposta do setor de Planejamento da M.P.A.S. visando administrar os impasses políticos, institucionais, financeiros, gerados pelo modelo curatista.

. Programa Materno-Infantil.

2. Serviço de Saúde a nível Estadual: São Paulo.

De forma reduzida os fatos que se seguem apresentam a evolução da atenção Materno-Infantil no Estado de São Paulo a partir do final do século XIX.

Assim como o acontecido na constituição do Aparelho Saúde Central, a Saúde no Estado de São Paulo não se constituiria - desde logo - como objeto de atenção de um órgão específico, mas foi criando seu espaço institucional com o correr do tempo e na medida em que a própria dinâmica social o exigiu.

1892 - 1931 - Saúde no Âmbito de Secretaria do Interior.

1892 - Lei 43/18/07/1892 - criava o Serviço Sanitário composto pelo Laboratório de Saúde Pública e um corpo de delegados de higiene responsáveis pela fiscalização sanitária e combate às endemias.

1893 - Serviço de Desinfecção (órgão municipal).

1894 - Criação do Hospital de Isolamento (órgão municipal)
Instituto Vacinogênico (órgão municipal)

Comissão de Vigilância Epidemiológica para a Zona Urbana (órgão municipal).

- 1905 - Decreto 1294 de 19/07/1905 - criava o Serviço de Inspeção de Amas de Leite na capital do Estado, que representava a primeira intervenção estadual na saúde da criança, visto que até o ano anterior es se serviço fora de responsabilidade municipal.
- 1906 - Reorganização do Serviço Sanitário do Estado que passava a contar com 14 distritos sanitários dot dos de Inspetores Sanitários; extensão da ativida de de Saúde Pública a cargo do município.
- 1911 - Reforma do Serviço Sanitário que impunha:
- a concentração de recursos na capital;
 - o retorno das responsabilidades de vacinação, hospital de isolamento e informação estatística aos municípios;
 - a responsabilidade do Estado pela área de prevenção e controle de endemias; estatísticas de mortalidade, fabricação de soros e vacinas;
 - criação do Serviço de Proteção à Primeira Infância e Inspeção de Amas de Leite que ampliava as atribuições do antigo serviço passando a se responsabilizar pela assistência aos filhos de indigentes.
- 1917 - Serviço de Proteção à Primeira Infância e Inspeção de Amas de Leite incorporava o lactário e laboratório para pesquisas clínicas.
- 1925 - Reorganização do Serviço Sanitário com adoção da linha médica-sanitária:
- criação da Inspetoria de Educação Sanitária e dos Centros de Saúde, com o objetivo de promo-

ver assistência sanitária para a redução de focos contagiantes (registrava-se maior atuação na Capital; no Interior o serviço seria executado por Postos de Higiene do Município).

A atuação dos Centros de Saúde deveria ser a seguinte:

- promover o tratamento e distribuir remédios;
- uniformizar o tratamento de Doenças Transmissíveis;
- promover serviços de higiene para todas as idades;
- incorporar as seções de Proteção de Proteção à Primeira Infância e Inspeção de Amas de Leite.

1931 - Reorganização do Serviço Sanitário através de:

- 1º - Criação da Inspetoria de Higiene e Assistência à Infância, cujas atribuições seriam promover a higiene e assistência de gestantes e nutrízes, assim como de crianças até a idade escolar.
- 2º - Transformação dos três Centros de Saúde existentes na capital em Dispensários da Inspetoria de Higiene e Assistência à Infância o que levaria ao desaparecimento da figura do Centro de Saúde, como unidade polivalente.
- 3º - Criação do Serviço de Higiene Escolar e Educação sanitária e de Profilaxia de Doenças Transmissíveis e pela reincorporação da Inspeção Médica Escolar.

1931-1947 - A Saúde no âmbito da Secretaria de Educação e Saúde Pública:

- 1931 - Registrava-se a criação do Departamento de Saúde com o objetivo de superintender todas as atividades da Saúde Pública do Estado através dos seguintes órgãos:
- Serviço Sanitário;
 - Instituto Butantan;
 - Instituto de Higiene e Assistência a Psicopatas.
- 1934 - Constituição Federal de 34 previa que os serviços de amparo à maternidade e à infância, de combate às doenças transmissíveis e de higiene mental ficariam a cargo dos governos, federal, estadual e municipal.
- 1935 - Através da Lei Orgânica dos Municípios passavam a ser as seguintes:
- assistência aos desvalidos, à maternidade, à infância de prole numerosa, à educação eugênica;
 - proteção à juventude, combate à mortalidade infantil ... aos venenos sociais ... às moléstias transmissíveis;
 - prestação de socorros e de cuidados relativos à saúde e assistência pública;
 - Criação do Departamento Municipal de Higiene composto pelos seguintes órgãos:
 - . Divisão de Abastecimento;
 - . Saúde - controle da cidade, sem preocupação com Assistência Médica.
- 1938 - Recriação do Centro de Saúde como unidade básica responsável pela atividade preventiva e preventivo-curativas:
- "Centro de Saúde deve atrair a população ... para ... educação sanitária, imunização..." e outras

medidas preventivas. "...exame médico periódico, inculcação de hábitos sadios ..." deveria, também, dirigir-se a toda a população.

- Criação da Seção de Higiene da Criança (Divisão Técnica do Departamento de Saúde) para centralizar todas as atividades referentes a esse grupo etário com as seguintes instalações:

- Hospital da Criança;
- Instituto de Puericultura.

Esta seção seria substituída - em questão de dias - pelo Serviço de Puericultura do Departamento de Saúde que absorveria as duas instalações citadas, além do Centro de Estudos e Investigações e Profilaxia de Paralisia Infantil. Este serviço criaria, também, um lactário modelo.

1942 - Reorganização do Serviço de Interior do Departamento de Saúde que pelo Decreto Lei 12.782/6/42 passava para a categoria de Divisão contando com Inspectores Técnicos para coordenar os programas de Saúde no interior do Estado.

1943 - Reestruturação da Divisão do Interior através da criação de 11 Delegacias de Saúde; e pela definição das atividades de medicina curativas a serem desenvolvidas nos PAMs do Interior.

1944 - Criação do Departamento Estadual da Criança decorrente da criação em 1940, de um órgão semelhante a nível federal.

Subordinando-se diretamente à Secretaria da Educação em São Paulo retirava do Departamento de Saúde (responsável pelos Centros de Saúde) a Seção de Higiene da Criança

e os Serviços de Puericultura que seriam transformados em Divisão de Higiene da Criança e Instituto de Puericultura do novo organismo.

As atribuições desempenhadas pelo recém criado órgão foram as seguintes:

- sugestão de normas para o programa de atenção materno-infantil e para o adolescente;
- promoção, por todos os meios, do bem estar da criança em todas as idades estimulando e orientando ações municipais e particulares;
- orientação técnico-científica e fiscalização de todos os serviços (oficiais e particulares) dirigidos a esse grupo;
- desenvolvimento de recursos humanos;
- criação de postos de puericultura, laboratórios, maternidades, abrigos e hospitais para crianças, de preferência em bairros proletários;
- administração de fundos para a construção destes serviços.

1945 - Criação da Secretaria de Cultura e Higiene do PMSP com poucas atribuições.

1946 - A constituição de 1946 promoveria a revalorização do município em termos político-administrativos , mas não em termos de competência na área de Saúde.

1947 - Desmembramento da Secretaria de Educação e Saúde do Estado em duas secretarias:

- Secretaria de Saúde Pública e Assistência Social;
- Secretaria de Educação.

"Durante todo esse período registrava-se uma grande ênfase na Educação Sanitária. A atenção à criança refletiu a fragmentação de estrutura de Secretaria, o que dificultou a expansão dos serviços. Os Centros de Saúde que vol

taram a ser encarregados como polivalentes não conseguiram desempenhar esse papel".

1947 - 1969 - Secretaria de Saúde Pública e Assistência Social.

Apesar de a Secretaria de Saúde Pública manter basicamente a mesma estrutura, os serviços de saúde do escolar ficaram sob responsabilidade da Secretaria de Educação.

O Departamento Estadual da Criança (DEC) centralizaria a criação e orientação técnica dos serviços para a criança através das seguintes instalações:

01 Posto de Puericultura na Capital

58 Postos de Puericultura no Interior

01 Unidade de Clínicas Especializadas na Capital.

As atividades de higiene da criança que deveriam ser executadas nos Centros de Saúde não tinham, no entanto, nenhum entrosamento com estes serviços.

1950 - A PMSP assumia o atendimento de Pronto Socorro.

1951 - Criação de Centros de Educação e Assistência Médico-Sanitária, para:

"assistir a gestante, ao infante, ao pré-escolar, ao escolar e ao adulto de forma a inculcar - lhes hábitos de higiene e educá-los na defesa e preservação da saúde" (*) ficando sob responsabilidade do DEC as questões relativas à assistência materno-infantil e à Divisão de Serviço do Interior as demais atribuições.

(*) - Tanaka, O. - Avaliação do Programa de S.I. da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, FSP/USP, S.Paulo, 1980 (mimeografado).

Apesar de representarem a primeira tentativa de integrar as atividades da Secretaria, esses Centros que seriam destinados ao Interior nunca foram instalados.

- 1954 - Aumento do número de Postos de Puericultura na Capital.
- 1955 - Elaboração das propostas de promoção da Assistência à Maternidade e Infância na PMSP que seria implantada no ano seguinte.
- 1956 - Criação dos Postos de Saúde do Departamento de Assistência à Infância e à Maternidade da PMSP com prioridade para crianças e natalidade (puericultura e assistência pré-natal).
- 1957 - Criação do Fundo de Proteção à Maternidade e à Infância (no âmbito estadual), "com a finalidade de capacitar pessoal na área materno-infantil, estimular pesquisas e promover campanhas de higiene e puericultura...".
- 1959 - Criação no âmbito municipal do Serviço Obstétrico para complementar o atendimento pré-natal dos Postos de Puericultura, realizando Partos Domiciliares.
- 1961 - Criação do Centro Pré-Nupcial nos Serviços do Centro de Saúde da Capital para promover o "preparo físico, intelectual e moral dos candidatos ao casamento, profilaxia das moléstias capazes de concorrer para o desajuste e a geração da prole não sadia" (*).

(*) - Tanaka, O. - Avaliação do Programa de S.I. da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, FSP/USP, São Paulo, 1980 (mimeografado) e São Paulo, Prefeitura do Município de São Paulo, Secretaria de Higiene e Saúde, Secretaria Municipal de Cultura - A Secretaria de Higiene e Saúde da cidade de São Paulo, histórias e memórias, São Paulo, Publicação do Departamento de Patrimônio Histórico, 1985.

A partir da década de 60 registrava-se a preocupação em expandir a rede de serviços (principalmente dos Postos de Puericultura do DEC, que em 1969 era constituída por 220 Postos na Capital e 1.288 no interior do Estado).

1967 - Apresentação do Programa da Secretaria de Higiene e Saúde no "Primeiro Encontro de Integração de administração Municipal no Desenvolvimento Social". A Secretaria de Higiene e Saúde era constituída por 2 Gabinetes, aos quais se subordinavam 2 departamentos:

1) DAIM		DAIM 1 - 33 Postos de Puericultura e Eugênia.
		DAIM 2 - Centro de Assistência Pré-Natal Pré-Nupcial em 10 dos 33 postos acima.

2) Higiene e Saúde.

- . Hospital Municipal para assistência ao funcionário municipal;
- . Pronto Socorro Municipal;
- . Hospital Infantil Menino Jesus.

A proposta da Secretaria dizia respeito à necessidade de contratar leitos e serviços médico-hospitalares particulares e de se elaborar um programa coerente com o Estado de São Paulo.

1968 - Apresentação de Plano Urbanístico Básico - PUB-68 (PMSP) com as seguintes colocações:

- necessidade de expansão da rede de unidades polivalentes, propondo a criação de 280 unidades polivalentes:

28 Centros de Saúde tipo A

79 Centros de Saúde tipo B

173 Centros de Saúde tipo C, que ficariam sob a

responsabilidade do Município.

Essa fase da Secretaria de Saúde Pública e Assistência Social caracterizou-se por "maior compartimentalização dos Serviços de Saúde existentes^(*)".

(*) - São Paulo, Prefeitura do Município de São Paulo, Secretaria de Higiene e Saúde, Secretaria de Cultura - A Secretaria de Higiene e Saúde da cidade de São Paulo, histórias e memórias, São Paulo, Publicação do Departamento de Patrimônio Histórico, 1985.